

# เล่าเรื่อง Stroke News

พญ. นภาศรี ชัยสินอ่อนนันต์กุล

โรงพยาบาลพญาไท 1

อาจารย์พิเศษ ศูนย์โรคหลอดเลือดสมอง

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

สวัสดีท่านผู้อ่านทุกท่านคะ เป็นอย่างไรกันแล้วบ้าง หลังจากที่น้องๆแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอดเคร่งเครียดกับการอ่านหนังสือเตรียมตัวสอบ สุดท้ายก็บรรลุปเป้าหมาย จึงขอแสดงความยินดีกับน้องๆ resident และ stroke fellow ทุกท่านนะคะ 😊

ในฉบับนี้เราจะมาเล่าเรื่องยา antiplatelet กัน บางครั้งอาจจะเคยมีคำถามในใจว่าเมื่อไรเราจะให้ยาต้านเกล็ดเลือดสองตัว เอ้! หรือจะให้ยาแค่ตัวเดียวดี เรามาหาคำตอบกันในงานวิจัยชิ้นนี้กันดีกว่าคะ **“Clopidogrel and Aspirin in Acute Ischemic Stroke and High-Risk TIA”** (N Engl J Med 2018;379:215–25) เป็นการศึกษาถึงการให้ยาต้านเกล็ดเลือดสองตัวคือ aspirin ร่วมกับ clopidogrel เปรียบเทียบกับ aspirin เพียงอย่างเดียว ในผู้ป่วยสมองขาดเลือดจำนวน 4881 ราย ที่มีอาการน้อย (NIHSS น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3) และมีอาการภายใน 12 ชั่วโมง โดยผู้ป่วยจะได้รับยา Clopidogrel 600 mg ในวันแรก ตามด้วยยา Clopidogrel 75 มก. ต่อวัน ร่วมกับยา aspirin ขนาด 50 มก. ถึง 325 มก. เปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับยา aspirin อย่างเดียว โดยขนาดของยา aspirin อาจแตกต่างกันขึ้นกับสถานที่ทำการศึกษา (site investigator) และติดตามผลการรักษาที่ 90 วัน

	Clopidogrel 600 mg on day 1 followed by 75 mg/day Aspirin (50–325 mg/day)
Ischemic Stroke Onset < 12 hrs	Aspirin (50–325 mg/day)

การศึกษานี้ได้หยุดก่อนกำหนด เพราะเมื่อมาประมวลผลในเรื่องของความปลอดภัยพบว่า กลุ่มที่ได้รับยาต้านเกล็ดเลือดสองตัว (aspirin+clopidogrel) มีอุบัติการณ์การในการเกิดสมองขาดเลือดซ้ำต่ำกว่า และก็มีภาวะเลือดออกมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยา aspirin เพียงตัวเดียว

ผลการศึกษาดังตารางที่ 1 อายุเฉลี่ยในกลุ่มที่ได้ aspirin+clopidogrel 65 ปี, เป็นผู้หญิงร้อยละ 45.1, เชื้อชาติเป็นคนผิวขาว ร้อยละ 75.2, ผิวดำ ร้อยละ 20, เอเชีย ร้อยละ 3.3 ความรุนแรงของโรค NIHSS เท่ากับ 2, ในกลุ่มที่ได้รับยา aspirin+placebo มีอายุเฉลี่ย 65 ปี, เป็นผู้หญิงร้อยละ 44.8, เชื้อชาติเป็นคนผิวขาวร้อยละ 74.9, ผิวดำ

ร้อยละ 20.7, เอเชีย ร้อยละ 2.8 ความรุนแรงของโรค NIHSS เท่ากับ 2

เมื่อติดตามผลการรักษาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับยา ASA+Clopidogrel มี primary outcome (stroke, MI, death from ischemic vascular causes) ร้อยละ 5 พบ secondary outcome ที่เป็น Ischemic

stroke ร้อยละ 4.6 และพบภาวะเลือดออก (major bleeding) ร้อยละ 0.9 ในขณะที่ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับ Aspirin ตัวเดียวพบว่ามี primary outcome ร้อยละ 6.5 พบ secondary outcome ที่เป็น Ischemic stroke ร้อยละ 6.3 และพบภาวะเลือดออก (major bleeding) ร้อยละ 0.4 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม

	Aspirin+Clopidogrel	Aspirin+Placebo
Median age (IQR) — yr	65.0 (55.0–74.0)	65.0 (55.0–74.0)
Female sex — no. (%)	1097 (45.1)	1098 (44.8)
Region — no. (%)		
United States	2014 (82.8)	2029 (82.9)
Other countries	418 (17.2)	420 (17.1)
Qualifying event — no. (%)		
TIA	1056 (43.4)	1052 (43.0)
Ischemic Stroke	1376 (56.6)	1397 (57.0)
NIHSS for ischemic stroke	2.0 (1.0–2.0)	2.0 (1.0–2.0)

ตารางที่ 2 แสดงประสิทธิภาพและความปลอดภัยของการรักษา

	Aspirin+Clopidogrel	Aspirin+Placebo	HR (95%CI)	P value
Primary outcome	121 patients (5%)	160 patients (6.5%)	0.75 (0.59–0.95)	0.02
Secondary outcome	Ischemic stroke 4.6%	Ischemic stroke 6.3%	0.72 (0.56–0.92)	0.01
Major bleeding	0.9%	0.4%	2.32 (1.10–4.87)	0.02

จากผลการศึกษาที่สรุปได้ว่าผู้ป่วยสมองขาดเลือดที่มีอาการน้อยหรือสมองขาดเลือดชั่วคราวที่ได้รับยาต้านเกล็ดเลือดสองตัว aspirin+clopidogrel มีโอกาสเกิดภาวะขาดเลือดซ้ำ (major ischemic events) น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับ aspirin เพียงอย่างเดียว แต่ก็พบภาวะเลือดออก (major hemorrhage) มากกว่าเช่นกัน

เป็นอย่างไรกันบ้างคะ ต่อไปท่านผู้อ่านมีแนวโน้มจะให้ยาต้านเกล็ดเลือดกี่ตัวในผู้ป่วยสมองขาด

เลือดคะ ตัวเดียวหรือสองตัวดีเอ่ย!!! ความเห็นส่วนตัวคิดว่าการศึกษาของ POINT จะมีความหลากหลายในแง่เชื้อชาติมากกว่า CHANCE ซึ่งประโยชน์ในการให้ยาสองตัวจะเห็นได้ชัดในช่วงอาทิตย์แรกและพบภาวะเลือดออกน้อย แต่อย่างไรก็ตามการให้ยาควรประเมินความเสี่ยงในการเกิดเลือดออกและควรระมัดระวังในผู้ป่วยที่มี cerebral microbleed ด้วย

ในฉบับนี้ขอลาไปก่อนนะคะ ไว้เจอกันฉบับหน้าคะ บาย ☺☺☺