

OAH + decongestant การเลือกยาให้พิจารณาจากอาการของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยที่มีอาการคัดจมูกแนะนำให้ใช้ intranasal corticosteroid แนวทางการรักษา AR ของประเทศไทยปี ค.ศ. 2023 ให้ความสำคัญกับการวินิจฉัยที่ถูกต้องเพื่อการรักษาที่เหมาะสม แนวทางการวินิจฉัยโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ของประเทศไทยสรุปได้ดังภาพที่ 2

ผู้ป่วย AR ที่ควบคุมอาการได้ยากและต้องการรักษาให้หายขาด อาจพิจารณาการรักษาด้วย IT ซึ่งมี 2 วิธี ได้แก่ subcutaneous IT ผู้ป่วยต้องรับการฉีดยาทุกสัปดาห์เป็นเวลา 6 เดือน และฉีดต่อเนื่องอีกทุกเดือนเป็นเวลา 2-3 ปี หลังจากนั้นสามารถหยุดยารับประทานได้ ส่วนอีกวิธีคือ sublingual IT กลไกการรักษาโดยกระตุ้นการสร้างภูมิคุ้มกันผ่านวัคซีนภูมิแพ้ (สารก่อภูมิแพ้ในรูปแบบยา) อนุมัติแล้ว ซึ่งเหมาะสำหรับผู้ป่วยแพ้ไรฝุ่น ข้อจำกัดของ IT คือ ใช้ระยะเวลาในการรักษานาน ค่าใช้จ่ายสูงกว่า OAH มาก และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดปฏิกิริยาแพ้ได้

Bilastine เป็น OAH ชนิดไม่วง มีความจำเพาะต่อ H₁-antihistamine receptor มีข้อบ่งชี้ในการรักษาภูมิแพ้จมูกและเยื่อตาตามช่วงฤดูกาลและตลอดปี (seasonal allergic rhinoconjunctivitis; SAR และ perennial allergic rhinoconjunctivitis; PAR) และตลอดปี รับประทานวันละครั้ง ใน 1 เม็ดมียา 20 มก. ยาออกฤทธิ์ผ่านการจับกับ receptor โดยเปลี่ยน active form เป็น inactive form ได้ยาวนาน

ผลการศึกษาประสิทธิภาพของ bilastine ในการรักษา SAR และ PAR พบว่าสามารถลด total symptom score (TSS) ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับยาหลอก และ TSS ลดลงอย่างต่อเนื่องหลังจากได้รับยาไปนาน 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยจะเริ่มดีขึ้นภายใน 1-2 ชั่วโมงหลังได้รับยา ไม่พบความแตกต่างของ TSS ระหว่าง bilastine, cetirizine และ desloratadine

จุดเด่นของ bilastine คือ ไม่มีผลต่อกระบวนการรับรู้ (cognitive) และทักษะพิสัย (psychomotor) เนื่องจากยาผ่านเข้าสู่ประสาทส่วนกลางน้อยมาก ไม่เกิดผลข้างเคียงให้ง่วงซึม เมื่อตรวจการทำงานของสมองโดยใช้เครื่อง positron emission tomography (PET) หลังได้รับยา bilastine เปรียบเทียบกับยาหลอกและ hydroxyzine พบว่า bilastine ไม่มีผลต่อสมองเช่นเดียวกับยาหลอก เมื่อเปรียบเทียบกับ OAH ตัวอื่น bilastine เป็นยาที่มีฤทธิ์ง่วงซึมต่ำที่สุด นอกจากนี้มีการศึกษาเพื่อวิเคราะห์ผลของ bilastine ต่อการเคลื่อนไหวในการปฏิบัติงาน (psychomotor performance) โดยการจำลองการขับรถสูตร 1 ความเร็วสูง พบว่า bilastine ไม่มีผลกระทบต่อด้านลบในการควบคุมรถของผู้เข้าร่วมการศึกษา จากการศึกษาผลของ bilastine ต่อความสามารถในการบังคับเครื่องบินเปรียบเทียบกับยาหลอกและ hydroxyzine โดยการวัด Stanford Sleepiness Scale พบว่าการให้ bilastine 20 มก. หรือยาหลอกครั้งเดียวไม่มีผลให้เกิดอาการง่วง และไม่ทำให้ความสามารถในการบังคับเครื่องบินบกพร่องเมื่อเปรียบเทียบกับ hydroxyzine ซึ่งมีผลกระทบต่อการบินบังคับเครื่องบินอย่างมีนัยสำคัญ จากการศึกษาข้างต้นสนับสนุนการใช้ bilastine รักษาโรคภูมิแพ้สำหรับบุคลากรที่ต้องใช้ทักษะในการทำงานสูง

Bilastine ไม่พบผลข้างเคียงต่อการเต้นของหัวใจ ไม่ทำให้เกิด QT/QT_c prolong แม้ในขนาดสูง 200 มก. ครั้งเดียวหรือให้หลายครั้งรวมกัน 200 มก. ใน 7 วัน ยาไม่ metabolite ผ่านตับและลำไส้ ถูกขับออกทางอุจจาระและปัสสาวะโดยไม่เปลี่ยนรูปร่างร้อยละ 67 และ 33 ตามลำดับ

การรับประทานยาพร้อมอาหารหรือน้ำเกรปฟรุต (grapefruit juice) ลดชีวประสิทธิผล (bioavailability) ของยาลงร้อยละ 30 จึงแนะนำให้รับประทานยาก่อนอาหารขณะท้องว่าง โดย bilastine ODT (oral dispersible tablet) เป็นยาที่ละลายได้ในปาก สะดวก สามารถรับประทานโดยไม่ต้องใช้น้ำ เหมาะสำหรับเด็กอายุ 6-11 ปี

กล่าวโดยสรุป bilastine เป็น OAH ชนิดใหม่ไม่ทำให้ผู้รับประทานง่วงซึม มีประสิทธิภาพและความปลอดภัยในการรักษาผู้ป่วย AR

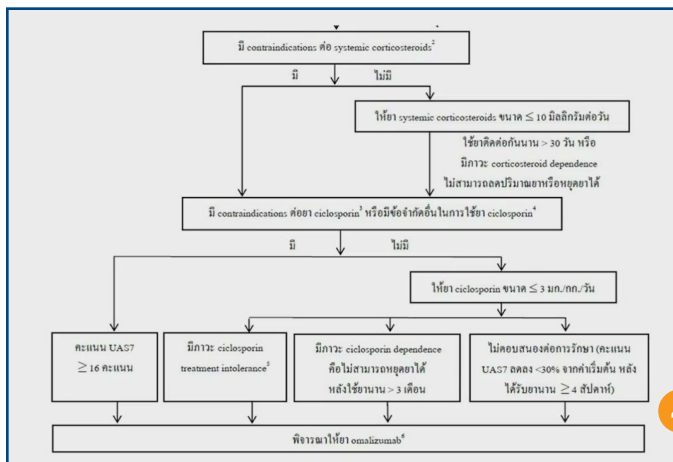
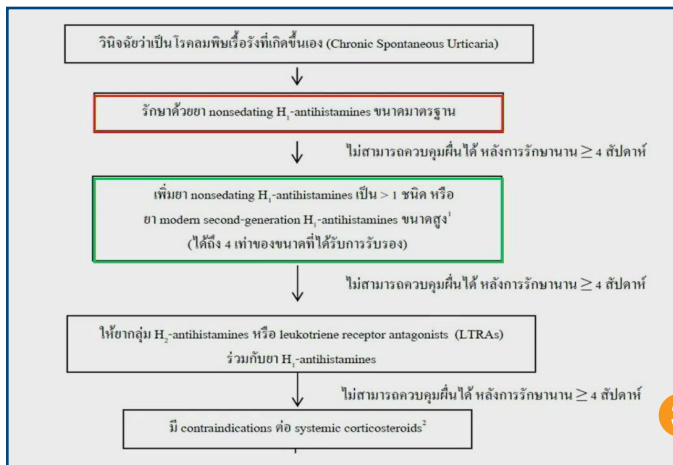
Role of Bilastine in Urticaria

ศ.พญ.กนกวลัย กุลกนันทน์

ลมพิษ (urticaria) เป็นโรคผิวหนังที่มีลักษณะผื่น นูน แดง มีอาการคัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการเฉียบพลันและหายไปในภายใน 24 ชั่วโมง (acute urticaria) หากอาการเป็นอยู่นานมากกว่า 6 สัปดาห์จึงวินิจฉัยลมพิษเรื้อรัง (chronic spontaneous urticaria; CSU) ผู้ป่วยร้อยละ 33-67 พบการบวมของเนื้อเยื่อใต้ชั้นผิวหนัง (angioedema) ร่วมซึ่งใช้เวลาในการหายนานกว่า 24 ชั่วโมง (24-72 ชั่วโมง)

แนวทางเวชปฏิบัตินานาชาติ (international guideline) แนะนำให้เริ่มการรักษา CSU ด้วย OAH รุ่นที่ 2 ชนิดไม่ทำให้เกิดอาการง่วง พบว่าผู้ป่วยน้อยกว่าร้อยละ 50 สามารถควบคุมอาการของโรคได้โดยใช้นยาในขนาดมาตรฐาน แนวทางเวชปฏิบัติแนะนำเพิ่มขนาดยาเป็น 2-4 เท่าของขนาดมาตรฐาน ซึ่งจะเพิ่มอัตราของความสำเร็จในการรักษาเป็นร้อยละ 45-55 สาเหตุของการตอบสนองต่อ OAH ไม่สูงเท่าที่ควรเนื่องจากกลไกการเกิดลมพิษมีความซับซ้อน มิได้เกิดจากฮิสตามีนหรือ mast cell เพียงอย่างเดียว การรักษาในผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมอาการด้วย OAH ต้องเพิ่มยาลำดับที่ 2 ได้แก่ ยารักษาทางชีวภาพ (biologic therapy) เช่น omalizumab หรือยารักษาไม่มุ่งเป้า (non-targeted therapy) เช่น cyclosporin ร่วมในการรักษา โดยแนวทางเวชปฏิบัตินานาชาติแนะนำให้เพิ่มยา omalizumab ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมอาการได้หลังจากเพิ่มขนาด OAH เป็น 4 เท่า นาน 2-4 สัปดาห์ และเพิ่ม cyclosporin ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมอาการได้หลังจากได้รับ omalizumab นาน 6 เดือน

สำหรับบริบทของประเทศไทยตามแนวทางเวชปฏิบัติโรคลมพิษแห่งประเทศไทยมีข้อจำกัดในการเข้าถึง omalizumab และ cyclosporin ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมผื่นได้หลังการรักษาด้วยขนาดมาตรฐาน นานกว่า 4 สัปดาห์ แนะนำให้เพิ่มยาหรือเพิ่มขนาด OAH รุ่นที่ 2 ได้ถึง 4 เท่าของขนาดมาตรฐาน หากผู้ป่วยยังไม่ดีขึ้นแนะนำให้ยาด้านตัวรับฮิสตามีนชนิดที่ 2 (H₂-antihistamine) หรือ leukotriene receptor antagonists (LTRAs) ร่วมกับ OAH หากยังไม่ดีขึ้นหลังรักษานานกว่า 4 สัปดาห์และไม่มีข้อห้ามของการให้ systemic corticosteroid ให้เริ่ม corticosteroid ในขนาดที่ไม่เกิน 10 มก./วัน หากใช้ corticosteroid ติดต่อกันนานกว่า 30 วันแล้วไม่สามารถลดหรือหยุดยาได้ หรือผู้ป่วยที่มีข้อห้ามของการให้ systemic corticosteroid พิจารณาใช้ cyclosporin หรือ omalizumab ตามแผนภูมิแนวทางการรักษาผู้ป่วย CSU ในประเทศไทยโดยแสดงดังภาพที่ 3 และ 4



Urticaria activity score (UAS) เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินความรุนแรงของลมพิษ โดยให้ผู้ป่วยประเมินอาการใน 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา ประเมินผื่นนูน (wheals) และอาการคัน เป็นระดับคะแนน 0-3 โดย 0 คือ ไม่มีอาการ และ 3 คือ อาการรุนแรงมาก ผื่นนูน: ไม่มี = 0, 1-19 จุด = 1, 20-49 จุด = 2, ตั้งแต่ 50 จุดขึ้นไป = 3 อาการคัน: ไม่มี = 0, คันเล็กน้อย = 1, คันปานกลาง = 2, คันรุนแรง = 3 ส่วน UAS7 คือ การรวมคะแนน 7 วัน (คะแนนเต็ม 42)

ผลการศึกษาประสิทธิภาพและความปลอดภัยของ bilastine (20 มก.) ในการรักษา CSU โดย double-blind randomized placebo controlled trial (DRPC) พหุสถาบัน (multicenter) เปรียบเทียบกับ levocetirizine (5 มก.) และยาหลอก โดยให้อาสาสมัครรับประทานยาวันละครั้งเป็นเวลา 28 วัน พบว่า bilastine และ levocetirizine สามารถลดค่าเฉลี่ย total severity score (TSS) ลงจากค่าพื้นฐานภายใน 2 วัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับยาหลอก

การศึกษาประสิทธิภาพของ bilastine ในการรักษา cold contact urticaria ในอาสาสมัคร 20 คน เป็นเวลา 12 สัปดาห์ เปรียบเทียบผลการรักษาโดยให้อาสาสมัครรับประทานยาหลอกหรือ bilastine ขนาด 20, 40 หรือ 80 มก. วันละครั้ง นาน 7 วัน โดยมีระยะเวลาหยุดยาก่อนเริ่มยาตัวถัดไป 14 วัน ประเมินผลการรักษาโดยใช้อุปกรณ์ TempTest® วัด critical temperature threshold (อุณหภูมิสูงสุดที่สามารถกระตุ้นให้อาสาสมัครเกิดรอยนูน) ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มอาสาสมัครที่ได้รับ bilastine 80 มก. มี critical temperature threshold ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับยาหลอกหรือ bilastine ขนาด 20 และ 40 มก. อย่างมีนัยสำคัญ การศึกษา

แสดงให้เห็นว่าการเพิ่มขนาด bilastine 4 เท่า มีผลเพิ่มประสิทธิภาพของการรักษาโดยไม่เพิ่มผลข้างเคียง

ผลการศึกษาระดับของ IL-6 และ IL-8 ซึ่งเป็น cytokine ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดลมพิษที่ 2-3 ชั่วโมงหลังการทดสอบพิเศษด้วยความเย็น (cold provocation test) ในผู้ป่วยที่ได้รับ bilastine 20 และ 80 มก. พบว่าระดับ IL-6 และ IL-8 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มที่ได้รับ bilastine 80 มก.

การศึกษาประสิทธิภาพและความปลอดภัยของ bilastine โดย DRPC พหุสถาบันในผู้ป่วยชายวัยผู้ใหญ่ 18-74 ปี จำนวน 304 คน ที่ได้รับการวินิจฉัย CSU แบ่งผู้ป่วยออกเป็น 3 กลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่มยาหลอก (103 ราย), bilastine 20 มก. (101 ราย) และ bilastine 10 มก. (100 ราย) ให้รับประทานยาวันละครั้งเป็นเวลา 2 สัปดาห์ และวัด TSS เปรียบเทียบก่อนและหลังได้รับยา ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับ bilastine มีการลดลงของ TSS มากกว่ากลุ่มที่ได้รับยาหลอกอย่างมีนัยสำคัญ โดย TSS ลดลงตั้งแต่วันแรกหลังได้รับยาและไม่พบผลข้างเคียงที่แตกต่างจากยาหลอกอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้มีการศึกษาพหุสถาบันติดตามประสิทธิภาพและความปลอดภัยของ bilastine 20 มก. ในผู้ป่วย CSU ชายวัยผู้ใหญ่ที่รับประทานยาวันละครั้งเป็นเวลา 1 ปี พบว่ายา มีประสิทธิภาพในการควบคุมอาการทางผิวหนังตั้งแต่เริ่มต้นรับประทานยา จนตลอดระยะเวลาในการรักษา พบผลข้างเคียงที่เกี่ยวข้องกับยาต่ำมาก ประมาณร้อยละ 2.5 (พบอาการง่วงได้ร้อยละ 1)

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์เชิงอภิมาน (systematic review & meta-analysis) ของ bilastine ในการรักษา CSU โดยรวบรวมจาก 7 การศึกษา อาสาสมัครจำนวน 975 คน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับ bilastine มี dermatology life quality index (DLQI), TSS และ UAS7 ดีขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กรณีศึกษาผู้ป่วย

ผู้ป่วยรายที่ 1: ชายไทยอายุ 70 ปี อาการสำคัญ ผื่นนูนตามร่างกาย 1 ปี ผู้ป่วยมีผื่นนูน 20-50 จุด ขนาด > 2.5 ซม. มีอาการ 7 วัน/สัปดาห์ การตรวจ dermographism ให้ผลบวก บางครั้งพบ angioedema บริเวณริมฝีปาก อาการคันระดับ 3 (รุนแรง) อาการมากจนรบกวนการนอน ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย CSU ระดับปานกลางถึงรุนแรง จากการศึกษาผู้ป่วยหลังรับการปรึกษาพบคะแนน UAS7 = 4 ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วย fexofenadine (180 มก.) และ levocetirizine (5 มก.) วันละ 1 เม็ด ร่วมกับ chlorpheniramine 1 เม็ดก่อนนอน หลังจากผู้ป่วยหยุดยา 1 สัปดาห์ พบว่าคะแนน UAS7 เพิ่มขึ้นเป็น 28 ผู้ป่วยมีผื่นนูน 20-50 จุด/วัน ทุกวัน แพทย์เริ่มการรักษาด้วย bilastine 20 มก./วัน หลังได้รับยาพบว่าอาการคันและผื่นหายไปภายใน 1 ชั่วโมง ผู้ป่วยใช้เวลา 2 วัน หลังการรักษาจึงสามารถควบคุมอาการทั้งหมดได้ และไม่พบผื่น คัน และ angioedema ตลอด 2 สัปดาห์หลังการรักษา ผลการประเมิน CU-QoL (quality of life score) ลดลงจากร้อยละ 19.4 ในสัปดาห์ก่อนรับการรักษา (week 0) เหลือร้อยละ 5.6 และ 4.2 ในสัปดาห์ที่ 1 และ 2 ตามลำดับ

ประเด็นเรียนรู้: ผู้ป่วยที่มีการตอบสนองต่อการรักษาบางส่วน (partial improvement) จากการให้ยาหลายชนิดในการควบคุมอาการ สามารถควบคุมอาการอย่างสมบูรณ์โดยใช้ bilastine เป็นยาเดี่ยว

ในการรักษา เพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วย และพบว่าผู้ป่วยสูงอายุสามารถทนต่อยาได้ดี สรุปได้ดังภาพที่ 5

Key Learnings

- CSU partially controlled by combination of three different antihistamines could be completely controlled by bilastine alone (regular dose), indicating high efficacy of bilastine
- Bilastine rapidly decrease CSU symptoms, rapidly decrease itch sensation
- Bilastine improved quality of life in a CSU patient previously treated with other sedating and non-sedating antihistamines
- Bilastine was well tolerated, even in an elderly patient

5

ผู้ป่วยรายที่ 2: หญิงไทยอายุ 17 ปี มีผื่นลมพิษเรื้อรังนาน 8 เดือน ร่วมกับ angioedema บางครั้ง พบผื่นนูน 10-20 จุดขึ้นทุกวัน ผื่นมีขนาดอย่างน้อย 4 ซม. ผู้ป่วยปฏิเสธประวัติโรคภูมิแพ้ การแพ้อาหารหรือยา ปัจจัยทางกายภาพอื่นที่ทำให้เกิดลมพิษ ผลการตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC, ESR, UA, stool exam อยู่ในเกณฑ์ปกติ ANA, anti-thyroglobulin Ab, antithyroid peroxidase Ab ให้ผลลบ, autologous serum skin test (ASST) ให้ผลบวก (บ่งชี้ว่าผู้ป่วยเป็น autoimmune urticaria) ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย CSU (autoimmune) ผู้ป่วยเคยรับการรักษาด้วย cetirizine 10 มก./วัน, loratadine 10 มก./วัน, fexofenadine 180-360 มก./วัน, desloratadine 10-20 มก./วัน ร่วมกับ montelukast 10 มก./วัน และได้รับ prednisolone 10 มก./วัน เป็นระยะ ๆ พบการตอบสนองต่อการรักษาบางส่วน

จากการศึกษาประสิทธิภาพในการลดอาการคันของผู้ป่วยที่มีอาการคันเรื้อรังจากโรคผิวหนังหรือไม่ทราบสาเหตุด้วย OAH ขนาดสูงจำนวน 67 รายในประเทศเยอรมนี เปรียบเทียบการตอบสนองต่อการรักษาและประสิทธิภาพในการลดอาการคันของ levocetirizine 10 มก. ร่วมกับ fexofenadine 360 มก. และ/หรือ azelastine 4 มก./วัน หรือ desloratadine 20 มก. พบว่าการให้ยาในขนาดสูงประสบความสำเร็จในการรักษา (ร้อยละ 76.9) และลดอาการคัน (ร้อยละ 89) ได้ดีกว่าการให้ยาร่วมกันหลายชนิด จากผลการศึกษาสนับสนุนให้ใช้ OAH ชนิดไม่่วงขนาดสูงที่ผลข้างเคียงต่ำและไม่มียาปฏิกริยาระหว่างยารักษาผู้ป่วยที่มีอาการคัน

ในผู้ป่วยรายนี้แพทย์ได้เพิ่มยา bilastine 20 มก. พบว่าการตอบสนองต่อการรักษาบางส่วน แต่เมื่อเพิ่มขนาดยา bilastine เป็น 40 มก. พบว่าสามารถควบคุมอาการได้ดี ในผู้ป่วยรายนี้ประสบความสำเร็จในการรักษาโดยใช้ bilastine เป็นยาเดี่ยว

ผู้ป่วยรายที่ 3: ชายไทยอายุ 52 ปี ประวัติลมพิษเรื้อรังนาน 2 ปี มีผื่นนูนอย่างน้อย 10 จุด ขนาด 10 ซม. ขึ้นทุกวัน ไม่พบ angioedema มีอาการคันระดับปานกลางถึงรุนแรง ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 มานาน 10 ปี ควบคุมระดับน้ำตาลด้วยยาได้ไม่ค่อยดี fasting blood sugar 180-250 มก./ดล. มีไขมันในเลือดสูง และประวัติครอบครัวเป็นโรคหัวใจ ผู้ป่วยดื่มแอลกอฮอล์ระดับปานกลาง (วิสกี้ 3 ออนซ์/วัน 2 วัน/สัปดาห์ เป็นเวลา 3 ปี) ก่อนเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วย fexofenadine 120 มก./วัน, levocetirizine 20 มก./วัน, hydroxyzine 20 มก./วัน, cimetidine 800 มก./วัน และได้รับ prednisolone 15 มก./วัน นานกว่า 30 วัน ผลการตรวจร่างกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC, D-dimer levels อยู่ในเกณฑ์ปกติ CrCl 77 มล./นาที urine sugar 4+ ผลการทำงานของตับพบ SGOT และ SGPT สูงเล็กน้อย ANA, anti-thyroglobulin Ab, antithyroid peroxidase Ab ให้ผลลบ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย CSU (recalcitrant) with DM with poor kidney function (CKD stage 2) with moderate alcohol consumption แพทย์เริ่มการรักษาด้วยการหยุดยา cimetidine และ hydroxyzine ลดขนาด prednisolone เหลือ 10 มก. เพิ่ม loratadine 20 มก. และ montelukast 10 มก. หลังการรักษาประเมิน UAS7 ได้ 35 (เต็ม 42) เนื่องจากผู้ป่วยเป็นเบาหวานและมีการทำงานของไตบกพร่อง มีข้อจำกัดของการใช้ prednisolone และ cyclosporin แพทย์ผู้รักษาจึงให้หยุดยา prednisolone, fexofenadine, loratadine และ montelukast เหลือเพียง levocetirizine และเริ่มให้ omalizumab 150 มก. หลังการรักษาประเมิน UAS7 ซ้ำได้ 28 จึงเพิ่มขนาด omalizumab เป็น 300 มก. หลังการรักษาประเมิน UAS7 ซ้ำคะแนนลดลงเหลือ 24 และเนื่องจากผู้ป่วยมีปัญหาการทำงานของไตและไต แพทย์ผู้รักษาพิจารณาเปลี่ยนยา levocetirizine เป็น bilastine 20 มก. นาน 2 สัปดาห์ และเพิ่มขนาดเป็น 40 มก. อีก 2 สัปดาห์ พบว่า UAS7 ลดลงเหลือ 14 และเมื่อเพิ่มขนาดเป็น 80 มก. ภายในระยะเวลา 2 เดือนพบว่าสามารถควบคุมอาการผู้ป่วยได้อย่างสมบูรณ์โดย UAS7 ของผู้ป่วยลดลงจนเหลือ 0

คำถาม-คำตอบ

ถาม: จากผลการศึกษาพบว่าการใช้ยา OAH ขนาดสูงมีประสิทธิภาพในการควบคุมอาการดีกว่าการใช้ OAH หลายชนิดรวมกัน แต่ในเอกสารกำกับยามิได้ระบุว่าสามารถเพิ่มขนาดเป็น 4 เท่าของขนาดปกติได้ ไม่ทราบว่าแนวทางเวชปฏิบัติของประเทศไทยได้แนะนำการรักษาโดยการเพิ่มขนาดหรือไม่

ตอบ: ในแนวทางเวชปฏิบัติทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศแนะนำให้สามารถเพิ่มขนาดยาเป็น 4 เท่าได้ แม้ว่าจะเป็นการรักษานอกคำแนะนำในเอกสารกำกับยา (off label use) รศ.นพ.อิโรชิ ให้ความเห็นเพิ่มเติมว่าการรักษา off label use สามารถทำได้เนื่องจากมีคำแนะนำจากสมาคมวิชาชีพสนับสนุนการใช้รักษา

สรุป

ศ.พญ.กนกวลัย: เนื่องจากองค์ความรู้ในปัจจุบันพบว่าพยาธิกำเนิดของ CSU มีความซับซ้อนมากกว่ากลไกการแตกของ mast cell ทำให้เกิดการหลั่งฮิสตามีนเพียงอย่างเดียว ดังนั้น มีผู้ป่วยบางกลุ่มอาจควบคุมอาการได้ยาก ซึ่งแพทย์ผู้รักษาสามารถส่งผู้ป่วยมารับคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญ แต่สำหรับผู้ป่วยโดยทั่วไปแพทย์สามารถรักษาตามแนวทางปฏิบัติของสมาคมวิชาชีพได้

รศ.นพ.อิโรชิ: เป้าหมายสำคัญของการรักษา AR คือ การควบคุมอาการของผู้ป่วย หากผู้ป่วยมีอาการเรื้อรังหรือควบคุมอาการไม่ได้ ควรพิจารณาส่งให้ผู้เชี่ยวชาญเพื่อประเมินความถูกต้องของการวินิจฉัยการรักษา AR อาจไม่จำเป็นต้องรักษาจนผู้ป่วยหายขาด แต่ควรรักษาจนสามารถควบคุมอาการของผู้ป่วยได้ กรณีผู้ป่วยต้องการรักษาให้หายขาดแนะนำให้ส่งปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ

เรียบเรียงโดย: นพ.วรมันต์ ไวกาต

กุมารแพทย์โรคติดเชื้อ กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์