

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ศึกษาถึงความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส และอาการไม่พึงประสงค์ ของผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จังหวัดเชียงราย ผู้ศึกษาได้แบ่งการศึกษาดังกล่าวเป็นหัวข้อที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. ความรู้เรื่องโรคเอดส์
2. ยาต้านไวรัสเอดส์
3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความรู้เรื่องโรคเอดส์

ความหมายของโรคเอดส์

AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี โดยจะเข้าไปทำลายเม็ดเลือดขาว ซึ่งเป็นแหล่งสร้างภูมิคุ้มกันโรค ทำให้ติดโรคอื่น ๆ ได้ง่ายขึ้นเช่น วัณโรค ปอดบวม เชื้อหุ้มสมองอักเสบ หรือเป็นมะเร็งบางชนิดได้ง่ายกว่าคนปกติ อาการจะรุนแรง และเสียชีวิตอย่างรวดเร็ว (สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2547)

เชื้อที่เป็นสาเหตุของโรคเอดส์

เชื้อไวรัส HIV (Human Immune deficiency Virus) สามารถแบ่งตัวในเซลล์ ของมนุษย์ เช่น เม็ดเลือดขาว เซลล์สมอง เมื่อร่างกายติดเชื้อจะสร้างภูมิต้านทาน (Antibody) ต่อต้านเชื้อไวรัส แต่ไม่สามารถกำจัดให้หมดไป เชื้อยังคงอยู่ในเม็ดเลือดซึ่งจะแพร่ต่อไปได้ และทำลายเม็ดเลือดขาว ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่ง ในการควบคุมการทำงานของ ระบบภูมิต้านทานของร่างกาย ทำให้ภูมิต้านทานลดลง เชื้อไวรัสเอดส์พบมากที่สุดในเลือด น้ำเหลือง เนื้อเยื่อต่างๆ รongลมทือน้ำอสุจิ น้ำในช่องคลอด ส่วนน้ำลาย เสมหะ น้ำนม มีปริมาณเชื้อไวรัสเอดส์น้อย สำหรับหญิง ปัสสาวะ และ

อุจจาระ แพบไม่พบ แม้ว่าเชื้อเอดส์จะปะปนในของเหลว ที่ออกจากร่างกาย แต่พบว่าโอกาสในการแพร่เชื้อ มีเฉพาะทางเลือด น้ำอสุจิ และน้ำในช่องคลอดเท่านั้น

การติดต่อของโรคเอดส์

ช่องทางการติดต่อที่สำคัญมี 3 ทาง คือ

1. การมีเพศสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อเอดส์ โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย ทั้งช่องทางธรรมชาติหรือไม่ธรรมชาติ มีโอกาสติดเชื้อโรคเอดส์ได้ทั้งสิ้น
2. การรับเชื้อทางเลือดโอกาสติดเชื้อขึ้นอยู่กับปริมาณของเชื้อไวรัส พบได้ใน 2 กรณี คือ ใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้ติดเชื้อเอดส์ หรือกลุ่มผู้ขายเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น และการรับเลือด
3. การแพร่เชื้อจากแม่สู่ลูก พบว่าอัตราการถ่ายทอดเชื้อเอดส์ จากแม่สู่ลูกได้ ในขณะตั้งครรภ์ ระหว่างคลอด และหลังคลอด

ลักษณะ/อาการของโรคเอดส์

ผู้ที่ได้รับเชื้อเอดส์ จะเกิดอาการต่างๆ ของโรค ซึ่งมี 2 ระยะ ดังนี้

1. ระยะไม่ปรากฏอาการ (Asymptomatic stage)

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี หรือ เอดส์จะไม่มีอาการผิดปกติแต่อย่างใด ระหว่างนี้ สุขภาพจะแข็งแรงเป็นปกติ เลือดจะให้ผลบวกหลังรับเชื้อประมาณ 4 สัปดาห์ขึ้นไป ผู้ติดเชื้อส่วนมากเมื่ออยู่ในระยะนี้ จะไม่ทราบว่าตัวเองติดเชื้อ และสามารถแพร่เชื้อไปสู่คู่อที่มีเพศสัมพันธ์ด้วยได้

2. ระยะที่มีอาการ

2.1 ระยะเริ่มปรากฏอาการ (Symptomatic HIV infection) เดิมเรียกกระยะมีอาการสัมพันธ์กับเอดส์หรือ ARC (AIDS Related Complex) ในระยะนี้นอกจากเลือดจะให้ผลบวกแล้วยังอาจมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น มีเชื้อราในปาก กระพุ้งแก้ม หรือเพดานปาก ต่อม้ำเหลืองโต บริเวณ รักแร้ ขาหนีบ เป็นงูสวัด หรือแผลริมชนิดลุกลาม มีอาการเรื้อรัง นานเกิน 1 เดือน โดยไม่ทราบสาเหตุ เช่น มีไข้ ท้องเสีย ผิวหนังอักเสบ น้ำหนักลด

2.2 ระยะโรคเอดส์ (AIDS) เป็นระยะที่ภูมิคุ้มกันของผู้ป่วยถูกทำลายลงไปมากทำให้เกิดโรคที่เรียกว่า “โรคติดเชื้อฉวยโอกาส” ซึ่งมีหลายชนิด เกิดขึ้นในส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น วัณโรคปอด ปอดบวมจากเชื้อ Pneumocystic Carinii เยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อ Cryptococcus เชื้อราในระบบทางเดินอาหาร เป็นต้น

นิยามผู้ป่วยเอดส์ที่ใช้ในการเฝ้าระวังโรค

การวินิจฉัยผู้ป่วยเอดส์ทุกรายต้องใช้ผลตรวจการติดเชื้อเอชไอวี ประกอบการวินิจฉัย และยังคงแบ่งประเภทผู้ป่วยเอดส์เป็น 3 ประเภทต่อไปนี้

ประเภทที่ 1 ผู้ป่วยเอดส์ทุกกลุ่มอายุที่มีอาการซึ่งบ่งของภาวะภูมิคุ้มกันเสื่อม

ประเภทที่ 2 ผู้ป่วยเอดส์ทุกกลุ่มที่จำนวนเม็ดเลือดขาว CD4 ต่ำกว่า 200 เซลล์ ต่อไมโครลิตร

ประเภทที่ 3 ผู้ป่วยเอดส์ในเด็กที่ติดเชื้อจากแม่

ประเภทที่ 1 ผู้ป่วยเอดส์ที่มีอาการของภาวะภูมิคุ้มกันเสื่อม (AIDS or Severe HIV Disease) หลักเกณฑ์ในการวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นเอดส์ประเภทที่ 1 (ทั้งเด็กและผู้ใหญ่) นั้นจะต้องตรวจพบการติดเชื้อเอชไอวีของผู้ป่วย ร่วมกับพบโรคซึ่งบ่งว่ามีภาวะภูมิคุ้มกันเสื่อม (Indicative Disease) อย่างน้อยโรคใดโรคหนึ่งใน 28 โรค ดังต่อไปนี้

1. Candidiasis ของ หลอดอาหาร หลอดลม (Esophagus, Bronchi, Trachea) หรือปอด (Lungs) (ในกรณี Candidiasis ของหลอดอาหาร อาจวินิจฉัยด้วย อาการเจ็บบริเวณหน้าอก เมื่อกลืนอาหาร [Retrosternal Pain on Swelling] ร่วมกับ มีเชื้อราในช่องปาก [Oral Candidiasis])

2. Invasive Cervical Cancer

3. Coccidioidomycosis, Disseminate or Extrapulmonary ชนิดแพร่กระจายของอวัยวะต่าง ๆ นอกเหนือจากปอด หรือต่อมน้ำเหลืองที่คอ หรือ ขั้วปอด

4. Cryptococcosis

5. Cryptosporidiosis

6. โรคติดเชื้อ Cytomegalovirus ของอวัยวะใดอวัยวะหนึ่ง นอกเหนือจากการติดเชื้อที่ตับ ม้าม และต่อมน้ำเหลือง (Liver, Spleen or Lymph Nodes) ในผู้ป่วยที่เริ่มมีอาการ หลังจากอายุมากกว่า 1 เดือน (กรณีเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี ป่วยด้วย Congenital CMV ไม่ถือว่าเป็นผู้ป่วยเอดส์)

7. Cytomegalovirus Retinitis

8. HIV Encephalopathy (HIV Dementia, AIDS Dementia หรือ Sub-acute HIV Encephalitis) (ในผู้ใหญ่ อาการทางคลินิกที่ตรวจพบว่ามี การสูญเสียความจำ หรือ การเคลื่อนไหว ทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพ หรือ กิจกรรมประจำวันได้ หรือ ในเด็กที่มีพัฒนาการผิดปกติที่สำคัญในช่วงอายุต่างๆ)

9. โรครีม (Herpes Simplex) ชนิดเป็นเรื้อรังหรือรุนแรง ในผู้ป่วยที่มีอายุเกิน 1 เดือน (เป็นเริ่มชนิดแผลเรื้อรังที่เยื่อเมือก นานมากกว่า 1 เดือน หรือเป็นเริ่มชนิดแพร่กระจายของผิวหนัง หรือเป็นเริ่มที่อวัยวะภายใน)

10. Histoplasmosis ชนิดแพร่กระจายของอวัยวะต่าง ๆ
11. Isosporiasis มีอาการอุจจาระร่วงนานมากกว่า 1 เดือน
12. Kaposi's sarcoma
13. Lymphoma, Burkitt's (or Equivalent Term)
14. Lymphoma, Immunoblastic (or Equivalent Term)
15. Primary lymphoma of the brain
16. Mycobacterium Avium Complex (MAC) หรือ M. Kansasii ชนิดแพร่กระจาย
17. Mycobacterium: Unidentified Species, Disseminated or Extrapulmonary
18. Mycobacterium Tuberculosis, Pulmonary or Extrapulmonary
19. Pneumonia Recurrent (Bacteria) โดยเป็นมากกว่า 1 ครั้งใน 1 ปี
20. โรคปอดจากเชื้อ Pneumocystis Carinii
21. โรค Penicillosis จากเชื้อ Penicillium Marneffeii
22. Progressive Multifocal Leukoencephalopathy
23. Salmonella Septicemia ซ้ำ ๆ (มากกว่า 1 ครั้งใน 1 ปี)
24. Toxoplasmosis ในผู้ที่เริ่มมีอาการทางคลินิก เมื่ออายุมากกว่า 1 เดือน
25. Wasting Syndrome (Slim disease) ผู้ป่วยมีน้ำหนักลดมากกว่า ร้อยละ 10
26. Nocardiosis
27. Rhodococcosis
28. Serious Bacteria Infection, Recurrent or Multiple ตั้งแต่ 2 ครั้งใน 2 ปี ในผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 13 ปี (Serious Bacterial Infection ได้แก่ การติดเชื้อในกระแสเลือด ปอดติดเชื้อรุนแรง เชื้อหุ้มสมองอักเสบ การติดเชื้อของกระดูก หรือข้อ หรือฝีที่อวัยวะภายใน)

ประเภทที่ 2 ผู้ป่วยเอดส์ ที่วินิจฉัยจากการตรวจ จำนวน หรือ ร้อยละ ของเม็ดเลือดขาว CD4 (AIDS Diagnosed by CD4 Count or CD4 Percentage) พิจารณาจากการติดเชื้อเอชไอวีของผู้ป่วย ประกอบกับตรวจพบจำนวน CD4 T-Lymphocyte ต่ำกว่า 200 เซลล์ต่อไมโครลิตร หรือ ตรวจพบร้อยละของ CD4 ต่ำกว่าร้อยละ 15 อย่างน้อย 2 ครั้งในเวลาที่ต่างกัน ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังไม่มีอาการช้ำของภาวะภูมิคุ้มกันเสื่อม (เพื่อเป็นการยืนยัน เนื่องจากการตรวจ CD4 มีการคลาดเคลื่อนได้ง่าย)

ประเภทที่ 3 การวินิจฉัยผู้ป่วยเป็นเอดส์ในเด็กที่ติดเชื้อจากแม่(Pediatric AIDS) การวินิจฉัยผู้ป่วยเด็กต่ำกว่า 18 เดือน ซึ่งกลอดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี (ต้องมี Confirmed Maternal or Children HIV Antibody Positive) ว่าเป็นโรคเอดส์ สามารถทำได้โดยวิธีการอย่างใดอย่างหนึ่ง

1. ผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 18 เดือนที่มารดาได้รับการยืนยันการติดเชื้อเอชไอวีขณะตั้งครรภ์ หรือ กลอด ตรวจพบ Major Signs 2 อย่าง และ Minor Sign 1 อย่าง
2. ผู้ป่วยเด็กซึ่งเสียชีวิตก่อนอายุ 18 เดือนที่มารดาได้รับการยืนยันการติดเชื้อเอชไอวีขณะตั้งครรภ์ หรือกลอดตรวจพบ Major Sign 1 อย่าง

Major Signs

1. Weight loss or failure to thrive
2. Chronic/Recurrent diarrhea more than 1 month
3. Chronic/Recurrent fever more than 1 month
4. Severe or recurrent lower or persistent respiratory tract infection

Minor Signs

1. Generalized Lymphadenopathy or Hepatosplenomegaly
2. Oral Thrush
3. Repeated common infections (Otitis, Pharyngitis)
4. Chronic Cough
5. Generalized Dermatitis

ในกรณีเป็นเด็กอายุมากกว่า 18 เดือนใช้การวินิจฉัยจากผู้ป่วยเอดส์ประเภทที่ 1 หรือ 2 (รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์, ตุลาคม 2546)

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ยาต้านไวรัสเอดส์

กลุ่มยาต้านไวรัสเอดส์

Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved

ปัจจุบันมียาต้านไวรัสมากกว่า 20 ชนิดโดยแต่ละชนิดทำหน้าที่ในการขัดขวางกระบวนการการเพิ่มจำนวนของไวรัสในแต่ละขั้นตอนแตกต่างกัน ซึ่งจัดได้ 3 กลุ่มคือ

1. กลุ่ม Nucleoside analogues Reverse Transcriptase Inhibitors (NRTIs) ได้แก่ AZT, ddC, ddI, d4T, 3TC, ABC เป็นยาที่สร้างด้วยการทดแทน หรือ เปลี่ยนแปลง Side Chain ของ

Nucleosides การออกฤทธิ์ต้องผ่านขบวนการ Phosphorylation ภายในเซลล์จึงจะออกฤทธิ์ได้ กลไกการออกฤทธิ์ที่สำคัญ คือ การแย่งจับกับ HIV-RT (Inhibitory Competitor) และการหยุดยั้งการเรียงต่อของลำดับเบสของ DNA (Chain Terminator) ในกรณีที่ใช้เป็นยาเดี่ยวในการรักษา (Monotherapy) จะสามารถลดจำนวนเชื้อในพลาสมาลงได้เพียง 0.3-0.7 log₁₀ หรือ น้อยกว่า 10 เท่า ประกอบกับปัญหาการดื้อยาที่จะเกิดขึ้น ซึ่งไม่สามารถ ลดอัตราการเกิดเอคส์และอัตราตายได้

2. กลุ่ม Non Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors (NNRTIs) ได้แก่ Nevirapine, Efaviren ยาในกลุ่มนี้เป็นยาที่มีโครงสร้างและสูตรทางเคมีที่แตกต่างกัน แต่มีฤทธิ์แรงในการยับยั้งอย่างจำเพาะต่อ Reverse Transcriptase (RT) ของ HIV-1 เท่านั้น โดยกลไกการออกฤทธิ์แตกต่างจากยาในกลุ่มแรก (NRTIs) หลายประการ เช่น NNRTIs เป็น Active Compounds ที่ออกฤทธิ์ได้เลย โดยไม่ต้องผ่านขบวนการ Phosphorylation หรือ Metabolism การออกฤทธิ์ของ NNRTIs เป็นแบบ Non Competitive คือไม่มีการแย่งจับแข่งกับ Native Nucleotides แต่เป็นการจับ HIV-1 RT ตรงบริเวณต่างลงมา จาก Catalytic Site ยาในกลุ่ม NNRTIs นี้ ส่วนใหญ่ จะถูก Metabolize ที่ตับ ข้อดีของยากกลุ่มนี้คือมีฤทธิ์ยาวสามารถรับประทานได้ง่ายเพียงวันละ 1-2 ครั้ง (Favorable Adherence) แต่ข้อเสียคือเกิดการดื้อยาเร็วมาก เมื่อใช้เดี่ยวๆ หรือร่วมกับยาในสูตรที่อ่อน หรือล้มเหลวในการรักษามาก่อน และเมื่อเกิดเชื้อดื้อยาจะเกิดการดื้อต่อยาอื่นๆ ในกลุ่มนี้ด้วย ทั้งนี้เนื่องจากยาในกลุ่มนี้มีตำแหน่งที่จับกับเอนไซม์ RT เป็นตำแหน่งเดียวกัน ยากลุ่มนี้ออกจากจะใช้ เป็นยาตัวหนึ่งในสูตรยาร่วม 3 ชนิด (Triple Therapy) แล้ว Nevirapine ยังมีประโยชน์ในสูตรรักษาแบบระยะสั้นการป้องกันการติดเชื้อ HIV จากแม่ไปสู่ลูกได้

3. กลุ่ม HIV-1 Protease Inhibitors ได้แก่ Saquinavir (SQV), Indinavir (IDV), Ritonavir (RTV), และ Nelfinavir (NFV) ยาในกลุ่มนี้ออกฤทธิ์ยับยั้งการแบ่งตัวของเชื้อเอชไอวีโดยยับยั้ง HIV-1 Protease ซึ่งเป็น Enzyme ของเชื้อ HIV-1 เรียกยากกลุ่มนี้ว่า Protease Inhibitors (PI) อย่างไรก็ตาม ยารุ่นแรกๆ ส่วนใหญ่เป็น Peptide-Based Compounds ทำให้มีปัญหาเรื่องการดูดซึมไม่ค่อยเสถียร และค่าใช้จ่ายในการผลิตสูง ปัจจุบันยา Protease Inhibitors รุ่นที่ 2 (Second-Generation) จะเน้นโครงสร้างเป็น Partially Peptides หรือ Non Peptides ทั้งนี้เพื่อเพิ่ม การดูดซึมนั่นเอง (สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2547)

ยาด้านไวรัสเอดส์ทางคลินิกในปัจจุบัน (Current Antiretroviral Drug in Clinical Use) ที่ได้รับการจดทะเบียนโดยคณะกรรมการองค์การอาหารและยา สหรัฐอเมริกาทั้งหมด 11 ชนิด ส่วนประเทศไทย มียาด้านไวรัส ที่ขึ้นทะเบียนกับองค์การอาหารและยา 10 ชนิด ได้แก่ AZT, ddC, ddI, d4T, 3TC, Nevirapine, Efaviren, Saquinavir, Fortovase, Indinavir, Ritonavir และ Nelfinavir

เป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ 2 ชนิด คือ AZT และ ddI ส่วนยา GPO-vir ผลิตโดยการเกสรกรรม ประกอบด้วยตัวยา 3 ชนิด คือ d4T+3TC+NVP จะใช้ได้ผลดีสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่ไม่เคยได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ใดๆ มาก่อน สำหรับสูตรยาต้านไวรัส ที่เป็นมาตรฐานของกองโรคเอดส์ในปัจจุบัน (2545) คือ สูตรยา 3 ชนิด ซึ่งนำยา 2 ชนิดจากกลุ่ม NRTI กับยา 1 ชนิดจากกลุ่ม NNRTI คือ

1. d4T+3TC+NVP (GPO-vir)

2. d4T+3TC+EFV

3. AZT+3TC+NVP

หรือ ยา 2 ชนิดจากกลุ่ม NRTI กับยา 1 ชนิดจากกลุ่ม PI ได้แก่

1. D4T+ddI+IDV (RTV*)

2. AZT+ddI+SQV (RTV*) กรณียา RTV ใช้เพื่อเสริมฤทธิ์ของยา IDV และ SQV

เท่านั้น

การรับประทานยาต้านไวรัส คือ การรับประทานยาเพื่อควบคุมจำนวนเชื้อไวรัสเอชไอวีในร่างกายให้มีจำนวนน้อยที่สุดและนานที่สุดเป็นการเปิดโอกาสให้ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกัน หรือ ซิติ 4 ขึ้นมาใหม่ จนอยู่ในระดับปกติและทำหน้าที่ในการกำจัด และควบคุมเชื้อโรคต่างๆ เหมือนปกติ ซึ่งเป็นการป้องกันการป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาส หรือไม่ทำให้ป่วยเอดส์

ยาก่อนนอน เป็นยาที่รับประทานก่อนนอนครั้งเดียวและต้องกินเวลาเดียวกันในแต่ละวัน มักเป็นยาที่มีอาการไม่พึงประสงค์ทำให้คลื่นไส้ อาเจียน มึนงง หรือ ง่วงนอน เช่น EFV ถ้ารับประทานแล้วนอนก็จะช่วยลดอาการเหล่านี้ได้

ยาที่รับประทานวันละ 2 ครั้ง ต้องรับประทานเว้นช่วงห่างแต่ละมื้อเท่าๆ กันทุกวัน คือ ห่างกัน 12 ชั่วโมง เช่น รับประทานมื้อแรกตอน 08.00 นาฬิกา มื้อที่ 2 ก็ควรรับประทานตอน 20.00 นาฬิกา

นอกจาก “ตรงเวลา” แล้วยาบางชนิดจำเป็นต้องรับประทานให้สัมพันธ์กับมื้ออาหารด้วย เช่น

ยาก่อนอาหาร ยาประเภทนี้ต้องรับประทานตอนท้องว่างเพราะจะช่วยให้ยาคูดซึมได้ดี เช่น ddI, IDV, NFV ควรรับประทานก่อนอาหารเช้าอย่างน้อยครึ่งชั่วโมง

ยาหลังอาหาร ยาประเภทนี้ดูดซึมได้ดีในกระเพาะที่มีอาหาร และยาบางชนิดอาจมีฤทธิ์ระคายเคืองกระเพาะอาหาร การรับประทานหลังอาหารจะช่วยลดอาการไม่พึงประสงค์ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ได้ เช่น RTV, AZT

ข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ของ กระทรวงสาธารณสุข ในการเริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัสในปัจจุบันคือ

1. มีโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่บ่งบอกว่ามีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง(AIDS Defining Illness)
2. ผู้ป่วยที่เริ่มมีอาการ เช่น ท้องเสียเรื้อรัง ไข้เรื้อรัง หรือน้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุ และมี ระดับภูมิคุ้มกัน น้อย หรือเท่ากับ 250 เซลล์ต่อไมโครลิตร
3. ผู้ติดเชื้อที่ไม่มีอาการ แต่มีระดับภูมิคุ้มกัน ต่ำกว่า 200 เซลล์ต่อไมโครลิตร

อาการไม่พึงประสงค์จากการรับประทานยาต้านไวรัส

อาการที่มักจะพบได้ในยาต้านไวรัสเกือบทุกตัว คือ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ

1. ทางการแพทย์จัดว่าไม่รุนแรง คืออาการที่รบกวนการใช้ชีวิตประจำวัน ส่วนใหญ่จะเป็นในช่วงแรกของการรับประทานยา และจะค่อยๆ ดีขึ้นภายใน 2 เดือน เช่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ท้องอืด นอนไม่หลับ ผื่นร้าย
2. ทางการแพทย์จัดว่ารุนแรง เพราะทำให้เสียชีวิตได้ถ้าไม่แก้ไข เช่น ชีด ตับอักเสบ ตับอ่อนอักเสบ ชาปลายมือปลายเท้า นิ้วในไต อาจเกิดขึ้นได้ทุกช่วงของการรับประทานยา และพบได้บ่อยในกลุ่มผู้ติดเชื้อที่เริ่มยาต้านไวรัส เมื่อซีดี4 ต่ำมาก
3. อาการไม่พึงประสงค์ระยะยาว มักเกิดขึ้นหลังจากกินยานาน 3-4 ปี เช่น น้ำตาลในเลือดสูง หิวน้ำบ่อย ปัสสาวะบ่อย ไขมันกระจายตัวผิดปกติ หน้าตอมนและแขนขาลีบ

อาการไม่พึงประสงค์ที่พบได้บ่อยในยาแต่ละชนิดมีดังนี้

1. AZT ชีดเลือดจาง เล็บดำ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องร่วง ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ ปวดกล้ามเนื้อ
2. ddI ชา หรือ อ่อนแรงปลายมือปลายเท้า ชา ไขมันกระจายตัวผิดปกติ Lactic Acidosis ตับอ่อนอักเสบ ปวดท้อง
3. 3TC คลื่นไส้ อาเจียน ท้องร่วง ปวดศีรษะ เมื่อยกล้ามเนื้อ มีไข้ Lactic Acidosis
4. ddI ท้องเสีย ชาบริเวณปลายมือปลายเท้า ตับอ่อนอักเสบ คลื่นไส้ อาเจียน
5. Abacavir ผื่นแพ้ยา
6. NVP ผื่นผิวหนังแพ้ยา ตับอักเสบ
7. EFV ผื่นร้าย ผื่น วิงเวียน นอนไม่หลับ บุคลิกเปลี่ยนแปลง เช่น ซึมเศร้า ตับอักเสบ
8. IDV นิ้วในไต คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ เมื่อยกล้ามเนื้อ ตาพร่ามัว วิงเวียน

9. SQV ผื่นแพ้ยา (พบน้อย) ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย ท้องเสีย ท้องอืด
10. RTV ชาที่ลิ้นหรือออรอบริมฝีปาก คลื่นไส้ อาเจียน ท้องร่วง อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ
11. NFV ผื่นแพ้ยา (พบน้อย) ท้องเสีย

ยากลุ่มพีไอ เกือบทุกตัว อาจทำให้เกิดอาการเบาหวาน ไขมันกระจายตัวผิดปกติ เมื่อรับประทานไปนาน ๆ อาการไม่พึงประสงค์ที่ไม่รุนแรง สามารถให้การดูแลตามอาการ หรือใช้ยาบรรเทาตามอาการได้ เช่น ยาแก้คลื่นไส้ อาเจียน ยาแก้ปวด ยาหยุดถ่าย และการทำความเข้าใจกับคนรอบข้าง หรือ ผู้ดูแล ส่วนใหญ่อาการจะค่อยๆ ดีขึ้น ภายใน 2 เดือน ส่วนอาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรง สามารถป้องกันได้โดย ตรวจสอบน้ำหนักอย่างสม่ำเสมอ เพื่อติดตามความผิดปกติอย่างใกล้ชิด แต่ผู้ป่วยอาจไม่พร้อมในหลายๆ ด้านรวมถึงทนอาการไม่พึงประสงค์ของยาไม่ไหวจึงทำให้หยุดยา และเกิดปัญหาการคือยา

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยเอดส์เป็นพฤติกรรมที่ซับซ้อนมีปัจจัยหลายอย่างที่ ต้องพิจารณา เช่น สูตรการรักษา ความสัมพันธ์ของผู้ให้บริการ-ผู้ป่วย และระบบบริการทาง การแพทย์ นอกจากนี้ความซึมเศร้า และการใช้สารเสพติด เช่น แอลกอฮอล์ โคเคน หรือ เฮโรอีน มี ความสัมพันธ์กับความไม่สม่ำเสมอในการรักษา (Cheever, 1999) และลักษณะทางด้านประชากร เช่น เพศ เชื้อชาติ รายได้ การศึกษา และอายุ ไม่สามารถใช้เป็นตัวคาดการณ์ความร่วมมือในการ รักษาได้ (Haynes, 1979) เหตุผล หรือ อุปสรรคที่ผู้ป่วยไม่มีความร่วมมือในการรักษา หรือ รับประทานยา คือ ลืม มีอาการง่วงหลังรับประทานยา ไม่ได้พกยาไปด้วยเมื่อถึงเวลารับประทาน มี ความยุ่งยากต่อกิจวัตรประจำวัน (Chesney, 1997; Eldred, 1995) หากผู้ป่วยที่มีความร่วมมือในการ รักษาอย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ 80-90 จะสามารถลดปริมาณเชื้อไวรัสในกระแสเลือดได้ น้อยกว่า 40 Copies/ μ l (Gulick, 1997) แต่ในสถานการณ์จริงมีจำนวนผู้ป่วยเพียงร้อยละ 50 เท่านั้นที่สามารถ ปฏิบัติตามแผนการรักษา และลดจำนวนเชื้อไวรัสได้ตามเป้าหมาย (Decks, 1997; Lucus, 1999) ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสของผู้ป่วยเอดส์ต้องมีมากกว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ชนิดอื่นๆ เพื่อป้องกันการคือยา ในสหรัฐอเมริกา การให้ความรู้แบบมีส่วนร่วมแก่หญิงตั้งครรภ์ที่คิดเชื้อเอดส์ ต่อการรักษาด้วยยา Zidovudine เพื่อลดการถ่ายทอดเชื้อเอดส์จากแม่สู่ลูก เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ ช่วยในการตัดสินใจต่อความร่วมมือในการรักษา (Healton et al., 1995) ส่วนในประเทศบราซิล พบว่าอุปสรรคของการรักษาโดยการให้ ยา ZDV คือความละเลยไม่มารับการรักษาด้วยยาตาม

แผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอ (Kreitchman, 1998) ส่วนปัญหาและอุปสรรคของความไม่ร่วมมือ ในการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพื่อป้องกันวัณโรคปอดในประเทศอุกันดา คือ ไม่สนใจตนเอง รู้สึกอับอาย และกลัวตักงาน การให้คำปรึกษาที่ตีระหว่างทีมสุขภาพและผู้ป่วยทำให้การยอมรับ หรือความร่วมมือในการรักษาดีขึ้น (Mulindwa et al., 1998) ความไม่ใส่ใจในการมาติดตามการรักษาของผู้ป่วย และภาวะเศรษฐกิจเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสของผู้ป่วยเอชไอวีจำนวน 350 ราย ในประเทศอิตาลี (Vittorio et al., 1998)

ในประเทศอังกฤษ ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสแบบผสมผสานในผู้ติดเชื้อจำนวน 70 คน ที่รับประทานยาตั้งแต่ 2 ชนิด หรือมากกว่า พบว่าการได้รับข้อมูลต่างๆ ไม่เพียงพอและแตกต่างกันอย่างหลากหลายทำให้เกิดความยุ่งยาก รบกวนต่อกิจวัตรประจำวัน ดังนั้น การให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับแผนการรักษาเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อที่จะช่วยปรับให้เข้ากับแบบแผนในชีวิตประจำวัน และทำให้การยอมรับการรักษาเพิ่มขึ้นได้ด้วยการสนับสนุนจากทีมสุขภาพ (John Quirk, & Wilks, 1998) ส่วนในประเทศบราซิล การยอมรับการรักษาแบบผสมผสานและการรักษาที่ไม่ต่อเนื่องในผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 100 คน มีผู้ที่รับประทานยาต้านไวรัส ร้อยละ 44 และร้อยละ 22 ใช้จ่ายหลายตัวผสมผสานกัน ซึ่งไม่รับประทานตามกำหนดบนฉลากยา เหตุผลที่ไม่รับประทานยา คือ ลืม ร้อยละ 44 สภาพแวดล้อม และสถานการณ์ไม่อำนวย ร้อยละ 15 ผลจากอาการไม่พึงประสงค์ของยา ร้อยละ 9 (Vera et al., 1998)

ส่วนในประเทศเยอรมัน มีการใช้ยาต้านไวรัสหลายชนิด ในผู้ป่วยเอชไอวีจำนวน 214 ราย ผู้ป่วยร้อยละ 56 ไม่ได้รับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างน้อย 1 วันในหนึ่งสัปดาห์ ผู้ป่วยร้อยละ 75 ที่ไม่ยอมรับรับประทานยา บอกว่า ลืมรับประทานยา ส่วนร้อยละ 19 มีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน และอาการไม่พึงประสงค์ (Thore Lorengen, 1998)

ในขณะที่ประเทศฝรั่งเศส มีการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสหลายชนิดทั้งที่มีและไม่มี Antiprotease Inhibitor ผสมอยู่ พบว่าความร่วมมือในการรักษาด้วยยามีสัดส่วนที่สูงมากพอ ๆ กันทั้ง 2 กลุ่ม และไม่มีความสัมพันธ์กับ ค่า CD4 จำนวนเชื้อไวรัส อาการหรือระยะของการติดเชื้อ และการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เหตุผลของการยอมรับการรักษาน้อย คือ ความยุ่งยาก รู้สึกกังวลภายหลังรับประทานยา และ ลืม เพื่อให้เกิดการยอมรับการรักษามากขึ้น ควรให้ผู้ป่วยได้พบแพทย์ และเจ้าหน้าที่บ่อยครั้งขึ้น (Carrieri, 1998)

จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าปัญหาและอุปสรรคของความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสในผู้ป่วยเอชไอวีเป็นประเด็นที่ท้าทาย ซับซ้อนและมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน ของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นระยะเวลายาวนาน สิ่งสำคัญในการรักษาด้วยยาต้านไวรัส คือ ความร่วมมือของผู้ป่วย ความสมัครใจ การมารับการรักษาที่สม่ำเสมอ อย่างถูกต้อง ทั้ง

ขนาดและเวลาในการรับประทานยา การปฏิบัติตนตามคำแนะนำและแผนการรักษาของทีมสุขภาพ ทั้งนี้ต้องอาศัยปัจจัยหลายอย่าง คือ ความพร้อม ความตั้งใจ ของผู้ป่วย ระดับการศึกษา เพศ บุคลิกภาพของผู้ป่วย สังคมสิ่งแวดล้อม อาชีพ รายได้ ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง สัมพันธภาพระหว่าง ผู้ให้ และผู้รับบริการ แรงสนับสนุนจาก คู่สมรส ครอบครัวและแรงจูงใจ รวมถึงยาที่ได้รับไม่ ครอบคลุมชีวิตความเป็นอยู่ของผู้ป่วย มากเกินไป และสามารถรับประทานยาได้โดยไม่ต้องหลบซ่อน



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved