

ยาลดไขมันในเลือดลดความเสี่ยงต่อโรคเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือดในผู้มีเอชไอวี

อุดม ลิขิตวรรณวุฒิ แปล

ในการประชุมของสมาคมเอดส์สากล (International AIDS Society - IAS) ของปี 2023 ที่จัดขึ้นในเมืองบริสเบน ประเทศออสเตรเลีย ในเดือนกรกฎาคมที่ผ่านมา มีการนำเสนอผลของการวิจัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือดสำหรับผู้มีเอชไอวีที่เป็นการวิจัยทางคลินิกที่สำคัญโครงการหนึ่ง และเว็บไซต์ของนาม เอดส์แมป (nam aidsmap) มีข่าวเกี่ยวกับการวิจัยดังกล่าวดังต่อไปนี้¹



ศาสตราจารย์ นพ. สตีเวน กรินสปูน (Professor Steven Grinspoon) ในการประชุมไอเอเอส 2023 (IAS 2023)
ภาพโดย Roger Pebody ใน nam aidsmap

การวิจัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือดดังกล่าวเป็นการวิจัยในผู้ที่มีเอชไอวีที่ปกติจะไม่ได้รับคำแนะนำให้ใช้ยาสแตติน (ยาลดไขมันในเส้นเลือด)

จากนำเสนอผลของการวิจัยรีพรีฟ (REPRIEVE) แสดงว่ายากุ่มสแตตินที่ใช้กันอย่างแพร่หลายเมื่อให้กับผู้ที่มีเอชไอวีที่มีความเสี่ยงต่ำถึงปานกลางต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดสามารถลดความเสี่ยงต่อหัวใจวาย การอุดตันของเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง และอาการต่างๆที่เกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือดได้ ผลของการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่าการใช้ยาสแตตินอาจป้องกันโรคเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือดที่สำคัญหรือการเสียชีวิตจากโรคเหล่านั้นได้ถึงหนึ่งในห้า

การวิจัยทางคลินิกระยะที่ 3 ซึ่งเป็นการวิจัยขนาดใหญ่โครงการนี้ถูกยุติก่อนกำหนดในเดือนเมษายนที่ผ่านมา หลังจากการวิเคราะห์ผลระหว่างการศึกษาพบว่าพิทาวาสแตติน (pitavastatin) ลดความเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือดที่สำคัญลง 35% ศาสตราจารย์ นพ. สตีเวน กรินสปูน (Professor Steven Grinspoon) จากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด (Harvard Medical School) และโรงพยาบาลศูนย์แมสซาชูเซตส์ (Massachusetts General Hospital) นำเสนอผลลัพธ์ของการวิจัยโดยละเอียดในการประชุม และผลของการวิจัยดังกล่าวได้รับการเผยแพร่ในเวลาเดียวกันในวารสารวิชาชีพ The New England Journal of Medicine

ในการแถลงข่าวศาสตราจารย์ชาร์อน เลวิน (Professor Sharon Lewin) จากมหาวิทยาลัยเมลเบิร์น และประธานสมาคมเอดส์สากลและประธานร่วมการประชุม สรุปแก่ผู้สื่อข่าวว่า “ผู้ที่มีเอชไอวีมีแนวโน้มเป็นสองเท่าที่จะเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด ดังนั้น[ผลการวิจัยรีพรีฟ]อาจมีผลกระทบอย่างมากในภาวะจริง” ซึ่งศ. กรินสปูนเสริมว่า “เราแนะนำเป็นอย่างยิ่งให้เปลี่ยนแนวทางปฏิบัติ” เพื่อการรักษาด้วยยาสแตตินสำหรับประชากรกลุ่มนี้

โรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ที่มีเอชไอวี

มีการวิจัยจำนวนหนึ่งที่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆที่แสดงให้เห็นว่าผู้ที่มีเอชไอวีมีความเสี่ยงสูงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD) และต่อผลลัพธ์ต่างๆของโรค เช่น หัวใจวาย และการอุดตันของเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง ยิ่งไปกว่านั้นการสะสมของคราบไขมันส่วนเกินในหลอดเลือดแดงเกิดขึ้นในประชากรกลุ่มนี้ที่มีอายุน้อยสูงกว่าประชากรโดยทั่วไป เหตุผลอาจรวมถึงการอักเสบ

¹ Pitavastatin lowers risk of cardiovascular events in people living with HIV โดย Liz Highleyman เมื่อ 24 กรกฎาคม 2566 ใน <https://www.aidsmap.com/news/jul-2023/pitavastatin-lowers-risk-cardiovascular-events-people-living-hiv>

เรื้อรังที่ยังคงอยู่แม้จะมีการรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่มีประสิทธิภาพก็ตาม หรือจากผลข้างเคียงของยาต้านไวรัสบางชนิด และความเสี่ยงอื่น ๆ ที่เป็นปัจจัยเสี่ยง โดยทั่วไปของโรคเหล่านี้ที่สูงกว่าประชากรกลุ่มอื่น

โรคหัวใจและหลอดเลือดมีความเกี่ยวข้องกับคอเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง สเตตินซึ่งลดไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นต่ำ (LDL) หรือ “คอเลสเตอรอลที่ไม่ดี” ช่วยลดความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดและการเสียชีวิตในประชากรทั่วไป แต่ในอดีตที่ผ่านมาประโยชน์ของยากลุ่มนี้ต่อผู้มีเอชไอวีนั้นไม่เป็นที่แน่นอน และยังเป็นที่ยกข้อกังขาว่าสเตตินช่วยลดการอักเสบ ดังนั้นยากลุ่มสเตตินอาจสามารถช่วยจัดการกับปัจจัยเสี่ยงทั้งแบบดั้งเดิมและที่ไม่ใช่แบบดั้งเดิมได้

ในการแถลงข่าว ศ. กรินสปูนสรุปว่า “โรคหัวใจและหลอดเลือดกำลังเพิ่มขึ้นในบรรดาผู้มีเอชไอวี...การศึกษาทางระบาดวิทยาขนาดใหญ่จำนวนมากเสนอว่าโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้มีเอชไอวีได้เพิ่มขึ้นถึงสองเท่า” ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคนี้ที่เป็นที่ยกข้อกังขา เช่นการสูบบุหรี่ และคอเลสเตอรอลสูงมีส่วนทำให้ความเสี่ยงในผู้มีเอชไอวีเพิ่มมากขึ้น “แต่มีปัจจัยบางอย่างที่เหนือกว่าความเสี่ยงแบบดั้งเดิม เมื่อคำนึงถึงความเสี่ยงแบบดั้งเดิมแล้ว ความเสี่ยงที่สูงเกินไปก็ยังคงอยู่ไม่หายไป”

ผลของการวิจัยฟรีฟ

การวิจัยฟรีฟเป็นการวิจัยแบบสุ่มเพื่อป้องกันโรคเกี่ยวกับหลอดเลือด ในผู้มีเอชไอวี (NCT02344290) เริ่มรับผู้เข้าร่วมการวิจัยในปี ค.ศ. 2015 การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบสุ่มเกี่ยวกับเอชไอวีที่ใหญ่ที่สุดจนถึงปัจจุบัน มีพื้นที่การวิจัยมากกว่า 100 แห่ง ใน 12 ประเทศในอเมริกาเหนือและใต้ ยุโรป แอฟริกา และเอเชีย การวิจัยนี้รับผู้มีเอชไอวี 7,769 คนที่มีอายุระหว่าง 40 ถึง 75 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 50 ปี เกือบหนึ่งในสามเป็นผู้หญิง 41% เป็นคนผิวดำ 35% เป็นคนผิวขาว และ 15% เป็นคนเอเชีย

ในบทบรรณาธิการที่มาพร้อมกับรายงานของการวิจัยฟรีฟ นพ. แมททิว ไพรเบิร์ก (Dr. Matthew Freiberg) จากศูนย์การแพทย์มหาวิทยาลัยแวนเดอร์บิลท์ในรัฐเทนเนสซีชมเชยที่มวิจัยที่พยายามรับผู้เข้าร่วมการวิจัยที่มักถูกกีดกันจากการวิจัยทางคลินิก เช่น ผู้ที่เป็นโรคตับอักเสบซีหรือที่มีภาวะสุขภาพจิต และผู้ที่ใช้แอลกอฮอล์หรือยาเสพติด

ผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่ได้ผลดีและคงตัวแล้ว และส่วนใหญ่ (88%) มีปริมาณไวรัสที่ตรวจไม่พบ พวกเขาส่วนใหญ่ - 47% - ใช้สูตรยาต้านไวรัสกลุ่มเอ็นเอ็นอาร์ทีไอ (NNRTI) หรือกลุ่มอินทีเกรซ อินฮิบิเตอร์ (integrase inhibitor) - 26% - ครึ่งหนึ่งได้กินยาต้านไวรัสเป็นเวลา 10 ปีหรือมากกว่านั้น คำมัธยฐานของจำนวนเซลล์ซีดีสี่ในการตรวจวัดพื้นฐานเมื่อเข้าร่วมการวิจัยเท่ากับ 621 แม้ว่าก่อนหน้านี้นี้ประมาณครึ่งหนึ่งจะมีจำนวนซีดีสี่ต่ำกว่า 200 ซึ่งเป็นเกณฑ์สำหรับการวินิจฉัยโรคเอดส์

ผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่มีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตันมาก่อน และไม่เคยกินยากลุ่มสเตตินมาก่อน พวกเขาเป็นกลุ่มคนที่ลักษณะด้านประชากรศาสตร์ การเป็นโรคอื่นร่วมด้วย และผลของการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สะท้อนถึงความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในระดับต่ำถึงปานกลาง โดยมีคะแนนความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดเฉลี่ย 10 ปีที่ 4.5% คำมัธยฐานของระดับของคอเลสเตอรอลที่ไม่ดี (LDL) ที่ตรวจเป็นพื้นฐานเมื่อเข้าร่วมการวิจัยคือ 108 มก./ดล. (ซึ่งถือว่าสูงเล็กน้อย) การทำงานของตับและไตของพวกเขาอยู่ในช่วงที่ทำงานได้ตามปกติในการวัดระดับพื้นฐานเมื่อเข้าร่วมการวิจัย

ศ. กรินสปูนอธิบายว่า “เรามุ่งเป้าหมายไปที่กลุ่มคนที่โดยปกติแล้วจะไม่ได้รับการส่งจ่ายสเตตินหรือการบำบัดใดๆ และโดยมากเป็นคนที่มักจะถูกละเลยให้กลับบ้านไปโดยที่ไม่ได้รับการบำบัดใดเลย” แต่การวิจัยแสดงให้เห็นว่าคะแนนความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดที่พัฒนาขึ้นสำหรับประชากรทั่วไปอาจประเมินความเสี่ยงสำหรับผู้มีเอชไอวีต่ำเกินไป

ผู้เข้าร่วมการวิจัยฟรีฟถูกสุ่มให้ได้รับยาพิทาวาสแตตินแบบกิน (ขนาด 4 มก.) หรือยาเลียนแบบวันละครั้ง และพวกเขาได้รับอนุญาตให้เริ่มยาสเตตินนอกการวิจัยได้หากจำเป็น และประมาณ 6% ในกลุ่มพิทาวาสแตตินและ 10% ในกลุ่มยาเลียนแบบได้เลือกเช่นนั้น

จุดประเมินผลลัพธ์หลักแบบผสมคืออาการโรคหัวใจและหลอดเลือดที่สำคัญ ได้แก่ กล้ามเนื้อหัวใจตาย (หัวใจวาย) โรคหลอดเลือดสมองและภาวะขาดเลือดชั่วคราว หลอดเลือดหัวใจไม่คงที่ (อาการเจ็บหน้าอก) โรคหลอดเลือดส่วนปลาย ได้รับการรักษาเพื่อขยายหลอดเลือด (เช่น การใส่ขดลวดหรือการผ่าตัดบายพาสหลอดเลือดหัวใจ) การเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับโรคหัวใจและหลอดเลือด หรือ การเสียชีวิตโดยไม่ทราบสาเหตุ ผู้เข้าร่วมการวิจัยยังได้รับการติดตามผลข้างเคียงของสเตตินและปฏิกิริยาระหว่างยา ยาพิทาวาสแตตินถือว่าปลอดภัยที่จะใช้ร่วมกับยาต้านไวรัสเอชไอวีได้

ศ. กรินสปูนกล่าวว่าในช่วงห้าปีของการติดตามผู้เข้าร่วมการวิจัย วินัยในการกินยานั้นดีมากจนถึงดีเยี่ยม ระดับคอเลสเตอรอลที่ไม่ดี [ซึ่งทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับที่ใกล้เคียงกันเมื่อวัดตอนเริ่มการวิจัย] ลดลง 30% ในกลุ่มยาพิทาวาสแตติน ส่วนกลุ่มที่ได้รับยาเลียนแบบยังคงเท่าเดิม และผลนี้คงอยู่เมื่อเวลาผ่านไป

อัตราการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดที่สำคัญอยู่ที่ 4.8 และ 7.3 ต่อ 1,000 คนต่อปี ตามลำดับในกลุ่มยาพิทาวาสแตตินและยาเลียนแบบ อัตราการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจที่สำคัญลดลง 35% ในกลุ่มที่ได้รับพิทาวาสแตตินเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับยาเลียนแบบ นอกจากนี้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดหรือการเสียชีวิตจากสาเหตุใดก็ตามลดลง 21% เมื่อใช้พิทาวาสแตติน (9.2 เทียบกับ 11.6 ต่อ 1,000 คนต่อปี ตามลำดับ)

เมื่อเปรียบเทียบกับกรวิจัยโครงการอื่น การวิจัยโครงการต่างๆที่ประเมินสแตตินสำหรับประชากรทั่วไปลดความเสี่ยงได้ประมาณ 20% โครงการวิจัยจูปีเตอร์ (JUPITER) ซึ่งเป็นการวิจัยการป้องกันเบื้องต้นที่เทียบได้กับการวิจัยรีพริฟ การวิจัยจูปีเตอร์ใช้ยาโรซิวาสแตติน (rosuvastatin) และทำการวิจัยในประชากรที่มีอายุมากซึ่งไม่มีเอชไอวี ความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดลดลง 44% ศ. กรินสปูนกล่าวว่าที่มวิจัยของรีพริฟคาดว่าความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดจะลดลงประมาณ 30% สำหรับผู้มีเอชไอวีที่มีความเสี่ยงต่ำต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งผลของการวิจัยได้ผลสูงกว่านั้น ศ. กรินสปูนเสริมว่าการลดของคอเลสเตอรอลที่ไม่ดี (LDL) แต่เพียงอย่างเดียวคาดว่าจะช่วยลดความเสี่ยงได้ 17%

ค่าจำนวนโดยรวมที่จำเป็นในการรักษา (number needed to treat หรือ NNT)² ซึ่งหมายถึงจำนวนผู้ที่ต้องกินยาพิทาวาสแตตินเป็นเวลาห้าปีเพื่อป้องกันการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดที่สำคัญหนึ่งครั้งคือ 106 แต่สำหรับผู้ที่มีความเสี่ยงต่ำถึงปานกลางต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดนั้นค่าจำนวนโดยรวมที่จำเป็นในการรักษาคือ 53 ซึ่งใกล้เคียงกันที่เห็นในการวิจัยจูปีเตอร์ สำหรับผู้ที่มีคะแนนความเสี่ยงสูง (มากกว่า 10) ค่าจำนวนโดยรวมที่จำเป็นในการรักษาจะลดลงเหลือ 35

ศ. กรินสปูนอธิบายว่า “จำนวนที่จำเป็นในการรักษาขึ้นอยู่กับอายุของโรคหัวใจและหลอดเลือดของคุณก็จะยิ่งสูงขึ้นเท่านั้น อันที่จริง เราค่อนข้างประทับใจที่เราสามารถแสดงจำนวนของโรคหัวใจและหลอดเลือดและผลกระทบนี้ในผู้ที่อายุน้อยและมีความเสี่ยงพื้นฐานต่อโรคต่ำ...การศึกษานี้บอกย้ำว่าอัตราการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดนั้นสูงขึ้นในผู้มีเอชไอวี และเกิดขึ้นในคนหนุ่มสาวที่มีความเสี่ยงต่ำถึงปานกลางเท่านั้น...[และ]คนสามารถป้องกันโรคนี้ได้ด้วยการรักษาด้วยสแตติน”

ขนาดของผลที่ได้ในผู้ชายและผู้หญิงสอดคล้องกันเป็นอย่างมาก และสอดคล้องระหว่างคนกลุ่มเชื้อชาติ/ชาติพันธุ์ต่างๆและทั่วทุกภูมิภาค และศ. กรินสปูนตั้งข้อสังเกตว่า ในเอเชีย ได้เห็นผลที่ได้ชัดเจนมาก นอกจากนี้ผลนี้คงอยู่เมื่อคำนึงถึงระดับซีดีสี่ที่แตกต่างกัน รวมถึงคนจำนวนน้อยที่ยังมีปริมาณไวรัสที่ตรวจพบได้อยู่

ผลที่ได้ยังคงคล้ายคลึงกันสำหรับผู้ที่มีคอเลสเตอรอลที่ไม่ดีสูงหรือต่ำในการตรวจวัดเมื่อเริ่มการวิจัย ซึ่งบ่งชี้ว่าประโยชน์ของพิทาวาสแตตินมีมากกว่าแค่การลดคอเลสเตอรอลที่ไม่ดี ศ. กรินสปูนกล่าวว่า “มันไม่สำคัญหรือกว่าคอเลสเตอรอลที่ไม่ดีจะเป็นอย่างไร ผลกระทบนั้นใหญ่ขึ้นประมาณสองเท่าจากที่คาดไว้จากการลดคอเลสเตอรอลที่ไม่ดีแต่เพียงอย่างเดียว ซึ่งบ่งชี้ถึงปัจจัยอื่นๆเพิ่มเติม”

ศ. กรินสปูนเสริมว่า “การวิจัยอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับวิธีการรักษาด้วยสแตตินอาจส่งผลต่อการอักเสบและการกระตุ้นภูมิคุ้มกันที่เพิ่มขึ้นของผู้มีเอชไอวีอาจช่วยให้เราเข้าใจถึงประโยชน์เพิ่มเติมที่เราได้รับจากแนวทางการรักษานี้ได้เพิ่มขึ้น”

โดยทั่วไปพิทาวาสแตตินมีความปลอดภัยและร่างกายยอมรับได้ดี ผลข้างเคียงที่พบในการวิจัยรีพริฟคล้ายกับที่พบในการวิจัยในประชากรทั่วไป และไม่มีข้อกังวลใดใดเกี่ยวกับความปลอดภัยที่คาดไม่ถึง รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงพบไม่บ่อยและเกิดขึ้นด้วยความถี่ที่ใกล้เคียงกัน (ประมาณ 4%) ทั้งในกลุ่มยาพิทาวาสแตตินและกลุ่มที่ได้รับยาเลียนแบบ 2% ของผู้เข้าร่วมการวิจัยที่ได้รับพิทาวาสแตติน และ 1% ของผู้เข้าร่วมการวิจัยที่ได้รับยาเลียนแบบถอนตัวออกจากกรวิจัยเนื่องจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์.

มีผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวนมากขึ้นในกลุ่มพิทาวาสแตติน – ดังที่เห็นในการวิจัยส่วนใหญ่ของสแตติน – แต่อัตรานั้นต่ำ ประมาณ 5% ในการวิจัยรีพริฟ เทียบกับ 4% ของการวิจัยในประชากรทั่วไป ผลข้างเคียงที่เกี่ยวข้องกับกล้ามเนื้อก็พบได้น้อยเช่นกัน (ประมาณ 2% เทียบกับ 1%) และส่วนใหญ่ไม่รุนแรง มีเพียงสามคนที่กินยาพิทาวาสแตตินและสี่คนในกลุ่มยาเลียนแบบเท่านั้นที่พัฒนาภาวะกล้ามเนื้อสลาย (rhabdomyolysis) หรือกล้ามเนื้อเสียหายอย่างรุนแรง ผู้เข้าร่วมการวิจัย 11 คนที่ได้รับยาพิทาวาสแตติน และผู้เข้าร่วมการวิจัย 8 คนที่ได้รับยาเลียนแบบมีระดับของเอนไซม์ในตับ (ALT) ที่รุนแรง (ซึ่งอาจบ่งชี้ถึงความเสียหายของกล้ามเนื้อหรือตับ) มีผู้เข้าร่วมการวิจัยจำนวนน้อยมากที่ออกจากกรวิจัยเนื่องจากปัญหาโรคเบาหวานหรือกล้ามเนื้อ

ความหมายของการวิจัย

นพ. แกรี กิบบอนส์ (Dr. Gary Gibbons) ผู้อำนวยการสถาบันหัวใจ ปอด และเลือดแห่งชาติสหรัฐอเมริกา (the US National Heart, Lung, and Blood Institut) กล่าวว่า “การวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่ายากลุ่มสแตตินอาจเป็นมาตรการในการปรับปรุงสุขภาพหัวใจและหลอดเลือดและคุณภาพชีวิตของผู้มีเอชไอวีที่คนสามารถเข้าถึงได้และมีความคุ้มค่า” นพ. กิบบอนส์เน้นว่า “การวิจัยเพิ่มเติมสามารถขยายผลกระทบนี้ต่อไปได้ ในขณะที่เดียวกันก็ต้องมีการจัดทำแผนงานเพื่อแปลผลการวิจัยสู่การปฏิบัติทางคลินิกอย่างรวดเร็ว”

² ค่าจำนวนโดยรวมที่จำเป็น ในการรักษา (number needed to treat หรือ NNT) ใช้ในทางระบาดวิทยาเพื่อประเมินประสิทธิผลของการรักษาทางการแพทย์ เพื่อแสดงว่าคนใช้กี่คนที่ต้องได้รับการรักษาที่กำลังศึกษาอยู่ในช่วงเวลาที่กำหนดไว้จึงจะได้ผลในการรักษาที่ต้องการเพิ่มขึ้นหนึ่งราย หากค่า NNT สูง แสดงว่าการรักษาวิธีนั้นมีประสิทธิภาพต่ำ ซึ่งในกรณีนี้ค่า NNT แสดงว่าสำหรับผู้มีเอชไอวีและมีความเสี่ยงสูงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดจะต้องมีคน 35 คนกินยาพิทาวาสแตตินเป็นเวลา 5 ปีจึงจะลดการป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่สำคัญได้ 1 ราย

ผู้เข้าร่วมการวิจัยรีพอร์ทซึ่งได้รับแจ้งเกี่ยวกับผลของการวิจัยแล้วจะถูกติดตามต่อไปจนถึงสิ้นเดือนกรกฎาคม เมื่อพวกเขาไปรับการตรวจครั้งสุดท้าย พวกเขาจะมีโอกาสในการรับการบำบัดด้วยสแตตินที่จัดให้โดยแพทย์ที่ดูแลพวกเขาอยู่”

ศ. กรินสปูนกล่าวว่า “เอชไอวีได้รับการพิจารณาว่าเป็นตัวแปรที่มีผลสำหรับโรคหัวใจและหลอดเลือดในช่วงสองสามปีที่ผ่านมา แต่ปัญหาคือไม่มีใครรู้ว่าต้องทำอะไรกับข้อมูลนั้น แพทย์จึงไม่รู้สึกรว่าจำเป็นที่จะต้องสั่งยาสแตติน... เพราะไม่มีข้อมูลที่แสดงว่าสิ่งนี้มีประสิทธิภาพ... ข้อมูลของเราในกลุ่มเสี่ยงต่ำถึงปานกลางแนะนำว่าควรแก้ไขแนวทางเพื่อแนะนำให้ผู้มีเอชไอวี [เนื่องจากพวกเขามีความเสี่ยงสูง] ควรได้รับการบำบัดด้วยสแตติน”

แม้ว่าพิททวัสแตตินมีเป้าหมายในการกำจัดปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญหนึ่งหรือสองประการสำหรับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (คอเลสเตอรอลที่ไม่ดีและการอักเสบ) นพ. ไพรเบิร์ตตั้งข้อสังเกตว่า "ปัจจัยเสี่ยงอื่นๆยังเป็นเรื่องที่เหมาะสมได้รับความสนใจสำหรับแนวทางป้องกันนี้จะนำไปสู่เปลี่ยนแปลง" ซึ่งรวมถึงการสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ไม่ดีต่อสุขภาพ การใช้จ่ายเสพติด โรคอ้วนและภาวะสุขภาพจิต