

การสำรวจการใช้สมุนไพรและผลิตภัณฑ์เสริมอาหารของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

เพ็ญใจ เกียรติธนะวัฒนา

An Investigation of Herbs and Dietary Supplements Use by HIV-Infected Patients at Songklanagarind Hospital.

Piengjai Kiettana Wattana

Pharmacy Division, Songklanagarind Hospital, Faculty of Medicine,
Prince of Songkla University, Hat Yai, Songkhla, 90110, Thailand.

E-mail: k.piengjai@hotmail.co.th

Songkla Med J 2013;31(4):179-186

บทคัดย่อ:

วัตถุประสงค์: 1) เพื่อสำรวจชนิด ค่าใช้จ่าย และเหตุผลในการใช้สมุนไพรและผลิตภัณฑ์เสริมอาหารในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี

วัตถุประสงค์และวิธีการ: เป็นงานวิจัยเชิงสำรวจโดยใช้แบบสอบถามในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่รับการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวี ณ คลินิกอายุรกรรมโรคติดเชื้อ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ระหว่างวันที่ 1 มีนาคม - 30 สิงหาคม พ.ศ. 2553 โดยแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย และ 2) ข้อมูลการใช้สมุนไพรหรือผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ซึ่งประกอบด้วย ชนิด ค่าใช้จ่าย และเหตุผลในการใช้

ผลการศึกษา: ผู้ป่วย 100 ราย เป็นเพศหญิง 54 ราย อายุเฉลี่ย 40.7 ± 8.9 ปี พบว่า ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยใช้สมุนไพรหรือผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร โดยเป็นการใช้อยู่ในปัจจุบัน และเคยใช้ในอดีต ร้อยละ 31 และ 19 ตามลำดับ ร้อยละ 88.7 เป็นรูปแบบผลิตภัณฑ์แปรรูปอัดเม็ด แคปซูล หรือสารสกัดในรูปของเหลว และร้อยละ 11.3 เป็นยาต้มสมุนไพรหรือยาลูกกลอน โดย 3 ลำดับแรก คือ เห็ดหลินจืออัดเม็ด (ร้อยละ 16.4) โปรตีนสกัด (ร้อยละ 16.4) และวิตามิน (ร้อยละ 14.8) ผู้ป่วยร้อยละ 72 ใช้ผลิตภัณฑ์เป็นระยะเวลาไม่เกิน 1 ปี และค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือนไม่เกิน 1,000 บาท โดยเหตุผล คือ เสริมสร้างภูมิคุ้มกัน ช่วยเจริญอาหาร และฆ่าเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 60 และ 10 ตามลำดับ

ฝ่ายเภสัชกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110

รับต้นฉบับวันที่ 11 ธันวาคม 2555 รับลงตีพิมพ์วันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2556

สรุป: ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่รับประทานยาต้านเอชไอวี มีประวัติการใช้สมุนไพรหรือผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ดังนั้น บุคลากรทางการแพทย์ควรทบทวนประวัติการใช้ยา สมุนไพรและผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร และให้ความรู้หรือข้อควรระวังแก่ผู้ป่วยเช่นเดียวกับการให้คำปรึกษาด้านยา

คำสำคัญ: ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร, ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี, สมุนไพร

Abstract:

Objective: 1) To determine the type, cost, and perceived benefits of herbal products or dietary supplements use by human immunodeficiency virus (HIV) infected patients.

Material and Method: This was a prospective survey of herbal use by HIV-infected outpatients at Songklanagarind Hospital. A questionnaire was completed by HIV-infected outpatients from March 1 to August 30, 2010. There were two parts to the questionnaire: 1) demographic data, and 2) herbal products or dietary supplements consumption (the type, cost, and perceived benefits).

Results: One hundred outpatients were interviewed, 54 were females. The mean age (\pm standard deviation; S.D.) of the patients was 40.7 ± 8.9 years. Of these patients, 31% reported current use of herbal products or dietary supplements and 19% reported past use. Regarding product characteristics: 88.7% were extraction products in the form tablets, capsules or liquid, whereas 11.3% were unprocessed herbs (roots, leaf or flower). The most common types of herbal products or dietary supplements were Lingzhi tablets (16.4%), protein (16.4%) and vitamins (14.8%). Most patients (72%) consumed the products for not more than 1 year. The average monthly cost was 1,000 baht. Most of the patients deemed the benefits to be increased immunity (60%), increased appetite (12%) or enhanced anti-HIV effects (10%).

Conclusion: The study showed that half of the patients used herbal products or dietary supplements. Physicians, pharmacists and nurses should review the history of herbal products or dietary supplements for each patient as drug counseling.

Keywords: dietary supplement, herbs, HIV infected patients

บทนำ

ปัจจุบันโรคเอดส์ยังเป็นโรคติดเชื้อที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยาต้านเอชไอวีไปตลอดชีวิต¹⁻³ จากรายงานการศึกษาหลายฉบับพบว่าผู้ป่วยโรคเอดส์ เช่น โรคเอดส์ โรคมะเร็ง และโรคเบาหวาน ให้ความสนใจการแพทย์ทางเลือก (alternative medicine) เป็นจำนวนมาก⁴⁻⁸ สำหรับเหตุผล

ในการรักษาด้วยการแพทย์ทางเลือกในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ 1) ไม่พอใจการรักษาแพทย์แผนปัจจุบัน เนื่องจากไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ 2) หาได้ง่าย ราคาไม่แพง และสอดคล้องกับความเชื่อ 3) เชื่อว่ามีประสิทธิภาพในการรักษาโรค และทำให้ร่างกายแข็งแรงขึ้น 4) เพิ่มคุณภาพชีวิต และ 5) สามารถลดอาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านเอชไอวีได้⁴⁻⁹ นอกจากนี้

สื่อต่างๆ ก็มีการโฆษณาว่าอ้างสรรพคุณของสมุนไพรหรือผลิตภัณฑ์เสริมอาหารในการรักษาโรคติดเชื้อเอชไอวีอย่างมากมาย เช่น ลูกใต้ใบ ฟ้าทะลายโจร ขมิ้นชัน เห็ดหลินจือ และมะระขี้นก¹⁰ ซึ่งปัจจุบันยังไม่มีหลักฐานการวิจัยทางคลินิกอย่างชัดเจนเกี่ยวกับประสิทธิภาพของผลิตภัณฑ์ดังกล่าวในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ในขณะที่เดียวกันผลิตภัณฑ์ที่ผู้ป่วยใช้อาจส่งผลกระทบต่อโรคและยาด้านเอชไอวี เช่น ปัญหาปฏิกิริยาระหว่างยา ซึ่งอาจนำไปสู่การลดประสิทธิภาพของยาด้านเอชไอวีหรือเพิ่มอาการไม่พึงประสงค์ของยา และอาจลดความร่วมมือในการใช้ยาด้านเอชไอวีของผู้ป่วย ทำให้เกิดการดื้อยาตามมาได้¹¹⁻¹³ จากงานวิจัยในต่างประเทศพบการใช้สมุนไพรหรือผลิตภัณฑ์เสริมอาหารในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 60-70 ของผู้ป่วย^{5-6,14} ซึ่งในปัจจุบันยังไม่มีงานวิจัยที่สำรวจการใช้สมุนไพรและผลิตภัณฑ์เสริมอาหารในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการสำรวจการใช้สมุนไพรและผลิตภัณฑ์เสริมอาหารในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี เพื่อเป็นแนวทางในการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย และวางแผนแนวทางในการป้องกันการใช้สมุนไพรและผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่อาจส่งผลกระทบต่อโรคและยาด้านเอชไอวีต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อสำรวจชนิด ค่าใช้จ่าย และเหตุผลในการใช้สมุนไพรและผลิตภัณฑ์เสริมอาหารของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี

วัสดุและวิธีการ

เป็นการวิจัยเชิงสำรวจโดยใช้แบบสอบถามในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่รับการรักษาด้วยยาด้านเอชไอวีที่คลินิกอายุรกรรมโรคติดเชื้อ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โดยแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (เพศ อายุ ระดับการศึกษา และอาชีพ) และข้อมูลการใช้สมุนไพรหรือผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร (ใช้หรือไม่ใช้ ผลิตภัณฑ์ที่ใช้ ระยะเวลาที่ใช้ ค่าใช้จ่าย และเหตุผลในการใช้) ซึ่งเป็น

แบบสอบถามที่ได้จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้สมุนไพรหรือผลิตภัณฑ์เสริมอาหารในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี เมื่อมีการนำไปทดสอบกับผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 30 ราย มีค่า Cronbach's alpha coefficient ที่ระดับ 0.90 ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล ระหว่างวันที่ 1 มีนาคม - 30 สิงหาคม พ.ศ. 2553 และวิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนาโดยใช้โปรแกรม software package used for statistical analysis (SPSS for Windows®) version 17.0 แสดงข้อมูลในรูปร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา

การศึกษาคั้งนี้มีผู้เข้าร่วมงานวิจัยจำนวน 100 ราย เป็นเพศหญิง ร้อยละ 54 มีอายุเฉลี่ย (±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 40.7±8.9 ปี กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 33 และ 28 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี และประกอบอาชีพค้าขายหรือธุรกิจส่วนตัว (ตารางที่ 1) ผลการสำรวจการใช้สมุนไพรหรือผลิตภัณฑ์เสริมอาหารพบว่า ร้อยละ 50 ของกลุ่มตัวอย่างเคยใช้สมุนไพรหรือผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร โดยมีการใช้อยู่ในปัจจุบัน ร้อยละ 31 และเคยใช้ในอดีต ร้อยละ 19 ตามลำดับ

ลักษณะของผลิตภัณฑ์ส่วนใหญ่ที่ผู้ป่วยใช้อยู่ในรูปแบบอัดเม็ด แคปซูล หรือสารสกัดในรูปของเหลว ร้อยละ 88.7 และในรูปแบบยาดมสมุนไพรหรือยา ลูกกลอน ร้อยละ 11.3 (ตารางที่ 2) โดย 3 ลำดับแรก ของสมุนไพรหรือผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่มีการใช้มากที่สุด คือ เห็ดหลินจืออัดเม็ด (ร้อยละ 16.4) โปรตีนสกัด (ร้อยละ 16.4) และวิตามิน (ร้อยละ 14.8) สำหรับระยะเวลาในการใช้สมุนไพรหรือผลิตภัณฑ์เสริมอาหารพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 72) ใช้ผลิตภัณฑ์เป็นระยะเวลาไม่เกิน 1 ปี (ตารางที่ 3) ส่วนค่าใช้จ่ายในการใช้สมุนไพรหรือผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร พบว่าผู้ป่วย ร้อยละ 65.4 เสียค่าใช้จ่ายต่อเดือนไม่เกิน 1,000 บาท (ตารางที่ 4) และเหตุผลในการใช้สมุนไพรหรือผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ได้แก่ เสริมสร้างภูมิคุ้มกัน ช่วยเจริญอาหาร และฆ่าเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 60 12 และ 10 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยในกลุ่มที่ใช้และ

ไม่ใช้สมุนไพรหรือผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร พบว่า ไม่มี ความแตกต่างกันทางด้านเพศและอายุ แต่แตกต่างกัน ในด้านระดับการศึกษา โดยพบว่าผู้ป่วยในกลุ่มที่ใช้ สมุนไพรหรือผลิตภัณฑ์เสริมอาหารส่วนใหญ่มีการศึกษา ในระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 40) ส่วนผู้ป่วยที่ไม่ใช้ สมุนไพรหรือผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ส่วนใหญ่มีการศึกษา ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 52) (ตารางที่ 5) และเมื่อทบทวนผลการรักษาในผู้ป่วย พบว่าในกลุ่ม ผู้ป่วยที่ไม่ใช้สมุนไพรหรือผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร มีผู้ป่วย 1 ราย จาก 50 ราย ที่ไม่สามารถกดเชื้อไวรัสได้ (ร้อยละ 2) ในขณะที่กลุ่มผู้ป่วยที่มีการใช้สมุนไพรหรือผลิตภัณฑ์ เสริมอาหาร มีผู้ป่วย 9 ราย จาก 50 ราย ที่ไม่สามารถ กดเชื้อไวรัสได้ (ร้อยละ 18)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (n=100)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
หญิง	54 (54)
ชาย	46 (46)
อายุเฉลี่ย (ปี)	
ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (ช่วงพิสัย)	40.7±8.9 (22-67)
ระดับการศึกษา	
ประถมศึกษาชั้นปีที่ 1-6	9 (9)
มัธยมศึกษาตอนต้น (ม.1-ม.3)	32 (32)
มัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.4-ม.6) หรือ หลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.)	14 (14)
ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)	2 (2)
ปริญญาตรี	9 (9)
สูงกว่าปริญญาตรี	33 (33)
อาชีพ	
เกษตรกรรวม	1 (1)
ค้าขายหรือธุรกิจส่วนตัว	12 (12)
นักเรียนหรือนักศึกษา	28 (28)
รัฐวิสาหกิจ	2 (2)
รับจ้างทั่วไป	4 (4)
รับราชการ	18 (18)
อื่นๆ	22 (22)
	14 (14)

ตารางที่ 2 ชนิดของสมุนไพรหรือผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร

สมุนไพรหรืออาหารเสริม	ร้อยละ
ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่มีการแปรรูปอัดเม็ด	88.7
แคปซูล หรือสารสกัดในรูปของเหลว	
โปรตีนสกัด	16.4
เห็ดหลินจือ	16.4
วิตามิน	14.8
ไม่สามารถระบุชนิดได้	14.8
น้ำมันจมูกข้าว	8.2
มะรุม	8.2
กระเทียมอัดเม็ด	3.3
ฟ้าทลายโจร	3.3
น้ำเปลือกมังคุด	3.3
ยาต้มสมุนไพรหรือยาลูกกลอน	11.3

ตารางที่ 3 ระยะเวลาที่ใช้สมุนไพรหรือผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร

ระยะเวลา	ร้อยละ
1-6 เดือน	30
6-12 เดือน	42
1-5 ปี	22
5-10 ปี	6

ตารางที่ 4 ค่าใช้จ่ายต่อเดือนของสมุนไพรหรือผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร

ค่าใช้จ่ายต่อเดือนของสมุนไพรหรือผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร (บาท)	ร้อยละของผู้ป่วย
0-500	34.6
501-1,000	30.8
1,001-2,000	23.1
2,001-5,000	3.9
5,001-10,000	7.7

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มที่ใช้และไม่ใช้สมุนไพรหรือผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร

ข้อมูลทั่วไป	ผู้ป่วยที่ใช้สมุนไพรหรือผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร (ร้อยละ) N=50	ผู้ป่วยที่ไม่ใช้สมุนไพรหรือผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร (ร้อยละ) N=50
เพศ		
หญิง	27 (54)	27 (54)
ชาย	23 (46)	23 (46)
อายุเฉลี่ย (ปี)		
ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (ช่วงพิสัย)	41±8.5 (22-67)	40.7±8.2 (22-60)
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษาชั้นปีที่ 1-6	7 (14)	2 (4)
มัธยมศึกษาตอนต้น (ม.1-ม.3)	6 (12)	26 (52)
มัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.4-ม.6) หรือ	10 (20)	4 (8)
หลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.)	1 (2)	1 (2)
ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)	5 (10)	4 (8)
ปริญญาตรี	20 (40)	13 (26)
สูงกว่าปริญญาตรี	1 (2)	-
อาชีพ		
เกษตรกร	5 (10)	7 (14)
ค้าขายหรือธุรกิจส่วนตัว	19 (38)	9 (18)
นักเรียนหรือนักศึกษา	1 (2)	1 (2)
รัฐวิสาหกิจ	1 (2)	3 (6)
รับจ้างทั่วไป	7 (14)	11 (22)
รับราชการ	11 (22)	11 (22)
อื่นๆ	6 (12)	8 (16)

วิจารณ์

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยมีการใช้สมุนไพรหรือผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศ คือ ร้อยละ 60-70 ของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีมีการใช้สมุนไพรหรือผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร^{4,5,11,14-23} ในอดีตกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้สมุนไพรหรือผลิตภัณฑ์เสริมอาหารส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาไม่เกินระดับมัธยมปลาย^{17,24} แต่ในงานวิจัยนี้กลับพบว่าเป็นผู้ป่วยที่มีการศึกษาในระดับปริญญาตรี อาจเนื่องมาจากกลุ่มคนที่มีการศึกษาสูงส่วนใหญ่จะมีฐานะทางเศรษฐกิจดี ดังนั้นอาจจะมีทางเลือกในการ

รักษามากกว่า ประกอบกับผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลได้ง่ายกว่า เช่น ทางอินเทอร์เน็ต และการโฆษณาตามสื่อต่างๆ รวมทั้งปัจจุบันสามารถหาซื้อสมุนไพรหรือผลิตภัณฑ์เสริมอาหารได้ง่ายกว่าในอดีต โดยชนิดของสมุนไพรและผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่มีการใช้มากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ เห็ดหลินจืออัดเม็ด โปรตีนสกัด และวิตามิน ซึ่งจะใกล้เคียงกับผลการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่าผลิตภัณฑ์ที่ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีนิยมใช้มากที่สุด คือ วิตามิน (ร้อยละ 30-60)^{14,17,18,23} สำหรับเหตุผลของการใช้สมุนไพรและผลิตภัณฑ์เสริมอาหารคือ เพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกัน ช่วยเจริญอาหารและฆ่าเชื้อ

เอชไอวี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศ^{14, 23} ในด้านค่าใช้จ่ายในการใช้สมุนไพรและผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เสียค่าใช้จ่ายไม่เกิน 1,000 บาท ต่อเดือน ซึ่งน้อยกว่าการศึกษาในต่างประเทศ เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายเท่ากับ 938 ดอลลาร์ต่อรายต่อปี⁵ และการศึกษาในประเทศแคนาดา พบว่าผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายมากกว่า 50 ดอลลาร์ต่อรายต่อเดือน¹⁸ ทั้งนี้อาจเนื่องจากผลิตภัณฑ์ที่ใช้ส่วนใหญ่เป็นสมุนไพรแปรรูปที่ผลิตภายในประเทศ ซึ่งมีต้นทุนที่ต่ำก็เป็นได้

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ในปัจจุบัน ข้อมูลเกี่ยวกับปฏิกริยาระหว่างยาต้านเอชไอวีกับสมุนไพรหรือผลิตภัณฑ์เสริมอาหารมีค่อนข้างจำกัด โดยข้อมูลเกี่ยวกับสมุนไพรหรือผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่อาจมีผลกับยาต้านเอชไอวี ได้แก่ St. John's wort กระเทียม และวิตามินซี เป็นต้น²⁵⁻²⁹ ซึ่งมีฤทธิ์เหนี่ยวนำเอนไซม์ตับ ทำให้ระดับยาต้านเอชไอวีบางชนิดลดลง ตัวอย่างการศึกษาของ Slain และคณะ²⁹ ที่พบว่าเมื่อผู้ป่วยรับประทานวิตามินซีขนาด 1,000 มิลลิกรัมต่อวัน ร่วมกับยา indinavir ทำให้ระดับยาสูงสุดในเลือดของ indinavir (maximum concentration, Cmax) ลดลงร้อยละ 20 เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่ได้รับประทานวิตามินซีร่วมด้วย (10.3 ± 1.5 ไมโครกรัมต่อมิลลิลิตร กับ 8.2 ± 2.9 ไมโครกรัมต่อมิลลิลิตร, $p=0.04$) และการศึกษาของ Stephen และคณะ³⁰ ที่พบว่าเมื่อผู้ป่วยรับประทานกระเทียมอัดเม็ดร่วมกับยา saquinavir ระดับยาสูงสุดในเลือดของ saquinavir ลดลง (Cmax) ร้อยละ 50 นอกจากนี้สารบางชนิดอาจมีฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์ตับ ซึ่งอาจส่งผลให้ระดับยาต้านเอชไอวีเพิ่มขึ้น เช่น เห็ดหลินจือ ซึ่งมีข้อมูลว่าสามารถยับยั้งการทำงานของ CYP2E1, CYP1A2 และ CYP3A31 และมะรุมซึ่งสามารถยับยั้งการทำงานของ CYP3A432 โดยในการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยมีการใช้สมุนไพรหรือผลิตภัณฑ์เสริมอาหารชนิดดังกล่าวด้วย และเมื่อทบทวนผลการรักษาในผู้ป่วย พบว่ามีผู้ป่วยร้อยละ 2 ในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช้สมุนไพรหรือ

ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่ไม่สามารถกดเชื้อไวรัสได้ในขณะที่กลุ่มผู้ป่วยที่มีการใช้สมุนไพรหรือผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร มีผู้ป่วยร้อยละ 18 ที่ไม่สามารถกดเชื้อไวรัสได้ อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาดังกล่าวอาจเกิดจากปัจจัยอื่น เช่น ความร่วมมือในการใช้ยาต้านเอชไอวีของผู้ป่วย นอกจากนี้การใช้สมุนไพรและผลิตภัณฑ์เสริมอาหารอาจทำให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มลดความร่วมมือในการใช้ยา จากงานวิจัยของ Owen-Smith และคณะในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีเพศหญิงที่ใช้สมุนไพรจะมีความร่วมมือในการใช้ยาต้านเอชไอวีน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ใช้สมุนไพร 1.69 เท่า (confidence interval (CI): 1.02-2.80; $p=0.041$)³³ ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์ควรเฝ้าระวังความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยที่มีการใช้สมุนไพรและผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร การศึกษานี้เป็นการศึกษาเบื้องต้นเพื่อสำรวจการใช้สมุนไพรและผลิตภัณฑ์เสริมอาหารในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี จึงมีข้อจำกัดบางประการเช่น 1) ไม่ได้ศึกษาผลกระทบของการใช้สมุนไพรและผลิตภัณฑ์เสริมอาหารต่อผลลัพธ์ทางการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวี 2) ผู้ป่วยบางรายอาจให้ข้อมูลที่ไม่ครบถ้วนหรืออาจปิดบังได้ และ 3) จำนวนผู้ป่วยที่ใช้สมุนไพรและผลิตภัณฑ์เสริมอาหารอาจน้อยกว่าค่าความเป็นจริง เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการสำรวจในกลุ่มผู้ป่วยที่มารับยาที่คลินิกอายุรกรรมโรคติดเชื้อ ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ติดตามการรักษาด้วยยาแผนปัจจุบันอย่างต่อเนื่อง แต่มีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่ไม่ได้มาตามแพทย์นัด ซึ่งผู้ป่วยเหล่านั้นอาจมีแนวโน้มที่ใช้สมุนไพรและผลิตภัณฑ์เสริมอาหารในการรักษาอย่างมากก็เป็นได้

ผลการศึกษาในครั้งนี้เป็นแนวทางในการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย และวางแนวทางในการป้องกันการใช้สมุนไพรและผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่อาจส่งผลกระทบต่อโรคและยาต้านเอชไอวี อย่างไรก็ตามบุคลากรทางการแพทย์ควรมีการทบทวนประวัติการใช้ยา สมุนไพร และผลิตภัณฑ์เสริมอาหารในผู้ป่วยแต่ละราย และให้ความรู้หรือคำปรึกษาแก่ผู้ป่วยเช่นเดียว

กับการให้คำปรึกษาด้านยา นอกจากนี้ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงผลกระทบต่อโรคและยาต้านเอชไอวี ตลอดจนผลกระทบต่อจนความร่วมมือในการใช้ยาต้านเอชไอวีของผู้ป่วยเพิ่มเติมต่อไปในอนาคต

สรุป

ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีมีการใช้สมุนไพรหรือผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ซึ่งสมุนไพรหรือผลิตภัณฑ์เสริมอาหารบางชนิดอาจส่งผลกระทบต่อยาต้านเอชไอวี ดังนั้น บุคลากรทางการแพทย์ควรมีการทบทวนประวัติการใช้ยา สมุนไพร และผลิตภัณฑ์เสริมอาหารในผู้ป่วยแต่ละราย และให้ความรู้หรือคำปรึกษาแก่ผู้ป่วยเช่นเดียวกับการให้คำปรึกษาด้านยา

เอกสารอ้างอิง

1. Developed by the HHS Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents - A Working Group of the Office of AIDS Research Advisory Council (OARAC). Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-1-infected adults and adolescents [homepage on the Internet]. Rockville: AIDS info; 2009 [cited 2010 Apr 11]. Available from: <http://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/AdultandAdolescentGL001419.pdf>
2. World Health Organization. Antiretroviral therapy for HIV infection in adults and adolescents: recommendations for a public health approach [homepage on the Internet]. Geneva: World Health Organization; 2010 [cited 2010 Apr 11]. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599764_eng.pdf
3. Development center of antiretroviral drugs for patients infected with HIV and AIDS in Thailand. National Guidelines on HIV/AIDS Diagnosis and Treatment 2010. Bangkok: Chumnumkankasate of Thailand Publishing House; 2010.
4. Duggan J, Peterson WS, Schutz M, et al. Use of complementary and alternative therapies in HIV-

infected patients. *AIDS Patient Care STDS* 2001; 15: 159 - 69.

5. Fairfield KM, Eisenberg DM, Davis RB, et al. Patterns of use, expenditures, and perceived efficacy of complementary and alternative medicine in HIV infected patients. *J Arch Intern Med* 1998; 158: 2257 - 64.
6. Gore-Felton C, Vosvick M, Power R, et al. Alternative therapies: a common practice among men and women living with HIV. *J Assoc Nurses AIDS Care* 2003; 14: 17 - 27.
7. Astin JA. Why patients use alternative medicine. *JAMA* 1998; 279: 1548 - 53.
8. Gardiner P, Phillips R, Shaughnessy AF. Herbal and dietary supplement-drug interactions in patients with chronic illnesses. *Physician* 2008; 77: 73 - 8.
9. Liu JP, Manheimer E, Yang M. Herbal medicines for treating HIV infection and AIDS (Review). Cochrane Collaboration Published [serial on the Internet]. 2009 [cited 2009 Dec 19]. Available from: http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD003937/pdf_fs.html
10. Herbal treatment for AIDS. [homepage on the Internet]. Thailand alternativecomplete.com 2009 [cited 2009 Dec 19]. Available from: <http://www.alternativecomplete.com/alternative3.php>
11. Castleman T, Seumo-Fosso E, Cogill B. Food and nutrition implications of antiretroviral therapy in resource limited settings. Technical Note No. 7 [serial on the Internet]. 2004 [cited 2009 Dec 14]. Available from: http://www.fantaproject.org/downloads/pdfs/tn7_ARVs.pdf
12. Ismail MYM. Herb-drug interactions and patient counseling. *Int J Pharm Pharm Sci* 2009; 1 (Suppl 1): S151 - 61.
13. Langlois-Klassen D, Kipp W, Rubaale T. Who's talking? Communication between health providers and HIV-infected adults related to herbal medicine for AIDS treatment in western Uganda. *Soc Sci Med* 2008; 67: 165 - 76.
14. Eisenberg DM, Kessler RC, Foster C, et al. Unconventional medicine in the United States:

- prevalence, costs, and patterns of use. *N Engl J Med* 1993; 328: 246 - 52.
15. Rivera JO, González-Stuart A, Ortíz M, et al. Guide for herbal product use by Mexican Americans In the largest Texas-Mexico border community. *Tex Med* 2006; 102: 46 - 56.
 16. So V. The use of Chinese herbal medicine by HIV-infected patients in China, Taiwan and Hong Kong [abstract no. WePeB6010]. *Int Conf AIDS* 2002; 14.
 17. Furler MD, Einarson TR, Walmsley S, et al. Use of complementary and alternative medicine by HIV-infected outpatients in Ontario, Canada. *AIDS Patient Care STDS* 2003; 17: 155 - 68.
 18. Dhallaa S, Chanb KJ, Montaner JSG, et al. Complementary and alternative medicine use in British Columbia--a survey of HIV positive people on antiretroviral therapy. *Complement Ther Clin Pract* 2006; 12: 242 - 8.
 19. Langlois-Klassen D, Kipp W, Jhangri GS, et al. Use of traditional herbal medicine by AIDS patients in Kabarole District, western Uganda. *Am J Trop Med Hyg* 2007; 77: 757 - 63.
 20. Siricharoenwong K, Inthong Y, Charoenporn P. Survey of medicinal plants, animal parts and minerals applied to HIV and cancer patients. *J Fac Nursing Burapha Univ* 1999; 1: 1 - 8.
 21. Wiwanitkit V. The use of CAM by HIV-positive patients in Thailand. *Complement Ther Med* 2003; 11: 39 - 41.
 22. Jiamton S, Kongsin S, Mahakkranukrao B, et al. Use of herbs among HIV-infected Thai individuals: a cross-sectional study from Thailand [abstract no. B11908]. *Int Conf AIDS* 2004; 15.
 23. Standish LJ, Greene KB, Bain S, et al. Alternative medicine use in HIV-positive men and women: demographics, utilization patterns and health status. *AIDS Care* 2001; 13: 197 - 208.
 24. Duggan J, Peterson WS, Schutz M. Use of complementary and alternative therapies in HIV-infected patients. *AIDS Patient Care STDS* 2001; 15: 159 - 67.
 25. Piscitelli SC, Gallicano KD. Interactions among drugs for HIV and opportunistic infections. *N Engl J Med* 2001; 344: 984 - 96.
 26. Hennessy M, Kelleher D, Spiers JP, et al. St John's wort increases expression of P-glycoprotein: implications for drug interactions. *Br J Clin Pharmacol* 2002; 53: 75 - 82.
 27. Lee LS, Andrade AS, Flexner C. Interactions between natural health products and antiretroviral drugs: pharmacokinetic and pharmacodynamic effects. *Clin Infect Dis* 2006; 43: 1052 - 9.
 28. Izzo AA, Ernst E. Interactions between herbal medicines and prescribed drugs an updated systematic review. *Drugs* 2009; 69: 1777 - 98.
 29. Slain D, Amsden JR, Khakoo RA, et al. Effect of high-dose vitamin C on the steady-state pharmacokinetics of the protease inhibitor indinavir in healthy volunteers. *Pharmacotherapy* 2005; 25: 165 - 70.
 30. Piscitelli SC, Burstein AH, Welden N. The Effect of garlic supplements on the pharmacokinetics of Saquinavir. *Clin Infect Dis* 2002; 34: 234 - 8.
 31. Wang X, Zhao X, Li D, et al. Effects of Ganoderma lucidum polysaccharide on CYP2E1, CYP1A2 and CYP3A activities in BCG-immune hepatic injury in rats. *Biol Pharm Bull* 2007; 30: 1702 - 6.
 32. Hari Kumar KB, Kuttan R. Inhibition of drug metabolizing enzymes (cytochrome P450) in vitro as well as in vivo by *Phyllanthus amarus* SCHUM & THONN. *Biol Pharm Bull* 2006; 29: 1310 - 3.
 33. Owen-Smith A, Diclemente R, Wingood G. Complementary and alternative medicine use decreases adherence to HAART in HIV-positive women. *AIDS Care* 2007; 19: 589 - 93.