

สถานการณ์โรคติดเชื้อฉวยโอกาสในผู้ป่วยเอดส์ ประเทศไทย พ.ศ. 2537-2551

สุภาวดี แสงจันทร์ วม.ม.*

ทิพสุคนธ์ บำรุงวงศ์ วม.บ.**

*โรงพยาบาลเชียงใหม่ราชประชานุเคราะห์

**สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

Abstract Opportunistic Infections among AIDS Cases in Thailand, 1994-2008

Sangjan S*, Bamrungwong T.**

*Chiangrai Regional Hospital, **Bureau of AIDS, TB, and STIs

Bull Dept Med Serv 2010; 35:215-25.

This study presents epidemiology of opportunistic infections (OIs) by time, place, person and type of OI among AIDS cases in Thailand, 1994-2008. AIDS case surveillance data from the Bureau of Epidemiology, Ministry of Public Health were reviewed and analyzed by using the Epi Info program, version 3.5.1. Percentage, rate and ratio were presented. Increasing rates of AIDS cases by year were observed between 1994 and 2004 but the rates declined during 2005-2008. Similar patterns were found in both genders. The top 5 common OIs reported in AIDS cases were tuberculosis (TB), *Pneumocystis carinii* pneumonia (PCP), Cryptococcosis, Candidiasis and recurrent Pneumonia. The rates of these 5 OIs by year were also found to decrease during 2005-2008. The proportion of TB among AIDS cases was higher in the central and southern regions than in the northern and northeastern regions. The proportion of PCP was higher in the central and northern regions than in the other 2 regions whereas Cryptococcosis was higher in the northern and northeastern regions. In male AIDS cases, the top 4 common OIs were similar to those of the country OIs but the fifth was Toxoplasmosis. The top 5 common OIs in female AIDS cases were similar to those of the country OIs. The most common OI reported in children 0-4 and 5-14 years of age was PCP, followed by recurrent Pneumonia and TB. The OI most frequently reported in adults 15-44 years old was TB, followed by PCP and recurrent Pneumonia. The most common OI in adults 45 years of age or older was TB, followed by recurrent Pneumonia and Cryptococcosis. Since these OIs are preventable, appropriate health education and promotion of chemoprophylaxis to HIV/AIDS cases should be strengthened. Effective increase in coverage of antiretroviral therapy can reduce OIs and deaths in this population.

Key words: AIDS, opportunistic infection, Thailand

เรื่องย่อ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์โรคติดเชื้อฉวยโอกาสของผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย พ.ศ. 2537-2551 จำแนกการกระจายของโรคตามเวลา สถานที่ บุคคล และชนิดของการติดเชื้อฉวยโอกาส โดยศึกษาข้อมูลผู้ป่วยเอดส์จากระบบเฝ้าระวังโรคเอดส์ ของสำนักโรคติดต่อวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ระหว่าง พ.ศ. 2537-2551 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม Epi Info version 3.5.1 โดยใช้สถิติร้อยละ อัตรา และอัตราส่วน ผลการศึกษาพบว่า อัตราป่วยด้วยโรคเอดส์มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วง พ.ศ. 2537-2547 หลังจากนั้นแนวโน้มลดลงตั้งแต่ พ.ศ. 2548-2551 ซึ่งคล้ายคลึงกันทั้ง

เพศหญิงและเพศชาย โรคติดเชื้อฉวยโอกาส 5 อันดับแรก ได้แก่ วัณโรค, *Pneumocystis carinii* pneumonia (PCP), Cryptococcosis, Candidiasis และโรคปอดอักเสบที่เป็นซ้ำ (Recurrent Pneumonia) ซึ่งทั้ง 5 โรคพบมีแนวโน้มลดลงตั้งแต่ พ.ศ. 2548-2551 เช่นเดียวกัน เมื่อจำแนกรายภาคพบว่า ภาคกลางและภาคใต้มีสัดส่วนของวัณโรคสูงกว่าภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สำหรับสัดส่วนของ PCP พบสูงในภาคกลางและภาคเหนือ สัดส่วนของ Cryptococcosis พบสูงในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ การติดเชื้อฉวยโอกาสในผู้ป่วยเอดส์เพศชาย พบว่า 4 อันดับแรก เป็นโรคที่พบเช่นเดียวกับภาพรวมของประเทศ อันดับที่ 5 พบเป็น Toxoplasmosis ส่วนในผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงพบโรคติดเชื้อฉวยโอกาส 5 อันดับแรก ไม่แตกต่างจากภาพรวมของประเทศ เมื่อจำแนกตามอายุพบว่า ในกลุ่มเด็กอายุ 0-4 และ 5-14 ปี ป่วยเป็นโรค PCP มากที่สุด รองลงไป ได้แก่ โรคปอดอักเสบที่เป็นซ้ำ และวัณโรค ส่วนกลุ่มอายุ 15-44 ปี พบว่าป่วยเป็นวัณโรคมากที่สุด รองลงไป ได้แก่ PCP และโรคปอดอักเสบที่เป็นซ้ำ ส่วนกลุ่มอายุ 45 ปีขึ้นไป พบว่าป่วยเป็นวัณโรคมากที่สุดเช่นเดียวกัน รองลงไป ได้แก่ โรคปอดอักเสบที่เป็นซ้ำ และ Cryptococcosis ผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่เป็นโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่ป้องกันได้ ดังนั้นจึงควรเสริมสร้างความรู้และส่งเสริมการใช้ยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสให้กับผู้ป่วยเอดส์อย่างเหมาะสม รวมถึงการจัดบริการยาต้านไวรัสเอดส์ให้ครอบคลุมและทั่วถึง ซึ่งจะมีส่วนช่วยลดการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสและการเสียชีวิตในผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ลงได้

คำสำคัญ: เอดส์ โรคติดเชื้อฉวยโอกาส ประเทศไทย

บทนำ

จากรายงานสถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์ ของสำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งรับรายงานผู้ป่วยเอดส์ จากสถานบริการสาธารณสุขทั้งภาครัฐและเอกชน ตั้งแต่ พ.ศ. 2527 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2552 พบว่ามีผู้ป่วยเอดส์รวมทั้งสิ้น 357,407 ราย และมีผู้เสียชีวิต 95,793 ราย โดยโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่ได้รับรายงานมากที่สุด 5 อันดับแรกคือ วัณโรค 108,285 ราย (ร้อยละ 30.3) โรคปอดบวมจากเชื้อ *Pneumocystis carinii* 71,513 ราย (ร้อยละ 20.0) wasting syndrome (emaciation, slim disease) 70,625 ราย (ร้อยละ 19.8) cryptococcosis 50,048 ราย (ร้อยละ 14.0) และ candidiasis ของหลอดอาหาร หลอดลม (trachea, bronchi) หรือปอด 17,532 ราย (ร้อยละ 4.9)¹ โรคติดเชื้อเอชไอวีเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยต้องได้รับยาต้านไวรัสไปตลอดชีวิต และการรักษาผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาว และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จึงทำให้มีผู้ป่วยเอดส์และผู้เสียชีวิตจากโรคเอดส์ลดลง²

จากโครงการการเข้าถึงยาต้านไวรัสระดับชาติและการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้มีผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสเป็นจำนวนมาก โดยผู้ป่วยเอดส์ที่อยู่ในประเทศ

ไทยสามารถเข้าถึงยาต้านไวรัสแล้วถึง 180,000 ราย ซึ่งเป็นผู้ป่วยในสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผู้ป่วยประกันสังคม ข้าราชการและพนักงานของรัฐ และโครงการพิเศษต่างๆ อีกหลายโครงการ³

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีภูมิคุ้มกันลดต่ำลงมีโอกาสติดเชื้อฉวยโอกาสได้ ซึ่งโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่เกิดจากจุลชีพต่างๆ ได้แก่ ไวรัส แบคทีเรีย รา และโปรโตซัว จะมีความรุนแรงต่ำในการก่อโรคสำหรับคนที่มีภูมิคุ้มกันปกติ โดยไม่ทำให้เกิดอาการหรือเกิดอาการอย่างอ่อน แต่ในคนที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ การติดเชื้อจุลชีพเหล่านี้ จะทำให้เกิดโรคที่มีอาการรุนแรงได้⁴ โรคติดเชื้อฉวยโอกาสบางโรคสามารถป้องกันได้ แต่จากสถานการณ์การเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ในแต่ละปีจะเห็นแนวโน้มของโรคติดเชื้อฉวยโอกาส 5 อันดับแรก เป็นโรคที่อยู่ในกลุ่มโรคที่สามารถป้องกันได้ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ของโรคติดเชื้อฉวยโอกาสในผู้ป่วยเอดส์ประเทศไทย ตั้งแต่ พ.ศ. 2537 ถึง พ.ศ. 2551

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา (descriptive epidemiology) โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data) จากระบบเฝ้าระวังโรคเอดส์

(รง.506/1 และ รง.507/1) ตั้งแต่ พ.ศ. 2537-2551 กลุ่มประชากรที่ศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยเอดส์ทั้งหมดที่ได้รับรายงานจากระบบเฝ้าระวังโรคเอดส์ ว่าเป็นผู้ป่วยโรคเอดส์ที่เข้ารับการรักษาตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2537 - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2551

ระบบเฝ้าระวังโรคเอดส์อาศัยการรายงานโดยความร่วมมือจากโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนที่มีผู้ป่วยเอดส์เข้ามารับบริการโดยใช้แบบรายงานรง.506/1 ซึ่งใช้ในการรายงานผู้ป่วยรายใหม่ และ รง.507/1 ใช้สำหรับรายงานเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงข้อมูลผู้ป่วย ลักษณะรายงานเป็นรายงานลับ ซึ่งถูกส่งเข้ามายังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และส่งต่อไปที่สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข โดยผู้ศึกษาได้ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ ซึ่งการศึกษานี้วิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยเอดส์ที่รับรายงานเป็นเวลา 15 ปี ตั้งแต่ พ.ศ. 2537-2551 ด้วยโปรแกรม Epi Info version 3.5.1 โดยคำนวณหาค่า ร้อยละ อัตรา และอัตราส่วน สำหรับอัตราป่วยและตายในภาพรวมทั้งประเทศ ใช้ฐานข้อมูลประชากรกลางปีของประเทศในแต่ละปี

นิยามศัพท์

ระบบเฝ้าระวังโรคเอดส์โดยการรายงานผู้ป่วย (รง.506/1 และ รง.507/1) หมายถึง ระบบการลงทะเบียนผู้ป่วยโรคเอดส์ที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล ที่เป็นสถานบริการทั้งภาครัฐและเอกชน ในจังหวัดที่ผู้ป่วยให้ประวัติในการเข้ารับการรักษา และส่งข้อมูลมาที่สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข แบบรายงานลับ

ผู้ป่วยเอดส์ หมายถึง ผู้ป่วยตามนิยามใหม่ แบ่งเป็น 3 ประเภท โดยทุกประเภทจะต้องพบการติดเชื้อเอชไอวีด้วยวิธีการตรวจทางห้องปฏิบัติการ⁵

ประเภทที่ 1 คือ ผู้ป่วยทุกกลุ่มอายุที่มีอาการบ่งชี้ของภาวะภูมิคุ้มกันเสื่อมอย่างน้อยโรคใดโรคหนึ่งใน 28 โรค

ประเภทที่ 2 คือ ผู้ป่วยทุกกลุ่มอายุที่พบจำนวนเม็ดเลือดขาว CD4 ต่ำกว่า 200 ต่อไมโครลิตร หรือ

น้อยกว่าร้อยละ 15 อย่างน้อย 2 ครั้งในเวลาเดียวกัน ประเภทที่ 3 คือ ผู้ป่วยเอดส์เด็กที่คลอดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวี อายุต่ำกว่า 18 เดือน และตรวจพบ major signs 2 ข้อ และ minor sign 1 ข้อ สำหรับกรณีที่ผู้ป่วยเสียชีวิตพบ Major sign 1 ข้อ สามารถรายงานเป็นผู้ป่วยเอดส์ได้

โรคติดเชื้อฉวยโอกาส (opportunistic infection) คือ การติดเชื้อที่มักไม่เกิดขึ้นในคนปกติทั่วไป แต่จะเกิดในผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันผิดปกติ เช่น ผู้ป่วยโรคเอดส์ (ผู้ติดเชื้อไวรัสเอชไอวี) ผู้ป่วยโรคภูมิคุ้มกันบกพร่องชนิดอื่น ผู้ป่วยที่ได้รับยากดภูมิคุ้มกัน เป็นต้น⁶

โรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่พบในผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยเอดส์ที่รายงานได้แก่ โรคติดเชื้อจาก

เชื้อปรสิต : Cryptosporidiosis, Toxoplasmosis, Isosporiasis, Microsporidiosis, *Pneumocystis Carinii* Pneumonia (PCP), *Strongiloidosis giardiasis*, *Entamoeba histolytica* infection

เชื้อรา : Penicillosis, Cryptococcosis, Candidiasis, Tinea versicolor, Coccidioidomycosis, mucomycosis, Blastomycosis, Aspergillosis, Histoplasmosis, Nocardiosis, Torulopsis infection

เชื้อแบคทีเรีย : Microbacterium Tuberculosis, Atypical mycobacterium infection, Salmonellosis (non typhi), Encapsulated bacterial infections

เชื้อไวรัส : Herpes simplex infection, Varicella-zoster virus infection, *Molluscum contagiosum*, Cytomegalovirus (CMV) infection, Epstein-Barr virus infection

โรคมะเร็ง (malignancies) : Kaposi's sarcoma, Non-Hodgkin's lymphoma, Cervical carcinoma

ผล

จากข้อมูลระบบเฝ้าระวังโรคเอดส์ (รง.506/1 และ รง.507/1) ของสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2537 - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2551 พบว่ามีผู้ป่วยเอดส์

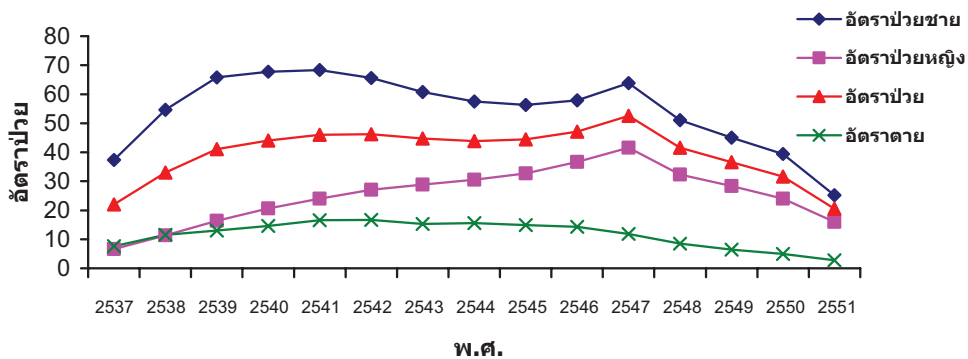
ที่รับรายงานรวม 367,061 ราย จำแนกเป็นเพศชาย 249,315 ราย (ร้อยละ 67.9) และเพศหญิง 117,746 ราย (ร้อยละ 32.1) อัตราส่วนชายต่อหญิงเท่ากับ 2.1:1 มีผู้ป่วยที่รายงานเสียชีวิตแล้ว 107,315 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตายร้อยละ 29.2 กลุ่มอายุที่พบผู้ป่วยโรคเอดส์มากที่สุดคือ อายุ 25-34 ปี (ร้อยละ 48.2) รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 35-44 ปี (ร้อยละ 28.6) และกลุ่มอายุ 15-24 ปี (ร้อยละ 8.6) เมื่อจำแนกตามปัจจัยเสี่ยงพบว่า ส่วนใหญ่เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ (ร้อยละ 84.7) รองลงมาคือ การติดยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น และคลอดจากแม่ที่ป่วยหรือติดเชื้อเอชไอวี อัตราป่วยด้วยโรคเอดส์มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วง พ.ศ. 2537 ถึง พ.ศ. 2547 ต่อจากนั้นแนวโน้มลดลงตั้งแต่พ.ศ. 2548-2551 ซึ่งเป็นแบบแผนเดียวกันทั้งเพศหญิงและเพศชาย ส่วนอัตรารายมีแนวโน้มลด

ลงตั้งแต่ พ.ศ. 2543-2551 (รูปที่ 1)

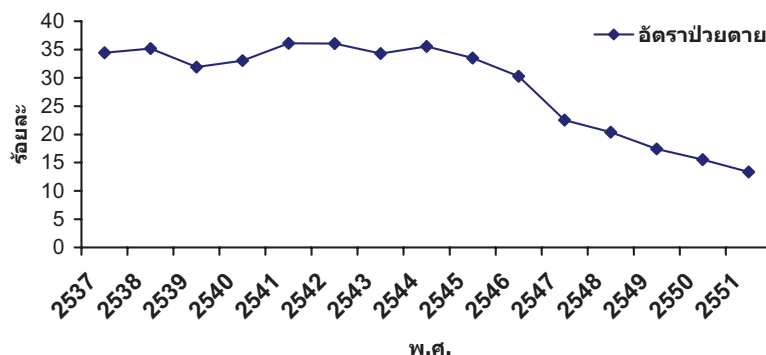
พบอัตราป่วยตายสูงสุดในปี พ.ศ. 2541 และเริ่มลดลงอย่างช้าๆ จนถึง พ.ศ. 2545 หลังจากนั้นแนวโน้มอัตราป่วยตายลดลงอย่างต่อเนื่องและชัดเจนตั้งแต่ พ.ศ. 2546-2551 (รูปที่ 2)

เมื่อจำแนกอัตราป่วยโรคเอดส์ตามรายภาคพบว่า ภาคเหนือมีอัตราป่วยสูงกว่าภาคอื่น รองลงมาคือภาคกลางภาคใต้และต่ำสุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและอัตราป่วยรายปีคล้ายคลึงกันในแต่ละภาค โดยพบอัตราป่วยลดลงทุกภาคตั้งแต่ พ.ศ. 2548-2551 (รูปที่ 3)

พบโรคติดเชื้อฉวยโอกาส 5 อันดับแรก อันดับที่ 1 ได้แก่ วัณโรค มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ พ.ศ. 2537 และสูงสุดใน พ.ศ. 2547 หลังจากนั้น มีแนวโน้มลดลงอย่างเห็นได้ชัด โดยใน พ.ศ. 2551 อัตราป่วย



รูปที่ 1 อัตราป่วยและอัตรารายโรคเอดส์ต่อประชากรแสนคน ในประเทศไทย พ.ศ. 2537-2551



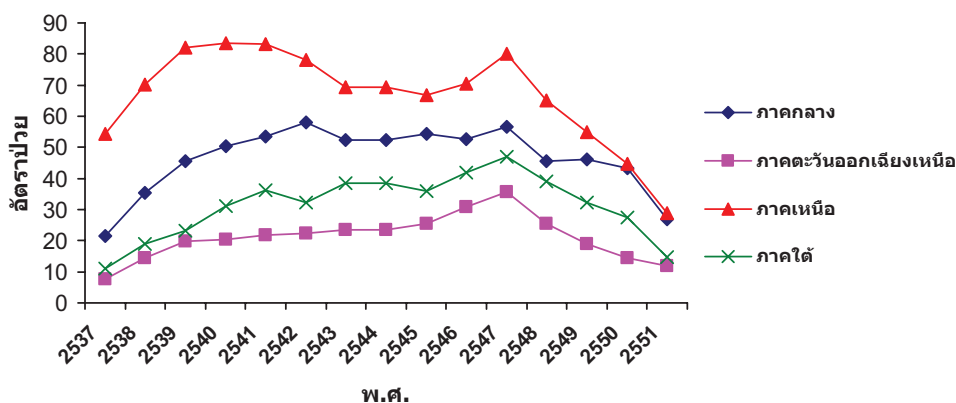
รูปที่ 2 อัตราป่วยตาย (ร้อยละ) ในผู้ป่วยเอดส์ประเทศไทย พ.ศ. 2537-2551

ลดลงเหลือ 7.3 ต่อประชากรแสนคน อันดับที่ 2 พบว่า PCP มีแนวโน้มของอัตราป่วยสูงขึ้นตั้งแต่ พ.ศ. 2537 และสูงสุดใน พ.ศ. 2543 แต่ไม่เปลี่ยนแปลงมากนักจนถึง พ.ศ. 2547 หลังจากนั้นแนวโน้มลดลงจนถึง พ.ศ. 2551 ซึ่งมีอัตราป่วยลดลงเหลือ 3.26 ต่อประชากรแสนคน อันดับที่ 3 Cryptococcosis มีแนวโน้มสูงขึ้น ในช่วง พ.ศ. 2537-2540 และทรงตัวจนถึงปี พ.ศ. 2543 หลังจากนั้นแนวโน้มลดลงชัดเจนโดยอัตราป่วยลดลงเหลือ 1.6 ใน พ.ศ. 2551 อันดับที่ 4 และ 5 ได้แก่ Candidiasis และโรคปอดอักเสบที่เป็นซ้ำ (Recurrent (bacteria) Pneumonia) พบอัตราป่วยไม่แตกต่างกันมากนักในช่วง พ.ศ. 2537-2547 แต่หลังจากนั้นมีแนวโน้มลดลงเช่นเดียวกัน (รูปที่ 4)

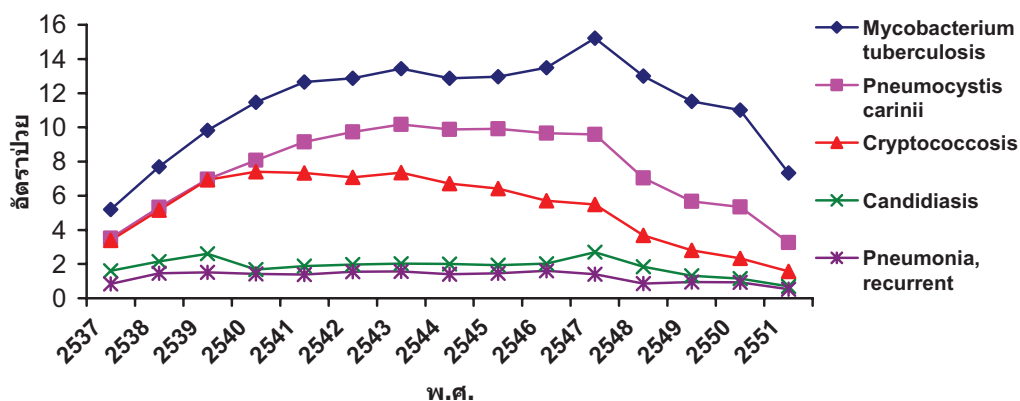
โรคติดเชื้อฉวยโอกาสในแต่ละภาคพบว่า ภาคกลางและภาคใต้มีสัดส่วนของวัณโรคสูงกว่าภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สำหรับสัดส่วนของ PCP พบสูงในภาคกลางและภาคเหนือ และสัดส่วนของ Cryptococcosis พบสูงในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (รูปที่ 5)

สัดส่วนของการตายด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาส 5 อันดับแรก จำแนกตามรายภาคพบว่า การตายจากวัณโรค พบสูงมากในภาคใต้และภาคกลาง ส่วนสาเหตุการตายจากโรค Cryptococcosis พบมากในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (รูปที่ 6)

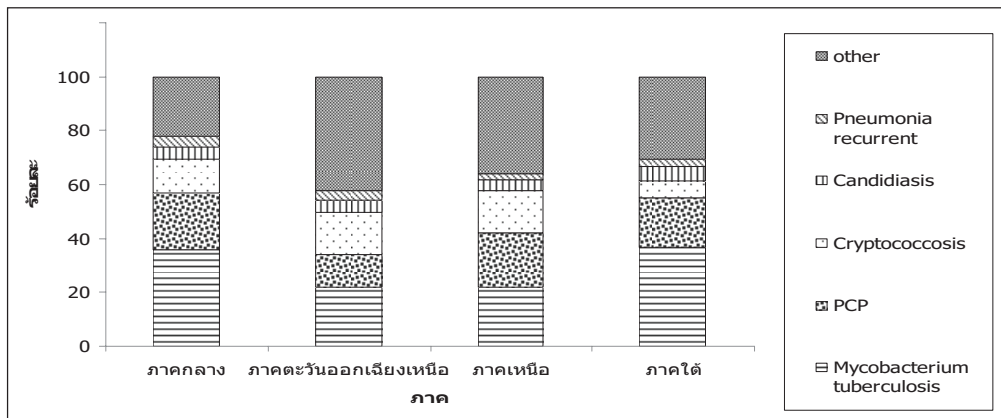
อัตราการติดเชื้อฉวยโอกาสของผู้ป่วยเอดส์เพศชาย 4 อันดับแรก พบไม่แตกต่างจากภาพรวมของ



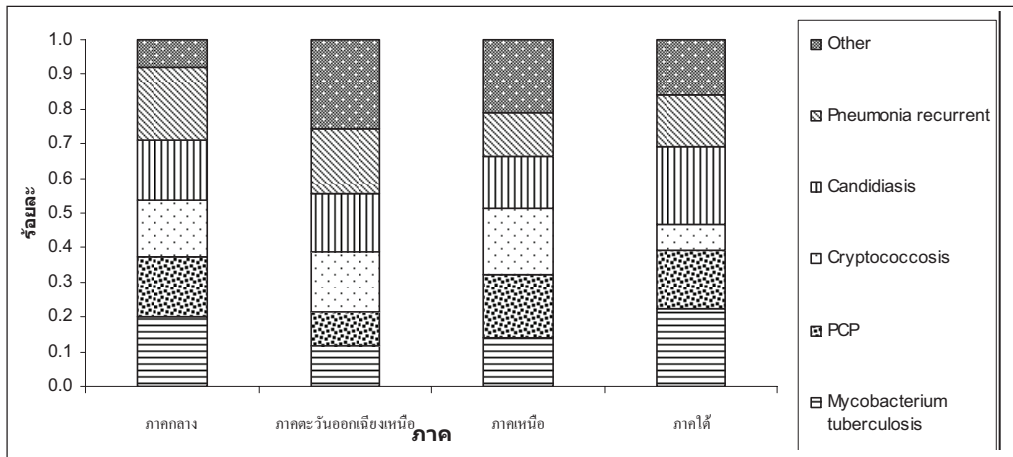
รูปที่ 3 อัตราป่วยโรคเอดส์ต่อประชากรแสนคน จำแนกตามรายภาค พ.ศ. 2537-2551



รูปที่ 4 อัตราการติดเชื้อฉวยโอกาส 5 อันดับแรก ต่อประชากรแสนคน ในผู้ป่วยเอดส์ประเทศไทย พ.ศ. 2537-2551



รูปที่ 5 ร้อยละของการติดเชื้อฉวยโอกาส 5 อันดับแรก ในผู้ป่วยเอดส์ประเทศไทย จำแนกตามรายภาค พ.ศ. 2537-2551



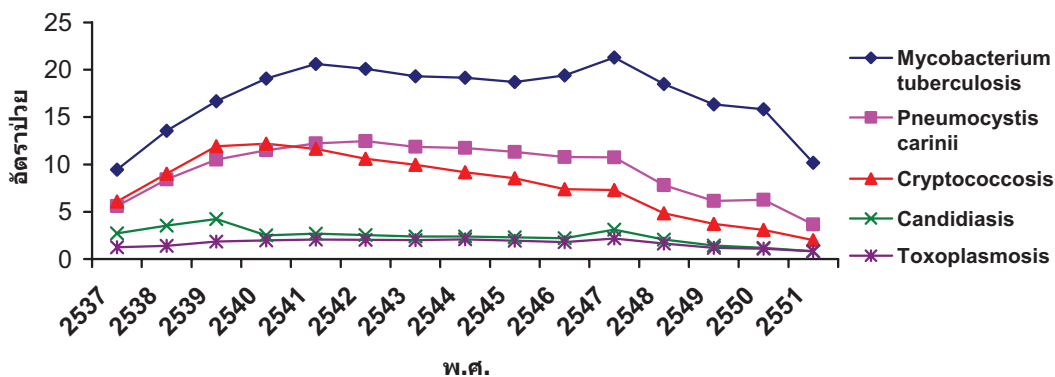
รูปที่ 6 ร้อยละของการตายจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาส 5 อันดับแรก ในผู้ป่วยเอดส์ประเทศไทย จำแนกรายภาค พ.ศ. 2537 - 2551

ประเทศ ซึ่งได้แก่ 1. วัณโรค 2. PCP 3. Cryptococcosis 4. Candidiasis ส่วนอันดับที่ 5. Toxoplasmosis ซึ่งต่างจากภาพรวมของประเทศ โดยอัตราป่วย PCP พบมีแนวโน้มสูงขึ้น ในช่วง พ.ศ. 2537-2542 และทรงตัวจนถึง พ.ศ. 2547 หลังจากนั้นแนวโน้มลดลงชัดเจน ส่วน cryptococcosis มีแนวโน้มสูงขึ้นในช่วง พ.ศ. 2537-2539 และแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ พ.ศ. 2540-2551 (รูปที่ 7)

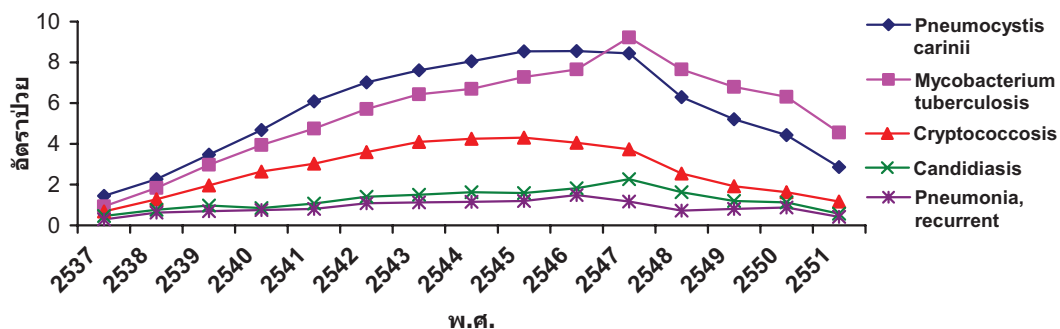
ในผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงพบโรคติดเชื้อฉวยโอกาส 5 อันดับแรก ไม่แตกต่างจากภาพรวมของประเทศ ยกเว้นในช่วงปี พ.ศ. 2537-2546 ที่พบ PCP มาก

กว่าวัณโรค แต่ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547-2551 ก็พบวัณโรคมากกว่า PCP และมีแนวโน้มลดลงเช่นเดียวกับของประเทศ (รูปที่ 8)

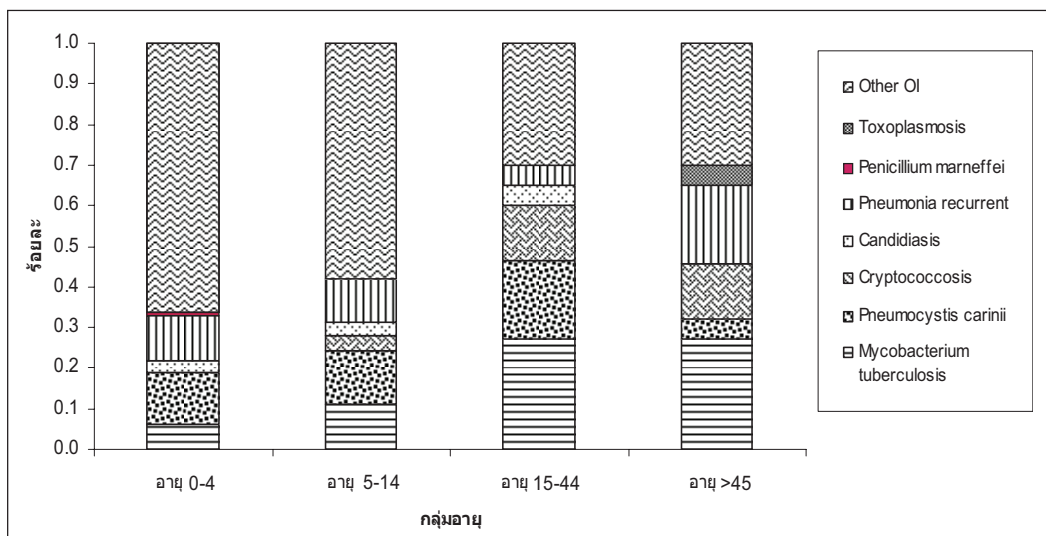
ในการศึกษาสัดส่วนของการติดเชื้อฉวยโอกาสของผู้ป่วยเอดส์จำแนกตามกลุ่มอายุ พบว่าในกลุ่มเด็กอายุ 0-4 ปี ป่วยเป็นโรค PCP มากที่สุด (ร้อยละ 12.7) รองลงไปได้แก่ Recurrent Pneumonia (ร้อยละ 10.7) วัณโรค (ร้อยละ 6.3) Candidiasis (ร้อยละ 3.1) และการติดเชื้อ *Penicillium marneffeii* (ร้อยละ 0.9) ส่วนกลุ่มอายุ 5-14 ปี พบว่าป่วยเป็นโรค PCP มากที่สุดเช่นเดียวกัน (ร้อยละ 13.5) รองลงไปได้แก่ Re-



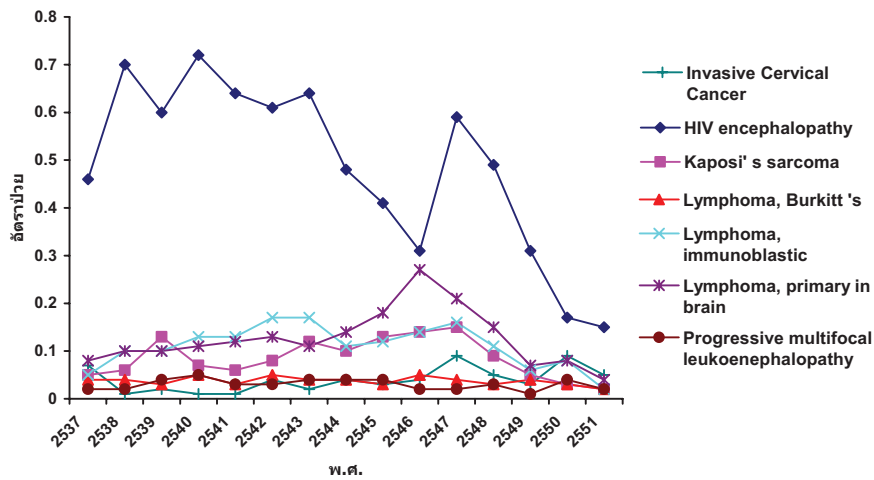
รูปที่ 7 อัตราการติดเชื้อฉวยโอกาส 5 อันดับแรก ต่อประชากรชายแสนคน ในผู้ป่วยเอดส์เพศชาย ประเทศไทย พ.ศ. 2537-2551



รูปที่ 8 อัตราการติดเชื้อฉวยโอกาส 5 อันดับแรก ต่อประชากรหญิงแสนคน ในผู้ป่วยเอดส์เพศหญิง ประเทศไทย พ.ศ. 2537-2551



รูปที่ 9 ร้อยละของการติดเชื้อฉวยโอกาส ในผู้ป่วยเอดส์ประเทศไทย จำแนกตามกลุ่มอายุ พ.ศ. 2537-2551



รูปที่ 10 อัตราการติดเชื้อฉวยโอกาสในกลุ่มโรคเอดส์รุนแรง ต่อประชากรแสนคน ในผู้ป่วยเอดส์ประเทศไทย พ.ศ. 2537-2551

current Pneumonia (ร้อยละ 10.4) วัณโรค (ร้อยละ 10.9) Candidiasis (ร้อยละ 3.7) และ Cryptococcosis (ร้อยละ 3.4)

กลุ่มอายุ 15-44 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มวัยเจริญพันธุ์ พบว่าป่วยเป็นวัณโรคมากที่สุด (ร้อยละ 27.3) รองลงไปได้แก่ PCP (ร้อยละ 19.2) Cryptococcosis (ร้อยละ 13.6) Recurrent Pneumonia (ร้อยละ 5) และ candidiasis (ร้อยละ 4.9) ส่วนกลุ่มอายุ 45 ปีขึ้นไป พบว่าป่วยเป็นวัณโรคมากที่สุดเช่นเดียวกัน (ร้อยละ 9.1) รองลงไปได้แก่ Recurrent Pneumonia (ร้อยละ 6.4) Cryptococcosis (ร้อยละ 4.5) Toxoplasmosis (ร้อยละ 1.7) และ PCP (ร้อยละ 1.6) (รูปที่ 9)

จากการศึกษาการติดเชื้อฉวยโอกาสในกลุ่มโรคเอดส์รุนแรง พบได้ทุกโรคที่เฝ้าระวัง โดยพบสูงสุดเป็นโรค HIV encephalopathy รองลงมา ได้แก่ Lymphoma (primary in brain), Lymphoma (immunoblastic), Kaposi's sarcoma, Invasive cervical cancer, lymphoma Burkitt's และ Progressive multifocal leukoencephalopathy

วิจารณ์

จากข้อมูลในระบบเฝ้าระวังเอดส์พบว่า อัตราป่วยด้วยโรคเอดส์มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วง พ.ศ.

2537-2547 หลังจากนั้นแนวโน้มลดลงตั้งแต่ พ.ศ. 2548-2551 สัมพันธ์กับอัตราการตายและอัตราการติดเชื้อฉวยโอกาสที่มีแนวโน้มลดลงเช่นเดียวกัน ทั้งนี้ ส่วนหนึ่งอาจมาจากมาตรการต่างๆ ของรัฐบาลในการบำบัดรักษาผู้ป่วยเอดส์ โดยใน พ.ศ. 2535 เริ่มมีการรักษาโดยใช้ยาต้านไวรัสชนิดเดียว (AZT) โดยทดลองการให้ยาในผู้ป่วยจำนวนไม่มากนัก ต่อมา พ.ศ. 2539 เริ่มมีการรักษาด้วยยาต้านไวรัส 2 ชนิด (dual-therapy) และ พ.ศ. 2540 ประเทศไทยเริ่มมีการรักษาด้วยยาต้านไวรัส 3 ชนิด หรือ Highly Active Antiretroviral Therapy (HAART) แต่เนื่องจากการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสยังมีจำนวนจำกัด มาตรฐานในการให้บริการในโรงพยาบาลแต่ละแห่งต่างกัน และความครอบคลุมของการประกันสุขภาพมีสัดส่วนน้อย ต่อมาใน พ.ศ. 2543 กระทรวงสาธารณสุขได้ขยายบริการบำบัดรักษาโรคเอดส์โดยการใช้ยาต้านไวรัสสามชนิดตามโครงการเข้าถึงยาต้านไวรัส (National access to Antiretroviral Program : NAP) และ พ.ศ. 2546 กระทรวงสาธารณสุขได้ประกันการเข้าถึงบริการบำบัดรักษาที่เหมาะสมและโดยเท่าเทียมกันแก่ผู้ป่วยโรคเอดส์ ซึ่งเมื่อ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2549 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้กำหนดให้บริการยาต้านไวรัสเป็นบริการในชุดสิทธิ

ประโยชน์หลักประกันสุขภาพแห่งชาติและในระบบบริการประกันสังคม ซึ่งคนสัญชาติไทยทุกคนมีสิทธิได้รับยาต้านไวรัสจากรัฐบาลโดยไม่มีค่าใช้จ่าย⁸ จากโครงการการเข้าถึงยาต้านไวรัสข้างต้นอาจจะช่วยให้ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ได้รับโอกาสเข้าถึงบริการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสมากขึ้น ซึ่งสามารถลดการเจ็บป่วยและยืดชีวิตให้ยืนยาวได้

สำหรับโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่พบมากที่สุด 5 อันดับแรก พบว่ามีความแตกต่างกันในแต่ละภาคของประเทศไทย โดยพบวัณโรคสูงในภาคกลางและภาคใต้ ซึ่งส่วนหนึ่งอาจเกิดจากมีการเคลื่อนย้ายแรงงานจากภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือลงมาสู่ภาคกลางและภาคใต้ มาทำงานประมงและสวนยาง รวมทั้งบางจังหวัดในภาคใต้มีรอยต่อกับชายแดนภาคใต้ซึ่งการควบคุมป้องกันโรคอาจทำได้ไม่ดัดนัก ประกอบกับที่ผ่านมามีมาตรการในการดูแลรักษาผู้ป่วยเอชไอวีและวัณโรคที่เข้มแข็ง ซึ่งอาจทำให้การป่วยด้วยวัณโรคต่ำกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับภาคอื่น ส่วนมาตรการการให้ยาป้องกันวัณโรค (TB prophylaxis) ในผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ อาจมีประโยชน์โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีการระบาดของวัณโรคค่อนข้างสูง เนื่องจากมีผลการศึกษาที่พบว่า สามารถลดอัตราป่วยด้วยวัณโรคในผู้ป่วยเอดส์ลงได้มาก สำหรับการติดเชื้อรา โดยเฉพาะ Cryptococcosis, Penicillosis และ Histoplasmosis เป็นปัญหาต่อผู้ป่วยและญาติ เนื่องจากยารักษาามีราคาสูง ผู้ป่วยต้องได้รับยาหลังการรักษาอย่างสม่ำเสมอตลอดชีวิต เพื่อป้องกันการกลับเป็นใหม่ (maintenance therapy) ซึ่งประมาณว่าผู้ป่วยต้องเสียค่ายาประมาณวันละ 120-250 บาท สำหรับยาป้องกันเชื้อราเหล่านี้

จากการศึกษาพบว่า ยังมีโรคติดเชื้อฉวยโอกาสในกลุ่มโรคเอดส์ที่พบอย่างต่อเนื่อง โดยพบทุกโรคที่เฝ้าระวัง ซึ่งการพบมะเร็งในผู้ป่วยเอดส์จะทำให้การรักษามีความยุ่งยากมากขึ้น ใช้เวลานานในการบำบัดรักษา และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาค่อนข้างสูง ซึ่งปัญหาเหล่านี้อาจขยายตัวเป็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วยเอดส์ได้ในอนาคตได้ สำหรับมะเร็งปากมดลูกพบว่า ผู้

ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงมีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกชนิดลุกลาม (Invasive cervical cancer) 3-9 เท่า¹⁰ ดังนั้นการตรวจคัดกรองเบื้องต้นในกลุ่มโรคเอดส์ต่างๆ เช่น การตรวจภายในเพื่อตรวจมะเร็งปากมดลูก อาจช่วยให้การป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่เกิดจากมะเร็งปากมดลูกชนิดลุกลามลดลงได้

จากข้อมูลรายจ่ายของประเทศไทยในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ในการรายงาน UNGASS พ.ศ. 2551 ในส่วนของการรักษาการติดเชื้อฉวยโอกาส โดยจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาการติดเชื้อฉวยโอกาสทั้งหมดในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระบบประกันสังคม และสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ เมื่อจำแนกตามการติดเชื้อฉวยโอกาสแต่ละชนิด พบว่ามีค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาสค่อนข้างสูง ได้แก่ วัณโรคซึ่งมีจำนวนผู้ป่วย 8,662 ราย และค่าใช้จ่ายรวม 114,427,756 บาท ส่วน PCP พบผู้ป่วยรวม 7,032 ราย และค่าใช้จ่ายรวม 88,959,928 บาท โรค Cryptococcosis พบมีผู้ป่วย 984 ราย และค่าใช้จ่ายรวม 20,822,952 บาท สำหรับ Candidiasis พบมีจำนวนผู้ป่วย 574 ราย และค่าใช้จ่ายรวม 5,323,904 บาท และจากข้อมูลรายจ่ายในการทำงานเอดส์ทั้งหมดเมื่อจำแนกตามรายละเอียดของรายจ่ายในแต่ละหมวด ปีงบประมาณ 2550 พบมีรายจ่ายจากการรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส 1,283,171,998 บาท ขณะที่มีรายจ่ายการป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส 3,441,282 บาท⁹ ซึ่งจะเห็นได้ว่าการรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาสต้องใช้เวลาและค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง ส่วนการป้องกันไม่ให้เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสอาจจะช่วยลดภาระรายจ่ายในการรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาสได้

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่เป็นโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่ป้องกันได้ แสดงให้เห็นว่าผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์บางราย อาจได้รับการบริการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่ไม่เพียงพอหรือเหมาะสม ซึ่งจากการสำรวจในกลุ่มแกนนำที่มาร่วมประชุมเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอดส์ พบว่าการได้รับยาป้องกันโรค PCP

(ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของผู้ติดเชื้อ) ของแกนนำที่มาร่วมประชุมนั้นมีผู้ที่เข้าเกณฑ์การได้รับยาป้องกันแต่หลายรายยังไม่ได้รับยาทั้ง ๆ ที่ยาป้องกันสามารถหาได้และราคาไม่แพง¹¹ ดังนั้นจึงควรมีการจัดทำมาตรการในการส่งเสริมการใช้ยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ในผู้ป่วยเอดส์อย่างเหมาะสม ให้เป็นไปตามแนวทางการรักษาของกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งให้ความสำคัญในการเสริมสร้างความรู้แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในเรื่องของการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส

ข้อจำกัดของการศึกษา

ข้อมูลที่นำมาศึกษาเป็นข้อมูลทุติยภูมิจากระบบเฝ้าระวังโรคเอดส์ ซึ่งมีความไม่ถูกต้องและไม่ครบถ้วนอยู่บ้าง

ข้อเสนอแนะ

- ควรให้ความสำคัญในการป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส โดยการให้ยาป้องกันและการเสริมสร้างความรู้แก่ผู้ป่วย ในเรื่องการติดเชื้อฉวยโอกาสอย่างเหมาะสม ซึ่งอาจช่วยลดการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสลงได้
- วัณโรคยังเป็นโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่พบมากที่สุดใผู้ป่วยเอดส์ และเป็นปัญหาที่รุนแรง การรณรงค์ค้นหาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยวัณโรคให้เร็วขึ้น เช่น การคัดกรองวัณโรคในผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพื่อค้นหาวัณโรค การให้ยา TB prophylaxis และการให้คำปรึกษาเพื่อตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจแก่ผู้ป่วยวัณโรค อาจช่วยลดความรุนแรงและลดการแพร่กระจายเชื้อได้
- ควรรณรงค์ให้คนไทยเห็นถึงความสำคัญของการตรวจหาเชื้อเอชไอวี โดยเฉพาะประชากรกลุ่มเสี่ยง เพื่อเป็นการค้นหาผู้ติดเชื้อ (early detection) ในการป้องกันการแพร่ระบาดของเอดส์ให้ได้ผล¹² ผู้ติดเชื้อบางคนไม่ทราบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวีเนื่องจากไม่เคยได้รับการตรวจ ซึ่งเป็นปัญหาหนึ่งที่ทำให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อโดยปราศจากการป้องกัน
- ควรรณรงค์การเฝ้าระวังโรคเอดส์เรื้อรังปากมดลูก

โดยการตรวจคัดกรอง ให้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพศหญิงทุกราย เพื่อป้องกันการเกิดโรคเอดส์เรื้อรังปากมดลูก

- การที่อัตราตายลดต่ำลงทำให้ผู้ป่วยเอดส์มีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น ซึ่งส่วนหนึ่งมาจากโครงการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์ ดังนั้นการเก็บข้อมูลเฝ้าระวังเชื้อดื้อยา น่าจะเป็นข้อมูลที่มีประโยชน์ในการแก้ไขปัญหาในอนาคต
- ข้อมูลที่ศึกษาพบว่ามีความไม่ถูกต้องและไม่ครบถ้วน จึงควรมีการตรวจสอบความถูกต้องเบื้องต้นตั้งแต่ระดับโรงพยาบาลระดับจังหวัดจนถึงระดับประเทศ โดยควรมีการตรวจสอบความผิดพลาดของข้อมูล และส่งต่อข้อมูลกลับไปให้ผู้รับผิดชอบทุกเดือนหรือทุกไตรมาส เพื่อให้ข้อมูลมีความถูกต้องและสามารถนำมาวิเคราะห์ได้

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้ศึกษาขอขอบคุณ นายแพทย์วิทยา สวัสดิ-วุฒิพงศ์ คุณอรพรรณ แสงวรรณลอย คุณสหภาพ พูลเกษร คุณสุรศักดิ์ ธโนศวรรยวงศ์กร และคณาจารย์ทุกท่าน ที่เสียสละเวลามาให้ความรู้ รวมทั้งวิทยากรผู้ช่วย (EPTA) และเจ้าหน้าที่กลุ่มงานพัฒนาระบบและมาตรฐาน งานระบาดวิทยาโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักระบาดวิทยาทุกท่าน ที่ช่วยเสนอแนะและอำนวยความสะดวกในการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. ศูนย์ข้อมูลทางระบาดวิทยา สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์ พ.ศ. 2552 [สืบค้นเมื่อ 17 ตุลาคม 2552]. แหล่งข้อมูล: http://203.157.15.4/reportaids/2009/T1_090930155053.pdf.
2. วิไล ชินเวชกิจวานิชย์. การศึกษาเชิงคุณภาพเรื่องการติดเชื้อและการรักษาด้วยยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มชายขอบชาย. วารสารโรคเอดส์ 2549;18:69-78.
3. ศูนย์ข้อมูลข่าวสาร สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9. ข้อมูลผู้ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์แยกตามสิทธิและโครงการต่างๆของประเทศไทย. 2550 [สืบค้นเมื่อ 17 ตุลาคม 2552]. แหล่งข้อมูล: <http://dpc9.ddc.moph.go.th/datacenter/modules.php>.

4. พิไลพันธ์ พุฒวัฒน์. การติดเชื้อจุลชีพพวยโอกาสในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์. ใน: พิไลพันธ์ พุฒวัฒน์, บรรณาธิการ. เอชไอวีและจุลชีพพวยโอกาส. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: อักษรสมัย; 2541. หน้า 11-2.
5. ธนรัชต์ ผลิพัฒน์, อรพรรณ แสงวรรณลอย, เสริมฐพร ธโนศวรรยาศัยกูร, นิรมล รัตนสุพร, บรรณาธิการ. แนวทางการเฝ้าระวังโรคเอดส์โดยการรายงานผู้ป่วย. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2550.
6. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ความรู้เรื่องโรคเอดส์ [สืบค้นเมื่อ 17 ตุลาคม 2552]. แหล่งข้อมูล: <http://www.thaiail.com/aids/index.html>.
7. สำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ. ประเทศไทยกับโรคเอดส์: ความก้าวหน้าและสิ่งท้าทาย. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ; 2547.
8. เพชรศรี ศิรินิรันดร์, พรทิพย์ เข้มเงิน, วิภา ด้านธำรงกุล, วรณัฏฐ์ ตั้งเสาวภาคย์, สุวิภา แซงโคตร, ภริตา ก้วยเกียรติกุล. การใช้จ่ายของประเทศในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์. รายงานความก้าวหน้าระดับประเทศตามปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่อง เอชไอวี/เอดส์ United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS UNGASS ประเทศไทย มกราคม 2549 - ธันวาคม 2550. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: เพื่อองฟ้าพรีนติ้ง; 2552. หน้า 99-110.
9. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. โรคติดต่อพวยโอกาส [สืบค้นเมื่อ 17 ตุลาคม 2552]. แหล่งข้อมูล: <http://www.ku.ac.th/knowledge/aids.v.3/lesson8/les8-4.htm>.
10. สุรินทิพย์ เปี่ยมสมบูรณ์. มะเร็งปากมดลูก. 2551 [สืบค้นเมื่อ 28 ตุลาคม 2552]. แหล่งข้อมูล: <http://www.Bangkokhealth.com>.
11. เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอดส์ ประเทศไทย. เอดส์รู้เร็วรักษาได้. 2549 [สืบค้นเมื่อ 17 ตุลาคม 2552]. แหล่งข้อมูล: http://www.thaiplus.net/autopage/show_page.php.
12. สภากาชาดไทย. ข้อมูลเรื่องเอดส์ของประเทศไทย และการดำเนินการทั้งภาครัฐและเอกชน. 2551 [สืบค้นเมื่อ 17 ตุลาคม 2552]. แหล่งข้อมูล: http://www.redcross.or.th/pr/pr_news.php4?db=3&naid=1051.