

ความสำคัญและที่มา : ในปัจจุบันยังไม่มีข้อมูลเปรียบเทียบการตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีในระยะยาวของผู้ป่วยไทยที่ติดเชื้อเอชไอวี-1 ที่มีระดับซีดี4 ระหว่าง 200-250 เซลล์/มม³ กับผู้ป่วยที่มีระดับซีดี4 น้อยกว่า 200 และมากกว่า 250 เซลล์/มม³

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลการตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีในผู้ป่วยผู้ใหญ่ไทยที่ติดเชื้อเอชไอวี-1 ที่มีระดับ ซีดี4 ระหว่าง 200-250 เซลล์/มม³ เปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่มีระดับ ซีดี4 น้อยกว่า 200 และมากกว่า 250 เซลล์/มม³ โดยดูจากอัตราการติดเชื้อฉวยโอกาสแทรกซ้อนหรืออัตราการตาย

เครื่องมือและวิธีวิจัย : ศึกษาติดตามข้อมูลย้อนหลังถึงผลการตอบสนองต่อการรักษาในผู้ป่วยผู้ใหญ่ไทยที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีสูตรที่มีประสิทธิภาพสูง 788 คนที่อยู่ในโครงการวิจัยของศูนย์วิจัย HIV Netherlands ,Australia ,Thailand Research Collaboration (HIV-NAT) ระหว่าง 1 มกราคม 2541 – 30 มิถุนายน 2550 โดยศึกษาอัตราการติดเชื้อฉวยโอกาสแทรกซ้อนหรืออัตราการตาย รวมทั้งวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อการตอบสนองต่อการรักษา

ผลการวิจัย : จากการติดตามผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีเป็นระยะเวลา 3983 คนปี อัตราการติดเชื้อฉวยโอกาสแทรกซ้อนหรือเสียชีวิต เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีระดับซีดี4 มากกว่า 250 เซลล์/มม³ กลุ่มที่มีระดับซีดี4 ระหว่าง 200-250 เซลล์/มม³ มีอัตราเสี่ยง 1.28 (95%CI เท่ากับ 0.25-6.60) กลุ่มที่มีระดับซีดี4 น้อยกว่า 200 เซลล์/มม³ มีอัตราเสี่ยง 2.83 (95%CI เท่ากับ 1.00-8.02 $P=0.05$) ปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อการตอบสนองต่อการรักษาได้แก่ น้ำหนัก (อัตราเสี่ยง 0.61 ,95%CI เท่ากับ 0.49-0.75, $P<0.001$) อายุ (อัตราเสี่ยง 1.30 ,95%CI เท่ากับ 1.07-1.59, $P=0.01$) และระยะของโรค (อัตราเสี่ยง 2.43 ,95%CI เท่ากับ 1.31-4.51, $P=0.01$)

สรุปผลการวิจัย : การเริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่ระดับซีดี4 ระหว่าง 200-250 เซลล์/มม³ ให้ผลการตอบสนองต่อการรักษาที่ดีเทียบเท่ากับการเริ่มรักษาที่ระดับซีดี4มากกว่า 250 เซลล์/มม³ และมีแนวโน้มดีกว่าการเริ่มรักษาที่ระดับซีดี4 ต่ำกว่า 200 เซลล์/มม³ ในแง่การติดเชื้อฉวยโอกาสแทรกซ้อนหรือการเสียชีวิต ปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อการรักษาได้แก่ อายุ น้ำหนัก และระยะของโรค ดังนั้นจึงแนะนำให้เริ่มรักษาที่ระดับซีดี4 200-250 เซลล์/มม³ อย่างไรก็ตามคงต้องมีการศึกษาไปข้างหน้าเพื่อยืนยันผลการศึกษานี้ต่อไป

Background : Antiretroviral therapy (ART) given in combination are important in treatment of HIV infection. There has been no comparative study of treatment responses among HIV-infected patients with CD4+ cell counts between 200-250 cells/mm³ and CD4+ cell counts below 200 cells/mm³ and above 250 cells/mm³ in Thailand.

Objective: To compare clinical progression in a cohort of adult HIV infected patients treated with HAART via a clinical research network in Thailand.

Methods: Retrospective cohort study in 788 adult HIV infected patients treated with HAART in the HIV Netherlands ,Australia ,Thailand Research Collaboration (HIV-NAT) between 1998 and June 2007. Main outcome measures was progression to combined endpoint of AIDS defining illness or death according to baseline characteristics, ART used, immunological and virological responses.

Results: During 3983 person years of follow-up. Compared to patients with baseline CD4+ cell counts > 250 cells/mm³, the adjusted hazard ratio for progression was 1.28 (95%CI, 0.25 - 6.60) for patients with CD4+ cell counts 200-250 cells/mm³ and 2.83 (95%CI, 1.00 - 8.02 *P*=0.05) for patients with CD4+ cell counts below 200 cells/mm³. The significant predictors of clinical progression in multivariate models were weight, age and whether the patient was CDC Category C at baseline.

Conclusion : There are no difference in clinical progression among HIV infected patients with CD4+ cell counts 200-250 cells/mm³ and above 250 cells/mm³ after treatment with HAART. However both baseline CD4+ strata have a trend toward a better outcomes than patients with CD4+ cell counts below 200 cells/mm³. Age, weight and clinical stage are predictors of treatment outcomes. Thus , this study suggests to consider to commence HAART when a patient has CD4+ cell counts 200-250 cells/mm³. Nonetheless, a prospective study to confirm and to assess its cost-effective is warranted.