

แนวทางการดูแลผู้ป่วยใหญ่ที่ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย

สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย

(2543-2544)

ความจริงเกี่ยวกับโรคเอชไอวีในสถานการณ์ปัจจุบัน

- โรคติดเชื้อ HIV เป็นโรคเรื้อรังซึ่งมีอาจรักษาให้หายขาดได้แม้จะใช้ยาต้านเอชไอวีที่ดีที่สุดที่มีอยู่ในปัจจุบัน
- ขณะนี้มีประชาชนชาวไทยมากกว่า 1 ล้านคนติดเชื้อ HIV
- สถานการณ์นี้ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจทั้งในระดับครอบครัว สังคมและประเทศชาติอย่างมหาศาล
- ประเทศไทยยังเป็นประเทศที่ยากจนและยังไม่หลุดพ้นจากภาวะตกต่ำทางเศรษฐกิจ ส่งผลโดยตรงต่อขีดจำกัดด้านงบประมาณสาธารณสุข
- ด้วยงบประมาณที่มีจำกัดทำให้ต้องแบ่งสรรงบประมาณจำนวนหนึ่งจากผู้ป่วยโรคอื่นๆเพื่อใช้ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ HIV

ความเป็นจริงเกี่ยวกับยาต้านเอชไอวีในปัจจุบัน

- สูตรยาที่เหมาะสมและยอมรับได้ในปัจจุบันคือการใช้ยาต้านเอชไอวีร่วมกันอย่างน้อย 3 ตัว (Triple – Drug Regimen) อย่างไรก็ตามแม้ผู้ป่วยจะได้รับยาต้านเอชไอวี 3 ตัวก็ยังพบว่า 70% ของผู้ป่วยเหล่านี้ยังตรวจพบเชื้อ HIV ได้ด้วยวิธี Ultra-sensitive assay ผู้เชี่ยวชาญบางท่านแนะนำให้ยาต้านเอชไอวี 4 ตัว ในรายที่ HIV-Viral load มากกว่า 1 แสน copies/ml
- การใช้ยา 2 ตัว (Dual nRTI) เป็นสูตรยาที่ไม่แนะนำ เนื่องจากประสิทธิภาพในการกดเชื้อไวรัสมีเพียงระยะเวลาดสั้น ส่วนยา 1 ตัว (Monotherapy) มีที่ใช้เฉพาะในการป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ทารกในครรภ์เท่านั้น
- เนื่องจากยาต้านเอชไอวีมีราคาสูง จึงเป็นไปได้ที่จะให้ยาฟรีแก่ผู้ป่วยทุกราย ด้วยยา 3 ตัว หรือแม้แต่ 2 ตัว
- ผู้ป่วย HIV ในประเทศไทยส่วนใหญ่ไม่สามารถซื้อยาต้านเอชไอวีหรือจ่ายค่าห้องปฏิบัติการที่ดีเพื่อติดตามผลของการใช้ยาได้

- ผู้ป่วย HIV ในประเทศไทยส่วนใหญ่มักจะมาพบแพทย์เมื่ออาการมากแล้วคืออยู่ในระยะมีอาการหรือมีการติดเชื้อฉวยโอกาสแล้ว ทำให้การใช้ยาต้านเอดส์ยุ่งยากขึ้น เนื่องจากผลข้างเคียงต่อยาต้านเอดส์สูงขึ้น และมีปฏิกริยาระหว่างยาที่รักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาสกับยาต้านเอดส์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งยาริแฟมพิซิน
- ความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยขึ้นอยู่กับ การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอรวมทั้งต้องมีการติดตามผลด้วยวิธีทางห้องปฏิบัติการที่ดี

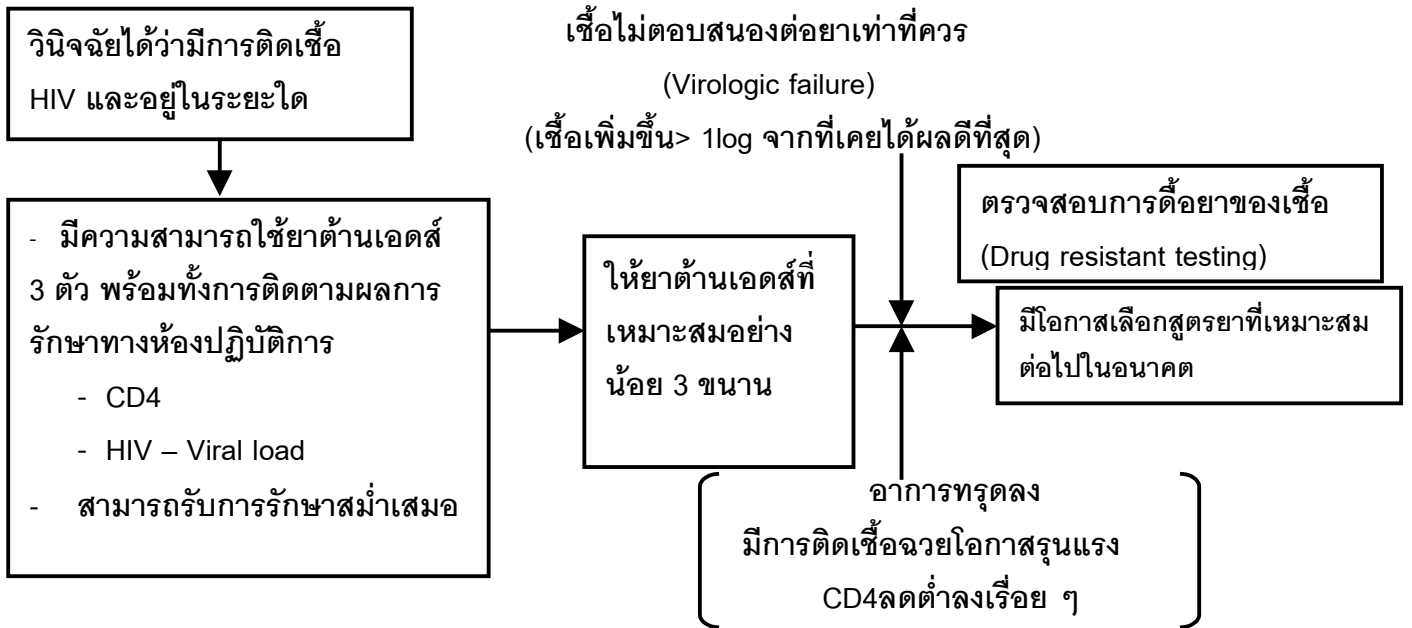
ลำดับความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโดยอาศัยปัจจัยด้านงบประมาณ

- ลำดับที่ 1 - ให้ความสำคัญต่อการป้องกันการแพร่กระจายโดยเน้นให้การศึกษาเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางเพศ หลีกเลี่ยงยาเสพติด และโครงการถุงยางอนามัย 100 % อย่างจริงจัง
- สนับสนุนให้มีการตรวจเลือด anti-HIV ในหญิงตั้งครรภ์ทุกคน
 - สนับสนุนให้กลุ่มคนวัยเจริญพันธุ์ตรวจเลือด anti-HIV อย่างกว้างขวางหลังจาก counseling อย่างดีแล้วเพื่อเป็นการลดการแพร่กระจายของเชื้อลง
- ลำดับที่ 2 - ป้องกันการติดต่อจากแม่สู่ลูก
- ป้องกันการติดต่อสู่บุคคลากรทางสาธารณสุขจากอุบัติเหตุในการดูแลผู้ป่วย
 - ป้องกันการติดต่อสู่ผู้ประสบเคราะห์ร้ายจากการข่มขืน
- ลำดับที่ 3 - ให้การป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสในผู้ป่วยโรคเอดส์
- ลำดับที่ 4 - กลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการและ/หรือกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นเอดส์เต็มขั้นแล้ว ในกรณีที่จะให้ยาต้านเอดส์ฟรีแก่กลุ่มนี้ ควรให้ในลักษณะการรักษาเชิงวิจัย เช่นการปรับลดขนาดยาลง เนื่องจากน้ำหนักตัวและbody surface area ของผู้ป่วยไทยแตกต่างกับผู้ป่วยในต่างประเทศที่เคยมีการศึกษากันมา ซึ่งจะนำไปสู่การลดค่าใช้จ่ายสำหรับยาต้านเอดส์ในที่สุด

เป้าหมายของการรักษาผู้ป่วยในประเทศไทย

- ให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี และมีชีวิตยืนยาวที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้
- ลดอุบัติการณ์ของการติดเชื้อฉวยโอกาส
- เป้าหมายสูงสุดสำหรับผู้ที่สามารถให้ยาต้านเอดส์ได้คือให้มีปริมาณไวรัส HIV น้อยที่สุดจนตรวจไม่พบ (Undetectable Viral load) และ CD4 สูงที่สุดนานที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้
- ป้องกันเชื้อ HIV ไม่ให้เกิดการดื้อยา
- สำรองยาหรือสูตรยาอื่นจะเป็นทางเลือกในอนาคตหากเกิดกรณีเชื้อดื้อยา

ภาพรวมแสดงถึงปัญหาและความยากลำบากในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี



- ปัญหาโรคติดเชื้อฉวยโอกาสและปฏิกิริยาระหว่างยารักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาสกับยาต้านเอชไอวี
- ผลข้างเคียงของยา
 - ระยะสั้น
 - ระยะยาว - เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง การกระจายไขมันในร่างกายเปลี่ยนแปลง (Lipodystrophy)
- มะเร็งที่เกี่ยวข้องจากโรคเอชไอวี
- ปัญหาทางการแพทย์อื่น ๆ เช่นโรคทางอายุรกรรม ศัลยกรรม สูตินรีเวชกรรม ฯลฯ

แผนผังที่ 1

ในปัจจุบันการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ HIV/AIDS มีความยากลำบากมากขึ้น นอกจากต้องมีความรู้ด้านยาต้านเอ็ดส์และระบบภูมิคุ้มกันแล้วยังต้องอาศัยความรู้ทางด้านอายุรกรรมทุกด้าน ความรู้ความเข้าใจทางจิตวิทยา และต้องทำงานเป็นที่ร่วมกับแพทย์สาขาอื่น ๆ ยาต้านเอ็ดส์เป็นเพียงส่วนหนึ่งของการรักษาไม่จำเป็นต้องให้อย่างเร่งด่วน ยกเว้น ในรายที่ป้องกันการติดต่อจากอุบัติเหตุในการดูแลผู้ป่วยหรือจากการข่มขืน

แพทย์ต้องพิจารณาการให้ยาต้านเอ็ดส์อย่างรอบคอบเสียก่อน ดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยอยู่ในระยะใด มีอาการจากเชื้อ HIV หรือภูมิคุ้มกันบกพร่องใกล้ถึงเวลาจะติดเชื้อฉวยโอกาสแล้ว หรือไม่
2. ผู้ป่วยมีความสามารถซื้อยาต้านเอ็ดส์ 3 ตัว พร้อมทั้งสามารถเสียค่าใช้จ่ายในการติดตามผลทางห้องปฏิบัติการคือ CD₄ และ HIV -Viral load
3. ต้องมารับการรักษาและรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ

หากพิจารณาทั้งสามข้อโดยรอบคอบแล้ว จึงจะให้ยาต้านเอ็ดส์อย่างน้อย 3 ขนาน

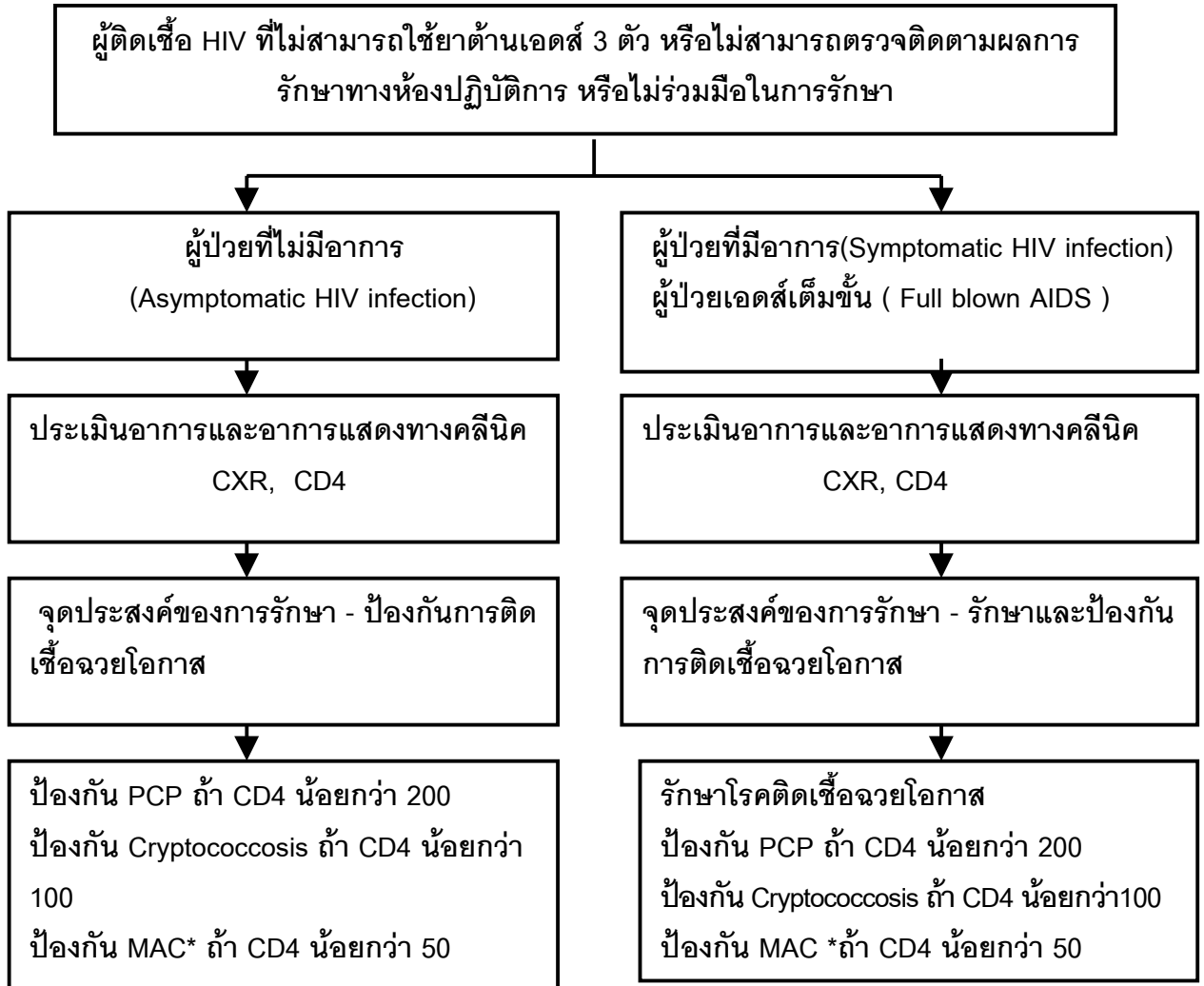
สูตรยาที่ให้ครั้งแรกสำคัญที่สุด ถ้าสูตรที่เลือกไม่มีประสิทธิภาพ โอกาสที่สูตรยาที่ให้หลังๆ จะได้ผลยิ่งน้อยลง ผู้รักษาต้องทราบถึงผลข้างเคียงของยาทั้งระยะสั้นและระยะยาว รวมทั้งปฏิกิริยาของยาต้านเอ็ดส์ กับยาอย่างอื่น ๆ ให้การป้องกันและรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และดูแลโรคที่เกิดขึ้นในระบบต่าง ๆ ของร่างกาย

หลังจากที่ได้ยาต้านเอ็ดส์ต้องมีการติดตามทางห้องปฏิบัติการว่าเชื้อตอบสนองต่อยา CD₄ เพิ่มจำนวนขึ้น และ Viral load ลดลงจนวัดไม่ได้ในเลือด ถ้าเชื้อไม่ตอบสนองต่อยาเท่าที่ควรหลังจากใช้ยาไประยะหนึ่ง เช่น มากกว่า 6 เดือน อาจต้องพิจารณาปรับสูตรยาใหม่ โดยอาศัยการตรวจสอบเชื้อดื้อยาตามแผนผังที่ 1

โรค HIV/AIDS เป็นโรคที่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายมากที่สุดโรคหนึ่ง ค่ายาต้านเอ็ดส์เป็นเพียงส่วนหนึ่งของค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา หลายครั้งแพทย์จะตัดสินใจไม่ให้ยาต้านเอ็ดส์เพราะเห็นว่าผู้ป่วยไม่สามารถจะทำตามเงื่อนไขอย่างเคร่งครัดได้ ผลเสียของการให้ยาต้านเอ็ดส์ไม่ถูกต้องคือ การสูญเสียเงินโดยเปล่าประโยชน์ เกิดเชื้อดื้อยาซึ่งสามารถแพร่กระจายให้แก่ผู้อื่นได้

ถึงแม้แพทย์จะไม่ให้ยาต้านเอ็ดส์ เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถซื้อยาต้านเอ็ดส์ 3 ขนาน ไม่สามารถออกค่าใช้จ่ายสำหรับห้องปฏิบัติการ หรือไม่ร่วมมือในการรักษา แต่แพทย์ก็ยังสามารถดูแลผู้ป่วยเอ็ดส์ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้นได้ไม่มากนักน้อย ด้วยการดูแลป้องกันและรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ตามแผนผังที่ 2

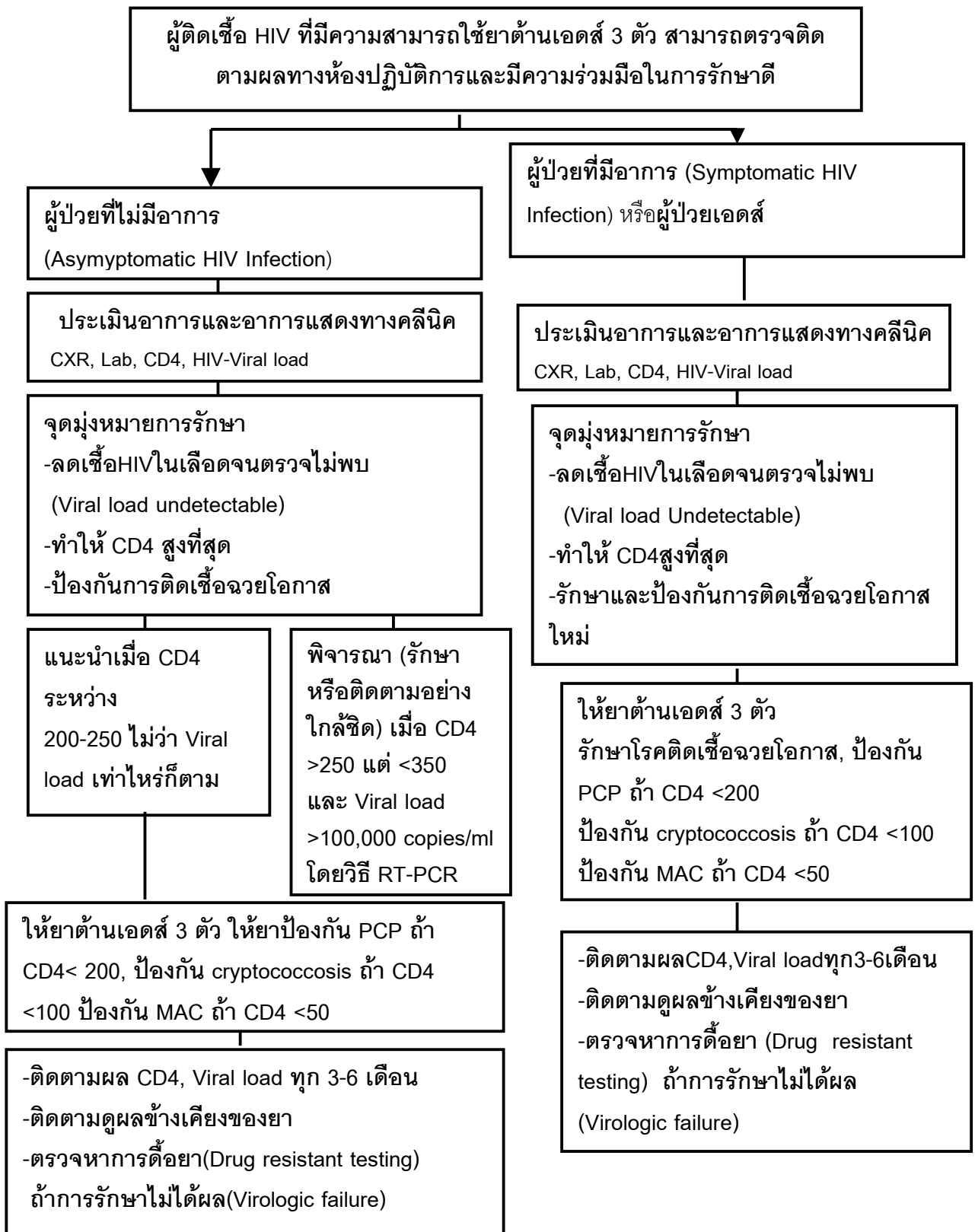
แผนผังการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อที่ไม่สามารถให้ยาต้านเอ็ดส์



* หมายถึง ถ้าผู้ป่วยสามารถซื้อยา Azithromycin ได้

แผนผังที่ 2

แผนผังการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อที่สามารถใช้ยาต้านเอ็ดส์



เนื่องจากความจำกัดในด้านงบประมาณ ความพร้อมของแพทย์ ห้างปฏิบัติการ รวมทั้งผู้ป่วยในการรักษา ตลอดจนอุบัติการณ์ของโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่แตกต่างจากประเทศที่เจริญแล้วโดยสิ้นเชิง ทำให้แนวทางการดูแลผู้ป่วย HIV/AIDS ของประเทศไทยไม่จำเป็นต้องเป็นแนวทางที่เหมือนกันกับของประเทศที่เจริญแล้ว

แพทย์ควรให้ยาต้านเอชไอวีแก่ผู้ที่มีอาการ (Symptomatic HIV infection) สำหรับผู้ป่วยที่ยังไม่มีอาการ สมควรที่จะชะลอการรักษาให้ช้าลงคือรอให้ CD4 ต่ำลงมาถึง 200 – 250 ก่อน สำหรับในรายที่สามารถวัด Viral load ได้ ควรพิจารณาให้การรักษาหรือติดตามอย่างใกล้ชิด เมื่อ Viral load มากกว่า 1 แสน copies/ml และ CD₄ อยู่ระหว่าง 250 – 350 ตามแผนผังที่ 3 ข้อดีของการชะลอการรักษาคือเป็นการประหยัด หลีกเลี่ยงผลข้างเคียงของยาต้านเอชไอวี และป้องกันโอกาสการเกิดเชื้อดื้อยา เนื่องจากผู้ป่วยรับประทานยาไม่สม่ำเสมอเมื่อให้เร็วเกินไป

สูตรยาต้านเอชไอวี มีหลายสูตรดังต่อไปนี้

- 2nRTI + 1 NNRTI

AZT + DDI + nevirapine หรือ efavirenz

AZT + 3TC + nevirapine หรือ efavirenz

D4T + 3TC + nevirapine หรือ efavirenz

D4T + DDI + nevirapine หรือ efavirenz

DDI + 3TC + nevirapine หรือ efavirenz

AZT + DDC + nevirapine หรือ efavirenz

แนะนำให้ใช้ 4 สูตรแรกก่อน 2 สูตรสุดท้ายเป็นทางเลือก แต่ไม่ควรใช้

DDI ร่วมกับ DDC, AZT ร่วมกับ D4T, 3TC ร่วมกับ DDC และ D4T ร่วมกับ DDC

- 2nRTI + dual PI (indinavir or saquinavir -SGC + ritonavir)

IDV800/RTV100 BID, SQV400/RTV400 BID

- 2nRTI + 1PI (nelfinavir, indinavir, saquinavir –SGC)

- 2nRTI + lopinavir / ritonavir (ยา Kaletra กำลังรออนุมัติจาก อ.ย.ไทยอยู่)

- 3nRTI *

AZT + 3TC + Abacavir

AZT + DDI + Abacavir

D4T + DDI + Abacavir

D4T + 3TC + Abacavir

DDI + 3TC + Abacavir

AZT + DDC + Abacavir

แนะนำให้ใช้สูตรแรกก่อน (มีข้อมูลทางคลินิกสนับสนุน) สูตรอื่น ๆ เป็นทางเลือก

* ควรใช้เฉพาะในกรณี HIV- Viral load ไม่เกิน 100,000 copies / ml

การใช้ยาต้านเอชไอวี 2 ตัว (Dual nRTI) เป็นการรักษาที่ไม่แนะนำ เนื่องจากประสิทธิภาพในการกดเชื้อไวรัสมีเพียงระยะเวลาสั้นๆ การใช้สูตรยานี้อย่างแพร่หลายโดยปราศจากการ counseling ที่เหมาะสม โดยเฉพาะการให้เปลี่ยนพฤติกรรมทางเพศเพื่อป้องกันการติดต่อ และการไม่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เพียงพอที่จะควบคุมประสิทธิผลของยาเช่น การตรวจ CD4 และ HIV – Viral load จะนำไปสู่การแพร่กระจายของเชื้อดื้อยาในสังคมไทย ซึ่งจะเป็นการสูญเสียทรัพยากรและงบประมาณที่มีอยู่อย่างจำกัดในที่สุด

สำหรับโรคติดเชื้อฉวยโอกาสทั้งหมด วัณโรคเป็นโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่พบบ่อยที่สุด และยาต้านไวรัสเป็นยาที่สำคัญที่สุดในสูตรยาระยะสั้นมาตรฐาน แต่เมื่อใช้ยาต้านไวรัสร่วมกับยา Protease inhibitor หรือ NNRTI ยาต้านไวรัสจะลดระดับยาของ Protease inhibitor และ Nevirapine ลงต่ำมาก จนอาจทำให้เกิดการล้มเหลวในการรักษาโรคติดเชื้อ HIV และถ้าใช้สูตรยาต้านวัณโรคที่ไม่มี ยาต้านไวรัสร่วมด้วย อาจทำให้การรักษาวัณโรคล้มเหลว

แผนการในการดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์ที่มีวัณโรคร่วมด้วย

- เริ่มยาต้านเอดส์ที่ประกอบด้วย Protease inhibitor หรือ NNRTI หลังจาก รักษาวัณโรค ด้วยสูตรยาระยะสั้นมาตรฐานครบตามระยะเวลาแล้วอย่างน้อย 2 สัปดาห์ เพื่อหลีกเลี่ยง ปฏิกริยาระหว่างยา และการเกิดปฏิกริยา paradoxical แต่ถ้าพิจารณาแล้วว่าไม่อาจรอ การใช้ยาต้านเอดส์ได้ให้ใช้แผนต่อไป
- ใช้สูตรยาต้านวัณโรคที่ไม่มี Rifampicin ร่วมกับสูตรยาต้านเอดส์ที่ประกอบด้วย Protease inhibitor หรือ NNRTI
- ใช้สูตรยาต้านวัณโรคที่มี Rifampicin ร่วมกับสูตรยาต้านเอดส์ต่อไปนี้
 1. 2nRTI + efavirenz
 2. 2nRTI + 2 PI คือ ritonavir และ saquinavir-SGC
 3. 2 nRTI + abacavir ถ้า Viral load < 100,000 copies/ml

ปฏิกริยา Paradoxical ระหว่างการรักษาวัณโรคเมื่อใช้ยาต้านเอดส์

- ปฏิกริยา paradoxical คือการกำเริบขึ้นชั่วคราวของอาการและอาการแสดงหรือภาพการตรวจ X-rayของผู้ป่วยวัณโรค (เช่นการกลับมาเป็นไข้ใหม่ ต่อมน้ำเหลืองโตขึ้นอีก การเกิดขึ้นของโพรง ในปอดจาก X-ray ซึ่งเดิมเคยปกติ) ปฏิกริยานี้เกิดขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยซึ่งเคยมีการตอบสนอง ต่อยาต้านวัณโรค จนมีอาการดีขึ้นระดับหนึ่งแล้ว
- การวินิจฉัยปฏิกริยานี้จำเป็นต้องแยกจากสาเหตุต่อไปนี้ได้แก่ วัณโรคที่ื้อยา การได้ ยาไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ ใช้จากยา และภาวะอื่นที่ไม่สัมพันธ์กับ วัณโรค หรือ HIV
- การรักษาให้ยาเสตีรอยด์ในระยะสั้น ๆ แต่บางคนอาจต้องให้นานเป็นเดือน ขนาดของยาขึ้นกับ อาการ ถ้าอาการมากให้ขนาดสูง เช่น prednisolone 60 mg/วัน

การป้องกันการติดเชื้ออวัยวะที่มีความสำคัญมาก สำหรับการป้องกันแบบปฐมภูมิ สำหรับวัณโรค (Primary prophylaxis for TB) ยังเป็นที่ถกเถียงกัน ถ้าจะทำทั้งประเทศต้องมีระบบบริหารจัดการที่ดี มิฉะนั้นผลได้อาจไม่คุ้มกับผลเสีย

การป้องกันแบบปฐมภูมิสำหรับวัณโรค (Primary prophylaxis for TB)

● **INH (100 mg) 3 เม็ดต่อวันเป็นเวลา 9 เดือน ต้องให้ด้วยความระมัดระวังเฉพาะในผู้ป่วยที่มีลักษณะครบทั้ง 3 ประการดังต่อไปนี้**

1. ไม่เป็นวัณโรคในระยะ Active จาก CXR (และการตรวจเสมหะไม่พบเชื้อในกรณีผู้ป่วยที่มีอาการสงสัยว่าอาจจะเป็นวัณโรคอยู่)
2. แสดงให้เห็นว่ามีความสามารถในการรับประทานยา INH อย่างสม่ำเสมอ
3. ผลการทำ Tuberculin test มีเส้นผ่าศูนย์กลาง ≥ 5 mm.

● **ควรให้วิตามิน B6 ร่วมด้วย**

การใช้ INH อย่างกว้างขวางโดยปราศจากการพิจารณาที่เหมาะสมจะก่อให้เกิดปัญหาเชื้อวัณโรคดื้อต่อ INH ซึ่งปัจจุบันพบมีความชุกที่สูงมากอยู่แล้วในประเทศไทย

โรคติดเชื้ออวัยวะที่พบบ่อยอีกโรคหนึ่งและมีอัตราตายสูงคือ Cryptococcal meningitis เนื่องจากการพิสูจน์แล้วว่า Fluconazole สามารถป้องกัน Cryptococcal meningitis และราคาของ Fluconazole ถูกลงมาก จึงแนะนำให้ใช้ Fluconazole ป้องกันแบบปฐมภูมิในรายที่ CD4 ต่ำกว่า 100 ในผู้ป่วยที่มี CD4 ต่ำกว่า 50 ถ้ามีกำลังทรัพย์พอควรให้ยา Azithromycin สำหรับป้องกัน MAC ด้วย

สูตรยาสำหรับการป้องกันการติดเชื้ออวัยวะ

● การป้องกันแบบปฐมภูมิสำหรับ PCP (Primary prophylaxis for PCP)

ให้ Co-trimoxazole 1-2 เม็ด ต่อ วัน

หรือ Dapsone 100 mg. ต่อ วัน (ในกรณีผู้ป่วยแพ้ยา Sulfa)

หมายเหตุ: Co-trimoxazole สามารถป้องกัน Toxoplasmosis ได้

แต่ Dapsone อย่างเดียวไม่พอ หากต้องการป้องกัน

Toxoplasmosis ในผู้ป่วยแพ้ Sulfa ควรให้ Dapsone 50 mg. ต่อ วัน

ร่วมกับ Pyrimethamine 50 mg. และ Leucovorin 25 mg. สัปดาห์

ละครั้งเพื่อ ป้องกันทั้ง PCP และ Toxoplasmosis

● การป้องกันแบบปฐมภูมิ (Primary Prophylaxis) สำหรับการติดเชื้อ Cryptococcus

ให้ Fluconazole 200 mg สัปดาห์ละ 2 ครั้ง

- การป้องกันแบบทุติยภูมิ (Secondary Prophylaxis) สำหรับการติดเชื้อ *Cryptococcus*
ให้ Fluconazole 200 mg. ต่อวัน
- การป้องกันแบบปฐมภูมิสำหรับ MAC (Primary Prophylaxis for *Mycobacterium Avium Complex*)
ให้ Azithromycin 250 mg. 4-5 เม็ด ต่อสัปดาห์
- การป้องกันแบบทุติยภูมิ (Secondary Prophylaxis) สำหรับ *Penicilliosis marneffeii*
ให้ Itraconazole 200 mg ต่อวัน

เมื่อผู้ป่วยได้รับยาต้านเอชไอวีไประยะหนึ่ง ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้น น้ำหนักขึ้น CD4 ขึ้น Viral load ต่ำจนวัดไม่ได้ แพทย์สามารถที่จะหยุดยาป้องกันแบบปฐมภูมิโดยอาศัยหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้

การหยุดยาสำหรับการป้องกันแบบปฐมภูมิ

- หยุดยาป้องกัน PCP เมื่อ CD4 > 200 cells / cu.mm. และ HIV- Viral load ตรวจไม่พบในเลือด เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 3 – 6 เดือน
- หยุดยาป้องกัน *Cryptococcus* เมื่อ CD4 > 100 cu.mm และ HIV-Viral load ตรวจไม่พบในเลือด เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 3-6 เดือน
- หยุดยาป้องกัน MAC เมื่อ CD4 > 100 cells / cu.mm และ HIV-Viral load ตรวจไม่พบในเลือด เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 3- 6 เดือน

แนวทางการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์เพื่อป้องกันการติดเชื้อเอ็ดส์จากอุบัติเหตุขณะปฏิบัติงานในสถานพยาบาล

ในปัจจุบันสถานพยาบาลต่างๆได้รับผู้ป่วยเอ็ดส์ไว้ใน การดูแลเป็นจำนวนมาก ทำให้บุคลากรทางการแพทย์จำเป็นต้องทราบวิธีการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดอุบัติเหตุต่างๆ เช่น ถูกเข็มที่มด้าหรือสัมผัสกับสารคัดหลั่งจากผู้ป่วย เพื่อให้ตนเองปลอดภัยจากการติดเชื้อมากที่สุด โดยมีแนวทางดังต่อไปนี้

1. การปฐมพยาบาลเบื้องต้น

- 1.1 ล้างด้วยน้ำที่กำล้งไหลตลอดเวลาจนสะอาด
- 1.2 ฟอกสบู่หรือ Hibiscrub
- 1.3 ทาด้วยน้ำยา Betadine
- 1.4 อย่าใช้มีดหรือของมีคมกรีดหรือบีบเค้นแผลอย่างแรง
- 1.5 ใช้น้ำยา Boric ล้างตา (กรณีเลือดหรือสารคัดหลั่งเข้าตา)

2. หลักการพิจารณาความจำเป็นในการใช้ยาต้านเอ็ดส์เพื่อป้องกันการติดเชื้อ

- 2.1 ไม่แนะนำให้ยาต้านเอ็ดส์ใด ๆ ในกรณีต่อไปนี้
 - 2.1.1 ของมีคมนั้นไม่ได้เปื้อนเลือดหรือสารคัดหลั่งใดๆเลย
 - 2.1.2 ของมีคมนั้นเปื้อนเลือดหรือสารคัดหลั่งจากผู้ป่วยที่ไม่มีเชื้อ HIV (HIV negative)
 - 2.1.3 สัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งบริเวณผิวหนังที่ปกติ
 - 2.1.4 สัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งบริเวณผิวหนังไม่ปกติ (เช่นมีแผล) หรือเยื่อภายในปากหรือตา ปริมาณเลือดหรือสารที่สัมผัสน้อย (2-3 หยด) ด้วยระยะเวลาไม่นาน และเลือดหรือสารนั้นมาจากผู้ที่มีเชื้อ HIV น้อย (ไม่มีอาการหรือ CD4 ปกติ หรือได้รับยาต้านเอ็ดส์ที่ได้ผลอยู่)
 - 2.1.5 เช่นเดียวกับข้อ 2.1.4 แต่เลือดหรือสารนั้นมาจากบุคคลที่ไม่ทราบว่ามีเชื้อ HIV หรือไม่

2.2 ให้อาต้านเอชไอวี 2 ตัวในกรณีต่อไปนี้

- 2.2.1 สัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งบริเวณผิวหนังไม่ปกติ (เช่นมีแผล) หรือเย็บในปากหรือตา ด้วยปริมาณน้อย ระยะเวลาไม่นาน แต่เลือดหรือสารนั้นมาจากผู้มีเชื้อ HIV มาก (มีอาการมาก CD4 ต่ำ หรือ Viral load สูงมาก)
- 2.2.2 สัมผัสเข็มชนิดตันหรือกลวงแต่ลักษณะแผลเป็นแคบรอยช้ำส่วนเข็มเปื้อนเลือดหรือสารคัดหลั่งจากผู้มีเชื้อ HIV น้อย (ไม่มีอาการ หรือ CD4 ปกติหรือผู้ป่วยได้รับยาต้านเอชไอวีที่ได้ผลดีในการรักษาอยู่)
- 2.2.3 สัมผัสเช่นเดียวกับข้อ 2.2.2 หรือรุนแรงกว่าเช่นเข็มใหญ่มีรูกลวง แทงลึก แต่เลือดหรือสารคัดหลั่งไม่สามารถตรวจสอบได้ว่ามีเชื้อ HIV หรือไม่

2.3 ให้อาต้านเอชไอวี 3 ตัวในกรณีต่อไปนี้

- 2.3.1 สัมผัสเข็มชนิดตันหรือกลวงแต่ลักษณะแผลเป็นแคบรอยช้ำส่วนเข็มเปื้อนเลือดหรือสารคัดหลั่งจากผู้มีเชื้อ HIV มาก (มีอาการของโรคมาก CD4 ต่ำมากหรือ Viral load สูงมาก)
- 2.3.2 ถูกเข็มใหญ่มีรูกลวง แทงลึกไม่ว่าเข็มจะเปื้อนเลือดหรือสารคัดหลั่งจากผู้มีเชื้อ HIV น้อย หรือ มากก็ตาม

3. ชนิดของยาต้านเอชไอวีที่ควรใช้ในการป้องกันการติดเชื้อ

3.1 ยาต้านเอชไอวี 2 ตัวได้แก่ AZT 250mg. X 2 / วัน และ Lamivudine (3TC) 150mg X 2 /วัน นาน 4 สัปดาห์

3.2 ยาต้านเอชไอวี 3 ตัวได้แก่ ยา nRTI 2 ตัว นาน 4 สัปดาห์ ร่วมกับ

3.2.1 Nevirapine 1 เม็ด (200 mg) ทันที และอีก 1 เม็ด (200 mg) 72 ชั่วโมงถัดไป
สูตรนี้ น่าจะเป็นสูตรยาที่ประหยัดที่สุดสำหรับประเทศไทย (อ้างอิงข้อมูลจากการศึกษาการป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ทารก)

หรือ

3.2.2 Indinavir 800 mg ร่วมกับ ritonavir 100 mg วันละ 2 ครั้งนาน 4 สัปดาห์

หรือ

3.2.3 Nelfinavir 250 mg 3X 3 / วัน นาน 4 สัปดาห์

- หมายเหตุ**
1. ในกรณีผู้ถูกข่มขืนไม่ว่าหญิงหรือชายให้ยาต้านเอ็ดส์ 3 ตัวทันทีนาน 4 สัปดาห์
 2. สารคัดหลั่ง หมายถึง สารที่ออกจากร่างกายผู้ป่วยที่อาจมีการปนเปื้อนเชื้อ ได้แก่ น้ำเชื้อ น้ำช่องคลอด น้ำไขสันหลัง น้ำไขข้อ น้ำเยื่อหุ้มปอด น้ำในช่องท้อง น้ำเยื่อหุ้มหัวใจ น้ำคร่ำ หรือเนื้อเยื่อ
 3. การให้ยาต้านเอ็ดส์เพื่อป้องกันควรวินให้เร็วที่สุดหลังจากเกิดเหตุการณ์และไม่ควรรเกิน 24 ชั่วโมง

บทส่งท้าย

1. แนวทางฉบับนี้เป็นหลักการเพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วย HIV ได้นำไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยของตนอย่างเหมาะสม หากได้เป็นกฎหมายตัวที่ต้องปฏิบัติเหมือนกันในทุกชาย
2. แนวทางฉบับนี้สามารถเปลี่ยนแปลง ปรับปรุง และแก้ไขได้ตามข้อมูลทางวิทยาศาสตร์ที่ทันสมัยขึ้นในอนาคต โดยสมควรมีการทบทวนอย่างน้อยทุก 1 ปี
3. การที่จะสามารถทำให้แนวทางนี้ได้รับการปฏิบัติได้อย่างจริงจัง จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น นโยบายของรัฐบาล กระทรวงสาธารณสุข องค์การระหว่างประเทศ ผู้ผลิตและจำหน่ายยา แพทย์ทุกท่าน รวมถึงผู้ป่วยและองค์กรต่างๆของผู้ป่วยที่จะผลักดันให้แนวทางนี้เป็นนโยบายของประเทศไทยในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1. Carpenter CCJ, Cooper DA, Fischl MA, et al. Antiretroviral Therapy in Adults. Updated Recommendations of the International AIDS society, USA Panel. JAMA 2000;283:381-91.
2. Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-infected adults and adolescents. US Department of Health and Human Services (DHHS) and Henry J Kaiser Family Foundation Issued January 28, 2000 available on line at <http://www.hivatis.org/>
3. Pozniak A, Gazzard BG, Churchil D, et al. British HIV association (BHIVA) guidelines for the treatment of HIV-infected adults with antiretroviral therapy. Last updated January 28, 2000 available online at <http://www.aidsmap.com/bhiva>
4. Safe and Effective Use of Antiretroviral Treatments in Adults with particular references to resource limited settings. World Health Organization's Initiative on HIV/AIDS and sexually transmitted infections (HSI), 2000.
5. Harrington M, Carpenter CCJ. Hit HIV-I hard, but only when necessary. Lancet 2000;355:2147-52.
6. Ainsworth M, Teokul W. Breaking the silence : setting realistic priorities for AIDS control in less-developed countries. Lancet 2000;356:55-60.
7. 1999 USPHS/IDSA guidelines for the prevention of opportunistic infections in persons infected with Human immunodeficiency virus. MMWR 1999;48 (No. RR-10)
8. Prevention and treatment of tuberculosis among patients infected with Human immunodeficiency virus : principles of therapy and revised recommendations. MMWR 1998;47 (No. RR-20)
9. Updated guidelines for the use of rifabutin or rifampicin for the treatment and prevention of tuberculosis among HIV-infected patients taking protease inhibitors or non-nucleoside reverse transcriptase inhibitors. MMWR 2000;49 (No. 9):185-189.
10. CDC. Public health service guidelines for the management of health care worker exposures to HIV and recommendations for postexposure prophylaxis. MMWR 1998;47 (No RR-7)
11. Leechawengwong M, Punyagupta, A Proposal for a Cost – Effective National HIV/AIDS Clinical Policy. J Infect Dis Antimicrob agents 1997;14:153-155.

รายชื่อผู้เข้าร่วมสัมมนา HIV/AIDS ในวันที่ 31 ต.ค.43

1. นายแพทย์มนัญญู ลีเซววงค์
2. นายแพทย์มนต์เดช สุขปราชญ์
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์อัษฎา วิชากุล
4. นายแพทย์อนันตศักดิ์ อภัยรัตน์
5. แพทย์หญิงจรีรัตน์ บวรวัฒนวงศ์
6. นายแพทย์ไพฑูรย์ บุญมา
7. อาจารย์นายแพทย์ถนอมศักดิ์ อเนกธนานนท์
8. อาจารย์นายแพทย์วิชัย เตชะสาธิต
9. รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงพรรณทิพย์ ฉายากุล
10. รองศาสตราจารย์นายแพทย์ขวัญชัย ศุภรัตน์ภิญโญ
11. นายแพทย์ธนาสนธ์ ธรรมกุล
12. นายแพทย์วัฒนชัย สุขแสงรัตน์
13. อาจารย์นายแพทย์วินัย รัตนสุวรรณ
14. อาจารย์นายแพทย์อนุวัฒน์ กีระสุนทรพงษ์
15. นายแพทย์วิชัย จริยะเศรษฐพงศ์
16. นายแพทย์วรวจน์ ตันติศิริวัฒน์
17. ศาสตราจารย์นายแพทย์มุกดา ตฤณานนท์
18. ศาสตราจารย์นายแพทย์สมศักดิ์ โฉห์เลขา
19. อาจารย์นายแพทย์สมพนธ์ บุญยคุปต์
20. ศาสตราจารย์แพทย์หญิงนลินี อัสวโกตี