

การบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยนอกที่ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลเกาะคา จังหวัดลำปาง

นุชปวีร์ จงรุ่งโรจน์สกุล

ภ.บ., ภ.บ. (บริหารเภสัชกรรม), วท.บ. (อาชีวอนามัยและความปลอดภัย)

กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลเกาะคา

e-mail: nootpaweeetwin@gmail.com

วารสารเภสัชกรรมคลินิก. 2567;30(2):142-152.

บทคัดย่อ

ความเป็นมา: เอดส์เป็นโรคเรื้อรังที่รักษาได้ แต่ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่องตลอดชีวิต เพื่อลดปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดให้ต่ำที่สุดจนตรวจไม่พบ และไม่เสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อน

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของการให้การบริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ในด้านปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา ระดับจำนวนเซลล์ CD4 และจำนวนเชื้อไวรัสเอชไอวีของผู้ป่วย

วิธีวิจัย: วิจัยเชิงพรรณนาแบบย้อนหลังในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษา ณ คลินิกให้คำปรึกษา เบอร์ 40 โรงพยาบาลเกาะคา ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2566 จำนวน 484 ราย รวบรวมข้อมูลโดยแบบบันทึกการให้บริหารทางเภสัชกรรม วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา ผลการนับจำนวนเซลล์ CD4 และจำนวนเชื้อไวรัสเอชไอวี โดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ และเปรียบเทียบจำนวนเซลล์ CD4 และจำนวนเชื้อไวรัสเอชไอวีก่อนและหลังการบริหารทางเภสัชกรรม ใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test

ผลการศึกษา: ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยาที่พบมากที่สุดคือ ผู้ป่วยไม่ได้ใช้ยาตามที่สั่ง 31 ครั้ง (40.74%) ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยาได้รับการแก้ไข 92 ครั้ง (96.84%) และหลังได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมพบว่า จำนวนเซลล์ CD4 เพิ่มขึ้นและจำนวนเชื้อไวรัสเอชไอวีลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05)

สรุปผลการวิจัย: การบริหารทางเภสัชกรรมเป็นแนวทางหนึ่งที่สามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ ที่ได้รับยาต่อเนื่อง และทำให้ผู้ป่วยมีผลการรักษาที่ดีขึ้นได้

คำสำคัญ: การบริหารทางเภสัชกรรม; ผู้ติดเชื้อเอชไอวี; เอดส์

Pharmaceutical Care in HIV and AIDS Patients at Kokha Hospital

Nootpawee Jongrungrotsakul,

B.Sc. Pharmacy, Pharm.D. (Pharm. Care), B.Sc. (Occupational Health and Safety)

Pharmacy Department, Kokha Hospital

e-mail: nootpawee@koc.com

Thai J Clin Pharm. 2024;30(2):142-152.

Abstract

Background: AIDS is a treatable chronic disease. HIV-infected and AIDS patients need continuous lifelong care to reduce HIV viral load in the bloodstream to the lowest level until it is undetectable, minimizing the risk of developing complications.

Objective: This research aimed to study the effects of pharmaceutical care on HIV-infected and AIDS patients at Kokha Hospital, focusing on drug-related problems, CD4 cell count, and viral load amounts.

Method: A descriptive retrospective study was conducted on HIV-infected and AIDS patients receiving antiretroviral therapy at Counseling Clinic No. 40, Kokha Hospital, between October 1, 2022, and September 30, 2023, involving a total of 484 cases. Data were collected from patient medical records. Baseline characteristics, drug-related problems, CD4 cell counts, and HIV viral load levels were analyzed and reported by frequency and percentage. Comparisons of CD4 cell counts and HIV viral load levels before and after pharmaceutical care were performed using the Wilcoxon signed-rank test.

Result: The most common drug-related problem was non-compliance, occurring 31 times (40.74%). A total of 92 drug-related problems were resolved (96.84%). After receiving pharmaceutical care, CD4 cell counts increased and viral load levels decreased significantly (p -value < 0.05).

Conclusion: Pharmaceutical care is an effective approach to solving problems arising from patients' drug use. It can improve treatment outcomes for patients with various chronic diseases who receive continuous medication.

Keywords: pharmaceutical care; HIV infected; AIDS

บทนำ

โรคเอดส์เป็นกลุ่มอาการของโรคที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสเอชไอวีซึ่งจะเข้าไปทำลายเม็ดเลือดขาวที่เป็นแหล่งสร้างภูมิคุ้มกันโรค ทำให้ติดเชื้อโรคอื่น ๆ ได้ง่ายขึ้น เช่น วัณโรค ปอดบวม เยื่อหุ้มสมองอักเสบ หรือเป็นมะเร็งบางชนิดได้ง่ายกว่าคนปกติ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ติดเชื้อโรคติดเชื้อฉวยโอกาสจะมีอาการของโรครุนแรง และเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต¹ การให้บริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านเอชไอวีในประเทศไทยได้มีการพัฒนาเป็นลำดับอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสาระสำคัญคือการเริ่มยาต้านเอชไอวีที่ทุกระดับของเม็ดเลือดขาว CD4 หรือหมายถึงการรักษาทันทีเมื่อตรวจพบการติดเชื้อ ซึ่งเป็นการผสมผสานการรักษาและการป้องกันเพื่อประโยชน์ต่อการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้มีความครอบคลุมถึงประโยชน์ของการใช้ผลของการรักษาด้วย² เป้าหมายของการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวีคือเพื่อลดปริมาณเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือดให้ต่ำที่สุดจนตรวจไม่พบและนานที่สุด รวมถึงให้จำนวน CD4 กลับสู่ระดับใกล้เคียงปกติมากที่สุด ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่เสี่ยงต่อโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่สัมพันธ์ต่อการติดเชื้อเอชไอวี และลดโรคแทรกซ้อนที่ไม่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี รวมทั้งลดอัตราการเจ็บป่วยและอัตราการตาย ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นหรือแก้ไขภูมิคุ้มกันที่เสียไป³ อย่างไรก็ตามพบว่ายังมีปัญหาความล้มเหลวในการรักษาด้วยยา ซึ่งอาจเป็นเพราะผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจโรคและการรักษา ยาบางตัวต้องมีวิธีการเก็บรักษาที่เฉพาะและยาต้านไวรัสเอชไอวีก่อให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาได้บ่อย⁴

การบริหารทางเภสัชกรรม คือแนวทางหนึ่งที่สามารถแก้ไขและป้องกันปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ ที่ได้รับยาต่อเนื่อง ซึ่งเป็นความรับผิดชอบของเภสัชกรโดยตรงที่มีต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยด้วยยา ประกอบด้วยกระบวนการค้นหาปัญหา ป้องกันการเกิดปัญหา และแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา เพื่อให้ได้ผลการรักษาที่ถูกต้องตามต้องการและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย⁵ มีการศึกษาการบริหารทางเภสัชกรรม

ผู้ป่วยนอกที่ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ พบว่าระดับคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสและระดับจำนวนเซลล์ CD4 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์หลังการให้บริบาลทางเภสัชกรรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และปัญหาด้านยาที่พบของผู้ป่วยสามารถจัดการและแก้ไขได้โดยใช้กระบวนการบริบาลทางเภสัชกรรม⁶

กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลเกาะคา เพิ่งเริ่มจัดตั้งงานบริบาลทางเภสัชกรรมแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ยังไม่เคยมีการรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์การบริหารทางเภสัชกรรมใด ๆ ดังการศึกษาที่กล่าวถึงข้างต้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความประสงค์จะรวบรวมข้อมูลและติดตามผลการบริบาลทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วย โดยจะศึกษาถึงผลลัพธ์ในด้านปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาของผู้ป่วย ระดับจำนวนเซลล์ CD4 และจำนวนเชื้อไวรัสเอชไอวีของผู้ป่วย เพื่อให้การรักษาผู้ป่วยเอดส์มีประสิทธิภาพในการรักษาสูงสุด และไม่ก่อให้เกิดปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาของผู้ป่วย เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการบริหารทางเภสัชกรรม และหาแนวทางแก้ปัญหาเกี่ยวกับยา และนำข้อมูลมาปรับปรุงและพัฒนากระบวนการให้บริบาลทางเภสัชกรรมต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของการให้การบริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ในด้านปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาของผู้ป่วย ระดับจำนวนเซลล์ CD4 และจำนวนเชื้อไวรัสเอชไอวีของผู้ป่วย

นิยามศัพท์

จำนวนเซลล์ CD4² หมายถึง ระดับปริมาณเม็ดเลือดขาวชนิด T cell ที่ได้จากการตรวจเลือดโดยมีหน่วยนับ cells/mm³

จำนวนเชื้อไวรัสเอดส์ในเลือด (viral load)² หมายถึง ปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีในเลือด 1 มิลลิลิตร โดยมีหน่วยนับ copies/ml

การบริหารทางเภสัชกรรม⁵ หมายถึง การที่เภสัช-

กรเป็นผู้มีส่วนร่วมรับผิดชอบโดยตรงในการติดตามดูแลผู้ป่วยในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา โดยมีกิจกรรมต่าง ๆ ด้านเภสัชกรรมคลินิกเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย คือได้ผลการรักษาตามต้องการ ถูกต้อง เหมาะสม ปลอดภัย และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย รวมไปถึงการค้นหา ป้องกัน และแก้ไขปัญหาลที่เกี่ยวข้องกับยา

ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา⁷ หมายถึง เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโดยเป็นผลเนื่องจากการรักษาด้วยยาและเป็นเหตุการณ์ทั้งที่เกิดขึ้นจริงหรือมีโอกาสเกิดขึ้น ซึ่งจะเป็ปัญหาที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงหรือรบกวนผลการรักษาที่ต้องการ

วัตถุประสงค์และวิธีวิจัย

รูปแบบการศึกษาวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (retrospective descriptive study) ระยะเวลาศึกษาวิจัยตั้งแต่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2566

ประชากรที่ศึกษาวิจัย

ประชากรเป็นผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือโรคเอดส์และได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ณ คลินิกให้คำปรึกษาเบอร์ 40 โรงพยาบาลเกาะคา ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2566 จำนวน 484 ราย ผู้ป่วยทั้งหมดได้รับการบริหารทางเภสัชกรรม โดยมีขั้นตอนดำเนินการวิจัยดังนี้

1. ศึกษาเอกสาร ทบทวนข้อมูลวารสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ
2. กำหนดรูปแบบและขั้นตอนการให้การบริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วย
3. จัดทำเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบบันทึกการให้การบริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์
4. เมื่อถึงวันนัดที่ผู้ป่วยมารับยาต้านไวรัสในแต่ละครั้ง หลังจากเข้าพบแพทย์แล้ว เภสัชกรจะให้การบริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคลตามรูปแบบที่

กำหนดขึ้น ใช้เวลารวมทุกขั้นตอนประมาณ 20-30 นาที มีการดำเนินการดังนี้

4.1 เภสัชกรใช้แบบประเมินเพื่อค้นหาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา ทำให้ประเมินได้ตรงตามเกณฑ์มาตรฐานและน่าเชื่อถือ ดังนี้ (ใช้เวลา 10-15 นาที)

- ใช้แบบประเมินของ Naranjo ประเมินการเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยาหรืออาการแพ้ยา ในระดับ probable (น่าจะใช่) หรือ definite (ใช่แน่)

- ใช้แบบประเมินความร่วมมือการใช้ยา Morisky Medication Adherence Scale (MMAS) หาก adherence < 90% คือ ผู้ป่วยไม่ได้ใช้ยาตามที่สั่ง (non-compliance)

- ใช้มาตรฐานตามแนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2564/2565 ในการประเมินปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา ในเรื่องความสอดคล้อง เหมาะสม ไม่เหมาะสมของการรักษา

4.2 หากพบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา เภสัชกรดำเนินการประสานแพทย์เพื่อปรับเปลี่ยนยา/ขนาดยา/หยุดยา หรือแก้ไขอาการไม่พึงประสงค์จากยา (ใช้เวลา 3-5 นาที)

4.3 ทำ medication reconciliation ให้ครอบคลุมรายการยาทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับ (ใช้เวลา 3-5 นาที)

4.4 ทำสื่อหรืออุปกรณ์ช่วยการใช้ยาหรือบริหารยา (ใช้เวลา 1-2 นาที)

4.5 เภสัชกรจ่ายยา ให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วย เน้นให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการใช้ยา รวมถึงย้ำให้มารับยาตามนัดสม่ำเสมอ (ใช้เวลา 3-5 นาที)

5. รวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลเป็นร้อยละ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน

6. สรุปผล เขียนรายงานการวิจัย และเผยแพร่ข้อมูลทางวิชาการแก่บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องทราบ

กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ผู้วิจัยทำการศึกษาและเก็บข้อมูลในประชากรทุกราย

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

ใช้วิธีของ ยามาเน่ (Taro Yamane)

$$n = \frac{N}{1+Ne^2}$$

n = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง = 219 ราย

N = ขนาดประชากร = 484 ราย

e = ความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่างที่ระดับ
ความเชื่อมั่น 95% สัดส่วนความคลาด-
เคลื่อนเท่ากับ 0.05

การศึกษานี้เก็บข้อมูลได้จริง 480 ราย (คัดออก
4 รายตามเกณฑ์คัดออกคือ เสียชีวิต 2 ราย ไม่สามารถ
ติดตามได้ 2 ราย) ซึ่งมากกว่าขนาดกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณ
ได้ 219 ราย แสดงว่ามี power of study และความ
เพียงพอของขนาดตัวอย่าง

เกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria)

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ทุกรายที่ได้รับยา
ต้านไวรัสมาแล้วมากกว่า 6 เดือน และมารับบริการอย่าง
ต่อเนื่อง ณ คลินิกให้คำปรึกษาเบอร์ 40 โรงพยาบาล
เกาะคาอย่างน้อย 1 ปี

เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria)

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่ได้รับยาต้านไวรัส ผู้ป่วยที่ขอ
ย้ายสถานบริการ และผู้ป่วยเสียชีวิตหรือไม่สามารถติด-
ตามได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แฟ้มบันทึกข้อมูลการตรวจรักษาและการจ่าย-
ยาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์
2. แบบบันทึกการให้บริบาลทางเภสัชกรรมผู้ติด-
เชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งประกอบด้วย
 - 2.1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ
การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การใช้สมุนไพร โรคประจำตัวร่วม
และสิทธิการรักษา
 - 2.2 ค่าทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ จำนวนเซลล์
CD4 และจำนวนเชื้อไวรัสเอชไอวีของผู้ป่วยก่อนและหลัง
การรับประทานยาต้านไวรัสอย่างน้อย 1 ปี โดยระยะห่าง
ของ post-intervention จะใช้ค่าทางห้องปฏิบัติการใน
visit ที่ห่างไป 1 ปี เพื่อประเมินว่าเกิดจาก intervention

หรือไม่

2.3 ระยะเวลาการกินยาต้านไวรัส ข้อมูลราย-
การยาต้านไวรัสที่ผู้ป่วยได้รับ

2.4 ข้อมูลปัญหาด้านการใช้ยาของผู้ป่วยโดย
ใช้เกณฑ์ของ Hepler และ Strand (1990)⁸

2.5 การแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. จัดทำเลขทะเบียนและแฟ้มบันทึกข้อมูลการ
รักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ทุกรายที่มา
รับการรักษาที่คลินิกให้คำปรึกษาเบอร์ 40 โรงพยาบาล
เกาะคา ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึง 30 กันยายน
พ.ศ. 2566

2. คัดเลือกเพิ่มผู้ป่วยที่จะทบทวนเวชระเบียน
ตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกของการศึกษา และ
รวบรวมข้อมูลตามแบบบันทึกการให้บริบาลทางเภสัช-
กรรมของผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้าการศึกษาวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ข้อมูล
ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา และผลการรักษาซึ่งพิจารณาจาก
ผลการนับจำนวนเซลล์ CD4 และจำนวนเชื้อไวรัสเอชไอวี
วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา แสดงผลเป็นความถี่และ
ร้อยละ

2. การเปรียบเทียบระดับจำนวนเซลล์ CD4 และ
จำนวนเชื้อไวรัสเอชไอวีก่อนและหลังการบริบาลทาง
เภสัชกรรมด้วยสถิติเชิงอนุมาน โดยใช้สถิติ pair t-test
หากข้อมูลมีการกระจายปกติ และใช้สถิติ Wilcoxon
signed-rank test หากข้อมูลมีการกระจายไม่ปกติ

การพิทักษ์สิทธิ์

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ โรงพยาบาล
ลำปาง เลขที่โครงการ EC 213/66 ให้สามารถดำเนินการ
วิจัยได้

ผลการวิจัย**ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง**

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยทั้งหมด 480 ราย ส่วน-

ใหญ่เป็นเพศชายมีจำนวน 265 ราย (ร้อยละ 55.21) มีอายุ 40-59 ปี จำนวน 308 ราย (ร้อยละ 64.17) ส่วนใหญ่ไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่ และไม่ใช้สมุนไพร มีจำนวน 427, 452 และ 469 ราย (ร้อยละ 88.96, 94.17 และ 97.71) ตามลำดับ สำหรับสถิติด้านการรักษาพบว่า ส่วนใหญ่ใช้สิทธิ์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีจำนวน 353 ราย (ร้อยละ 73.54) โรคประจำตัวของผู้ป่วยที่พบร่วม 3 อันดับแรกคือ ภาวะไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 38.75) ภาวะโลหิตจาง (ร้อยละ 17.50) ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 16.25) ส่วนเรื่องระยะเวลาการกินยาต้านไวรัสส่วนใหญ่มีค่ามากกว่า 10 ปี จำนวน 301 ราย (ร้อยละ 62.71) รายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยาของผู้ป่วย

ผลการศึกษาพบว่า การบริหารทางเภสัชกรรมพบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยาของผู้ป่วยทั้งหมดจำนวน 95 ครั้ง ส่วนใหญ่เป็นปัญหาผู้ป่วยไม่ได้ใช้ยาตามที่สั่ง พบ 31 ครั้ง (ร้อยละ 32.63) รองลงมาคือ เกิดผลข้างเคียงจากยาและผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่ควรจะได้รับ พบ 26 และ 11 ครั้ง (ร้อยละ 27.37 และ 11.58) ตามลำดับ รายละเอียดแสดงในตารางที่ 2

ผลลัพธ์การจัดการปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาโดยเภสัชกร

พบว่าปัญหาทั้งหมด 95 ครั้ง ได้รับการแก้ไขทั้งสิ้นจำนวน 92 ครั้ง (ร้อยละ 96.84) สำหรับปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ คือ ผู้ป่วยไม่ได้ใช้ยาตามที่สั่ง (non-compliance) จำนวน 3 ครั้ง

ระดับจำนวนเซลล์ CD4 และระดับจำนวนเชื้อไวรัสเอชไอวีก่อนและหลังการให้การบริหารทางเภสัชกรรม

วิเคราะห์จากผลการศึกษาระดับจำนวนเซลล์ CD4 พบว่าก่อนผู้ป่วยได้รับการบริหารทางเภสัชกรรม ระดับจำนวนเซลล์ CD4 ของผู้ป่วยส่วนใหญ่มีค่ามากกว่า 500 cells/mm³ จำนวน 217 ราย (ร้อยละ 45.21) รองลงมาคือ มีค่า 351-500 cells/mm³, 200-350 cells/mm³ และน้อยกว่า 200 cells/mm³ ตามลำดับ มีจำนวน 121, 81 และ 61 ราย (ร้อยละ 25.21, 16.87 และ 12.71) ตามลำดับ

หลังจากผู้ป่วยได้รับการบริหารทางเภสัชกรรม พบว่าระดับจำนวนเซลล์ CD4 ของผู้ป่วย ส่วนใหญ่มีค่ามากกว่า 500 cells/mm³ จำนวน 260 ราย (ร้อยละ 54.17) รองลงมาคือ มีค่า 351-500 cells/mm³, 200-350 cells/mm³ และน้อยกว่า 200 cells/mm³ ตามลำดับ มีจำนวน 108, 71 และ 41 ราย (ร้อยละ 22.50, 14.79 และ 8.54) ตามลำดับ

วิเคราะห์จากผลการศึกษาระดับจำนวนเชื้อไวรัสเอชไอวี พบว่าก่อนผู้ป่วยได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมระดับจำนวนเชื้อไวรัสเอชไอวีส่วนใหญ่มีค่าน้อยกว่า 50 copies/ml (undetectable) จำนวน 437 ราย (ร้อยละ 91.04) รองลงมาคือ มีค่า 50-200 copies/ml มากกว่า 1,000 copies/ml และ 201-1,000 copies/ml ตามลำดับ มีจำนวน 19, 17 และ 7 ราย (ร้อยละ 3.96, 3.54 และ 1.46) ตามลำดับ หลังจากผู้ป่วยได้รับการบริหารทางเภสัชกรรม พบว่าระดับจำนวนเชื้อไวรัสเอชไอวีส่วนใหญ่มีค่าน้อยกว่า 50 copies/ml (undetectable) จำนวน 449 ราย (ร้อยละ 93.54) รองลงมาคือ มีค่า 50-200 copies/ml มากกว่า 1,000 copies/ml และ 201-1,000 copies/ml ตามลำดับ มีจำนวน 18, 9 และ 4 ราย (ร้อยละ 3.75, 1.88 และ 0.83) ตามลำดับ รายละเอียดแสดงในตารางที่ 3

การเปรียบเทียบผลการรักษาของผู้ป่วย

จากการให้บริหารทางเภสัชกรรมโดยใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test พบว่าหลังการให้บริหารทางเภสัชกรรม ผู้ป่วยมีค่าระดับจำนวนเซลล์ CD4 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) และระดับจำนวนเชื้อไวรัสเอชไอวีลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) รายละเอียดแสดงในตารางที่ 4

วิจารณ์ผล

ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยาของผู้ป่วยที่พบมากที่สุดคือปัญหาผู้ป่วยไม่ได้ใช้ยาตามที่สั่ง พบ 31 ครั้ง (ร้อยละ 40.74) สอดคล้องกับการศึกษาของรัชฎาพร วิสัย และคณะ⁹ รายละเอียดของปัญหานี้คือผู้ป่วยกินยาไม่ตรงตามเวลา ผู้ป่วยกินยาจากซองวันเว้นวันสลับกับซองที่กินทุก-

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ข้อมูล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
<i>เพศ</i>		
ชาย	265	55.21
หญิง	215	44.79
<i>อายุ</i>		
< 20 ปี	2	0.42
20-39 ปี	89	18.54
40-59 ปี	308	64.17
≥ 60 ปี	81	16.87
<i>การดื่มสุรา</i>		
ไม่ดื่ม	427	88.96
1-2 ครั้งต่อสัปดาห์	4	0.83
นาน ๆ ครั้ง	35	7.29
เป็นประจำ	14	2.92
<i>การสูบบุหรี่</i>		
ไม่สูบ	452	94.17
1-2 ครั้งต่อสัปดาห์	1	0.21
นาน ๆ ครั้ง	9	1.87
เป็นประจำ	18	3.75
<i>การใช้สมุนไพร</i>		
ไม่ใช้	469	97.71
1-2 ครั้งต่อสัปดาห์	0	0
นาน ๆ ครั้ง	3	0.62
เป็นประจำ	8	1.67
<i>โรคประจำตัวร่วม</i>		
ภาวะไขมันในเลือดสูง	186	38.75
ภาวะโลหิตจาง	84	17.50
ความดันโลหิตสูง	78	16.25
<i>สิทธิ์การรักษา</i>		
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	353	73.54
ประกันสังคม	103	21.46
ข้าราชการ ชำระเงินเอง ต่างด้าว	24	5.00
<i>ระยะเวลาการกินยาต้านไวรัส</i>		
0 - 5 ปี	68	14.17
≥5 - 10 ปี	111	23.12
≥10 ปี	301	62.71

วัน ผู้ป่วยสับสนจากการปรับรูปแบบยา 3TC พบ 2 ครั้ง
อย่างไรก็ตามเมื่อเภสัชกรใช้กระบวนการบริหารทาง
เภสัชกรรมโดยให้ความรู้เกี่ยวกับยาด้านไวรัส การส่งเสริม
ให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ย้ำเรื่องการกินยา

ให้ตรงเวลา และแนะนำให้ผู้ป่วยมารับยาต่อเนื่อง หากไม่
สามารถมาตามนัดให้ญาติรับยาแทนหรือแจ้งที่อยู่เพื่อจัด
ส่งยาให้ทางไปรษณีย์ ทำให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญและมี
ความร่วมมือในการรับประทานยาเพิ่มขึ้น ส่วนปัญหาที่

ตารางที่ 2 ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยาของผู้ป่วยและการจัดการปัญหา

ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา (จำนวนครั้งที่พบ)	จำนวนรวม (ร้อยละ)
เกิดผลข้างเคียงจากยา	26 (27.37)
- ผู้ป่วยที่ใช้ยา zidovudine (AZT) เกิดภาวะ megaloblastic anemia (1)	
- ผู้ป่วยที่ใช้ยา tenofovir (TDF) เกิดภาวะการทำงานของไตผิดปกติ (25)	
แพ้ยา (0)	0 (0.00)
ผู้ป่วยไม่ได้ใช้ยาตามที่สั่ง (non-compliance)	31 (32.63)
- ผู้ป่วยกินยาไม่ตรงตามเวลา (25)	
- ผู้ป่วยกินยาจากซองวันเว้นวันสลับกับซองที่กินทุกวัน (4)	
- ผู้ป่วยปรับ lamivudine (3TC) จากรูปแบบยาเม็ดเป็นยาน้ำหลายครั้ง ทำให้สับสน (2)	
ผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่ควรจะได้รับ (need for additional drug therapy)	11 (11.58)
- ไม่ได้รับยารักษาภาวะซีด (4)	
- ไม่ได้รับยารักษาภาวะไขมันในเลือดสูง (5)	
- ไม่ได้รับยารักษาอาการชาปลายมือปลายเท้า (2)	
ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่จำเป็น (unnecessary drug therapy)	9 (9.47)
- ผู้ป่วยไม่มีภาวะซีดแล้วแต่ยังได้รับยารักษาอยู่ (4)	
- ผู้ป่วยมีค่า CD4 ได้ตามเกณฑ์การป้องกันและรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาสแล้ว แต่ยังไม่ได้ยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสอยู่ (3)	
- ผู้ป่วยไม่มีภาวะไขมันในเลือดสูงแล้วแต่ยังได้ statin อยู่ (2)	
ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่เหมาะสม (wrong drug)	2 (2.11)
- ผู้ป่วยมีภาวะโรคร่วมคือ ความดันโลหิตสูงและโรคไตเรื้อรัง แต่ได้ยา enalapril ซึ่งมีผลทำให้อัตราการกรองของไตลดลง (2)	
ผู้ป่วยได้รับยาขนาดน้อยเกินไป (dosage too low)	1 (1.05)
- ผู้ป่วยมีภาวะไขมันในเลือดมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ แต่ไม่ได้ปรับเพิ่มขนาดยา (1)	
เกิดอันตรกิริยาระหว่างยา-ยา ยา-อาหาร ยา-ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ (drug interaction)	9 (9.47)
- ผู้ป่วยมีการใช้สมุนไพรและอาหารเสริมเป็นจำนวนมาก เช่น กัญชา กระเทียม แอลกอฮอล์ อาหารเสริม (7)	
- ผู้ป่วยมีการใช้ยาอื่นที่มีผลกับยาที่ผู้ป่วยใช้อยู่เดิม เช่น warfarin, NSAIDs (2)	
ผู้ป่วยได้รับยาขนาดมากเกินไป (dosage too high)	6 (6.32)
- ไม่ได้ปรับขนาดยาตามการทำงานของไต เช่น TDF, 3TC, cotrimoxazole (4)	
- ผู้ป่วยใช้ dolutegravir (DTG) ร่วมกับ metformin 2,000 mg/day (1)	
- ผู้ป่วยมีภาวะไขมันในเลือดมีแนวโน้มลดลงเรื่อย ๆ แต่ไม่ได้ปรับลดขนาดยา (1)	
รวม	95 (100)

เกี่ยวข้องกับยาอื่น ๆ สามารถจัดการปัญหาได้โดยปรึกษา แพทย์เพื่อแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาเหล่านั้น เช่น สั่งใช้ยาโดยปรับขนาดยาตามค่าการทำงานของไต สั่งใช้ยาลดระดับไขมันถ้าผู้ป่วยมีภาวะไขมันในเลือดสูง สั่ง

ตารางที่ 3 ระดับจำนวนเซลล์ CD4 และจำนวนเชื้อไวรัสเอชไอวีก่อนและหลังการให้การบริบาลทางเภสัชกรรม

	จำนวนครั้ง (ร้อยละ)	
	ก่อนให้การบริบาลทางเภสัชกรรม	หลังการให้การบริบาลทางเภสัชกรรม
<i>CD4 count (cells/mm³)</i>		
<200	61 (12.71)	41 (8.54)
200-350	81 (16.87)	71 (14.79)
351-500	121 (25.21)	108 (22.50)
>500	217 (45.21)	260 (54.17)
รวม	480 (100.00)	480 (100.00)
<i>Viral load (copies/ml)</i>		
<50 (undetectable)	437 (91.04)	449 (93.54)
50-200	19 (3.96)	18 (3.75)
201-1,000	7 (1.46)	4 (0.83)
>1,000	17 (3.54)	9 (1.88)
รวม	480 (100.00)	480 (100.00)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบระดับจำนวนเซลล์ CD4 และจำนวนเชื้อไวรัสเอชไอวีก่อนและหลังการให้บริบาลทางเภสัชกรรม

ตัวแปร		N	Mean rank	Sum of ranks	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
<i>CD4 count (cells/mm³)</i>						
ก่อนบริบาลทางเภสัชกรรม	Negative ranks	33	75.73	2499	-6.151	<0.001
หลังบริบาลทางเภสัชกรรม	Positive ranks	114	73.50	8379		
	Ties	333				
	Total	480				
<i>Viral load (copies/ml)</i>						
ก่อนบริบาลทางเภสัชกรรม	Negative ranks	26	17.90	465.50	-2.503	0.012
หลังบริบาลทางเภสัชกรรม	Positive ranks	9	18.28	164.50		
	Ties	445				
	Total	480				

หมายเหตุ: วิเคราะห์โดยสถิติ Wilcoxon signed-rank test, p -value < 0.05

ใช้ยารักษาภาวะซีด สิ่งใช้ยารักษาอาการชาตามปลายมือ ปลายเท้า สิ่งใช้ยาสำหรับการป้องกันและรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส รวมไปถึงการหยุดสิ่งใช้ยาที่ไม่จำเป็นหรือไม่เหมาะสมกับสภาวะของผู้ป่วยในขณะนั้น โดยคำนึงถึงภาวะโรคร่วมของผู้ป่วยด้วย ซึ่งปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาส่วนใหญ่นั้นสามารถได้รับการแก้ไข (ร้อยละ 96.84) ดังนั้นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยาสามารถป้องกันและแก้ไขได้โดยใช้กระบวนการบริหารทางเภสัชกรรม

สำหรับระดับจำนวนเซลล์ CD4 และระดับจำนวนเชื้อไวรัสเอชไอวีของผู้ป่วยพบว่า หลังจากผู้ป่วยได้รับการบริหารทางเภสัชกรรม ระดับจำนวนเซลล์ CD4 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) และระดับจำนวนเชื้อไวรัสเอชไอวีลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ María Jesús Hernández Arroyo และคณะ¹⁰ ที่พบว่าการบริหารทางเภสัชกรรมสามารถเพิ่มระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส เพิ่มระดับของจำนวนเซลล์ CD4 และมีระดับของ viral load ลดลง อธิบายได้ว่าการบริหารทางเภสัชกรรมมีผลทำให้ความร่วมมือในการรับประทานยาเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ระดับจำนวนเซลล์ CD4 เพิ่มขึ้น นอกจากนี้การบริหารทางเภสัชกรรมสามารถลดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา ความคลาดเคลื่อนทางยา ทำให้เพิ่มประสิทธิภาพด้านการรักษาแก่ผู้ป่วย

การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัด คือ ปัญหาความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลบางอย่างซึ่งมักปรากฏในการศึกษารูปแบบย้อนหลัง ทำให้ไม่สามารถแก้ปัญหาได้อย่างครอบคลุมโดยเฉพาะปัญหาเรื่องไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย และข้อจำกัดที่สำคัญอีกเรื่องคือ ผู้ป่วยแต่ละคนเริ่มรับยาไม่พร้อมกันจึงตรวจระดับจำนวนเซลล์ CD4 และระดับจำนวนเชื้อไวรัสเอชไอวีไม่ตรงกัน หลายคนไม่ได้ตรวจในเดือนที่เริ่มทำการศึกษา จึงใช้ค่าระดับจำนวนเซลล์ CD4 และระดับจำนวนเชื้อไวรัสเอชไอวีครั้งล่าสุดซึ่งอาจก่อนการศึกษานาน 1-3 เดือน นำมาอ้างอิงเป็นค่าก่อนให้การบริหารเภสัชกรรม

สรุปผลการวิจัย

ระดับจำนวนเซลล์ CD4 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เพิ่มขึ้นและระดับจำนวนเชื้อไวรัสเอชไอวีลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังการให้บริหารทางเภสัชกรรม ส่วนปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยาของผู้ป่วย ได้แก่ การเกิดผลข้างเคียงจากยา การไม่ได้ใช้ยาตามที่สั่ง การไม่ได้รับยาที่ควรจะได้รับ การได้รับยาที่ไม่จำเป็น การได้รับยาที่ไม่เหมาะสม การได้รับยาขนาดน้อยเกินไป เกิดอันตรกิริยาระหว่างยา-ยา ยา-อาหาร ยา-ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการได้รับยาขนาดมากเกินไปนั้น สามารถจัดการและแก้ไขได้โดยใช้กระบวนการบริหารทางเภสัชกรรม

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการติดตามความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อผลการรักษาที่ดีและเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาที่อาจเกิดขึ้นในระยะยาว ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการใช้ยามากขึ้น
2. ทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ควรมีการวิเคราะห์หาสาเหตุในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการของโรคแฝงหรือในกลุ่มที่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา เพื่อให้ทราบถึงปัญหาของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล เป็นการวางแผนพัฒนาระบบการให้บริหารทางเภสัชกรรมให้ผู้ป่วยได้รับยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง ปลอดภัย และป้องกันการเกิดภาวะดังกล่าวในผู้ป่วยรายอื่น
3. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพควบคู่ไปกับการวิจัยเชิงปริมาณเพื่อศึกษาข้อมูลเชิงลึกเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตอบสนองตรงกับปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วย เช่น การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์สิทธิกร สองคำชุม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเกาะคา ที่สนับสนุนการทำวิจัยครั้งนี้ ตลอดจนทีมสหวิชาชีพที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล ทำให้การศึกษาวิจัยสำเร็จลุล่วงเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. รายละเอียดโรค: เอชวี [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2562 [สืบค้นเมื่อวันที่ 9 พ.ย. 2566]. สืบค้นจาก https://ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d=42
2. เสาวนีย์ วิบูลสันติ, ศศิโสภณ เกียรติบุรณกุล, โอภาส พุทธเจริญ, เอกจิตรา สุขกุล, รังสิมา โล่ห์เลขา. แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2564/2565 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2565 [สืบค้นเมื่อวันที่ 9 พ.ย. 2566]. สืบค้นจาก: <https://www.ddc.moph.go.th/uploads/publish/1281020230201071837.pdf>
3. อนุชศักดิ์ อเนกธนานนท์. การรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ด้วยยาต้านไวรัส. An update on infectious diseases. กรุงเทพมหานคร: สหวิทยาการพิมพ์; 2548. หน้า 545-7.
4. Ammassari A, Trotta MP, Murri R, Castelli F, Narciso P, Noto P, et al. Correlates and predictors of adherence to highly active antiretroviral therapy: overview of published literature. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2002;31(Suppl 3):S123-7. doi: 10.1097/00126334-200212153-00007.
5. เฉลิมศรี กุมมางกูร. ปรัชญาของการบริหารทางเภสัชกรรมปฏิบัติ. ใน: เฉลิมศรี กุมมางกูร, กฤตติกา ตัญญาแสนสุข, บรรณาธิการ. *โอสถกรรมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2*. กรุงเทพมหานคร: นิเวศน์มิตรภาพการพิมพ์; 2547. หน้า 1-5.
6. กมลรัตน์ ณ หนองคาย. การบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยนอกที่ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย. *วารสารเภสัชกรรมคลินิก* [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อวันที่ 9 พ.ย. 2566];29(3):153-164. สืบค้นจาก: <https://thaidj.org/index.php/TJCP/article/view/14144>
7. Strand LM, Morley PC, Cipolle RJ, Ramsey R, Lamsam GD. Drug-related problems: their structure and function. *DICP*. 1990;24(11):1093-7. doi: 10.1177/106002809002401114.
8. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm*. 1990;47(3):533-43. doi: 10.1093/ajhp/47.3.533.
9. รัชฎาพร วิสัย, รินดาวรรณ พันธุ์เขียน, ภิญญา มุตสิกพันธ์, เชิดชัย สุนทรภาส. การบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยนอกที่ติดเชื้อเอชไอวี ณ โรงพยาบาลศรีนครินทร์. *วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน*. 2549;2(2):66-75. doi: 10.14456/ijps.2006.13
10. Hernández Arroyo MJ, Cabrera Figueroa SE, Valverde Merino MP, Hurlé AD. A pharmacist's role in the individualization of treatment of HIV patients. *Per Med*. 2016;13(2):169-88. doi: 10.2217/pme.15.54.