

ประสิทธิผลและความปลอดภัยของการลดความไวต่อยาแอสไพรีน ในผู้ป่วยที่ต้องได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและการใส่ขดลวด โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

ทวีชัย ลียุทธานนท์¹ จันทิมา โยธาทักษ์² ปิยพร ใจเชื้อ³ ปวีชวดี โมฬี⁴
กนกเนตร ออมทรัพย์⁵ สนิมรุต คงสีปาน⁶ อรุณศรี รัตนพรหม⁷

บทคัดย่อ

ที่มา : ผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยาแอสไพรีน หรือยาในกลุ่มต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ และจำเป็นต้องใช้ยาแอสไพรีน ในผู้ป่วยที่สวนหลอดเลือดหัวใจทางหลอดเลือดแดงและการใช้บอลลูนขยายหลอดเลือดหัวใจตามแนวทางการรักษาของเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การใช้กระบวนการลดความไวต่อยาแอสไพรีน ซึ่งเป็นกระบวนการในการลดปฏิกิริยาทางภูมิคุ้มกันของร่างกายทำให้ผู้ป่วยกลับมาใช้ยาแอสไพรีน ได้อีกครั้ง

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาประสิทธิผลและความปลอดภัยของการลดความไวต่อยาแอสไพรีน ในผู้ป่วยที่ต้องได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและการใส่ขดลวด โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

วิธีการศึกษา : การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงพรรณนา โดยเก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนของผู้ป่วยที่ต้องได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและการใส่ขดลวด มีประวัติแพ้ยาแอสไพรีน หรือยาในกลุ่มต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ และเข้ากระบวนการลดความไวต่อยาแอสไพรีน ในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ระหว่างวันที่ 16 พฤศจิกายน 2565 ถึง 31 พฤษภาคม 2567 วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยาแอสไพรีน หรือยาในกลุ่มต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ จำนวน 10 ราย ได้เข้ากระบวนการลดความไวต่อยาแอสไพรีน โดยประสบความสำเร็จ 9 ราย (ร้อยละ 90) และไม่ประสบความสำเร็จ 1 ราย (ร้อยละ 10) ในรายที่ไม่ประสบความสำเร็จเกิดอาการภาวะบวมของเนื้อเยื่อใต้ชั้นผิวหนังที่ไม่รุนแรง

สรุป : กระบวนการลดความไวต่อยาแอสไพรีน ที่ศึกษามีประสิทธิผลและความปลอดภัยในขณะทำการกระบวนการ และไม่มีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการแพ้ยาภายหลัง

คำสำคัญ : แอสไพรีน, การลดความไวต่อยา, การสวนหลอดเลือดหัวใจ

¹⁻⁴ กลุ่มงานเภสัชกรรม, ⁵กลุ่มงานอายุรกรรม, ⁶⁻⁷กลุ่มการพยาบาล, โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

รับบทความ: 6 พฤศจิกายน 2568 ปรับแก้บทความ: 1 ธันวาคม 2568 ตอรับการตีพิมพ์: 25 ธันวาคม 2568

The Effectiveness and Safety of Aspirin Desensitization in Patients Undergoing Percutaneous Coronary Intervention with Stent Implantation at Surat Thani Hospital.

Taweechai Leeyutthanont¹, Jantima Yothapitak², Piyaporn Jaisue³, Pawichwadee Molee⁴, Kanoknate Ormsapsin⁵, Morakot Kongsepan⁶, Arunsri Rattanaprom⁷

Abstract

Background: Patients with a history of Aspirin or Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs (NSAIDs) allergies who require Aspirin use during percutaneous coronary intervention (PCI) with stent implantation may benefit from the process of Aspirin desensitization. This process is designed to reduce immune reactions and enable patients to safely resume Aspirin use, following the acute coronary syndrome treatment protocol.

Objective: To study the effectiveness and safety of aspirin desensitization in patients undergoing percutaneous coronary intervention with stent implantation at Surat Thani Hospital.

Methods: This descriptive study involved a retrospective analysis of patients with a history of Aspirin or NSAIDs allergies who underwent balloon angioplasty and stent implantation at Surat Thani Hospital between November 16th, 2022, and May 31st, 2024. Descriptive statistics, including frequency and percentage, were used for data analysis.

Results: The 10 patients with a history of allergy to Aspirin or NSAIDs drugs underwent an Aspirin desensitization process. Nine of them (90%) were successful, while one (10%) was not. In the unsuccessful case, the patient developed mild angioedema.

Conclusion: The Aspirin desensitization process demonstrated effectiveness in patients with a history of Aspirin or NSAIDs allergies and were safe, with no adverse drug reactions occurring after the procedure.

Keywords: Aspirin, Desensitization, Percutaneous coronary intervention

¹⁻⁴Department of Pharmacy, Surat Thani Hospital ⁵Physician, Department of Medicine, Surat Thani Hospital

⁶⁻⁷Department of Nursing, Surat Thani Hospital

Received: November 6, 2025. Revised: December 1, 2025. Accepted: December 25, 2025.

บทนำ

โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตใน 5 ลำดับแรกของประเทศไทย และมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เป็นกลุ่มอาการของโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอัตราการเสียชีวิตสูง มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างรวดเร็ว ถูกต้องเหมาะสม ผู้ป่วยที่ได้รับการสวนหลอดเลือดหัวใจทางหลอดเลือดแดงและการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน (Percutaneous Coronary Intervention: PCI) ต้องได้รับยาต้านเกล็ดเลือด (Antiplatelet) ตามแนวทางการรักษาของเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน แนวทางการใช้ยาแอสไพรินในผู้ป่วยทุกรายที่การไม่มีข้อห้าม นอกจากนี้ควรให้ยาต้านเกล็ดเลือดสองชนิด (Dual Antiplatelet Therapy: DAPT) ได้แก่ ยาในกลุ่ม P2Y12 inhibitors ร่วมกับยาแอสไพริน เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 12 เดือน หากไม่มีข้อห้ามหรือมีผลแทรกซ้อน โดยควรเลือกใช้ยาในกลุ่ม potent P2Y12 inhibitors เช่น ยาทิกาเกรลอล (Ticagrelor) และ ยาพราซูเกรล (Prasugrel) แต่หากไม่สามารถให้ยาทิกาเกรลอลหรือยาพราซูเกรล ได้หรือผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องได้รับยาป้องกันการแข็งตัวของเลือดชนิดรับประทาน สามารถพิจารณาเลือกใช้ยาโคลพิโดเกรล (Clopidogrel) ผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยาแอสไพริน หรือยาในกลุ่มยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ และผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้แอสไพรินตามแนวทางการรักษาของเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน^{1,2} มีแนวทางที่สามารถทำให้ผู้ป่วยกลับมาใช้ยาแอสไพริน โดยการลดความไวต่อยาแอสไพริน ซึ่งเป็นกระบวนการในการลดปฏิกิริยาทางภูมิคุ้มกันของร่างกาย โดยการให้ร่างกายได้รับยาในขนาดต่ำกว่าขนาดยาที่ใช้ในการรักษาตามปกติแล้วค่อย ๆ เพิ่มขนาดยาเป็นลำดับขั้น จนถึงขนาดยาที่ใช้รักษาตามปกติ เพื่อให้ร่างกายสามารถทนต่อยา ไม่ตอบสนองและไม่ก่อให้เกิดปฏิกิริยาแพ้ยาขึ้น จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยาแอสไพริน หรือกลุ่มยาต้านการอักเสบ

ที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ใช้แนวทางตามการรักษาข้างต้นได้ แต่อย่างไรก็ตามยังไม่มีมาตรฐานสากล ควรทำในโรงพยาบาลที่มีความพร้อมในการช่วยชีวิตผู้ป่วย การให้ยาที่ให้ก่อนการทำหัตถการทางการแพทย์ (premedication) ด้วยยาแก้แพ้ หรือยากลุ่มคอร์ติโคสเตียรอยด์ (Corticosteroid) ไม่มีประโยชน์ เพราะยาดังกล่าวจะไปบดบังอาการแพ้ยาที่จะเกิดในระยะแรกของการแพ้ และยังทำให้ผลการแพ้ยาที่ลดลงของผู้ป่วยเชื่อถือไม่ได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Bianco M และคณะ³ ที่ได้ค้นหาอย่างเป็นระบบในฐานข้อมูล Pubmed, Google Scholar และ Cochrane เกี่ยวกับประสิทธิผลและความปลอดภัยของการลดความไวของยาแอสไพริน จำนวนผู้ป่วย 283 ราย พบว่ามีประสิทธิผลและความปลอดภัยต่อผู้ป่วย สามารถนำมาเป็นแนวทางการรักษาสำหรับผู้ป่วยที่ต้องการรักษาด้วยยาต้านเกล็ดเลือดสองชนิด นอกจากนี้จากการศึกษาของ Jayant B และ Craig J⁴ ให้ข้อเสนอวิธีการจัดการผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้ยาต้านเกล็ดเลือดสองชนิดและมีประวัติการแพ้ยาแอสไพริน โดยให้ใช้การลดความไวต่อยาแอสไพริน

การศึกษาของ Stevens W W. และคณะ⁵ เป็นการให้ยาแอสไพรินหลังการลดความไวต่อยาแอสไพริน กับผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจที่กำเริบจากแอสไพรินหรือยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ มีการทบทวนหลักฐานทางคลินิกที่สนับสนุนการใช้การลดความไวต่อยาแอสไพรินตามด้วยการรักษาด้วยยาแอสไพรินทางปากอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผลการศึกษาให้คำแนะนำพิจารณาในผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจที่กำเริบจากแอสไพรินหรือยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ทุกรายที่มีคุณสมบัติเหมาะสม แนวทางการรักษานี้สามารถส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ Simon RA⁶ ให้ผลการศึกษาในทางเดียวกัน การศึกษาของ Rossini และคณะ⁷ ศึกษาผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีประวัติแพ้ยาแอสไพริน โดยจะให้ยาแอสไพรินทางปากจำนวน 6 ขนาดตามลำดับ 1 มิลลิกรัม จนถึง 100 มิลลิกรัม โดยใช้เวลา 330 นาที (5.5 ชั่วโมง)

หลังจากเสร็จขั้นตอนการลดความไวต่อยา ผู้ป่วยจะได้รับยาแอสไพรินอย่างต่อเนื่องในขนาด 100 มิลลิกรัมต่อวัน จากผลการศึกษาพบว่าประสบความสำเร็จร้อยละ 95.4 และไม่ประสบผลสำเร็จร้อยละ 4.6 การศึกษาในผู้ป่วยที่ประวัติแพ้ยาแบบชนิดรุนแรง (anaphylaxis) ประสบความสำเร็จในการลดความไวต่อยา ร้อยละ 80.3 มีการใช้ยาแอสไพรินติดต่อกันอย่างน้อย 12 เดือน และอีกร้อยละ 19.7 หยุดใช้ยาแอสไพริน เนื่องจากการตัดสินใจทางการแพทย์ ไม่ใช่เพราะการเกิดอาการแพ้ยา และในผู้ป่วยที่มีารักษาจนหลอดเลือดหัวใจทางหลอดเลือดแดงและการใช้บอลลูนขยายหลอดเลือดหัวใจแบบไม่เร่งด่วน ไม่ฉุกเฉิน ควรดยาแก้แพ้ (Antihistamine) สเตียรอยด์ (Steroid) และยาต้านลิวโคไตรอิน (Antileukotrienes) ก่อนทำสวนหลอดเลือดหัวใจทางหลอดเลือดแดงและการใช้บอลลูนขยายหลอดเลือดหัวใจ 7 วัน ดังนั้นจากการศึกษาการลดความไวต่อยามีความปลอดภัยและมีประสิทธิผลในผู้ป่วย

การศึกษาข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยาแอสไพริน และจำเป็นต้องใช้ยาแอสไพริน ได้เข้ากระบวนการลดความไวต่อยาแอสไพริน ตามแนวทางการรักษาของเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ช่วงปี พ.ศ. 2566 - พ.ศ. 2567 จำนวน 10 ราย พบว่า ผู้ป่วยจำนวน 9 ราย (ร้อยละ 90) ได้เข้าตามกระบวนการลดความไวต่อยาแอสไพริน และไม่พบปัญหาการแพ้ยาแอสไพริน และมีผู้ป่วย จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 10) มีอาการแพ้ยาแอสไพริน อธิบายได้ว่ากระบวนการลดความไวต่อยาแอสไพริน เป็นกระบวนการในการลดปฏิกิริยาทางภูมิคุ้มกันของร่างกาย โดยการให้ร่างกายได้รับยาในขนาดต่ำกว่าขนาดยาที่ใช้ในการรักษาตามปกติ (therapeutic dose) แล้วค่อย ๆ เพิ่มขนาดยาเป็นลำดับขั้นจนถึงขนาดยาที่ใช้รักษา

ตามปกติ เพื่อให้ร่างกายสามารถทนต่อยา ไม่ตอบสนอง และไม่ก่อให้เกิดปฏิกิริยาแพ้ยาขึ้นในผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยาแอสไพริน หรือกลุ่มยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ อาจใช้วิธีนี้ได้แต่อย่างไรก็ตามยังไม่มีมาตรฐานสากลในการลดความไวต่อยา ดังนั้นควรทำในโรงพยาบาลที่มีความพร้อมในการช่วยชีวิตผู้ป่วย การให้ยาที่ให้ก่อนการทำการตัดการทางการแพทย์ ด้วยยาแก้แพ้ หรือยาต้านคอร์ติโคสเตียรอยด์ ไม่มีประโยชน์ เพราะยาดังกล่าวจะไปบดบังอาการแพ้ยาที่จะเกิดในระยะแรกของการแพ้ และยังทำให้ผลการแพ้ยาที่ลดลงของผู้ป่วยเชื่อถือไม่ได้ จากปัญหาและความสำคัญข้างต้น ผู้วิจัยจึงศึกษาประสิทธิผลและความปลอดภัยของการลดความไวต่อยาแอสไพริน ในผู้ป่วยที่ต้องได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและการใส่ขดลวดของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เพื่อพัฒนาแนวทางการปฏิบัติการลดความไวต่อยาแอสไพริน ให้ครบถ้วนตามมาตรฐาน และพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีประวัติการแพ้ยาในโรงพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์

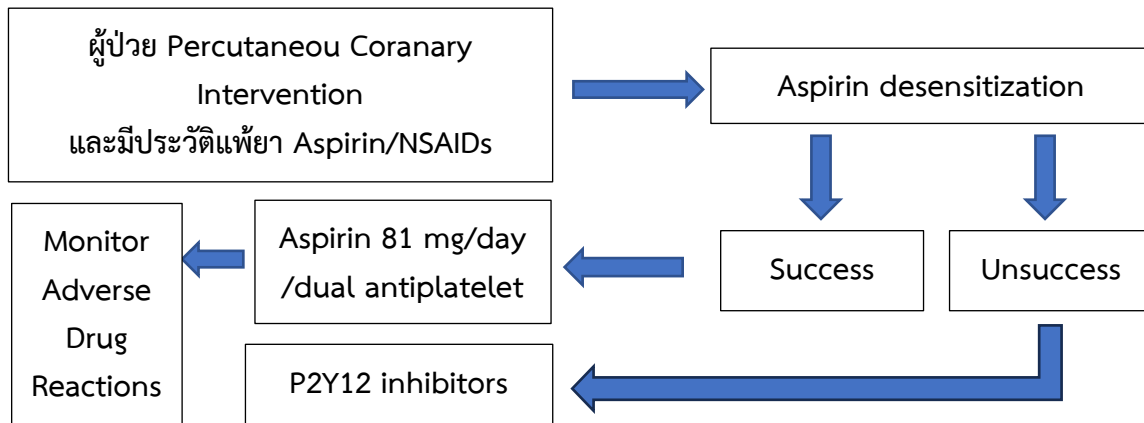
เพื่อศึกษาประสิทธิผลและความปลอดภัยของการลดความไวต่อยาแอสไพริน ในผู้ป่วยที่ต้องได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและการใส่ขดลวด โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

นิยามศัพท์

ความสำเร็จในการลดความไวต่อยาแอสไพริน หมายถึง ผู้ป่วยสามารถรับประทานยาแอสไพรินครบทั้ง 6 ขนาดจนถึงขนาด 100 มิลลิกรัม โดยไม่เกิดปฏิกิริยาแพ้ยาตามเกณฑ์ และสามารถใช้ยาแอสไพรินได้ขนาด 81 มิลลิกรัมต่อวันได้อย่างต่อเนื่องหลังทำการสวนหลอดเลือดหัวใจทางหลอดเลือดแดงและการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาได้ดำเนินการตามหลักการของปรัชญาเฮลซิงกิและแนวทางปฏิบัติทางคลินิกที่ดีผู้วิจัยใช้แนวทางการลดความไวต่อยาแอสไพริน ของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี



วัสดุและวิธีการ

วิธีการศึกษา เป็นงานวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยเก็บข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective study) จากเวชระเบียนผู้ป่วยที่ทำการสวนหลอดเลือดหัวใจทางหลอดเลือดแดงและการใช้บอลลูนขยายหลอดเลือดหัวใจ และมีประวัติแพ้ยาแอสไพริน หรือยาในกลุ่มยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ และเข้ากระบวนการลดความไวต่อยาแอสไพริน โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ระหว่างวันที่ 16 พฤศจิกายน 2565 ถึง 31 พฤษภาคม 2567

ประชากร

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่มีประวัติการแพ้ยาแอสไพริน หรือยาในกลุ่มยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ที่ได้รับการสวนหลอดเลือดหัวใจทางหลอดเลือดแดงและการใช้บอลลูนขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยเข้ากระบวนการลดความไวต่อยาแอสไพริน โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี การเลือกผู้ป่วยดังกล่าวแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ระหว่างวันที่ 16 พฤศจิกายน 2565 ถึง 31 พฤษภาคม 2567 จำนวน 10 ราย

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. ข้อมูลเวชระเบียนของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการสวนหลอดเลือดหัวใจทางหลอดเลือดแดงและการใช้บอลลูนขยายหลอดเลือดหัวใจ

มีประวัติการแพ้ยาแอสไพรินหรือยาในกลุ่มยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ที่ได้รับการพิจารณาและเข้าสู่กระบวนการลดความไวต่อยาแอสไพริน โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

2. มีข้อมูลเวชระเบียนของผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่สมบูรณ์ในช่วงเวลาที่กำหนด

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

ข้อมูลเวชระเบียนไม่สมบูรณ์ เกี่ยวกับกระบวนการลดความไวต่อยาหรือผลลัพธ์หลักที่ต้องการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แนวทางปฏิบัติการลดความไวต่อยาแอสไพริน ของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ที่พัฒนาจากคณะกรรมการพัฒนาระบบยาโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ดังนี้

1. ผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยาแอสไพรินมีแผนหรือกรณีเร่งด่วนที่จะทำการสวนหลอดเลือดหัวใจทางหลอดเลือดแดงและการใช้บอลลูนขยายหลอดเลือดหัวใจ และมีประวัติแพ้ยาแอสไพริน หรือยาในกลุ่มยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ได้รับคำแนะนำจากอายุรแพทย์โรคหัวใจและให้ความยินยอมที่จะทำการลดความไวต่อยาแอสไพริน โดยบันทึกในแบบฟอร์มยินยอม (consent form)

2. การซักประวัติการแพ้ยา และยาที่ใช้ก่อนทำการลดความไวต่อยาแอสไพริน โดยเภสัช

กร เนื่องจากยาบางชนิดมีผลรบกวนกระบวนการลดความไวต่อยา และทำให้การแปลผลกระบวนการลดความไวต่อยา ไม่ถูกต้อง จำเป็นต้องหยุดยาดังกล่าวก่อน 7 วัน เช่น สเตียรอยด์ ยาแก้แพ้ และยาต้านลิโคไตรอีน เกสซักร อธิบายผู้ป่วยเรื่องการใช้อีกครั้งเมื่อทำการลดความไวต่อยาแอสไพรินสำเร็จ หลังจากทำการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและการใส่ขดลวด โดยให้ผู้ป่วยสามารถรับประทานยาแอสไพริน ในขนาด 81 มิลลิกรัมต่อวัน โดยรับประทานติดต่อกันทุกวัน ถ้าหากหยุดหรือลืมนรับประทานยาแอสไพริน เกิน 2 วัน ให้หยุดรับประทานแอสไพริน และปรึกษาแพทย์ หรือเภสัชกร

3. ผู้ป่วยเข้ากระบวนการลดความไวต่อยาแอสไพริน ที่หอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiac Care Unit : CCU)

4. การลดความไวต่อยาแอสไพริน มีวิธีการโดยให้ผู้ป่วยรับประทานยาน้ำเชื่อมแอสไพริน ในความเข้มข้น 2 mg/ml ดังนี้

- 4.1 นาที่ที่ 0 รับประทานยา 0.5 มิลลิกรัม (1 มิลลิกรัม)
- 4.2 นาที่ที่ 30 รับประทานยา 2.5 มิลลิกรัม (5 มิลลิกรัม)
- 4.3 นาที่ที่ 60 รับประทานยา 5 มิลลิกรัม (10 มิลลิกรัม)
- 4.4 นาที่ที่ 90 รับประทานยา 10 มิลลิกรัม (20 มิลลิกรัม)
- 4.5 นาที่ที่ 210 รับประทานยา 20 มิลลิกรัม (40 มิลลิกรัม)
- 4.6 นาที่ที่ 330 รับประทานยา 50 มิลลิกรัม (100 มิลลิกรัม)

5. การหยุดทำการลดความไวต่อยาแอสไพริน มีเกณฑ์ดังนี้

5.1 ผู้ป่วยแจ้งความประสงค์ขอหยุดทำการกระบวนการลดความไวต่อยาแอสไพรินหรือผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงระหว่างการทำดังนี้

- มีอาการผิดปกติมากกว่า 1 ระบบ
เข้าข่ายการเกิดการแพ้ชนิดรุนแรง

- มีอาการหอบหืด แน่นหน้าอก หายใจไม่ออก ผลการตรวจร่างกายพบเสียงหวีดขณะหายใจ

- มีภาวะความดันโลหิตต่ำ โดยมีค่าความดันโลหิตขณะที่หัวใจบีบตัว น้อยกว่า 90 mmHg หรือลดลงมากกว่า ร้อยละ 30 จากค่าความดันโลหิตเริ่มต้น

6. ในระหว่างกระบวนการลดความไวต่อยาแอสไพริน ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากแพทย์และพยาบาล มีการติดตามอุณหภูมิร่างกาย อัตราการเต้นของชีพจร อัตราการหายใจ ความดันโลหิต ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (Oxygen Saturation หรือ SpO2) และเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากยาที่อาจเกิดขึ้น

7. กรณีเกิดอาการไม่พึงประสงค์มีการเตรียมพร้อมในการใช้ยา^๑ เช่น

7.1 การแพ้ชนิดรุนแรง ให้ฉีดยาอะดรีนาลีน (Adrenaline) (1 mg/ml) 0.5 mg เข้าทางกล้ามเนื้อส่วน anterolateral ของต้นขา ฉีดซ้ำได้ทุก 5-10 นาที ตามต้องการ ถ้ามีภาวะความดันโลหิตต่ำ โดยมีค่าความดันโลหิตขณะที่หัวใจบีบตัว น้อยกว่า 90 mmHg หรือลดลงมากกว่าร้อยละ 30 จากความดันโลหิตเริ่มต้น ให้สารน้ำ NSS ทางหลอดเลือดดำปริมาตร 500 ถึง 1,000 มิลลิกรัม ให้ฉีดยาคลอร์เฟนิรามีน (Chlorpheniramine) ฉีดเข้าหลอดเลือดดำขนาด 10 มิลลิกรัม ตามต้องการหรือทุก 6 ชั่วโมง ให้ฉีดยาเดกซาเมทาโซน (Dexamethasone) (ความเข้มข้น 5 มิลลิกรัม/มิลลิกรัม) ขนาด 5 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำหรือฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ใช้ยาซาบูตามอล (Salbutamol) ขนาด 2.5 -5 มิลลิกรัม ผ่านเครื่องพ่น (nebulizer)

7.2 อาการคลื่นไส้อาเจียน ให้ฉีดยาเมโทโคลพราไมด์ (Metoclopramide) 10 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำซ้ำ ๆ นานเกิน 1-2 นาที

7.3 อาการคัน ผื่น หรือผื่นลมพิษ ให้ฉีดยาแก้แพ้คลอเฟนิรามีน (Chlorpheniramine : CPM) 10 มิลลิกรัมทางหลอดเลือด ตามต้องการ หรือ ทุก 6 ชั่วโมง

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกการเก็บข้อมูลการลดความไวต่อยาแอสไพริน ประกอบด้วย

(1) ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ และประวัติอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse Drug Reactions: ADRs) ของผู้ป่วย ยาที่ใช้ก่อนเริ่มทำการลดความไวต่อยาแอสไพรินเป็นเวลา 7 วัน และการได้รับยาหลังจากทำการสวนหลอดเลือดหัวใจทางหลอดเลือดแดงและการใช้บอลลูนขยายหลอดเลือดหัวใจ

(2) ข้อมูลประสิทธิผลของกระบวนการลดความไวต่อยาแอสไพริน ได้แก่ ผลของการลดความไวต่อยาแอสไพริน (สำเร็จ/ไม่สำเร็จ) และอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้แอสไพริน หลังทำการสวนหลอดเลือดหัวใจทางหลอดเลือดแดงและการใช้บอลลูนขยายหลอดเลือดหัวใจ (มีอาการแพ้ยา/ไม่มีอาการแพ้ยา/หยุดใช้ยาก่อนกำหนด พร้อมเหตุผล)

(3) ข้อมูลความปลอดภัยของผู้ป่วยในกระบวนการลดความไวต่อยาแอสไพริน ได้แก่ การแพ้ยาแอสไพรินระหว่างการลดความไวต่อยาแอสไพริน

ขั้นตอนการศึกษา

1. ทำหนังสือขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ในการใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยที่ได้สวนหลอดเลือดหัวใจทาง

หลอดเลือดแดงและการใช้บอลลูนขยายหลอดเลือดหัวใจ มีประวัติแพ้ยาแอสไพริน หรือยาในกลุ่มยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ จำเป็นต้องใช้แอสไพริน และได้เข้ากระบวนการลดความไวต่อยาแอสไพริน ของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

2. รวบรวมข้อมูลตามแบบบันทึกการเก็บข้อมูลการลดความไวต่อยาแอสไพริน

3. ตรวจสอบความถูกต้อง และครบถ้วนของข้อมูลจากการบันทึกการเก็บข้อมูล การลดความไวต่อยาแอสไพริน นำข้อมูลมากำหนดรหัสและจัดหมวดหมู่ในใบบันทึก ทั้งข้อมูลทั่วไป ข้อมูลประสิทธิผลและความปลอดภัยของกระบวนการลดความไวต่อยาแอสไพริน ทั้งนี้ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิให้กับผู้ป่วยโดยการไม่ใส่ชื่อผู้ป่วยในใบบันทึก และนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ การได้รับยาหลังจากทำการสวนหลอดเลือดหัวใจทางหลอดเลือดแดงและการใช้บอลลูนขยายหลอดเลือดหัวใจ และประวัติอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาของผู้ป่วย ประสิทธิผลและความปลอดภัยของกระบวนการลดความไวต่อยาแอสไพริน ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เลขที่โครงการวิจัย REC 67-0087 รับรองวันที่ 18 กรกฎาคม 2567

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ และการได้รับยาหลังจากทำสวนหลอดเลือดหัวใจทางหลอดเลือดแดงและการใช้บอลลูนขยายหลอดเลือดหัวใจ (N = 10)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(ราย)	ร้อยละ (%)
เพศ		
ชาย	6	60
หญิง	4	40
อายุ		
41-50 ปี	2	20
51-60 ปี	4	40
61-70 ปี	2	20
71-80 ปี	2	20
ยาที่ได้รับหลังจากทำการสวนหลอดเลือดหัวใจทางหลอดเลือดแดงและการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน		
Aspirin ร่วมกับ Clopidogrel	4	40
Aspirin ร่วมกับ Ticagrelor	3	30
Aspirin	1	10
Clopidogrel	1	10
Ticagrelor	1	10
Antihypertension	8	80
Statin	10	100
Nitrates	3	30
Angiotensin receptor blockers	1	10
Oral anticoagulant therapy	1	10

จากตารางที่ 1 จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็น เพศชาย จำนวน 6 ราย (ร้อยละ 60) เพศหญิง จำนวน 4 ราย (ร้อยละ 40) อายุ 51-60 ปี จำนวน 4 ราย (ร้อยละ 40) อายุ 41-50 ปี จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 20) อายุ 61-70 ปี จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 20) และอายุ 71-80 ปี จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 20)

ผู้ป่วยได้รับยาหลังจากทำการสวนหลอดเลือดหัวใจทางหลอดเลือดแดงและการใช้บอลลูนขยายหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ ยากลุ่มสแตติน (Statin) จำนวน 10 ราย (ร้อยละ 100) ยาแอสไพริน และ กลุ่มยาลดความดันโลหิตสูง

(Antihypertensive drug) จำนวน 8 ราย (ร้อยละ 80) ยาโคลพิโดเกรล จำนวน 5 ราย (ร้อยละ 50) ยาติคาเกรอล จำนวน 4 ราย (ร้อยละ 40) ยาไนเตรต (Nitrates) จำนวน 3 ราย (ร้อยละ 30) ยากลุ่ม Angiotensin Receptor Blockers (ARB) และ ยากลุ่ม Oral anticoagulant (OAC) อย่างละ 1 ราย (ร้อยละ 10)

ผู้ป่วยที่ได้รับยาด้านเกล็ดเลือดสองชนิดทั้งหมด 7 ราย (ร้อยละ 70) โดยได้รับยาแอสไพริน ร่วมกับยาโคลพิโดเกรล 4 ราย (ร้อยละ 40) ได้รับยาแอสไพรินร่วมกับยาติคาเกรอล 3 ราย (ร้อยละ 30)

ตารางที่ 2 ข้อมูลประวัติอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse Drug Reactions: ADRs) ของผู้ป่วย

กลุ่มยา (โครงสร้าง)	ชื่อยา	ADRs (ครั้ง)	ADRs
Non selective COX-2 inhibitors			
Acetic acid	Ketorolac	1	Angioedema
	Indomethacin	1	Angioedema, Rash
Enolic acids	Meloxicam	1	Dyspnoea, Nausea, Vomiting, Rash
Propionic acid derivative	Ibuprofen	3	Dyspnoea, Nausea, Vomiting, Rash
	Naproxen	1	Dyspnoea, Nausea, Vomiting
Salicylic acid derivative	Aspirin	6	Anaphylactoid, Dyspnoea, Rash, Urticaria
Selective COX-2 inhibitors			
	Celecoxib	2	Angioedema, Rash
	Etoricoxib	1	Angioedema
	Parecoxib	1	Rash

จากตารางที่ 2 จะเห็นได้ว่า มีผู้ป่วย 6 ราย (ร้อยละ 60) ที่มีประวัติแพ้ยาแอสไพริน ส่วนที่เหลือมีประวัติแพ้ยาในกลุ่มยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ผู้ป่วย 9 ราย (ร้อยละ 90) มีรายงานประวัติอาการแพ้ที่เกี่ยวข้องกับผิวหนังและเยื่อเมือก (Mucocutaneous reactions) ได้แก่ ผื่น (Rash) 6 ราย (ร้อยละ 60) ผื่นลมพิษ (Urticaria) 1 ราย (ร้อยละ 10) และอาการบวมน้ำลึกใต้ชั้นผิวหนัง (Angioedema) 4 ราย (ร้อยละ 40) ส่วนอาการทางระบบทางเดินหายใจ หายใจลำบาก (Dyspnoea) 3 ราย (ร้อยละ 30) และ ปฏิกิริยาคล้ายแพ้รุนแรง (Anaphylactoid) 1 ราย (ร้อยละ 10)

ผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยาในกลุ่มอนุพันธ์ของกรดซาลิไซลิก (Salicylic acid derivative) เช่น แอสไพริน มีจำนวน 6 ราย ทั้งหมดเมื่อเข้ากระบวนการลดความไวต่อยาแอสไพริน ได้ผลสำเร็จโดยไม่มีอาการแพ้ยา และมี 3 รายที่ไม่มีประวัติแพ้ยาในกลุ่มแอสไพริน ก็เข้ากระบวนการลดความไวต่อยาแอสไพริน สำเร็จเช่นเดียวกัน แต่มี 1 รายที่มีประวัติการแพ้ยาในกลุ่มแก้อักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ที่มีฤทธิ์เฉพาะเจาะจงต่อเอนไซม์ COX-2 (Selective COX-2 inhibitors) เมื่อเข้ากระบวนการลดความไวต่อยาแอสไพริน ไม่ประสบความสำเร็จ

ตารางที่ 3 ข้อมูลการประเมินความน่าจะเป็นประวัติอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาของผู้ป่วย

ชื่อยา	อาการไม่พึงประสงค์	ระดับความน่าจะเป็น ⁹
Aspirin, Streptokinase	Anaphylactoid	Possible
Ibuprofen, Tolperisone	Rash, Dyspnoea	Possible
Aspirin	Rash, Dyspnoea	Unclassified
Aspirin	Rash	Unclassified
Aspirin	Dyspnoea	Unclassified
Aspirin, Paracetamol	Urticaria	Unclassified
Aspirin, Etoricoxib, Celecoxib, Eperisone, Cefotaxime, Cloxacillin, Dicloxacillin, Tramadol, Gentamicin	Rash	Unclassified
Cephalexin, Naproxen, Ibuprofen, Meloxicam	Dyspnoea	Unclassified
Ibuprofen, Indomethacin	Rash, Angioedema	Unclassified
Celecoxib, Parecoxib, Ketorolac, Dicloxacillin	Rash, Angioedema, Dyspnoea	Unclassified

จากตารางที่ 3 เป็นประวัติการแพ้ยาของผู้ป่วย มีผู้ป่วย 2 รายที่ได้รับการประเมินการแพ้ยาอยู่ในระดับอาจจะใช่ (Possible) โดยมีประวัติแพ้ยาแอสไพริน ร่วมกับยาสเตรปโตไคเนส (Streptokinase) และมีประวัติแพ้ยาไอบูโพรเฟน (Ibuprofen) กับยาโทลเพริโซน (Tolperisone) ส่วนผู้ป่วยรายอื่นๆ ประวัติแพ้ยาไม่สามารถประเมิน (Unclassified) เนื่องจากเป็นประวัติบอกเล่าของผู้ป่วยหรือญาติของผู้ป่วยที่ไม่มีความชัดเจนของลำดับเหตุการณ์การแพ้ยาหรือลักษณะอาการแพ้ยา

ตารางที่ 4 ผลของประสิทธิผลของกระบวนการลดความไวต่อยาแอสไพริน และการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาแอสไพริน หลังทำการสวนหลอดเลือดหัวใจทางหลอดเลือดแดงและการใช้บอลูนขยายหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วย (N = 10)

รายการประเมิน	จำนวน(ราย)	ร้อยละ (%)
ผลการลดความไวต่อยาแอสไพริน		
สำเร็จ (Success)	9	90
ไม่สำเร็จ (Unsuccess)	1	10
อาการไม่พึงประสงค์ระหว่างกระบวนการลดความไวต่อยาแอสไพริน		
เกิดอาการไม่พึงประสงค์	1	10
ไม่เกิดอาการไม่พึงประสงค์	9	90
อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาแอสไพริน หลังทำการสวนหลอดเลือดหัวใจทางหลอดเลือดแดงและการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลูน		
ไม่เกิดอาการไม่พึงประสงค์	8	88.89
เกิดอาการไม่พึงประสงค์	0	0
ไม่มีการใช้ยาแอสไพริน	1	11.11

จากตารางที่ 4 จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยที่เข้ากระบวนการลดความไวต่อยาแอสไพริน มีผลสำเร็จ จำนวน 9 ราย (ร้อยละ 90) และไม่สำเร็จ จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 10) และในระหว่างที่เข้ากระบวนการลดความไวต่อยาแอสไพริน ผู้ป่วยไม่เกิดอาการไม่พึงประสงค์ขณะทำ จำนวน 9 ราย (ร้อยละ 90) และเกิดอาการไม่พึงประสงค์ขณะทำจำนวน 1 ราย (ร้อยละ 10) สำหรับการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาแอสไพริน หลังทำการสวนหลอดเลือดหัวใจทางหลอดเลือดแดงและการใช้บอลลูนขยายหลอดเลือดหัวใจ พบว่าไม่เกิดอาการไม่พึงประสงค์ จำนวน 8 ราย (ร้อยละ 88.89) และไม่มีการใช้แอสไพริน จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 11.11) ในจำนวน 9 รายที่สำเร็จ มีจำนวน 8 รายที่รับประทานยาแอสไพรินที่บ้าน (หลังจากทำสวนหลอดเลือดหัวใจทางหลอดเลือดแดงและการใช้บอลลูนขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยอย่างน้อย 6 เดือน) ไม่มีผู้ป่วยรายใดเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาแอสไพริน และมีผู้ป่วย 1 รายไม่ได้ใช้ยาแอสไพริน (ไม่ทราบสาเหตุแต่ใช้ยาต้านเกล็ดเลือดกลุ่ม P2Y12 inhibitors)

วิจารณ์

การศึกษานี้เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีจำนวนจำกัด ซึ่งดำเนินการเก็บข้อมูลย้อนหลังโดยใช้แนวทางการปฏิบัติการลดความไวต่อยาแอสไพรินของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ผลการศึกษาพบว่า กระบวนการลดความไวต่อยาแอสไพริน ประสบความสำเร็จในผู้ป่วย 9 ราย (ร้อยละ 90) จากผู้ป่วยที่เข้ากระบวนการทั้งหมด 10 ราย ซึ่งมีผู้ป่วย 1 ราย ที่มีประวัติแพ้แบบปฏิกิริยาคลายแพ้งรุนแรง ผู้ป่วยรายนี้มีประวัติการแพ้ยาโดยได้รับการประเมินความน่าจะเป็นระดับอาจจะใช่ เนื่องจากสงสัยแพ้ยาจากการใช้ยา ร่วมกัน 2 ชนิด คือ ยาแอสไพริน กับยาสเตียรอยด์ ไคเนส หลังจากการทำกระบวนการลดความไวต่อยาแอสไพริน แล้วประสบความสำเร็จ ดังนั้นเป็นไปได้ว่าน่าจะเกิดจากยาสเตียรอยด์ไคเนสมากกว่ายาแอสไพริน (เป็นเหตุผลที่แพทย์ผู้รักษาใช้ประเมินผู้ป่วยและยินยอมให้ผู้ป่วยรายนี้เข้ากระบวนการ

ลดความไวต่อยาแอสไพริน ถึงแม้จะมีการแพ้แบบปฏิกิริยาคลายแพ้งรุนแรง) และมี 1 รายที่ประเมินความน่าจะเป็นระดับอาจจะใช่ โดยมีประวัติแพ้ยาไอบูโพรเฟน กับยาโทเลเพริโซน หลังจากเข้ากระบวนการลดความไวต่อยาแอสไพรินแล้ว ประสบความสำเร็จ อาจจะได้แพ้ยาแอสไพริน แต่อาจจะแพ้ยาไอบูโพรเฟน กับยาโทเลเพริโซน อย่างใดอย่างหนึ่งได้ เนื่องจาก ผู้ป่วยอาจจะแพ้ยาแบบอาการแพ้เทียม (Pseudoallergic Reaction)

ผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยาแบบอาการบวม น้ำ ลึกใต้ชั้นผิวหนัง (4 ราย) อาการหายใจลำบาก (4 ราย) และผื่นลมพิษ (1 ราย) ผ่านการประเมินและยินยอมให้ผู้ป่วยเข้ากระบวนการลดความไวต่อยาแอสไพริน เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีประวัติการแพ้ยาที่ไม่ชัดเจนเป็นประวัติบอกเล่าของผู้ป่วยหรือญาติ หรือเป็นประวัติที่เกิดขึ้นมานานหลายปี บางรายรับประทานยาหลายรายการแล้วเกิดอาการแพ้ยา ซึ่งเหตุผลเหล่านี้ เป็น ประวัติ การแพ้ ยาที่ไม่ชัดเจนผู้ป่วยอาจจะไม่แพ้ยาเหล่านี้

ผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยาในกลุ่มแก๊สที่ไมใช่สเตียรอยด์ที่มีฤทธิ์เฉพาะเจาะจงต่อเอนไซม์ COX-2 เมื่อเข้ากระบวนการลดความไวต่อยาแอสไพรินแล้วไม่ประสบความสำเร็จ และไม่สัมพันธ์กับยาแอสไพริน เนื่องจากยาที่ผู้ป่วยมีประวัติแพ้มีสูตรโครงสร้างแตกต่างจากยาในกลุ่มอนุพันธ์ของกรดซาลิไซลิก¹⁰ ซึ่งยาแอสไพรินเป็นยาในกลุ่มนี้ และจากการซักประวัติแพ้ยาจากผู้ป่วยหรือญาติไม่มีประวัติการแพ้ยาในกลุ่มแก๊สที่ไมใช่สเตียรอยด์ที่มีฤทธิ์ไม่เฉพาะเจาะจงต่อเอนไซม์ COX-2 อย่างไรก็ตามการให้ยาครั้งสุดท้ายที่นาที่ 330 ถ้าหากใช้ขนาดยาแอสไพริน 81 มิลลิกรัม (จากกระบวนการใช้ขนาด 100 มิลลิกรัม) ผู้ป่วยอาจจะสามารถทนต่อยาขนาด 81 มิลลิกรัมได้

ผู้ป่วยที่เข้ากระบวนการลดความไวต่อยาแอสไพริน แล้วไม่ประสบความสำเร็จ มีประวัติการแพ้ยาหลายชนิด เช่น ยาซีเลโคซิบ (Celecoxib) ยาพาราเซตามอล (Paracetamol) ยาเคโทโรลแล็ก (Ketorolac) ยาไดคลอกซาซิลลิน (Dicloxacillin)

โดยมีอาการไม่พึงประสงค์คือ ผื่นคัน บวมน้ำลึกได้ ขึ้นผิวหนัง หายใจลำบาก และไม่สามารถประเมินความน่าจะเป็นในการแพ้ยาได้เนื่องจากเป็นประวัติบอกเล่าของผู้ป่วย ยาเหล่านี้ไม่มีโครงสร้างยากลุ่มเดียวกับยาแอสไพริน แต่ผู้ป่วยเมื่อทดสอบความไวต่อยาแอสไพรินแล้วไม่สำเร็จ ไม่สามารถสรุปถึงความสัมพันธ์ของประวัติการแพ้ยากับความสำเร็จในการเข้ากระบวนการลดความไวต่อยาแอสไพริน เนื่องจากว่าประวัติการแพ้ยาของผู้ป่วยไม่ชัดเจน ส่วนใหญ่เป็นประวัติบอกเล่า เหตุการณ์การแพ้ยาผ่านมานาน ผู้ป่วยจำไม่ได้ แม้ว่ามีบัตรแพ้ยา แต่ก็ก้เป็นประวัติที่บอกเล่ากันมา ดังนั้นการลดความไวต่อยาแอสไพรินจึงเป็นวิธีที่สามารถทดสอบให้ผู้ป่วยสามารถใช้ยาแอสไพรินได้ ถึงแม้ว่าจะมีประวัติการแพ้ยาแอสไพรินหรือยากลุ่มแก้อักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์

ผู้ป่วยที่ได้เข้ากระบวนการลดความไวต่อยาแอสไพริน ในโรงพยาบาลสำเร็จ แต่ไม่ได้ใช้แอสไพริน หลังจากออกจากโรงพยาบาลมีจำนวน 1 ราย (ร้อยละ 10) ซึ่งเกิดจากการตัดสินใจทางการแพทย์ ไม่ใช่จากการแพ้ยาแอสไพริน

การลดความไวต่อยาแอสไพริน ใน การศึกษานี้เป็นกระบวนการทำอย่างรวดเร็ว โดยกระบวนการใช้เวลาเพียง 5.5 ชั่วโมง เมื่อเปรียบเทียบกับกระบวนการอื่น ๆ ต้องใช้เวลาหลายวัน เช่น โปรโตคอลของ Scripps Clinic and The Scripps Research Institute¹¹ ใช้เวลา 2-3 วันในการเพิ่มขนาดยาที่ละน้อยจนถึงขนาดที่ผู้ป่วยสามารถทนได้ (400-650 มิลลิกรัม) หรือการศึกษาของ De Luca และคณะ¹² ให้ยาแอสไพรินแบบฉีด ซึ่งใช้เวลา 4.5 ชั่วโมง ถึงแม้ในกระบวนการจะใช้เวลา 4.5 ชั่วโมง แต่ต้องให้ยาแอสไพรินทางหลอดเลือด ซึ่งไม่สะดวก ต้องบริหารยาทางหลอดเลือดดำ และในประเทศไทยไม่มีรูปแบบนี้ การศึกษาของ Chamard W และคณะ¹³ ศึกษาที่โรงพยาบาลศิริราชพยาบาลใช้เวลา 3 วันในการให้รับประทานยาแอสไพริน จนถึงขนาด 300 มิลลิกรัมหรือการศึกษาของ Jackson M และคณะ¹⁴ ใช้เวลาในการศึกษาเพียง 120 นาที และใช้ยา

แอสไพริน ในรูปแบบรับประทาน ถึงแม้การศึกษาจะใช้เวลาเพียง 120 นาที แต่ขนาดยาสูงสุดเพียง 75 มิลลิกรัม ไม่เหมาะสมกับโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เนื่องจากปัญหาโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ขนาดยาแอสไพรินต่ำสุด 81 มิลลิกรัมต่อเม็ด

การศึกษานี้เป็นวิธีที่ปลอดภัยและมีประสิทธิผลในผู้ป่วยที่หลากหลาย แม้ว่าผู้ป่วยจะมีประวัติการแพ้ยาแอสไพริน ในลักษณะต่าง ๆ กัน และมีข้อบ่งชี้ในการตรวจหลอดเลือดหัวใจด้วยการฉีดสีเพื่อวางแผนทำการสวนหลอดเลือดหัวใจทางหลอดเลือดแดงและการใช้บอลลูนขยายหลอดเลือดหัวใจ จากผลการศึกษาครั้งนี้ให้เห็นถึงความเป็นไปได้ในการใช้โปรโตคอลการลดความไวต่อยาแอสไพรินแบบง่ายและรวดเร็วในโรงพยาบาล

ผู้ป่วยที่ไม่ประสบความสำเร็จในกระบวนการลดความไวต่อยาแอสไพริน 1 ราย เกิดปฏิกิริยาแพ้ยาแบบ angioedema อาการเกิดขึ้นในการให้ยาขนาดครั้งสุดท้าย 100 มิลลิกรัม (นาที่ที่ 330) ทั้งนี้การใช้ปริมาณยาแอสไพริน ที่เพิ่มขึ้น จากขนาด 40 มิลลิกรัม เป็น 100 มิลลิกรัม ถ้าหากมีการปรับขนาดเป็น 81 มิลลิกรัม (เนื่องจากเป็นขนาดยาสูงสุดของยาแอสไพริน ที่ผู้ป่วยต้องรับประทานต่อวัน) อาจช่วยเพิ่มอัตราความสำเร็จในกระบวนการลดความไวต่อยาแอสไพริน และผู้ป่วยสามารถใช้ยาแอสไพริน ขนาด 81 มิลลิกรัมหลังจากทำการสวนหลอดเลือดหัวใจทางหลอดเลือดแดงและการใช้บอลลูนขยายหลอดเลือดหัวใจ การรักษาด้วยยาแอสไพรินในระยะยาวปลอดภัยหลังจากผ่านโปรโตคอลการลดความไว และในกลุ่มผู้ป่วยที่หยุดใช้แอสไพริน ไม่มีรายใดที่หยุดเนื่องจากปฏิกิริยาจากการแพ้

อย่างไรก็ตามในผู้ป่วยที่มีประวัติการแพ้ยาแอสไพริน และมีการประเมินระดับความน่าจะเป็นที่สูงกว่า อาจจะใช่ เช่น ใช่ (certain) หรือน่าจะใช่ (probable) และมีประวัติอาการแพ้ที่รุนแรง ควรหลีกเลี่ยงการเข้ากระบวนการลดความไวต่อยาแอสไพริน

ข้อจำกัดในการวิจัย

กระบวนการลดความไวต่อยาแอสไพริน ยังไม่มีแนวทางที่เป็นมาตรฐานสากล มีในงานวิจัย และนำไปปรับใช้ให้เหมาะสม แต่อย่างไรก็ตาม ต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นหลัก

จำนวนผู้เข้าร่วมการศึกษามีจำนวนจำกัด เนื่องจากข้อจำกัดของผู้ป่วยที่มีประวัติการแพ้ยา ในกลุ่มยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ และมีความจำเป็นจะต้องทำการสวนหลอดเลือดหัวใจ ทางหลอดเลือดแดงและการใช้บอลลูนขยายหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งผู้ป่วยที่มีเงื่อนไขเหล่านี้มีจำนวนน้อย ถ้าต้องการให้ผู้เข้าร่วมการศึกษามากกว่านี้ ต้องใช้เวลาหลายปี หรือต้องศึกษาหลายสถาบัน (multicenter)

การชักประวัติแพ้ยาของผู้ป่วย โดยเฉพาะประวัติแพ้ยาในอดีตที่ผ่านมา ผู้ป่วยให้ข้อมูล ได้ไม่ชัดเจน หรือประวัติการใช้ยาสเตียรอยด์ ยาแก้แพ้ และ ยาต้านลิโคไตรอีน ที่ผู้ป่วยใช้ก่อนเข้ากระบวนการลดความไวต่อยาแอสไพริน ซึ่งผู้ป่วย อาจจะให้ข้อมูลได้ไม่ถูกต้อง ซึ่งส่งผลกระทบต่อผลของการลดความไวต่อยาแอสไพริน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

การศึกษานี้แม้ว่ามีจำนวนผู้ป่วยน้อย ซึ่งเกิดจากข้อจำกัดต่าง ๆ เช่น จำนวนผู้ป่วยที่มีประวัติการแพ้ยาในกลุ่มยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ และมีข้อบ่งชี้ที่จะต้องทำการสวนหลอดเลือดหัวใจทางหลอดเลือดแดงและการใช้บอลลูนขยายหลอดเลือดหัวใจ มีจำนวนน้อย ซึ่งถ้าหากต้องการจำนวนที่มาก จะต้องใช้ระยะเวลาในการรวบรวมเป็นเวลานาน อย่างไรก็ตามถึงแม้จะมีจำนวนผู้ป่วยในการศึกษาจำกัด แต่ก็สามารถนำแนวทางกระบวนการลดความไวต่อยาแอสไพรินนี้ไปใช้ได้ ซึ่งต้องคำนึงถึงประสิทธิผลและความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยารุนแรง ไม่ควรใช้กระบวนการลดความไวต่อยาแอสไพรินและอยู่ภายใต้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การชักประวัติแพ้ยาของผู้ป่วย จะต้องชักประวัติแพ้ยาหรือหาข้อมูลแพ้ยาของผู้ป่วยจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ เช่น ประวัติการใช้ยาจากโรงพยาบาลอื่นๆ คลินิก ร้านขายยา ญาติใกล้ชิด เป็นต้น และเภสัชกรที่ประเมินการแพ้ยาควรเป็นเภสัชกรที่เชี่ยวชาญการประเมินแพ้ยา หลังจากนั้นรวบรวมข้อมูลเหล่านั้นมาประเมินการแพ้ยาของผู้ป่วย เพื่อให้ข้อมูลประวัติการแพ้ยาของผู้ป่วยถูกต้องแม่นยำยิ่งขึ้น

2. กระบวนการชักประวัติการใช้ยา สเตียรอยด์ ยาแก้แพ้ และ ยาต้านลิโคไตรอีน ผู้ป่วยอาจจะไม่รู้จำยาเหล่านี้ ดังนั้นการชักประวัติการใช้ยาจะต้องละเอียดและรอบคอบ อาจจะต้องสอบถามจากครอบครัวหรือญาติที่พักอาศัยอยู่ด้วยกัน

3. การศึกษานี้ จำนวนผู้เข้าร่วมในการศึกษามีจำนวนน้อย หากต้องการให้ผู้เข้าร่วมการศึกษามากขึ้นต้องใช้เวลาหลายปี หรือต้องศึกษาแบบหลายสถาบัน กระบวนการลดความไวต่อยาแอสไพริน ควรทำอยู่ภายใต้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด และมีความพร้อมที่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้เมื่อมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการแพ้ยา

สรุป

การศึกษาลดความไวต่อยาแอสไพริน มีการศึกษาหลายการศึกษาทั้งในรูปแบบยา รับประทานหรือยาฉีดเข้าหลอดเลือดดำ ทั้งแบบรวดเร็วหรือแบบที่ต้องใช้เวลานาน และสำเร็จในการลดความไวต่อยาแอสไพริน การศึกษานี้เป็นการใช้ยาในรูปแบบยารับประทานสะดวกและง่ายต่อการปฏิบัติ รวมทั้งยังใช้เวลาที่รวดเร็ว (5.5 ชั่วโมง) ผู้ป่วยที่มีประวัติการแพ้ยาแอสไพรินหรือยาในกลุ่มยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ที่ต้องเข้าทำหัตถการสวนหลอดเลือดหัวใจทางหลอดเลือดแดงและการใช้บอลลูนขยายหลอดเลือดหัวใจ มีประสิทธิผลและความปลอดภัย เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่จะใช้ยาต้านเกล็ดเลือดสองชนิด ตามแนวทางการรักษาของเวชปฏิบัติการดูแลรักษา

ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การใช้ยาแอสไพริน ในขนาด 81 มิลลิกรัม ต่อวันยังสามารถดำเนินการต่อเนื่องในระยะยาวได้อย่างปลอดภัย โดยไม่มีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการแพ้ยาที่เกิดขึ้นในภายหลัง

เอกสารอ้างอิง

1. Knuuti J, Wijns W, Saraste A, Capodanno D, Barbato E, Funck-Brentano C, et al. 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes. *Eur Heart J*. 2020;41:407-77.
2. คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ กระทรวงสาธารณสุข, สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, สมาคมแพทย์มีนชนากรหัวใจและหลอดเลือดแห่งประเทศไทย, สมาคมโรคหลอดเลือดแดงแห่งประเทศไทย. แนวเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พ.ศ. 2563 (Thai Acute Coronary Syndromes Guidelines 2020). พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์; 2563.
3. Bianco M, Bernardi A, D'Ascenzo F, Cerrato E, Omedè P, Montefusco A, et al. Efficacy and Safety of Available Protocols for Aspirin Hypersensitivity for Patients Undergoing Percutaneous Coronary Intervention: A Survey and Systematic Review. *Circ Cardiovasc Interv*. 2016 Jan;9:e002896.
4. Bagai J, Beavers CJ. Avoiding Being Hyper About Hypersensitivity: Management of Aspirin and P2Y12 Allergic Reactions. *Society for Cardiovascular Angiography & Interventions (SCAI)*; 2019 Jan 9.
5. Stevens WW, Jerschow E, Baptist AP, Borish L, Bosso JV, Buchheit KM, et al.

The role of aspirin desensitization followed by oral aspirin therapy in managing patients with aspirin-exacerbated respiratory disease: A Work Group Report from the Rhinitis, Rhinosinusitis and Ocular Allergy Committee of the American Academy of Allergy, Asthma & Immunology. *J Allergy Clin Immunol*. 2021;147:827-44.

6. Simon RA. Aspirin-exacerbated respiratory disease: NSAID challenge and desensitization. In: Adkinson NF Jr, Feldweg AM, editors. *UpToDate*. Waltham (MA): UpToDate Inc.; 2023 [cited 2024 Nov 30].
7. Rossini R, Iorio A, Pozzi R, Bianco M, Musumeci G, Leonardi S, et al. Aspirin Desensitization in Patients With Coronary Artery Disease: Results of the Multicenter ADAPTED Registry (Aspirin Desensitization in Patients With Coronary Artery Disease). *Circ Cardiovasc Interv*. 2017;10(2):e004368.
8. คณะทำงานเพื่อการรักษาและป้องกันการแพ้ชนิดรุนแรงแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่มีการแพ้ชนิดรุนแรง พ.ศ. 2560 (Clinical Practice Guidelines for Anaphylaxis 2017). กรุงเทพฯ: สมาคมโรคภูมิแพ้ โรคหืด และวิทยาภูมิคุ้มกันแห่งประเทศไทย; 2560.
9. Uppsala Monitoring Centre. The use of the WHO-UMC system for standardised case causality assessment [Internet]. Uppsala: WHO Collaborating Centre for International Drug Monitoring; [cited 2025 Nov 30]. Available from: [https://www.who.int/docs/default-source/medicines/pharmacovigilance/w-hocausality-assessment.pdf].

- 10.นทพร ชัยพิชิต. การแพ้ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (Hypersensitivity reactions to Non-Steroidal Anti-inflammatory Drugs (NSAIDs)). [บทความ]. พะเยา: คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา; 2564
- 11.Szczeklik A, Stevenson DD. Aspirin-induced asthma: Advances in pathogenesis and management. J Allergy Clin Immunol. 1999;104:749-57.
- 12.De Luca G, Verdoia M, Binda G, Schaffer A, Suryapranata H, Marino P. Aspirin desensitization in patients undergoing planned or urgent coronary stent implantation. A single-center experience. Int J Cardiol. 2013;167:561-3.
- 13.Wongsa C, Sompornrattanaphan M, Tantilipikorn P, Thongngarm T. Clinical characteristics and aspirin desensitization in Thai patients with a suggestive history of NSAID-exacerbated respiratory disease. Asian Pac J Allergy Immunol. 2022;40(5):343-9.
- 14.Jackson M, Callaghan S, Stapleton J, Bolton S, Austin D, Muir DF, et al. Rapid Aspirin Desensitization is Safe and Feasible in Patients With Stable and Unstable Coronary Artery Disease: A Single-Center Experience. J Cardiovasc Pharmacol Ther. 2019;24(4):359-64.