

ความก้าวหน้าใหม่ ๆ ของการรักษาผู้ป่วย HIV

อ.นพ.สันติ สิลัยรัตน์

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ในช่วงหลายสิบปีที่ผ่านมา การรักษาโรคติดเชื้อ HIV มีการพัฒนาขึ้นอย่างมาก เนื่องจากการค้นพบยาต้านไวรัส (antiretroviral therapy: ART) ใหม่ ๆ ที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจนในปัจจุบันโรคติดเชื้อ HIV ที่เคยถูกมองว่าเป็นโรคร้ายที่คร่าชีวิต กลายมาเป็นเพียงโรคที่มีการติดเชื้ออย่างเรื้อรังเท่านั้น การตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อ และการเริ่มต้นรักษาที่เร็วขึ้นก็ช่วยทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว และลดโอกาสในการแพร่เชื้อไปยังบุคคลอื่นลดลงได้มากอีกด้วย ซึ่งทำให้ความหวังในการรักษาผู้ป่วยในกลุ่มนี้ดีขึ้นเรื่อย ๆ เป็นลำดับ

ระบาดวิทยาของโรคติดเชื้อ HIV

โรคติดเชื้อ HIV ยังคงเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก ดังจะเห็นได้จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ที่รายงานว่าในปี ค.ศ. 2013 มีผู้ป่วยมากถึง 1.5 ล้านรายทั่วโลกที่เสียชีวิตจากโรคนี้ และมีผู้ติดเชื้อรายใหม่เพิ่มขึ้นถึง 2.1 ล้านรายเลยทีเดียว อย่างไรก็ตาม นับตั้งแต่ปี ค.ศ. 2005 ที่ผ่านมา จำนวนผู้เสียชีวิตและเจ็บป่วยจากโรคนี้ก็มีแนวโน้มที่ลดลง ทั้งนี้เนื่องมาจากการปรับแผนกลยุทธ์ใหม่ในการจัดการโรคติดเชื้อ HIV และโรคเอดส์ที่เรียกว่า “90-90-90” นั่นคือ สามารถวินิจฉัยผู้ที่ติดเชื้อ HIV อย่างน้อย 90% ของผู้ติดเชื้อทั้งหมด ผู้ติดเชื้ออย่างน้อย 90% ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส และในจำนวนผู้ที่ได้รับการรักษาอย่างน้อย 90% สามารถจำกัดจำนวนเชื้อไวรัสในร่างกายได้ และมีระดับภูมิคุ้มกันที่ดี ซึ่งแม้ว่าในปัจจุบันประเทศส่วนใหญ่ในโลกยังไม่สามารถบรรลุเป้าหมายดังกล่าวนี้ได้ แต่ก็ช่วยทำให้แนวโน้มของการรักษาโรคติดเชื้อ HIV ดีขึ้นมาเรื่อย ๆ

การวินิจฉัยการติดเชื้อ HIV

ในปัจจุบันวิธีการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อ HIV ได้รับการพัฒนาไปมากทำให้สามารถตรวจได้ง่าย และได้ผลการตรวจอย่างรวดเร็ว ผู้ที่ต้องการรับการตรวจสามารถขอรับการตรวจได้เร็วขึ้นโดยไม่ต้องรอคำสั่งจากแพทย์ ทำให้มีจำนวนผู้ที่เข้ารับการตรวจเพิ่มมากขึ้นถึง 33% จากปี ค.ศ. 2009-2013 การส่งตรวจและทราบสถานการณ์ติดเชื้อของตนเองมีส่วนช่วยทำให้การเข้าถึงการรักษา ตลอดจนการหาวิธีการป้องกันการกระจายเชื้อทำได้ง่ายขึ้น ปัจจุบันการส่งตรวจเพื่อค้นหาการติดเชื้อ แนะนำให้ทำในกรณีใดกรณีหนึ่งดังต่อไปนี้คือ

1. ผู้ที่มีประวัติเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อ เช่น ผู้ที่มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้วิธีการป้องกันการติดเชื้อที่เหมาะสม โดยเฉพาะในกลุ่มชายที่ร่วมเพศกับชาย (Men who have sex with men: MSM) หรือผู้ที่มีคู่นอนหลายคน ควรทำการตรวจอย่างน้อยปีละ 1 ครั้งหรือมากกว่า
2. ผู้ที่มีประวัติใช้ยาชนิดฉีดที่มีการใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน ควรทำการตรวจอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
3. หญิงตั้งครรภ์ทุกคนเมื่อเข้ารับการตรวจฝากครรภ์
4. ผู้ที่มีอาการแสดงของโรคที่เป็นสัญญาณว่ามีภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรืออาจมีการติดเชื้อไวรัส HIV ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 โรคหรืออาการแสดงที่ควรได้รับคำแนะนำเพื่อการตรวจหาการติดเชื้อ HIV

อาการแสดงของภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง	อาการแสดงที่บ่งชี้ว่าอาจมีการติดเชื้อ HIV
Cerebral toxoplasmosis	Anal cancer
Cervical cancer	Aseptic meningitis
Cryptococcal meningitis	Bacterial pneumonia
Cytomegalovirus retinitis or pneumonitis	Guillain-Barré syndrome
HIV encephalopathy	Infective retinal diseases
Kaposi sarcoma	Lymphadenopathy of unknown cause
Non-Hodgkin lymphoma	Mononucleosis-like syndrome
Persistent cryptosporidiosis	Multidermal or recurrent herpes zoster
Pneumocystis pneumonia	Oral candidiasis
Primary cerebral lymphoma	Fever of unknown origin
Progressive multifocal leukoencephalopathy	Unexplained blood dyscrasia
Recurrent bacterial infections	Vaginal intraepithelial neoplasia
Tuberculosis	
Wasting syndrome	

ที่มา: ดัดแปลงจาก the British HIV Association, UK national guidelines for HIV testing.

การเริ่มยาต้านไวรัส

ควรเริ่มต้นที่ที่ตรวจพบหากเป็นไปได้ จากการศึกษาวิจัยชื่อ HPTN 052 ซึ่งมีผู้เข้าร่วมการศึกษาคู่ที่มีผลตรวจการติดเชื้อที่ไม่เหมือนกัน (serodiscordant couples) กว่า 1,700 คู่ พบว่าการเริ่มต้นการรักษาด้วยยาต้านไวรัสตั้งแต่แรกช่วยลดโอกาสการแพร่เชื้อไปสู่คนที่ยังไม่ได้ติดเชื้อได้มากถึง 96% และในการศึกษาที่ชื่อ PARTNER ที่มีผู้เข้าร่วมส่วนหนึ่งเป็นคู่รักร่วมเพศและไม่ได้ใช้ถุงยางอนามัยพบว่า เมื่อมีการใช้ยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อหลังจากติดตามไปเป็นเวลา 3 ปี ยังไม่มีการแพร่เชื้อเกิดขึ้นเลย ผลการศึกษากลับ 2 ชิ้นดังกล่าวบ่งชี้ว่า การเริ่มต้นรักษาด้วยยาต้านไวรัสตั้งแต่ระยะแรกมีส่วนช่วยทั้งในแง่ของการรักษาและการป้องกัน อย่างไรก็ตาม ปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่ทำให้การรักษาด้วยวิธีนี้ได้ผลคือ การใช้ยาอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ และเคร่งครัดเท่านั้น

สำหรับแนวทางปฏิบัติที่เผยแพร่โดย World Health Organization (WHO) ได้ระบุว่าควรเริ่มให้ยาต้านไวรัสแก่ผู้ติดเชื้อทุกรายที่มีจำนวนเม็ดเลือดขาว CD4 น้อยกว่า 500 cells/ μ L ไม่ว่าจะมีอาการหรือไม่ และควรพิจารณาให้ยาสำหรับในรายที่ค่อนข้างอ่อนเป็นผู้ไม่ติดเชื้อ หรือเป็นผู้ป่วยเด็ก หรือมีการติดเชื้อฉวยโอกาสด้วย เป็นต้น

การตรวจประเมินก่อนการเริ่มยาต้านไวรัส ผู้ติดเชื้อไวรัส HIV ควรได้รับการตรวจประเมินในด้านต่าง ๆ ก่อนเริ่มยาต้านไวรัส ซึ่งแบ่งเป็นประเภท ได้แก่

1. การตรวจนับจำนวนเม็ดเลือดขาว CD4 และจำนวนไวรัสรวมถึง genotypic resistant testing และ subtypes ก่อนเริ่มต้นการรักษา เพื่อใช้ในการเปรียบเทียบหลังจากให้การรักษาไปแล้ว และปรับเปลี่ยนยาหากพบว่ามีภาวะดื้อยาของเชื้อไวรัส
2. การตรวจหาการติดเชื้ออื่นที่อาจมีร่วมด้วย เช่น ไวรัสตับอักเสบ A, B, C, CMV, toxoplasmosis, syphilis และการติดเชื้อฉวยโอกาสระยะแฝง (Latent TB infection) เป็นต้น เนื่องจากอาจมีผลต่อการเลือกชนิดของยาต้านไวรัสที่ต้องใช้
3. การตรวจหาความผิดปกติอื่น ๆ ที่อาจมีผลต่อการรักษา ได้แก่ CBC, BUN, Creatinine, transaminase levels, urinalysis, fasting blood glucose, serum lipids และ HLA-B*5701 เป็นต้น

วิธีการเริ่มยาต้านไวรัส ยาต้านไวรัสที่มีใช้กันอยู่ในปัจจุบันนั้น สามารถแบ่งออกได้เป็น 5 กลุ่มตามกลไกการออกฤทธิ์ของยา ได้แก่ Nucleoside reverse transcriptase inhibitors (NRTIs) หรือ Nucleotide reverse transcriptase inhibitors (NtRTIs), Non-nucleoside reverse transcriptase inhibitor (NNRTIs), Protease inhibitor boosted with ritonavir (PI/r) หรือ with cobicistat (PI/c), C-C chemokine receptor antagonist (CCR5 inhibitors) และ Integrase strand transfer inhibitor (INSTI) สำหรับ European AIDS Clinical Society (EACS) มีคำแนะนำการเริ่มยาสำหรับผู้ติดเชื้อที่ยังไม่เคยได้รับการรักษามาก่อนด้วยยาสูตรที่มียาในกลุ่ม NRTI หรือ NtRTI 2 ชนิด ร่วมกับยาในกลุ่ม NNRTI หรือ PI/r หรือ INSTI อย่างน้อย 1 ชนิด ตัวอย่างสูตรยาที่แนะนำโดย EACS ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 สูตรยาต้านไวรัสที่แนะนำสำหรับผู้ติดเชื้อที่ยังไม่เคยได้รับการรักษา

Regimen Type	Recommended Combinations
NNRTI-based regimens	EFV + ABC/3TC ^a or TDF/FTC ^a RPV ^b + ABC/3TC ^a or TDF/FTC ^a EFV/TDF/FTC ^a RPV/TDF/FTC ^{a,b}
PI/r-based regimens	ATV/r + ABC/3TC ^a or TDF/FTC ^a DRV/r + ABC/3TC ^a or TDF/FTC ^a
INSTI-based regimens	EVG/COBI/TDF/FTC ^a DTG/ABC/3TC ^a or DTG + TDF/FTC ^a

	RAL + ABC/3TC ^a or TDF/FTC ^a
--	--

ที่มา: ดัดแปลงจาก the European AIDS Clinical Society guidelines.

(คำย่อ: 3TC = lamivudine; ABC = abacavir; ATV/r = atazanavir (boosted with ritonavir); COBI = cobicistat; DRV/r = darunavir boosted with ritonavir; DTG = dolutegravir; EFV = efavirenz; EVG = elvitegravir; FTC = emtricitabine; INSTI = integrase strand transfer inhibitor; NNRTI = non-nucleoside reverse transcriptase inhibitor; PI/r = protease inhibitor boosted with ritonavir; RAL = raltegravir; RPV = rilpivirine; TDF = tenofovir)

โดยทั่วไปสูตรยาที่แนะนำให้ใช้จะเป็นสูตรที่มียา TDF หรือ ABC โดยที่ยาสูตรที่มี ABC จะเหมาะกับผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคไตอยู่เดิม เนื่องจากยา TDF อาจทำให้เกิดความผิดปกติของการทำงานของไตได้ อย่างไรก็ตาม ยา ABC ก็อาจเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้เช่นกัน

จึงต้องระมัดระวังในผู้ติดเชื้อที่มีประวัติอาการของโรคหลอดเลือดหัวใจ

และต้องระวังอาการแพ้ยาที่รุนแรงโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ติดเชื้อที่มีผลการตรวจ HLA-B*5701 เป็นบวก

สำหรับยาในกลุ่ม NNRTI นั้น ยาตัวแรกๆ ที่แนะนำให้ใช้คือ EFV หรือ RPV

แต่เนื่องจากโอกาสเกิดความล้มเหลวในการรักษาด้วยยา RPV มากกว่า และยา EFV ในปัจจุบันมีราคาค่อนข้างถูก จึงแนะนำการใช้ EFV ก่อน

ยาในกลุ่ม PI/r มีประสิทธิภาพในการควบคุมการเพิ่มจำนวนของเชื้อที่ดีเทียบเท่ากับยาในกลุ่ม NNRTIs และมีหลักฐานว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะดื้อต่อยาน้อยกว่า

จึงเหมาะสำหรับผู้ติดเชื้อที่ยังไม่สามารถทำการตรวจหาการดื้อยาหรือยังไม่ทราบผลการตรวจ

โดยยาที่แนะนำให้ใช้ ได้แก่ ATV/r หรือ DRV/r

ยากกลุ่มใหม่ที่สุดสำหรับการรักษาโรคติดเชื้อ HIV ก็คือยากกลุ่ม INSTIs

ซึ่งในปัจจุบันมียาที่ได้รับการรับรองให้ใช้ได้ 3 ชนิดคือ raltegravir (RAL), elvitegravir (EVG) และ

dolutegravir (DTG) โดยยา RAL นั้นมีหลักฐานการศึกษาที่เปรียบเทียบประสิทธิภาพของยาเหล่านี้กับยา EFV

และพบว่าไม่แตกต่างกันในแง่ของการควบคุมจำนวนของเชื้อไวรัสในเลือด แต่พบว่ายา DTG

อาจมีข้อดีกว่าในแง่ของความเสี่ยงในการเกิดเชื้อดื้อยาค่อนข้างน้อยกว่า

จำนวนเม็ดยาที่ผู้ติดเชื้อต้องรับประทานเป็นปัจจัยที่สำคัญประการหนึ่งของการรักษาที่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ

ในปัจจุบันมีการพัฒนาโดยรวมยาชนิดต่าง ๆ ในสูตรเข้ามาไว้ในเม็ดเดียว เพื่อช่วยทำให้การบริหารยาทำได้ง่ายขึ้น

และลดโอกาสที่จะเกิดการขาดยาเป็นบางชนิดได้ ในปัจจุบันมียาหลายสูตรที่อยู่ในรูปแบบเม็ดเดียวได้ ดังนั้น

จึงควรเลือกใช้ยาในรูปแบบนี้เสมอหากสามารถทำได้

การเปลี่ยนสูตรยาด้านไวรัส

ในกรณีที่การรักษาไม่ได้ผล คือไม่สามารถทำให้จำนวนเชื้อไวรัสในเลือดลดลงได้มากพอ หรือจำนวนเม็ดเลือดขาว CD4 ไม่เพิ่มขึ้นตามเป้าหมาย หรือในบางครั้งแม้ผลการรักษาจะได้ผลดี แต่ในบางกรณี เช่น

เกิดอาการข้างเคียงที่รุนแรง หรือมีปฏิกิริยาระหว่างกันของยา (drug-drug interaction) อย่างมาก

หรือเป็นหญิงตั้งครรภ์ เป็นต้น ก็อาจจะจำเป็นต้องมีการเปลี่ยนสูตรยาที่ใช้อยู่เป็นสูตรอื่น ตัวอย่างเช่น

- กรณีเกิดอาการข้างเคียงทางจิตประสาท (neuropsychiatric adverse effect) ระหว่างการให้ยาในกลุ่ม NNRTI ควรพิจารณาเปลี่ยนยาไปเป็นกลุ่ม INSTI-based regimen เช่น EVG/COBI/TDF/FTC เป็นต้น
- สำหรับผู้ป่วยที่สามารถควบคุมจำนวนเชื้อได้ดีขณะได้รับยาในกลุ่ม PI/r แต่มีระดับไขมันในเลือดสูง อาจพิจารณาปรับสูตรยาเป็น RPV/TDF/FTC เนื่องจากมีหลักฐานว่าสามารถควบคุมจำนวนเชื้อไวรัสได้ดี และช่วยทำให้ระดับไขมันในเลือดลดลงด้วย
- สำหรับหญิงตั้งครรภ์ อาจเปลี่ยนสูตรยาเป็นสูตรที่ไม่ใช้ยา EFV เพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดความพิการคือ neural tube defect ในครรภ์ โดยอาจเปลี่ยนเป็นสูตรยาแบบ PI-based ได้แก่ LPV/r, SQV/r, ATV/f หรือ DRV/r
- อาจพิจารณาปรับสูตรยาให้เป็นสูตรที่จำนวนเม็ดยาลดลง เพื่อช่วยทำให้รับประทานยาได้ง่าย และได้ความร่วมมือในการรักษามากขึ้น

สำหรับกรณีที่การรักษาไม่ได้ผล (virologic failure) ก่อนการเปลี่ยนสูตรยา ควรตรวจประเมินในด้านต่าง ๆ ก่อน ได้แก่ ความร่วมมือในการใช้ยา อาการข้างเคียง จำนวนเชื้อไวรัสในเลือดหรือระดับเม็ดเลือดขาว CD4 ประวัติการใช้ยาในอดีต และผลการตรวจการดื้อยาต่าง ๆ (ถ้ามี) เพื่อเป็นข้อมูลในการตัดสินใจเปลี่ยนสูตรยาที่เหมาะสม แต่โดยทั่วไปแล้ว เมื่อเปลี่ยนยาควรเลือกใช้ยาที่มีข้อมูลว่าได้ผลและไม่มีการดื้อต่อยาอย่างน้อย 2-3 ชนิด และไม่ควรเพิ่มยาใหม่เข้าไปในสูตรยาที่ใช้อยู่แล้ว เนื่องจากอาจทำให้เกิดการดื้อต่อยาใหม่ที่เพิ่มเข้าไปได้จากข้อมูลการศึกษาที่ผ่านมา ยาในกลุ่ม INSTIs (RAL, EVG, DTG) สามารถใช้ได้ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาเชื้อดื้อต่อยาหลายขนาน และมีโอกาสเกิดการดื้อต่อยา DTG น้อยที่สุด ส่วนยา RAL และ EVG นั้นอาจเกิดปัญหาเชื้อดื้อยาขึ้นได้บ้าง และมักจะเกิดการดื้อข้ามชนิดกันได้ ดังนั้น หากเลือกเปลี่ยนยา DTG อาจเป็นทางเลือกที่ดีที่สุด สำหรับในกลุ่มนี้

การรักษาโรคติดเชื้อ HIV ที่มีโรคร่วม

การมีโรคร่วมอื่น ๆ ของผู้ติดเชื้อ HIV เป็นปัญหาท้าทายที่สำคัญสำหรับการเลือกวิธีการรักษาโรคติดเชื้อ เนื่องจากโรคร่วมบางชนิดมีผลโดยตรงกับการเลือกใช้ยา หรือยาที่ใช้ในการรักษาโรคร่วมนั้นอาจมีปฏิกิริยาต่อกันกับยาด้านไวรัสได้ ดังนั้น หากผู้ป่วยมีโรคร่วมจึงควรพิจารณาปรับการรักษาให้เหมาะสมเป็นราย ๆ ไป เช่น

ผู้ป่วยวัณโรค (tuberculosis coinfection)

ในปัจจุบันยังคงแนะนำให้ผู้ป่วยวัณโรครับยาด้วยสูตรยาวัณโรคมาตรฐาน (2HRZ±E + 4HR) และควรเริ่มยาด้านไวรัส โดยแนะนำให้ใช้สูตร EFV/TDF/FTC หรือ EFV/ABC/3TC หรือ RAL + TDF/FTC แต่ระยะเวลาที่เหมาะสมในการเริ่มยาด้านไวรัสนั้นยังไม่เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไป เนื่องจากผู้เชี่ยวชาญจำนวนหนึ่งเห็นว่าการเริ่มยาเร็วที่สุดจะช่วยลดโอกาสการเสียชีวิตได้ ในขณะที่อีกจำนวนหนึ่งแนะนำให้รอการรักษาวัณโรคแล้วระยะหนึ่งก่อนเพื่อลดโอกาสของการเกิดอาการข้างเคียง หรือปฏิกิริยาต่อกันของยา สำหรับ EACS แนะนำการเริ่มยาด้านไวรัสภายใน 2 สัปดาห์หลังการเริ่มยาวัณโรค หากผู้ป่วยมีระดับ CD4 น้อยกว่า 100 cell/ μ L และอาจเริ่มยาใน 8-12 สัปดาห์ หากมีระดับ CD4 มากกว่านี้

ผู้ป่วยโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบ cryptococcal meningitis

จากข้อมูลการศึกษาในแถบแอฟริกาเกี่ยวกับการเริ่มยาต้านไวรัสในผู้ป่วยกลุ่มนี้

พบว่ากลุ่มที่เริ่มยาต้านไวรัสช้ากว่า (5 สัปดาห์) ผู้ป่วยมีอัตราการรอดชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่เริ่มยาเร็ว (ภายใน 1-2 สัปดาห์)

ผู้ป่วยโรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัส hepatitis C ในปัจจุบันมียาต้านไวรัสสำหรับโรคตับอักเสบชนิด C มากขึ้น แต่เมื่อต้องรักษาผู้ป่วยที่เป็น HIV-HCV coinfection อาจมีข้อจำกัดในการใช้ยา กล่าวคือ ยาต้านไวรัสหลายชนิด เช่น ATV, DRV, EFV และ LPV นั้นไม่ควรใช้ร่วมกับยาต้านไวรัสตับอักเสบ simeprevir (SMV) และ boceprevir เป็นต้น ดังนั้น หากมีการเลือกใช้ยาเพื่อรักษาทั้ง 2

โรคร่วมกันอาจพิจารณาเลือกใช้ยาที่มีโอกาสเกิดปฏิกิริยาต่อกันน้อยกว่า เช่น sofosbuvir (SOF), ribavirin (RBV), daclatasvir (DCV), ledipasvir (LDV) เป็นต้น ทั้งนี้สูตรยาที่เลือกใช้ให้พิจารณาตามชนิดของ HCV genotype

การจัดการเพื่อให้การรักษามีความต่อเนื่องสม่ำเสมอ

ปัจจัยที่สำคัญที่สุดของการรักษาโรคติดเชื้อ HIV ให้ได้ผลดีคือ การรักษาที่มีความต่อเนื่องสม่ำเสมอ แพทย์ผู้ทำการรักษาควรทราบและทำความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยต่าง ๆ ที่อาจมีผลต่อเรื่องนี้และมีมาตรการต่าง ๆ ที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย เช่น มีการดูแลผู้ป่วยเป็นทีม สร้างความเชื่อมโยงระหว่างบุคลากรในทีม และระหว่างบุคลากรกับผู้ป่วยที่ดี ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยอย่างครบถ้วนและเหมาะสมกับระดับการศึกษาของผู้ป่วย เลือกใช้ยาที่มีความเหมาะสมกับรูปแบบการใช้ชีวิตของผู้ป่วย พยายามใช้สูตรยาที่มีจำนวนเม็ดยาน้อย ติดตามการรักษาด้วยข้อมูลที่เป็นรูปธรรมที่สามารถเห็นและเข้าใจได้ชัดเจนโดยผู้ป่วย ให้กำลังใจผู้ป่วยที่มีผลการรักษาดี และพยายามส่งเสริมให้ผู้ป่วยรักษาต่อเนื่องหากยังไม่ดีพอ และติดตามดูอาการอื่น ๆ ตามความเหมาะสมอย่าง สม่ำเสมอ เป็นต้น

สรุป

การรักษาโรคติดเชื้อ HIV

ในปัจจุบันได้รับการพัฒนาไปมากจนทำให้อัตราการเจ็บป่วยและเสียชีวิตจากโรคนี้ลดลงเรื่อย ๆ รวมไปถึงการรักษาที่หากเริ่มต้นได้เร็วยังสามารถเป็นการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อได้อีกด้วย ดังนั้น การดูแลผู้ติดเชื้อ HIV จึงต้องอาศัยการตรวจวินิจฉัยที่มีความรวดเร็ว เริ่มต้นการรักษาตั้งแต่วะยะแรก และเลือกใช้ให้เหมาะสม ซึ่งจะช่วยให้ผลการรักษาดีที่สุด ในกรณีที่มีข้อจำกัดกับการใช้ยา เช่น การมีโรคร่วม หรือมีข้อจำกัดในการใช้ยาต่าง ๆ อาจต้องมีการปรับเปลี่ยนยาเพื่อช่วยให้การรักษามีความราบรื่นมากยิ่งขึ้น โดยจุดประสงค์หลักที่สำคัญที่สุดคือ การให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอที่สุด

REFERENCES

- 1 World Health Organization. HIV fact sheet. December 2014.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/en/>. Accessed December 11, 2014.
- 2 United Kingdom National Institute for Health and Care Excellence. Increasing the uptake of HIV testing among men who have sex with men. March 2011.

- <http://www.nice.org.uk/guidance/ph34/chapter/1-recommendations#recommendation-5-outreach-providing-rapid-point-of-care-tests>. Accessed December 16, 2014.
- 3 Nachega JB, Uthman OA, del Rio C, et al. Addressing the Achilles' heel in the HIV care continuum for the success of a test-and-treat strategy to achieve an AIDS-free generation. *Clin Infect Dis*. 2014;59 Suppl 1:S21-27.
 - 4 British HIV Association. UK National Guidelines for HIV testing. September 2008. <http://www.bhiva.org/hivtesting2008.aspx>. Accessed December 9, 2014.
 - 5 European AIDS Clinical Society (EACS). Guidelines version 7.1. November 2014. <http://eacsociety.org/Portals/0/GUIDELINES/English%20PDF%20-%20Version%207.1.pdf>. Accessed December 16, 2014.
 - 6 Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, et al. The HPTN 052 Study Team. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *N Engl J Med*. 2011;365(6):493-505.
 - 7 Rodger A, Bruun T, Cambiano V, et al. HIV transmission risk through condomless sex if HIV+ partner on suppressive ART: PARTNER study. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI) 2014. Abstract 153LB.
 - 8 Clinicaltrials.gov. Early Antiretroviral Treatment and/or Early Isoniazid Prophylaxis Against Tuberculosis in HIV-infected Adults (ANRS 12136 TEMPRANO). NCT00495651. www.clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT00495651. Accessed January 20, 2014.
 - 9 Clinicaltrials.gov. Strategic Timing of Antiretroviral Treatment (START). NCT00867048. www.clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT00867048. Accessed January 20, 2014.
 - 10 International Antiviral Society USA. Practice Guidelines. July 2014. <http://www.iasusa.org/guidelines>. July 2014. Accessed January 8, 2014.
 - 11 Mesplede T, Quashie PK, Zanichelli V, Wainberg MA. Integrase strand transfer inhibitors in the management of HIV-positive individuals. *Ann Intern Med*. 2014;46(3):123-129.
 - 12 Astuti N and Maggiolo F. Single-Tablet Regimens in HIV Therapy. *Infect Dis Ther*. 2014;3(1):1-17.
 - 13 Trottier B, Machouf N, Huchet E, et al. Tolerability is more important than simplicity for treatment durability. *J Int AIDS Soc*. 2014;17(4 Suppl 3):19765.
 - 14 Boulware DR, Mehta DB, Muzoora C, et al. Timing of antiretroviral therapy after diagnosis of cryptococcal meningitis. *N Engl J Med*. 2014;370(26):2487-2498.
 - 15 Molina JM, et al. All-oral therapy with sofosbuvir plus ribavirin for the treatment of HCV genotypes 1, 2, 3 and 4 infection in patients coinfecting with HIV (PHOTON-2). *Lancet*. In press.