

คุณภาพบริการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์

: กรณีศึกษาในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดร้อยเอ็ด

จุฑาภรณ์ กัญญาคำ*, ธนรรจ์ รัตนโชติพานิช, อรอนงค์ วลีขจรเลิศ, เบญจพร ศิลารักษ์

บทคัดย่อ

คุณภาพบริการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์: กรณีศึกษาในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดร้อยเอ็ด

จุฑาภรณ์ กัญญาคำ*, ธนรรจ์ รัตนโชติพานิช, อรอนงค์ วลีขจรเลิศ, เบญจพร ศิลารักษ์

การศึกษาแบบย้อนหลังนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพบริการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ในโรงพยาบาลชุมชน 1 แห่ง ในจังหวัดร้อยเอ็ด โดยอ้างอิงตัวชี้วัดของ HIVQUAL-T version 4 และ version 5 ที่สำคัญ ได้แก่ การได้รับยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสก่อนเริ่มยาต้านไวรัส การติดตามและประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส การติดตามผลการตรวจ CD₄ และหรือ Viral Load และการเกิดอาการอันไม่พึงประสงค์จากการรับประทานยาต้านไวรัส โดยทบทวนข้อมูลตัวแปรที่สนใจศึกษาจากฐานข้อมูลในโปรแกรม NAP โปรแกรม HosXP และเวชระเบียน กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ ตามรหัส ICD 10 code B20 -B24 ที่มารับบริการที่คลินิกนิรนาม ระหว่างปีงบประมาณ 2551 ถึง 2553 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกคือ 1) มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป; 2) มารับบริการที่คลินิกนิรนามในระหว่างปีงบประมาณ 2551 ถึง 2553 อย่างน้อย 3 ครั้ง/ปี; 3) มีผลการตรวจระดับ CD₄ ก่อนเริ่มยาต้านไวรัส ผลการศึกษาพบว่า การเข้าถึงยาต้านไวรัสภายใน 2 สัปดาห์หลังตรวจระดับ CD₄ มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น (ร้อยละ 27.9, 20.0 และ 43.8 ตามลำดับ) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสชนิด *Pneumocystis carinii* pneumonia (PCP) ก่อนเริ่มยาต้านไวรัส (ร้อยละ 100.0, 93.3 และ 95.5 ตามลำดับ) ในปีงบประมาณ 2551 และ 2552 ผลการประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระดับ poor adherence และได้รับการตรวจวัดระดับ CD₄ จำนวน 1 ครั้ง/ปี ร้อยละ 67.4 และ 56.7 ตามลำดับ ในขณะที่ผลการประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ป่วยในปีงบประมาณ 2553 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ good adherence และร้อยละ 50.0 ของผู้ป่วยได้รับการตรวจวัดระดับ CD₄ จำนวน 2 ครั้ง/ปี ส่วนของผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจวัดระดับ HIV-RNA virus 1 ครั้ง/ปี มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในแต่ละปี (ร้อยละ 46.5, 90.0 และ 90.6 ตามลำดับ) การเกิดอาการอันไม่พึงประสงค์ทั้ง 3 ด้าน (virological failure, immunological failure และ clinical failure) ภายหลังจากเริ่มยาต้านไวรัสไปแล้ว 1 ปี อยู่ในระดับต่ำ อาการอันไม่พึงประสงค์ที่พบมากที่สุดคือ ภาวะ lipodystrophy (ภาวะแก้มตอบ/หน้าตอบและเกิดเส้นเลือดฝอย) รองลงมาคือ ภาวะ lipohypertrophy (ไขมันสะสมผิดปกติ) และผื่นจากการแพ้ยา โดยสรุปแล้วโรงพยาบาลชุมชนแห่งนี้ มีกระบวนการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ตามตัวชี้วัด และมีการพัฒนาคุณภาพบริการในทิศทางที่ดีขึ้น

คำสำคัญ : คุณภาพบริการ, ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์, ยาต้านไวรัสเอดส์, โรงพยาบาลชุมชน

Abstract

Quality of Care for Patients with HIV Infection or AIDS : A Case Study in District Hospital, Roi-et Province

Kunyakum J*, Rattanachotphanit T, Waleekhachonloet O, Silaruks B

This was a retrospective study which aimed to explore quality of care for patients with HIV infection or AIDS in the district hospital in Roi-et Province. Quality of patient care was assessed based on HIVQUAL-T version 4 and 5 including primary prophylaxis for opportunistic infections; antiretroviral therapy adherence; HIV status monitoring (CD4 and/or Viral load); and adverse effects related to antiretroviral therapy. Study variables were obtained from several sources including NAP

*ติดต่อผู้พิมพ์: โทร (66 43) 581321 ต่อ 112. โทรสาร (66 43) 581321 ต่อ 111. E-mail: yoigi_jaa@yahoo.com

*Corresponding author : Tel (66 43) 581321 to 112. Fax (66 43) 581321 to 111. E-mail: yoigi_jaa@yahoo.com



database, HosXP database and medical records. The study sample was patients who had been diagnosed as being infected with HIV or AIDS, according to ICD 10 code B20-B24 during the fiscal year 2008 to 2010 and who met the criteria as follows: 1) age at least 15 years; 2) having outpatient visits at least three times a year; and 3) having CD₄ count testing before receiving antiretroviral therapy. The results showed that there were 27.9%, 20.0% and 43.8% of patients in fiscal year 2008, 2009, and 2010 who received antiretroviral drugs within two weeks after having CD₄ count testing at baseline. Most patients received drug prophylaxis for *Pneumocystis carinii* pneumonia (PCP) before starting antiretroviral therapy (100.0%, 93.3% and 95.5%, respectively). In fiscal year 2008 and 2009, most patients had poor adherence and more than half of them (67.4% and 56.7%, respectively) had been monitored for CD₄ count testing once a year. In the fiscal year 2010, most patients had good adherence and 50% of them had been monitored for CD₄ counts twice a year. An increase trend of proportion of patients who were monitored for HIV-RNA-virus test was observed (46.5%, 90.0% and 90.6%, respectively). The rate of treatment failure after antiretroviral therapy (virological failure, immunological failure and clinical failure) in each fiscal year was quite low. Adverse effects related to antiretroviral therapy which were found included lipoatrophy, lipohypertrophy and drugs allergic. In conclusion, this hospital provided the clinical care for patients with HIV infection or AIDS according to HIVQUAL-T indicators and continued to improve their quality of care.

Key words: Quality of care, HIV or AIDS, antiretroviral drug, District hospital

บทนำ

โรคเอดส์เป็นโรคเรื้อรังที่แม้ว่าจะไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้แต่สามารถควบคุมการดำเนินโรคได้ด้วยการใช้ยาต้านไวรัสที่มีประสิทธิภาพสูง (Highly active anti-retroviral therapy; HAART) ซึ่งมีการใช้ยาหลายตัวร่วมกันในการรักษาเพื่อลดการดื้อยาของเชื้อและเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาโรค (Tiyou *et al.*, 2010) ร่วมกับการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องของผู้ป่วย จากรายงานสถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการในประเทศไทย พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยเอดส์ จำนวนทั้งสิ้น 372,874 ราย เสียชีวิตแล้ว จำนวน 98,153 ราย แนวโน้มของผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อเอชไอวีลดลงกว่าในอดีต เนื่องจากการรักษาผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (สำนักกระบาดวิทยา 31 มีนาคม 2554)

ประเทศไทยมีการดำเนินโครงการพัฒนาคุณภาพบริการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์อย่างต่อเนื่องมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 โดยสำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ทำให้ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์เข้าถึงการรักษามากยิ่งขึ้น นอกจากนี้หน่วยบริการ เช่น โรงพยาบาลได้รับการสนับสนุนงบประมาณหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้เพิ่มเติมจากงบอัตราเหมาจ่ายรายหัว (สำนักงาน

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2553) ครอบคลุมสิทธิประโยชน์สำหรับประชาชนและผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เพื่อชดเชยค่าใช้จ่ายสำหรับค่ายาต้านไวรัส การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การให้คำปรึกษา การป้องกันการแพร่กระจายโรคจากผู้ป่วย การส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างสม่ำเสมอ และการพัฒนาระบบบริการ ทั้งนี้เพื่อให้มีการจัดบริการที่มีคุณภาพให้แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง

ภายใต้การดำเนินโครงการพัฒนาคุณภาพบริการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ มีการพัฒนาตัวชี้วัดเพื่อให้ทันสมัยและนำมาใช้ได้จริงในการปฏิบัติงาน โดยในช่วงปีงบประมาณ 2549-2552 มีการใช้ตัวชี้วัดของ HIVQUAL-T version 4 ซึ่งใช้ตัวชี้วัดหลัก 6 ตัวชี้วัด (สมศักดิ์ และคณะ, 2550) ได้แก่ 1) การติดตามผลการตรวจ CD₄ และหรือ Viral Load; 2) การรักษาด้วยยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส *Pneumocystis carinii* pneumonia (PCP) และ *Cryptococcosis* แบบปฐมภูมิ; 3) การได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส; 4) การตรวจคัดกรองและการรักษาวัณโรค; 5) การป้องกันการแพร่เชื้อในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี; และ 6) การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในหญิงติดเชื้อ และตัวชี้วัดเสริม 3 ตัวชี้วัด ได้แก่ 1) การรักษาด้วยยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสสำหรับ *Penicillium* และ MAC; 2) การประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยา



ต้านไวรัส; 3) การคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Syphilis Chlamydia, Gonorrhea, Ulcer) ซึ่งตัวชี้วัดดังกล่าวคัดเลือกมาจากแนวทางการดูแลผู้ติดเชื้อ และผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย (HIV care guidelines) ของสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แผนงานเอดส์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และตามคำแนะนำของ US-CDC Guidelines และ Medical management of HIV infection มหาวิทยาลัยการแพทย์ Johns Hopkins (<http://www.cqihiv.com>) และในปีงบประมาณ 2553 มีการนำ

ตัวชี้วัดของ HIVQUAL-T version 5 มาใช้ ซึ่งแบ่งตัวชี้วัดออกเป็น 5 กลุ่ม ได้แก่ 1) การติดตามระดับ CD₄ (5 ตัวชี้วัด); 2) การติดตามหลังการกินยาด้านไวรัส (19 ตัวชี้วัด); 3) การป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (10 ตัวชี้วัด); 4) การคัดกรองโรคร่วม (17 ตัวชี้วัด); และ 5) การส่งเสริมสุขภาพ (12 ตัวชี้วัด) โดยมีตัวชี้วัดหลักที่ใช้ในการประเมินคุณภาพบริการ 12 ตัวชี้วัด รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1 ซึ่งตัวชี้วัดดังกล่าวมีการนำมาประมวลผลเปรียบเทียบในระดับโรงพยาบาล จังหวัด และระดับประเทศ ในเว็บไซต์ของโครงการ (<http://www.cqihiv.com>)

ตารางที่ 1 ตัวชี้วัดหลักของ HIVQUAL-T version 5 สำหรับปีงบประมาณ 2553

1. ร้อยละของผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ที่ได้รับการตรวจ CD₄ Baseline
2. ร้อยละของผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ได้รับยาด้านไวรัส ครบ 6 เดือนขึ้นไป ได้รับการตรวจติดตามระดับ CD₄ ทุก 6 เดือน
3. ร้อยละของผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีข้อบ่งชี้ ได้รับยาด้านไวรัส
4. ร้อยละของผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่กินยาด้านไวรัส นานมากกว่า 6 เดือน ได้รับการตรวจ viral load อย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี
5. ร้อยละของผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ได้รับยาด้านไวรัส ได้รับการประเมินหรือติดตาม Drug Adherence อย่างสม่ำเสมอ
6. ค่ามัธยฐานของระดับ CD₄ ในผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เริ่มรับยาด้านไวรัสในปีที่ประเมิน
7. ร้อยละของผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีข้อบ่งชี้ ได้รับยาป้องกันโรคปอดอักเสบ Pneumocystis carinii pneumonia (PCP) ปรกติ
8. ร้อยละของผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มีข้อบ่งชี้ได้รับยาป้องกันโรคเชื้อรา Cryptococcosis ปรกติ
9. ร้อยละของผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ได้รับการคัดกรองวัณโรคปอด
10. ร้อยละของผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ได้รับการตรวจคัดกรองซิฟิลิส
11. ร้อยละของผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพศหญิงได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
12. ร้อยละของผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับข้อมูลคำแนะนำเรื่องการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย

สถานการณ์โรคเอดส์ในจังหวัดร้อยเอ็ดตั้งแต่เดือนมีนาคม 2532 ถึง มกราคม 2554 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งหมด (ทั้งที่มีอาการและไม่มีอาการ) และผู้ป่วยเอดส์ สะสมทั้งสิ้น 7,703 ราย เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งหมด (ทั้งที่มีอาการและไม่มีอาการ) 2,965 ราย ผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 4,738 ราย และเสียชีวิตแล้ว 1,061 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.6 ของผู้ป่วยเอดส์ทั้งหมด (ข้อมูลจากระบบรายงานผู้ป่วยโรคเอดส์ด้วยโปรแกรม AIDSOL ของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด) โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง (16 แห่ง) ในจังหวัดร้อยเอ็ดมีการดำเนินงานเพื่อติดตามและวัดคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ด้วยโปรแกรม HIVQUAL-T version 4 อย่างไรก็ดี ยังไม่มีรายงานผลการดำเนินงานว่ามีแนวโน้ม

เป็นอย่างไร ดังนั้น การศึกษาจึงสนใจศึกษาคุณภาพบริการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ในโรงพยาบาลชุมชน 1 แห่ง ในระหว่างปี พ.ศ.2551-2553 โดยอ้างอิงตัวชี้วัดของ HIVQUAL-T version 4 และ version 5 ซึ่งจะเป็นประโยชน์สำหรับการนำไปพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยที่รับยาด้านไวรัสเอดส์ที่มีคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาคุณภาพบริการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ วัตถุประสงค์ความล้มเหลวในการรักษา และอาการอันไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการรับประทานยาด้านไวรัส ในโรงพยาบาลชุมชน 1 แห่ง ในระหว่างปีงบประมาณ 2551-2553

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้มีรูปแบบการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective study) โดยทบทวนข้อมูลตัวแปรที่สนใจศึกษาจากฐานข้อมูลในโปรแกรม NAP โปรแกรม HosXP และเวชระเบียน กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ ตามรหัส ICD 10 code B20-B24 ที่มารับบริการที่คลินิกนิรนาม โรงพยาบาลชุมชน 1 แห่งในจังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งเป็นโรงพยาบาลขนาด 60 เตียง เปิดให้บริการคลินิกโรคเอดส์ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2536 ปัจจุบันมีผู้ป่วยสะสมจำนวนทั้งสิ้น 594 คน รับประทานไวรัสจำนวน 391 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกคือ 1) มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป; 2) มาใช้บริการที่คลินิกนิรนามในระหว่างปีงบประมาณ 2551 ถึง

2553 อย่างน้อย 3 ครั้ง/ปี; 3) มีผลการตรวจระดับ CD₄ ก่อนเริ่มยาต้านไวรัส ข้อมูลที่รวบรวมได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (เพศ อายุ ประวัติแพ้ยา สิทธิที่ใช้ในการรักษา) ประเภทของการติดเชื้อเอชไอวี และตัวชี้วัดคุณภาพบริการ ได้แก่ 1) การเข้าถึงยาต้านไวรัสภายใน 2 สัปดาห์หลังตรวจระดับ CD₄; 2) การได้รับยาป้องกันการติดเชื้อสำหรับป้องกันโรคปอดอักเสบ PCP และโรคเชื้อรา Cryptococcosis แบบปฐมภูมิ; 3) การได้รับการประเมินหรือติดตามความร่วมมือในการใช้ยา; 4) การได้รับการตรวจติดตามระดับ CD₄; และ 5) การได้รับการตรวจ viral load และประเมินความล้มเหลวในการรักษาใน 3 ด้าน ได้แก่ virological failure, immunological failure และ clinical failure รวมถึงอาการไม่พึงประสงค์จากการรับประทานยาต้านไวรัส รายละเอียดคำจำกัดความของตัวแปรที่ศึกษาแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คำจำกัดความของตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรที่ศึกษา	คำนิยาม
การได้รับยาป้องกันการติดเชื้อสำหรับป้องกันโรคปอดอักเสบ PCP และโรคเชื้อรา Cryptococcosis แบบปฐมภูมิ	ผู้ป่วยได้รับยาป้องกันการโรคปอดอักเสบ PCP แบบปฐมภูมิ : Co-trimoxazole รับประทานครั้งละ 2 เม็ด วันละ 2 ครั้ง หรือ Dapsone รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง ก่อนเริ่มยาต้านไวรัส ผู้ป่วยได้รับยาป้องกันการโรคเชื้อรา Cryptococcosis แบบปฐมภูมิ : Fluconazole 200 มิลลิกรัม 2 เม็ด สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ก่อนเริ่มยาต้านไวรัส
การได้รับการตรวจติดตามระดับ CD ₄	จำนวนครั้งของการได้รับการตรวจระดับ CD ₄ และมีการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรในรอบ 1 ปี จากข้อมูลผู้ป่วยในโปรแกรม HosXP หรือโปรแกรม NAP หรือเวชระเบียนผู้ป่วย หรือสมุดประจำตัวผู้ป่วย
การปรับเปลี่ยนสูตรยาต้านไวรัสที่เวลาต่างๆ	การเปลี่ยนแปลงรายการยา 1 รายการหรือมากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับสูตรยาที่ได้รับครั้งแรก
การได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ตามเกณฑ์	ตามแนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2549 / 2550
การเข้าถึงยาต้านไวรัส	ระยะเวลาเป็นสัปดาห์ ตั้งแต่ตรวจเลือดเพื่อตรวจระดับ CD ₄ จนถึงวัน/เดือน/ปี ที่เริ่มยาต้านไวรัสตามเกณฑ์
การได้รับการประเมินหรือติดตามความร่วมมือในการใช้ยา	ร้อยละความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสที่ได้มีการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร วิธีการคำนวณ ได้แก่ การคำนวณเมื่อยาที่เหลือ (%Adherence) = $\frac{\text{จำนวนเม็ดยาที่ผู้ป่วยใช้ไปจริง}}{\text{จำนวนเม็ดยาที่ผู้ป่วยควรใช้}} \times 100$ good adherence : (1) ได้รับการประเมิน %Adherence ไม่น้อยกว่า 4 ครั้ง/ปี (2) ผลการประเมิน %Adherence ใน 4 ครั้งสุดท้าย ต้อง $\geq 95\%$ ทุกครั้ง poor adherence : (1) ได้รับการประเมิน %Adherence ไม่น้อยกว่า 4 ครั้ง/ปี (2) ผลการประเมิน %Adherence ใน 4 ครั้งสุดท้าย มีอย่างน้อย 1 ครั้งที่ $< 95\%$ ประเมินไม่ได้ : (1) ได้รับการประเมิน %Adherence น้อยกว่า 4 ครั้ง/ปี (2) %Adherence ที่ประเมินได้ คือ ระบุไม่ได้



ตัวแปรที่ศึกษา	คำนิยาม
การเกิด Immunological failure โดยพิจารณาจากการเปลี่ยนแปลงระดับ CD ₄	- ระดับเม็ดเลือดขาวชนิด ซีดี 4 เพิ่มขึ้นน้อยกว่า 50 cell/uL หลังได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี มาเป็นเวลา 1 ปี - ระดับเม็ดเลือดขาวชนิด ซีดี 4 ลดลงมากกว่าร้อยละ 30 จากค่าสูงสุดหรือ % ระดับเม็ดเลือดขาวชนิด ซีดี 4 ลดลงมากกว่า 3% - ระดับเม็ดเลือดขาวชนิด ซีดี 4 ลดลงต่ำกว่าก่อนเริ่มรักษา
การเกิด Virological failure โดยพิจารณาจากการเปลี่ยนแปลงระดับ viral load	- ตรวจพบปริมาณเชื้อเอชไอวี > 1,000 copies/ml หลังรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ นาน 6 เดือน - เคยมีผลการรักษาที่ปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวี น้อยกว่า 50 copies/ml แล้วกลับมาสูงกว่า 1,000 copies/ml
การเกิด clinical failure โดยพิจารณาจากการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส	พิจารณาจากการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสขึ้นใหม่หลังจากการรับประทานยาต้านไวรัสเอ็ดส์ไปแล้วนาน 6 เดือน
การเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse events) และการเกิดอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse drugs reaction)	อาการแสดงที่ผิดปกติ เกิดขึ้นหลังจากรับประทานยาต้านไวรัส และมีการบันทึกในระบบเอกสารของผู้ป่วย ในโปรแกรม HosXP หรือโปรแกรม NAP หรือเวชระเบียนผู้ป่วย ได้แก่ ผื่นแพ้ยา ภาวะซีด การเกิดพิษต่อตับ การเกิดพิษต่อไต ภาวะไขมันสะสมผิดปกติ ภาวะไขมันในเลือดสูง ชาตามปลายมือปลายเท้า แก้มตอบ/หน้าตอบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา

ผลการศึกษา พบว่า ในปีงบประมาณ 2551 – 2553 มีผู้ป่วยรายใหม่ จำนวน 180 ราย โดยมีผู้ป่วยที่ถูกคัดเข้าการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 105 ราย คิดเป็นร้อยละ 58.3 (ปีงบประมาณ 2551 จำนวน 43 ราย, ปีงบประมาณ 2552

จำนวน 30 ราย และปีงบประมาณ 2553 จำนวน 32 ราย) ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 30-39 ปี ผู้ป่วยที่มารับบริการส่วนใหญ่ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในปีงบประมาณ 2551 และ 2553 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ก่อนรับยาต้านไวรัส ไม่มีอาการแสดงทางคลินิก (ร้อยละ 44.2 43.8 ตามลำดับ) แต่ในปีงบประมาณ 2552 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการแสดงทางคลินิกก่อนรับยาต้านไวรัส (ร้อยละ 46.7) ผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 95 ติดเชื้อเอชไอวีจากการมีเพศสัมพันธ์ระหว่างชาย-หญิง รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยรายใหม่ที่มาใช้บริการที่คลินิกนรีนาม

ตัวแปรที่ศึกษา	ปี 2551 N=43	ปี 2552 N=30	ปี 2553 N=32
อายุ (ปี), Mean ±SD	38.09±8.17	37.43±5.15	37.53±10.54
≥ 15 - 29	3 (7.0)	3 (10.0)	6 (18.8)
30-39	26 (30.5)	18 (60.0)	14 (43.8)
40-49	11 (25.6)	8 (26.7)	9 (28.1)
≥ 50	3 (7.0)	1 (3.3)	3 (9.4)
ประเภทสิทธิที่ใช้ในการรักษา, N (%)			
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	39 (90.7)	30 (100.0)	29 (90.6)
เบิกหน่วยงานต้นสังกัด	1 (2.3)	-	1 (3.1)
ประกันสังคม	-	-	2 (6.2)
ชำระเงินเอง	3 (7.0)	-	-



ตัวแปรที่ศึกษา	ปี 2551 N=43	ปี 2552 N=30	ปี 2553 N=32
ประเภทระยะของโรคก่อนเริ่มยาต้านไวรัส, N (%)			
ไม่มีอาการ	19 (44.2)	8 (26.7)	14 (43.8)
มีอาการ	15 (34.9)	14 (46.7)	8 (25.0)
มีอาการสัมพันธ์กับเอดส์	9 (20.9)	8 (26.7)	10 (31.2)
สาเหตุของการติดเชื้อเอชไอวี, N (%)			
เพศสัมพันธ์ระหว่างชาย-หญิง	42 (97.7)	30 (100.0)	31 (96.9)
ใช้สารเสพติดชนิดฉีด	1 (2.3)	-	1 (3.1)

ผลการศึกษาคณภาพบริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ พบว่าระดับ CD₄ ของผู้ป่วยก่อนรับยาต้านไวรัสเอดส์ อยู่ในช่วง 50-199 cell/ul โดยก่อนรับยาต้านไวรัสผู้ป่วยเกือบทุกรายได้รับยาป้องกัน PCP ผู้ป่วยส่วนใหญ่เริ่มยาต้านไวรัสครั้งแรกสอดคล้องตามข้อบ่งชี้ของแนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2549/2550 กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ในปีงบประมาณ 2551 และ 2552 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เริ่มยาต้านไวรัสเนื่องจากมีอาการแสดงทางคลินิก (ร้อยละ 40.5 และ 51.9 ตามลำดับ) ส่วนในปีงบประมาณ 2553 ผู้ป่วยเริ่มยาต้านไวรัสเนื่องจากมีระยะความเจ็บป่วยของระยะเอดส์และไม่มีอาการแสดงทางคลินิกแต่มีระดับ CD₄ น้อยกว่า 200 cell/ul ผู้ป่วยที่เริ่มยาต้านไวรัสครั้งแรกมีระยะเวลาการเข้าถึงยาต้านไวรัสภายใน 2 สัปดาห์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปีงบประมาณ 2553 สูตรยาต้านไวรัสที่เริ่มครั้งแรก ส่วนใหญ่เริ่มต้นด้วยสูตรยา GPO-VIR 30S (Lamivudine 150 mg+Stavudine 30

mg+Nevirapine 200 mg) ภายหลังรับประทานผู้ป่วยต้องเปลี่ยนสูตรยาต้านไวรัสจากสูตรยาที่ได้รับในครั้งแรก ร้อยละ 34.9, 26.7 และ 31.2 ตามลำดับ จากการติดตามผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสทุกราย พบว่ามีแนวโน้มได้รับการประเมินและติดตามความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างน้อย 4 ครั้ง/ปี เพิ่มขึ้น เมื่อพิจารณาระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส ในผู้ป่วยเหล่านี้ พบว่า ในปีงบประมาณ 2551 และ 2552 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสอยู่ในระดับ poor adherence แต่ในปีงบประมาณ 2553 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสอยู่ในระดับ good adherence สำหรับการติดตามดูแลผู้ป่วยภายหลังรับประทานยาต้านไวรัส 1 ปี พบว่ามีแนวโน้มได้รับการตรวจตรวจวัดระดับ CD₄ จำนวน 2 ครั้ง/ปี เพิ่มขึ้น และมีแนวโน้มได้รับการตรวจวัดระดับ HIV-RNA virus เพิ่มขึ้น เช่นกัน รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 คุณภาพบริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์

ตัวแปรที่ศึกษา	ปี 2551 N=43	ปี 2552 N=30	ปี 2553 N=32
ระดับ CD ₄ ก่อนเริ่มยาต้านไวรัส (คน), N (%)			
0 - 49 cell/mm ³	13 (30.2)	4 (13.3)	4 (12.5)
50 -199 cell/mm ³	21 (48.8)	12 (40.0)	15 (46.9)
200 - 499 cell/mm ³	9 (20.9)	14 (46.7)	13 (40.6)
การได้รับยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสก่อนเริ่มยาต้านไวรัส, N (%)			
ป้องกัน PCP	41 (100.0)	14 (93.3)	21 (95.5)
ป้องกัน PCP + Cryptococcal meningitis	-	1 (0.7)	1 (45.5)
ข้อบ่งชี้การเริ่มยาต้านไวรัสสอดคล้องตามแนวทางการดูแลรักษา*	37 (86.1)	27 (90.0)	27 (84.4)
มีความเจ็บป่วยของระยะเอดส์	9 (24.3)	8 (29.6)	10 (37.0)
มีอาการ	15 (40.5)	14 (51.9)	7 (26.0)
ไม่มีอาการ (CD ₄ < 200 cell/mm ³)	13 (35.1)	5 (18.5)	10 (37.0)



ตัวแปรที่ศึกษา	ปี 2551 N=43	ปี 2552 N=30	ปี 2553 N=32
จำนวนผู้ป่วยที่เข้าถึงยาต้านไวรัสภายใน 2 สัปดาห์หลังตรวจวัดระดับ CD ₄ (คน), N (%)	12 (27.9)	6 (20.0)	14 (43.8)
สูตรยาต้านไวรัสที่เริ่มครั้งแรก			
GPO-VIR 30S	41 (95.3)	23 (76.7)	25 (78.1)
3TC+d4T+EFV	2 (4.7)	6 (20.0)	7 (21.9)
EFV+TDF+3TC	-	1 (3.3)	-
จำนวนผู้ป่วยที่ต้องเปลี่ยนสูตรยาภายหลังเริ่มยาต้านไวรัส	15 (34.9)	8 (26.7)	10 (31.2)
ได้รับการประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างน้อย 4 ครั้ง/ปี	4 (9.3)	11 (36.7)	11 (34.4)
ระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส			
Good adherence*	1 (25.0)	2 (18.2)	7 (63.6)
Poor adherence	3 (75.0)	9 (81.1)	4 (36.4)
ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจวัดระดับ CD ₄ ภายหลังเริ่มยาต้านไวรัส			
1 ครั้ง/ปี	29 (67.4)	17 (56.7)	15 (46.9)
2 ครั้ง/ปี	7 (16.3)	12 (40.0)	16 (50.0)
ไม่ได้รับการตรวจ	7 (16.3)	1 (3.3)	1 (3.1)
ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจวัดระดับ HIV-RNA virus ภายหลังเริ่มยาต้านไวรัส			
ได้รับการตรวจ HIV-RNA virus 1 ครั้ง/ปี	20 (46.5)	27 (90.0)	29 (90.6)
ไม่ได้รับการตรวจ HIV-RNA virus	23 (53.5)	3 (10.0)	3 (9.4)

* แนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอช ไอ วีและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2549/2550 กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

* หมายถึง good adherence : (1) ได้รับการประเมิน %Adherence ไม่น้อยกว่า 4 ครั้ง/ปี (2) ผลการประเมิน %Adherence ใน 4 ครั้งสุดท้าย $\geq 95\%$ ทุกครั้ง

เมื่อพิจารณาลักษณะความล้มเหลวของการรักษาทางด้าน virological failure พบว่า ภายหลังรับยา 6 เดือน ร้อยละของผู้ป่วยที่มีระดับ HIV-RNA virus มากกว่า 1000 copies/ml น้อยมาก (ร้อยละ 4.0 6.1 0.0 ตามลำดับ) และผู้ป่วยที่เคยมีระดับ HIV-RNA virus < 50 copies/ml แล้วกลับมามีระดับ HIV-RNA virus มากกว่า 1000 copies/ml พบน้อยมาก (ร้อยละ 0.0 0.0 2.9 ตามลำดับ) เช่นกัน

ผลการศึกษาลักษณะความล้มเหลวของการรักษาทางด้าน immunological failure พบว่า ภายหลังรับประทานยาต้านไวรัส 1 ปี พบว่า ผู้ป่วยมีระดับ CD₄ เพิ่มขึ้นน้อยกว่า 50 cell/ul เพียงร้อยละ 11.6 ร้อยละ 16.7 และ 6.2 ตามลำดับ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับ CD₄ เพิ่มขึ้นมากกว่า 50 cell/ul เมื่อเปรียบเทียบกับ CD₄ เริ่มต้นก่อนการรักษา และกรณีผู้ป่วยที่เคยมีระดับ CD₄ สูงสุดแล้วเมื่อติดตามระดับ CD₄ ในครั้งถัดๆ ไปแล้วพบว่า มีระดับ CD₄ ลดลงน้อยกว่าร้อยละ 30 ของระดับ CD₄ สูงสุด หรือ % CD₄ ลดลงมากกว่าร้อยละ 3 นั้น พบเพียงร้อยละ 30.2 33.3 และ 9.4 ตามลำดับ ส่วนกรณีที่ผู้ป่วยมี

ระดับ CD₄ ลดลงต่ำกว่าก่อนการรักษานั้นก็พบน้อย (ร้อยละ 6.9 33.3 9.4 ตามลำดับ)เช่นกัน

ผลการศึกษาลักษณะความล้มเหลวของการรักษาทางด้าน Clinical failure พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสภายใน 6 เดือนหลังรับประทานยาต้านไวรัส คิดเป็นร้อยละ 80.0, 50.0 และ 100.0 ตามลำดับ โรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่พบบ่อยที่สุดคือ วัณโรค รองลงมาคือ มะเร็งต่อมน้ำเหลือง (ตารางที่ 5)

สำหรับการเกิดอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ พบว่าน้อยมาก โดยอาการอันไม่พึงประสงค์ที่พบมากที่สุดได้แก่ ภาวะแสบตบ/หน้าตบและเกิดเส้นเลือดพุดองลงมา คือ การเกิดไขมันสะสมผิดที่และเกิดผื่นจากการแพ้ยา ดังแสดงในตารางที่ 6


ตารางที่ 5 แสดงลักษณะความล้มเหลวของการรักษา 3 ด้าน (treatment failure)

เกณฑ์ในการวินิจฉัยการเกิด treatment failure	ปี 2551 n=43	ปี 2552 n=30	ปี 2553 n=32
Virological failure (คน), N (%)			
HIV-RNA virus > 1000 copies/ml ภายหลังรับยา 6 เดือน	3 (4.0)	4 (6.1)	0 (0.0)
HIV-RNA virus < 50 copies/ml แล้วกลับมา มี HIV-RNA virus >1000 copies/ml	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (2.9)
Immunological failure (คน), N (%)			
CD ₄ เพิ่มขึ้นน้อยกว่า 50cell/ul หลังรับประทานยา 1 ปี	5 (11.6)	5 (16.7)	2 (6.2)
CD ₄ ลดลง > 30% จากค่าสูงสุด หรือ % CD ₄ ลดลง > 3%	13 (30.2)	10 (33.3)	3 (9.4)
CD ₄ ลดลงต่ำกว่าก่อนการรักษา	3 (6.9)	3 (10.0)	2 (6.2)
Clinical failure (คน), N (%)			
เกิดภายใน 6 เดือนหลังรับยาต้านไวรัส (คน)	4 (80.0)	2 (50.0)	3 (100.0)
Tuberculosis	2 (50.0)	-	-
Herpes zoster	2 (50.0)	1 (50.0)	2 (66.7)
Cryptococcal meningitis	-	1 (50.0)	-
Tuberculosis meningitis	-	-	1 (33.3)
เกิดหลัง 6 เดือนหลังรับยาต้านไวรัส	1 (20.0)	2 (50.0)	-
Hodgkin's lymphoma	1 (100.0)	-	-
Herpes zoster	-	2 (100.0)	-

ตารางที่ 6 แสดงการเกิดอาการอันไม่พึงประสงค์จากการรับประทานยาต้านไวรัสเอ็ดส์

อาการอันไม่พึงประสงค์	ปี 2551 n=43	ปี 2552 n=30	ปี 2553 n=32
เกิดอาการอันไม่พึงประสงค์จากการรับประทานยาต้านไวรัสเอ็ดส์ (คน), N (%)			
lipoatrophy* (คน)	6	0	0
lipohypertrophy ** (คน)	2	0	0
ผื่นแพ้ยา (คน)	2	1	0
เอนไซม์ตับเพิ่ม (คน)	1	1	0

* ได้แก่ แก้มตอบ/หน้าตอบ เส้นเลือดพู่

** ได้แก่ ไขมันสะสมผิดปกติ



อภิปรายผลและสรุป

จากการศึกษาการใช้ยา ความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ของโรงพยาบาลชุมชน 1 แห่งในครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยที่มารับบริการมีการเข้าถึงยาต้านไวรัสภายใน 2 สัปดาห์หลังตรวจระดับ CD₄ อยู่ในระดับที่ค่อนข้างต่ำ ในปีงบประมาณ 2551 แต่มีแนวโน้มมีการเข้าถึงยาต้านไวรัสได้มากขึ้นในปีงบประมาณ 2553 ทั้งนี้เนื่องจาก นโยบายโรคเอดส์มีความชัดเจนมากขึ้น การให้บริการของโรงพยาบาลตามตัวชี้วัด HIVQUAL-T มีความครอบคลุมมากขึ้น มีการปรับปรุงแนวทางการรักษาจากเดิม คือ ทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2549/2550 กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เป็น แนวทางการตรวจวินิจฉัยและดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ระดับชาติ ปี พ.ศ. 2553 โดยเฉพาะ เกณฑ์ในการเริ่มยาต้านไวรัสในประเทศไทย ที่ปรับเปลี่ยน ในกรณีผู้ป่วยไม่มีอาการเดิมให้เริ่มยาต้านไวรัสเมื่อระดับ CD₄ น้อยกว่า 200 cell/ul มาเป็น ให้เริ่มยาต้านไวรัสเมื่อระดับ CD₄ น้อยกว่า 350 cell/ul เป็นต้น (ประพันธ์ และคณะ, 2553)

ผู้ป่วยที่มารับบริการส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 90 ต้องได้รับยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสก่อนเริ่มยาต้านไวรัส ที่สำคัญ คือ การให้ยาป้องกัน PCP ทั้งนี้เนื่องจาก ข้อบ่งชี้ในการให้การให้ป้องกัน PCP แบบปฐมภูมิ ได้แก่ ผู้ป่วยที่มี CD₄ น้อยกว่า 200 cell/ul หรือมี oropharyngeal candidiasis หรือมีประวัติ AIDS-defining illness (ซึ่งรวมถึงวัณโรค) หรือมีไข้ไม่ทราบสาเหตุนานเกิน 2 สัปดาห์ (สมนึก และคณะ, 2550) จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ในการเริ่มยาต้านไวรัส ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีระยะความเจ็บป่วยของระยะเอดส์และมีอาการแสดงทางคลินิก ได้แก่ การมีฝ้าขาวในปาก มีไข้ นานติดต่อกันมากกว่า 1 เดือน เป็นวัณโรคก่อนเริ่มยาต้านไวรัส เป็นต้น ดังนั้นการให้ยาป้องกัน PCP แบบปฐมภูมิในผู้ป่วยจึงสอดคล้องกับข้อบ่งชี้ในการให้ยาป้องกัน PCP แบบปฐมภูมิ เมื่อผู้ป่วยเริ่มยาต้านไวรัสครั้งแรก พบว่า มากกว่าร้อยละ 80 สูตรยาที่ใช้ครั้งแรก คือ ยา GPO-VIR30S ซึ่งประกอบไปด้วยยา Lamivudine (3TC) 150 mg Stavudine (d4T) 30 mg และ Nevirapine (NVP) 200 mg รวมอยู่ในเม็ดเดียวกัน ผลผลิตโดยองค์การเภสัชกรรม พบว่า การใช้ยาต้านไวรัสครั้งแรกสอดคล้องตามข้อบ่งชี้ของแนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2549/2550 กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้ แนวทางการรักษาโรคเอดส์จะต้องใช้

ยาต้านไวรัส 3 ตัวร่วมกัน เรียกแนวทางการรักษาว่า HAART (Highly Active Anti-retroviral Therapy) (ปรีชา และคณะ, 2550)

ตามเกณฑ์ตัวชี้วัดของ HIVQUAL-T version 5 ให้ความสำคัญกับการติดตามและประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส ในการศึกษาครั้งนี้ติดตามและประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสซึ่งประเมินโดยวิธีนับเม็ดยา (pill count tablet) พบผู้ป่วยเพียงร้อยละ 25.0 ได้รับการติดตามและประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส 4 ครั้ง/ปี ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ค่อนข้างต่ำ และเมื่อประเมินผู้ป่วยกลุ่มนี้ พบเพียงร้อยละ 38.0 ที่มีผลการประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส อยู่ในระดับ good adherence สาเหตุเนื่องจาก ญาติมารับยาแทน ซึ่งญาติจะไม่มีข้อมูลจำนวนเม็ดยาที่เหลือมาให้หรือแม้แต่ผู้ป่วยเองก็ไม่ได้นับเม็ดยาที่เหลือมาให้ เกสัชกรจึงไม่สามารถคำนวณร้อยละของความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสได้อีกทั้งการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลังข้อมูลการประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสบางส่วนไม่ครบถ้วนเนื่องจากเอกสารบันทึกข้อมูลของฝ่ายเภสัชกรรมชุมชนหายไป เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของกมลรัตน์ (2551) ที่ศึกษาแบบไปข้างหน้า พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 90 มีผลการประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสมากกว่าร้อยละ 95 ซึ่งให้ผลการประเมินที่สูงกว่า ดังนั้นการติดตามและประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสน่าจะเป็นการศึกษาแบบไปข้างหน้าจึงจะให้ผลการประเมินที่ดีกว่าศึกษาแบบย้อนหลัง

นอกจากเกณฑ์ตัวชี้วัดของ HIVQUAL-T จะให้ความสำคัญกับ ความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสแล้ว การตรวจติดตามระดับ CD₄ และ HIV-RNA virus ก็เป็นอีกตัวชี้วัดหนึ่งที่ HIVQUAL-T ให้ความสำคัญ โดยการตรวจวัดระดับ CD₄ ควรได้รับการตรวจติดตาม 2 ครั้ง/ปี ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยเพียงร้อยละ 33.3 ได้รับการตรวจติดตามระดับ CD₄ 2 ครั้ง/ปี ซึ่งในทางปฏิบัติแล้วในคลินิกโรคเอดส์จะมีการนัดผู้ป่วยเพื่อตรวจติดตามระดับ CD₄ อย่างต่อเนื่องทุก 6 เดือนหลังจากได้รับยา ปัจจัยหลักที่อาจเป็นสาเหตุที่ผู้ป่วยได้รับการตรวจติดตามระดับ CD₄ 2 ครั้ง/ปี อยู่ในเกณฑ์ที่ต่ำ แต่ยังสูงกว่าการศึกษาของ Alemayehu *et al.* (2009) ที่พบว่า สัดส่วนของผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจ CD₄ อย่างน้อย 1 ครั้งหลังรับยา 6 เดือน นั่นคือ 2 ครั้ง/ปี พบเพียงร้อยละ 20.8 อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เมื่อรับประทาน



ไวรัสจะมีสุขภาพที่ดีขึ้นจึงไปทำงานที่ต่างจังหวัดทำให้บางครั้งขาดนัดตรวจเลือด ซึ่งเมื่อขาดนัดแล้วรอบของการเจาะเลือดจะเลื่อนออกไป สำหรับการตรวจติดตามตามระดับ HIV-RNA virus นั้น ตามตัวชี้วัด ของ HIVQUAL-T ควรได้รับการตรวจ 1 ครั้ง/ปี ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 72 ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ที่สูง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยให้ความสำคัญกับการตรวจวัดระดับ HIV-RNA virus ซึ่งตรวจเพียง 1 ครั้ง/ปีถ้าขาดนัดตรวจเลือดอาจจะเลื่อนนัดออกไปอีก

ในปัจจุบันความล้มเหลวของการรักษาผู้ป่วยโรคเอดส์จะหมายถึง ความล้มเหลวทางด้านไวรัสเท่านั้น เพราะ สามารถตรวจพบได้เร็วที่สุด มีความไวมากที่สุด และเชื่อถือได้มากที่สุด (สมนึก และคณะ, 2550) ซึ่งจากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่าผู้ป่วยเกิดความล้มเหลวทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ทางด้านไวรัส (Virological failure) ความทางระบบภูมิคุ้มกัน (Immunological failure) ทางคลินิก (Clinical failure) อยู่ในระดับที่ต่ำ แสดงถึงประสิทธิภาพของยาต้านไวรัสมีในการฆ่าเชื้อไวรัสได้ดี

การเกิดอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ พบว่า ในการศึกษาครั้งนี้ถือว่าเกิดน้อยเพียงร้อยละ 25.6 6.7 0.0 ตามลำดับ ภาวะแถมตอบ/หน้าตอบและเกิดเส้นเลือดฟูเกิดมากที่สุด รองลงมา คือ การเกิดไขมันสะสมผิดปกติ ที่ทั้งนี้อาการอันไม่พึงประสงค์ดังกล่าวเรียกรวมว่าเกิด Lipodystrophy ซึ่งจะมี 2 กรณี คือ lipoatrophy (ภาวะแถมตอบ/หน้าตอบและเกิดเส้นเลือดฟู) และ lipohypertrophy (การเกิดไขมันสะสมผิดปกติ) ทั้งนี้เพราะอาการอันไม่พึงประสงค์ดังกล่าวจัดเป็นผลข้างเคียงระยะยาว (long-term adverse effect) (สมนึก และคณะ, 2550; ปรีชา และคณะ, 2550) ระยะเวลาที่จะเกิดอาการข้างเคียงดังกล่าวใช้เวลาหลายเดือน แต่การศึกษาครั้งนี้เก็บข้อมูลในระยะสั้น ดังนั้นจึงเกิดอุบัติการณ์ต่ำ นอกจากนี้ยังเกิดผื่นจากการแพ้ยา ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของเลิศวุฒิ บัวเลิศและคณะ (2551) พบว่าเกิด lipoatrophy จาก d4T ร้อยละ 17.5 มากที่สุด รองลงมา เกิดผื่นชนิด maculopapular rash จาก NVP ร้อยละ 10 (4/40) และเกิด hepatitis จาก NVP ร้อยละ 5 (2/40) ตามลำดับ และการศึกษาของ Vesga และคณะ, 2007 ที่พบการเกิด metabolic reaction (28.1%), hematologic reaction (28%), gastrointestinal reaction (26.5%) hepatic reaction (2.39%) มากที่สุดตามลำดับ

โดยสรุปแล้วโรงพยาบาลชุมชนแห่งนี้ มีกระบวนการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอช ไอ วีและโรคเอดส์อยู่ในเกณฑ์ที่ดี พิจารณาจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เกิดความล้มเหลวทางการรักษา 3 ด้านอยู่ใน

เกณฑ์ที่ต่ำ และผู้ป่วยเกิดอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ อย่างไรก็ดีตัวชี้วัดตามเกณฑ์ของ HIVQUAL-T คือ การตรวจติดตามระดับ CD₄ 2 ครั้ง/ปี ที่ยังต่ำกว่ามาตรฐานหรือแนวทางที่จะให้ผู้ป่วยมาตรวจเลือดให้ตรงตามนัดต่อไป ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่องต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ ผศ.ดร.ชนนรรจ์ รัตนโชติพานิช และ ผศ.ดร.อรอนงค์ วลีขจรเลิศ ที่กรุณาให้คำแนะนำในการจัดทำรายงานวิจัยนี้เป็นอย่างดี และเจ้าหน้าที่ประจำคลินิกโรคเอดส์ โรงพยาบาลสุพรรณภูมิ ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลวิจัยในครั้งนี้

References

- กมลกลมรัตน์ อินทศักดิ์, ความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ติดเชื้อเอชไอวี, วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน 2551 ม.ค.-มิ.ย. 4(1): 34-41.
- กลุ่มโรคเอดส์ สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์ ณ วันที่ 31 มีนาคม 2554 [online]. 2554 Mar 31 [cited 2011 Dec 30]. Available from: <http://www.aidssthai.org/home>
- ประพันธ์ ภาณุภาค, มนูญ ลิขเวงวงศ์, ทวีทรัพย์ ศิริประภาศิริ และคณะ, แนวทางการตรวจวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ระดับชาติ ปี พ.ศ. 2553, กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชุมนุมการเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด ; 2553.
- ปรีชา มณฑานติกุล, ปวีณา สนธิสมบัติ, นวกร วิมลสารวงศ์ และคณะ, คู่มือสำหรับเภสัชกร การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์, สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย), กรุงเทพมหานคร : บริษัทประชาชน จำกัด ; 2550.
- เลิศวุฒิ บัวเลิศ, ประสิทธิภาพของยาต้านไวรัสเอชไอวีชนิดรวมด้วยขนาดยาที่ใช้ในการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่เคยรับยาต้านไวรัสเอชไอวีมาก่อน 40 ราย ในโรงพยาบาลตรัง, วารสารโรคเอดส์, ปีที่ 20 ฉบับที่ 4, 2551 : 221-228.



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, คู่มือบริหารงบประมาณ
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2554 เล่ม
ที่ 2 การบริหารบริการสุขภาพ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและ
ผู้ป่วยเอดส์ และการบริหารบริการผู้ป่วยวัณโรค,
กรุงเทพมหานคร, บริษัท ศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด,
2553.

สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรม
ควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข. โครงการพัฒนา
คุณภาพบริการ การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
ผู้ใหญ่ [online]. 2550 Oct 1 [cited 2011 Dec 30].
Available from: <http://www.cqihiv.com>

สมนึก สังฆานุภาพ, กุลกัญญา โชคไพบูลย์กิจ, ถนอมศักดิ์ เอ
นทธานันท์ และคณะ , แนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ
เอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2549-
2550 ,กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข สมาคม
โรคเอดส์แห่งประเทศไทย สมาคมโรคติดต่อในเด็ก,
กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมการเกษตรแห่ง
ประเทศไทย; 2550.

สมศักดิ์ สุทธิวิทยกุล , เสาวนีย์ สีสองสม , สุชิน จันทวิมล
และคณะ. คู่มือการพัฒนาคุณภาพ การดูแลรักษาผู้ติด
เชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ด้วยรูปแบบ HIVQUQL-T
สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย,
นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข ; 2550.

Alemayehu YK , Bushen OY, Muluneh AT, *et al.* Evaluation
of HIV/AIDS clinical care quality: the case of a
referral hospital in North West Ethiopia.
International Journal for Quality in Health Care
2009; Volume 21, Number 5: pp. 356–362.

Anekthananon T, Ratanasuwan W, Techasathit W, *et al* ,
Safety and Efficacy of a Simplified Fixed-Dose
Combination of Stavudine, Lamivudine and
Nevirapine (GPO-VIR) for the Treatment of
Advanced HIV-Infected Patients : A 24-Week
Study, *J Med Assoc Thai* 2004 ; 87(7): 760-7.

Tiyou A, Belachew T, Alemseged F, *et al.* Predictors of
adherence to antiretroviral therapy among people
living with HIV/AIDS in resource-limited setting of
southwest Ethiopia. *AIDS Research and Therapy*
2010 (7), 7:39.

Vesga JF, Alvarez C, Tamara JR , *et al*, Antiretrovirals
adverse reactions from a prospective HIV/AIDS
cohort study In Bogot ; a Colombia , *Clinical
Microbiology and Infectious Diseases ICC*, Munich,
Germany, 31 Mar – 04 Apr 2007. (Abstract)