

บทที่ 6

การอภิปรายผล

ผื่น PPE เป็นโรคที่พบเฉพาะในผู้ป่วยที่ติดเชื้อ HIV จากการศึกษาพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง โดยมากอยู่ในช่วงอายุ 21 - 30 ปี ซึ่งเป็นวัยเจริญพันธุ์ และร้อยละ 79 อยู่ในสถานะภาพสมรส ผู้ป่วยทุกรายมีปัจจัยเสี่ยงในการได้รับเชื้อ HIV โดยการติดต่อทางเพศสัมพันธ์แบบชาย-หญิง (Heterosexual Transmission)

เนื่องจากผื่น PPE เป็นผื่นที่พบกระจายมากที่ลำตัว แขน และขา มีอาการคันมาก ผื่นชนิดนี้มักเป็นเรื้อรังคือเป็นนานกว่า 1 เดือน แต่ผู้ป่วยส่วนมากไม่ได้สนใจ เพราะคิดว่าเกิดจากแมลงกัด แต่การกระจายของผื่น PPE ต่างจากผื่นที่เกิดจากยุงกัด เพราะผื่น PPE พบได้ทั่ว ๆ ไปทั้งในและนอกร่มผ้าผู้ที่อยู่ในครอบครัวเดียวกันหรือผู้ใกล้ชิดที่อยู่ในภาวะแวดล้อมเดียวกับผู้ป่วยก็ไม่พบผื่นชนิดนี้ และต่างจากผื่นที่เกิดจากหิด คือ ไม่มีรายงานว่าพบผื่นชนิดนี้ที่ซอกระหว่างนิ้วมือและนิ้วเท้า (Liataud et al., 1989)

ในการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยถึง 13 คนใน 14 ราย จัดอยู่ในระยะเอดส์เต็มขั้น โดยมีจำนวนเซลล์ CD4 lymphocyte 3-108 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ซึ่งตรงกับการศึกษาของ Rosenthal และคณะ (1991) ที่พบว่าผื่น PPE มักพบในผู้ป่วยที่มีจำนวนเซลล์ CD4 T lymphocyte น้อยกว่า 250 - 300 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร แสดงว่าผื่นชนิดนี้มักพบในผู้ป่วยที่มีระดับภูมิคุ้มกันลดต่ำลง ซึ่งอาจใช้บอกแนวโน้มที่ผู้ป่วยจะมีโอกาสติดเชื้อฉวยโอกาสเพิ่มขึ้น และพบว่าผู้ป่วยคนที่ 8 มีการลดลงของจำนวนตุ่มหนองน้อยมาก ร่วมกับผู้ป่วยมีจำนวนเซลล์ CD4 T lymphocyte เพียง 3 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร อาจเนื่องจากผู้ป่วยมีภูมิคุ้มกันต่ำมาก จึงทำให้การตอบสนองต่อการรักษาน้อยลงด้วย

การศึกษานี้ทำในผู้ป่วยคนเดียวกัน โดยแต่ละด้านของร่างกายจะได้รับส้อมตัวอย่างว่าด้านใดของร่างกายจะได้รับการฉายแสง UVB ส่วนด้านที่เหลือจะให้ placebo การที่ใช้ร่างกายอีกด้านเป็นกลุ่มควบคุมมีผลดี คือ สามารถลดความผันแปรของลักษณะประชากรที่ต่างกันได้

การศึกษานี้ได้ทำการวัดค่า MED ในผู้ฉายแสงเดียวกันกับที่ใช้ในการรักษา ซึ่งค่า MED นี้สามารถใช้คำนวณปริมาณของแสงในการรักษาได้ถูกต้องยิ่งขึ้น ซึ่งจากวิธีวัดข้างต้นอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ค่า MED ที่ได้น้อยกว่า ค่า MED ที่ทำในคนไทยที่มีผื่น pityriasis rosea (PR) (Leenutaphong and Jaimton, 1995) ที่ใช้เครื่องกำเนิดแสงในการวัด MED และการรักษาคนละเครื่อง และมีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคเอดส์มีความไวต่อแสง UVB ไม่ต่างจากคนปกติโดยการวัดค่า MED (Kaporis et al., 1995)

จากผลการศึกษาพบว่า หลังจากรักษาครบ 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยมีจำนวนตุ่มหนองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทั้งในด้านที่ได้รับแสง UVB และด้านที่ได้ placebo โดยยังไม่ทราบกลไกในการลดลงของผื่น ซึ่งผลที่ได้ต่างจากที่ตั้งสมมติฐานไว้ข้างต้น เนื่องจากหลักการใช้แสง UVB ในการรักษาโรคต่าง ๆ ยังไม่มีการกำหนดแน่นอนว่าจะใช้ปริมาณแสง, ความถี่ในการรักษาและระยะเวลาในการรักษาเท่าใด ผู้ทำการวิจัยจึงเลือกใช้หลักการฉายแสงเดียวกับการวิจัยที่ทำในคนไทยที่มีผื่น PR ซึ่งความรุนแรงของผื่น PR ลดลงเฉพาะข้างที่ได้รับแสง UVB เท่านั้น ส่วนข้างที่ได้รับ placebo คือแสง UVA 1 จูลล์ ไม่พบการเปลี่ยนแปลงใด ๆ (Leenutaphong and Jaimton, 1995)

ผลการวิจัยนี้อาจเนื่องจาก

- 1) เป็นผล systemic effect ของแสง UVB ที่อาจเกิดจากการทาครีม Hydrophillic base ทาก่อนฉายแสง ทำให้แสงผ่านได้ดีขึ้น เพราะมีการศึกษาพบว่าน้ำ และสารมีประจุสามารถเพิ่มการผ่านของแสงลงไปผิวหนัง โดยลดการกระจายแสง (White et al., 1978)
- 2) ผื่น PPE อาจหายเอง ซึ่งเคยมีรายงานว่าถ้าผู้ป่วยไม่เกาผื่นอาจหายใน 2 - 8 วัน (Colebunders et al., 1987)
- 3) ผลของครีม Hydrophillic base เองที่ทำให้ผื่นลดลงนั้นคิดถึงน้อย เพราะเคยมีรายงานว่ายาทาพวก emollient ไม่ได้ผลในการรักษาผื่น PPE (Buchness et al., 1988)

ผลการศึกษาพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างอัตราการลดลงของผื่น PPE กับระยะเวลาของการมีผื่น จึงไม่สามารถหาระยะเวลาของผื่นมาใช้ในการทำนายและผลการรักษา และไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างอัตราการลดลงของผื่น PPE กับปริมาณรวมของแสง UVB ที่ผู้ป่วยได้รับ

นอกจากนี้ยังพบว่า ไม่มีการเปลี่ยนแปลงของอาการคันก่อนและหลังการรักษา ซึ่งอาการคันเป็นสิ่งที่ไม่สามารถวัดออกมาเป็นตัวเลข (subjective measurement) ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อย ผู้ป่วยอาจไม่สามารถบอกความแตกต่างของอาการคันได้ ผู้วิจัยคิดว่ากรณีที่ไม่มีผลลดลงของอาการคันอาจเนื่องจาก

- 1) การฉายแสง 5 ครั้งต่อสัปดาห์ อาจทำให้เกิดผิวแห้งได้มาก จึงทำให้เกิดอาการคัน (Jekler, 1992)
- 2) หลักการให้แสง UVB ในผู้ป่วย PR ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาใช้ พบว่าสามารถลดได้เฉพาะความรุนแรงของผื่น PR แต่ไม่สามารถลดอาการคันได้ แต่การศึกษาของ Pardo และคณะ (1992) ซึ่งทำการรักษาผู้ป่วยที่มีผื่น PPE โดยใช้แสง UVB 3 ครั้งต่อสัปดาห์จนกว่าจะหายคัน ซึ่งยังไม่มีข้อสรุป

การศึกษาผลเลือดก่อนและหลังการรักษา ไม่พบว่ามี การลดลงของระดับภูมิคุ้มกันทั่วไปโดยใช้การวัดจำนวนเซลล์ CD4 T lymphocyte และเซลล์ CD8 T lymphocyte ในเลือดพบว่าเซลล์เหล่านี้ไม่มีจำนวนลดลง แสดงว่าแสง UVB ไม่มีผลในการกดภูมิคุ้มกัน ซึ่งคล้ายกับการศึกษาของ Pardo และคณะ (1992) ส่วนการศึกษา HIV-RNA เพื่อบอกถึงปริมาณของเชื้อ HIV virus ในกระแสเลือดว่าเพิ่มขึ้นหรือไม่หลังการฉายแสง นับเป็นการศึกษาที่ควรศึกษาอย่างยิ่ง เพราะการนับเฉพาะจำนวนเซลล์ CD4 หรือ CD8 T lymphocyte ไม่ได้บอกถึงปริมาณของเชื้อโดยตรง นอกจากนี้ยังพบภาวะ eosinophilia ซึ่งเคยมีรายงาน (Ishii, 1994) โดยยังไม่ทราบสาเหตุ

หลังจากหยุดการรักษาพบว่าผู้ป่วยมีการกลับเป็นซ้ำของโรค โดยมีระยะเวลาที่ผื่นสงบได้นานประมาณ 1 เดือน ซึ่งให้ผลที่ดี เนื่องจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผื่น PPE มักเกิดขึ้นใหม่ทุกวัน (Bason, 1993) ซึ่งมีผลเสียต่อร่างกายและจิตใจ

จากผลการศึกษาข้างต้น ผู้วิจัยจึงขอเสนอแนะแนวทางในการหาคำตอบเพิ่มเติมโดย

1. เพิ่มจำนวนประชากรที่เข้าร่วมทำการศึกษา ซึ่งในการศึกษาคั้งนี้มีหลักเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีผื่น PPE ซึ่งต้องไม่มีโรคติดต่อใด ๆ และต้องไม่ได้รับยาอื่นที่ไม่ใช่ยาอื่นที่ไม่ใช่ยาที่รักษา PPE ทำให้ได้ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษาน้อย
2. ทำการรักษาโดยใช้หลักการฉายแสงแบบอื่น เช่น การฉายแสง 3 ครั้ง ต่อสัปดาห์ ซึ่งอาจให้ผลการรักษาที่ต่างไป
3. อาจใช้หลักการฉายแสงแบบเดิม แต่ทำการศึกษาในผู้ป่วย 3 กลุ่ม คือ กลุ่มหนึ่งได้รับแสง UVB อีกกลุ่มได้ placebo กลุ่มสุดท้ายได้รับทั้งแสง UVB และ placebo เพื่อช่วยแก้ปัญหาที่ว่าแสง UVB มีผลในการรักษาหรือไม่ และผื่นหายเองหรือไม่
4. เพิ่มระยะเวลาการศึกษาและการติดตามผล เช่นเพิ่มสัปดาห์ที่จะฉายแสงให้นานขึ้น
5. ตรวจหาระดับสารพันธุกรรม RNA ของเชื้อ HIV ในเลือดก่อนและหลังการรักษา เพื่อศึกษาว่า แสง UVB มีผลต่อการเพิ่มจำนวนของเชื้อ HIV หรือไม่