



ภาคผนวก

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ภาคผนวก ก

ชนิดและตัวย่อของยาต้านไวรัส

GPO vir S 30	คือ	nevirapine + lamivudine + stavudine 30 mg
GPO vir S 40	คือ	nevirapine + lamivudine + stavudine 40 mg
GPO vir Z 250	คือ	nevirapine + lamivudine + zidovudine 250 mg
AZT	คือ	zidovudine
3TC	คือ	lamivudine
EFV	คือ	efavirenz
d4T 30	คือ	stavudine 30 mg
d4T 40	คือ	stavudine 40 mg
IDV	คือ	indinavir
RTV	คือ	ritonavir
Lastavir	คือ	stavudine + lamivudine
Truvada	คือ	Emtricitabine
NVP	คือ	nevirapine
Kaletra	คือ	lopinavir + ritonavir
Aluvir	คือ	lopinavir + ritonavir
TNF	คือ	Tenofovir

ภาคผนวก ข

แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียน

แบบบันทึกข้อมูลเรื่อง “ความชุกของการเกิดกลุ่มอาการไขมันกระจายตัวผิดปกติ
ในผู้ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี โรงพยาบาลลำพูน”

เก็บข้อมูลเมื่อวันที่.....

คำชี้แจง: แบบบันทึกข้อมูลประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1: ข้อมูลผู้ป่วยเมื่อเริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี

ส่วนที่ 2: ข้อมูลการติดเชื้อเอชไอวี

ส่วนที่ 3: ข้อมูลทางการรักษาพยาบาล

ส่วนที่ 4: ข้อมูลเกี่ยวกับการเกิดกลุ่มอาการไขมันกระจายตัวผิดปกติที่บันทึกในเวชระเบียน

ส่วนที่ 1: ข้อมูลผู้ป่วยเมื่อเริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี

1. เพศ 1. ชาย 2. หญิง
2. วัน/เดือน/ ปี เกิด(เช่น 16/03/2526)
3. สถานะภาพสมรสเมื่อเข้ารับการรักษา 1. โสด 2. คู่
 3. หม้าย 4. หย่าร้าง/แยกกันอยู่
4. ระดับการศึกษาสูงสุด
 1. ไม่ได้เรียน 2. ต่ำกว่าประถมศึกษาปีที่ 6
 3. ประถมศึกษาปีที่ 6 4. มัธยมศึกษาตอนต้น
 5. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช 6. อนุปริญญา/ปวส
 7.ปริญญาตรี 8. สูงกว่าปริญญาตรี
5. อาชีพหลัก (ระบุอาชีพที่เป็นรายได้หลัก).....

6. รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน
1. น้อยกว่า 5,000 บาท 2. 5,001 – 10,000 บาท
3. 10,000 – 15,000 บาท 4. มากกว่า 15,000 บาท
7. สิทธิการรักษาพยาบาล
1. บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า/ บัตรทอง 2. สิทธิข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ
3. ประกันสังคม 4. ประกันชีวิต/ ประกันสุขภาพ
5. จ่ายเงินเอง 6. สิทธิอื่นๆ.....
8. น้ำหนัก.....กิโลกรัม
9. ปริมาณไวรัสในกระแสเลือด (Viral load).....(copies/ml)
10. ระดับภูมิคุ้มกัน (CD₄).....(cell/mm³)

ส่วนที่ 2: ข้อมูลการติดเชื้อเอชไอวี

1. ท่านติดเชื้อเอชไอวีมานานเป็นระยะเวลาเท่าไร.....ปี.....เดือน (เช่น 1 ปี 6 เดือน)
2. ช่องทางการติดเชื้อเอชไอวี
1. การมีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่ไม่ใช่สามี 2. ติดเชื้อจากสามีหรือภรรยาหรือ
ภรรยาของตนเอง ของตนเอง
3. การใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน/ ยาเสพติดชนิดฉีด 4. ติดเชื้อจากแม่สู่ลูก
5. ทางเลือด เช่นการรับบริจาคเลือด ฟอกไต 6. ติดเชื้อช่องทางอื่น.....
.....(ระบุ)

ส่วนที่ 3: ข้อมูลทางการรักษาพยาบาล									
ประวัติการรับยา หรือการเปลี่ยนแปลงยา (ให้ระบุความแรงของยาแต่ละชนิดด้วย)									
ครั้งที่	ชื่อสามัญ และชื่อการค้า ของยา	ยาตัวที่ 1	ยาตัวที่ 2	ยาตัวที่ 3	ยาตัวที่ 4	ยาตัวที่ 5	ยาตัวที่ 6	ยาตัวที่ 7	ยาตัวที่ 8
	วันที่รับยา/ เปลี่ยนแปลงยา								
1.
2.
3.
4.

ส่วนที่ 4: ข้อมูลเกี่ยวกับการเกิดกลุ่มอาการไขมันกระจายตัวผิดปกติที่บันทึกในเวชระเบียน

การวินิจฉัยลักษณะการเกิดกลุ่มอาการไขมันกระจายตัวผิดปกติของแพทย์ที่ระบุไว้ในเวชระเบียน (วันที่เกิดกลุ่มอาการไขมันกระจายตัวผิดปกติได้ถูกระบุไว้ในเวชระเบียนซึ่งเป็นช่วงที่ผู้ป่วยได้รับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี)

กลุ่มอาการไขมันกระจายตัวผิดปกติ	วัน/เดือน/ปี ที่ได้รับการวินิจฉัย	ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Laboratory result)
<input type="checkbox"/> 4.1 การมีภาวะไขมันลีบหาย (Lipoatrophy) ในบริเวณ (เช่น แก้มคอบ แขนลีบ)
<input type="checkbox"/> 4.2 การมีภาวะไขมันพอก (Lipoaccumulation) ในบริเวณ (เช่น หน้าอกโต ลงพุง)
<input type="checkbox"/> 4.3 การเกิดความผิดปกติทางเมตาบอลิก		
<input type="checkbox"/> 4.3.1 ไขมันในเลือดสูง (Dyslipidemia)
<input type="checkbox"/> 4.3.2 โคเลสเตอรอลในเลือดสูง (Hypercholesterolemia)
<input type="checkbox"/> 4.3.3 ไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง (Hypertriglyceridemia)
<input type="checkbox"/> 4.3.4 ภาวะความทนต่อกลูโคสบกพร่อง (Impaired glucose tolerance)
<input type="checkbox"/> 4.3.5 ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia)
<input type="checkbox"/> 4.3.6 เบาหวาน (Diabetes Mellitus)
<input type="checkbox"/> 4.3.7 ภาวะดื้อต่ออินซูลิน (Insulin resistance)
<input type="checkbox"/> 4.3.8 ความดันโลหิตสูง (Hypertension)
ข้อมูลทางคลินิกเพิ่มเติม.....		

เกณฑ์การคัดออกเพื่อคัดกรองผู้เข้าการศึกษา (กรณีที่มีคำตอบว่า “ใช่” อย่างน้อย 1 รายการ)

เกณฑ์การคัดออก	ระบุคำตอบในตัวเลือก	
1. ปัจจุบันท่านได้รับยาสเตียรอยด์หรือยาที่เป็นส่วนผสมของสเตียรอยด์เป็นประจำอยู่หรือไม่ เช่น ยาเม็ด Prednisolone	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
2. ได้รับการเปลี่ยนถ่ายไตหรืออวัยวะอื่น และได้รับยากดภูมิคุ้มกันเพื่อลดการปฏิเสธอวัยวะเป็นประจำอยู่หรือไม่ เช่น ยาแคปซูล Mycophenolate mofetil (Cellcept®)	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
3. มีอาการของโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ แลได้รับยากดภูมิคุ้มกัน เพื่อลดการทำลายอวัยวะของตนเองเป็นประจำอยู่ เช่น ยาเม็ด Methotrexate หรือยาเม็ด Azathioprine	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
4. ท่านมีประวัติเป็นโรคต่อไปนี้หรือไม่		
4.1 เบาหวาน	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
4.2 ความดันโลหิตสูง	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
4.3 ไขมันในเลือดสูง	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่

ภาคผนวก ค

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบบันทึกข้อมูลเรื่อง ความชุกการเกิดกลุ่มอาการไขมันกระจายตัวผิดปกติ (Lipodystrophy Syndrome) ในผู้ป่วยที่ได้รับ ยาต้านไวรัสเอชไอวี ณ โรงพยาบาลลำพูน

- | | ผู้ทรงคุณวุฒิ | สังกัด |
|----|------------------------------|---|
| 1. | แพทย์หญิง นवलอนงค์ ลือคำลั้ง | นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
กลุ่มงานอายุรกรรม
โรงพยาบาลลำพูน |
| 2. | เภสัชกรหญิง เนตรนภา นานา | เภสัชกรชำนาญการ
กลุ่มงานเภสัชกรรม
โรงพยาบาลลำพูน |
| 3. | นางทองเพียร เมืองสุวรรณ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
กลุ่มการพยาบาลผู้ป่วยนอกและคลินิก
พิเศษ
โรงพยาบาลลำพูน |

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ – สกุล	นาย ปองปรีดา แสนจิตต์
วัน เดือน ปี เกิด	16 มีนาคม 2526
ประวัติการศึกษา	
2544	มัธยมศึกษาตอนปลาย จากโรงเรียนสาธิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
2549	ปริญญาเกสัชศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ประวัติการทำงาน	
2549 - 2550	ผู้นำเสนอผลิตภัณฑ์ยา บริษัทไทยเมจิ ฟาร์มาซีวติกัล กรุงเทพมหานคร
2550 - 2552	ผู้เชี่ยวชาญผลิตภัณฑ์ บริษัทเซอรัง - พลาว จำกัด กรุงเทพมหานคร
2552 - 2553	เภสัชกร โรงพยาบาลลำพูนและโครงการป้องกันและรักษาเอชไอวี จังหวัด เชียงใหม่
2553 - 2555	เภสัชกรปฏิบัติการ ตำหนักยาและวัตถุเสพติด กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร
2555 - ปัจจุบัน	ศึกษาต่อหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก