

ย่อวารสาร

The Thresh Old for Prophylactic Platelet Transfusions in Adults with Acute Myeloid Leukemia

Rebcella P, Finzzi G, Morangoni F, et al. N Engl J Med 1997;337:1870-5.

ผู้ป่วย AML หลังจากได้รับ induction chemotherapy มักจะมีเกร็ดเลือดต่ำ บางครั้งมีการทำงานของเกร็ดเลือดเสียไปจากยาต่างๆ ผู้ป่วยมักเกิดปัญหาจากการติดเชื้อ ผลรวมทำให้มีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออกเพิ่มขึ้น การศึกษาครั้งนี้เป็น multicenter study ทำในประเทศอิตาลี ตั้งแต่ มีนาคม 2537 - มีนาคม 2539 โดยศึกษาผู้ป่วย AML ทุก subtypes ยกเว้น acute promyelocytic leukemia อายุ 16 - 70 ปี ทั้งสิ้น 255 ราย ซึ่งจะได้ ทำ induction chemotherapy ครั้งแรก โดยมีการแยกผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่ม เมื่อเปรียบเทียบว่า การให้ platelet transfusion เป็น primary prevention กลุ่มแรกที่ระดับเกร็ดเลือดต่ำกว่า 10,000/cu mm หรือ มีระดับ 10,000-20,000/cu mm ร่วมกับมีไข้มากกว่า 38°C มี active bleeding หรือเตรียมจะทำหัตถการที่ invasive กลับกลุ่มที่ 2 ซึ่ง ระดับเกร็ดเลือดต่ำกว่า 20,000/cu mm โดยเปรียบเทียบ outcome ของทั้ง 2 กลุ่ม ผู้ป่วยกลุ่มแรกมี 135 ราย และกลุ่มที่ 2 จำนวน 120 ราย ทั้ง 2 กลุ่มจะได้ induction chemotherapy ซึ่งประกอบด้วย Ara C, etoposide, idarubicin หรือ mitoxantrone หรือ daunorubicin แล้วได้ยาจะมีการติดตามผู้ป่วยไปจนกระทั่งได้ complete remission หรือ ผู้ป่วยต้องการรักษา หรือเกร็ดเลือดสูงมากกว่า 100,000/ cu mm หรือ ผู้ป่วยเสียชีวิต ผู้ป่วยจะได้รับ packed red cell transfusion เมื่อ Hct น้อยกว่า 24% และมีการตรวจ CBC ทุกเช้าโดยให้เกร็ดเลือดตามข้อกำหนดข้างต้น outcome ได้แก่ bleeding โดยแบ่ง

ระดับเป็น 8 ระดับ ตั้งแต่ 0 ถึง 7 0=no bleeding 1=petechiae or mucosal or retinal bleeding not require red - cell transfusion จนถึงระดับ 7 = fatal noncerebral bleeding minor bleeding จะถือว่า = ระดับ 1 ถ้ามากกว่านี้ จะถือว่าเป็น major bleeding

ผลการศึกษาพบว่าถ้าใช้ระดับเกร็ดเลือดน้อยกว่า 10,000/cu mm เป็น threshold จะทำให้ platelet transfusion น้อยกว่า กลุ่มที่ใช้ระดับเกร็ดเลือด น้อยกว่า 20,000/ cu mm ถึง 21.5% (p=0.001) ความต้องการ PRC transfusion ไม่แตกต่างกัน คือ 9 ใน 135 ราย ในกลุ่มแรก และ 8 ใน 120 ราย ในกลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยที่ใช้ระดับ threshold น้อยกว่า 10,000/ cu mm จะอยู่ในโรงพยาบาลนานกว่า กลุ่มที่ 2 ประมาณ 8 ชั่วโมง major bleeding พบ 21.5 ในกลุ่มแรก และ 20% ในกลุ่มที่ 2 (p=0.41) มีผู้ป่วยเพียง 1 รายในกลุ่มที่ใช้ threshold น้อยกว่า 10,000/cu mm ซึ่ง fatal cerebral hemorrhage โดยสรุป การให้เกร็ดเลือดในผู้ป่วย AML ที่ได้ induction chemotherapy เมื่อเกร็ดเลือดต่ำกว่า 10,000/ cu mm เมื่อเทียบกับเมื่อเกร็ดเลือดต่ำกว่า 20,000/cu mm จะได้ outcome ไม่แตกต่างกัน แต่จะสามารถประหยัดการให้เกร็ดเลือดได้ถึง 21.5%

วรุฒม์ เรืองอัครเดช

แพทย์ประจำบ้าน กองอายุรกรรม

รพ.พระมงกุฎเกล้า

วิจารณ์

ปัญหาเลือดออกพบได้บ่อยในผู้ป่วยที่เกร็ดเลือดต่ำ และการให้เกร็ดเลือดในผู้ป่วยเหล่านี้ เพื่อป้องกันเลือดออก มักจะถือระดับที่ 20,000/cu mm (non randomized study) ซึ่งเป็น traditional level ที่แพทย์ถือปฏิบัติมาเป็นเวลานาน ได้มีรายงานหลายฉบับที่ พบว่าผู้ป่วยสามารถทนระดับเกร็ดเลือดที่ต่ำกว่านี้ได้ เช่นที่ระดับ 10,000/cu mm โดยยังมีปัญหาเลือดออก ซึ่งจุดประสงค์ก็เพื่อจะลดการให้เกร็ดเลือดลง เนื่องจากการให้เกร็ดเลือดบ่อยครั้งจะทำให้เกิด platelet sensitization และเกิด refractoriness ตามมา ในรายงานฉบับนี้เป็น multicenter randomized study ทำให้ผู้ป่วยโรคเดียวกัน คือ AML ซึ่งเกิดเกร็ดเลือดต่ำ จากสาเหตุการสร้างลดลง และพบว่าการให้เกร็ดเลือด เมื่อระดับต่ำลงถึง 10,000/cu mm ก็ได้ผลไม่ต่างกับเมื่อระดับ 20,000/cu mm แต่อย่างไรก็ตามคนรายงานก็ให้เกร็ดเลือด เมื่อระดับอยู่ระหว่าง 10,000 - 20,000/cu mm ถ้าผู้ป่วยมีไข้ มี active bleeding หรือจำเป็นต้องได้รับหัตถการที่

invasive ผลสรุปคือ ทำให้ประหยัดการให้เกร็ดเลือดได้ถึง 21.5% ในความเป็นจริงผู้ป่วย AML ส่วนใหญ่มักมีไข้ทั้งก่อน และหลังให้ induction chemotherapy ดังนั้นจึงมีโอกาสนឹងได้เกร็ดเลือดที่ระดับ threshold 20,000/cu mm ก่อนข้างมากกว่า วิธีที่จะตัดสินใจได้ดีที่สุด คือ ดูอาการของผู้ป่วยเป็นหลัก ถ้าผู้ป่วยมีอาการเลือดออกชัดเจน (ซึ่งต้องอาศัยการตรวจร่างกายอย่างสม่ำเสมอเป็นระยะ) ก็ควรจะพิจารณาให้เกร็ดเลือด ข้อที่น่าสนใจคือ ผู้ป่วยบางรายมีเลือดออกใน silent area ซึ่งอาจเกิดอันตรายได้มาก ถ้าไม่สามารถวินิจฉัยได้ทันได้แก่ที่ในสมอง หรืออวัยวะภายใน การประเมินผู้ป่วยเป็นระยะทั้งอาการ อาการแสดงและผลตรวจเลือด CBC จึงนับว่าสำคัญ เพราะอาจจะเป็น indicator ที่ดีว่าเราควรให้เกร็ดเลือดกับผู้ป่วยหรือไม่

อภิชัย ลีละสิริ

หน่วยโลหิตวิทยา กองอายุรกรรม

รพ.พระมงกุฎเกล้า