

การใช้ยาแอสไพรินเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยที่ไม่มีประวัติโรคหัวใจและหลอดเลือดมาก่อน

(Aspirin in Primary Prevention of Cardiovascular Diseases)

อรัญญ์ เจษฎาญาณเมธา

โรคหัวใจและหลอดเลือดจากภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (atherosclerosis) เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โรคหลอดเลือดสมองตีบ เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและทุพพลภาพในประชากรทั่วโลก จากรายงาน World Health Statistics โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ค.ศ. 2016 โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตในประชากร 17.9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 44 ของสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อทั่วโลก¹ สำหรับประเทศไทย โรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของประชากรชายและหญิงในประเทศ² ดังนั้น การป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดจึงมีความสำคัญยิ่งในการลดภาระโรคและอัตราการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อในประเทศไทยและทั่วโลก

นอกจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ชีวิตที่นำไปสู่สุขภาพร่างกายที่ดี เช่น การลดน้ำหนัก การจำกัดอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวหรือไขมันทรานส์ในปริมาณมาก การหยุดการสูบบุหรี่ การรักษาด้วยการใช้ยาก็อาจลดความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดได้เช่นกัน อย่างไรก็ตามการใช้ยามีทั้งประโยชน์และผลเสีย ดังนั้น ก่อนใช้ยาจึงจำเป็นต้องพิจารณาถึงประโยชน์ที่ได้และผลเสียที่เกิดขึ้นให้ดีกว่าก่อนการใช้ยาใดๆ บทความนี้กล่าวถึงการใช้ยาแอสไพริน (aspirin) เพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดแดงดังกล่าว



ยาแอสไพรินออกฤทธิ์ยับยั้งเกล็ดเลือด ป้องกันการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือดในภาวะที่มีการบาดเจ็บของหลอดเลือด ซึ่งเกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ หรือ หลอดเลือดสมองตีบ เป็นต้น การใช้แอสไพรินจึงสามารถป้องกันการเกิดลิ่มเลือดและทำให้ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หรือ สมองขาดเลือดมีความรุนแรงน้อยลง แต่ยาแอสไพรินก็สามารถเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออก โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะเลือดออกในทางเดินอาหาร ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและเสียชีวิตได้³

ในระยะ 2-3 ปีที่ผ่านมา พบการศึกษาทางคลินิกของยาแอสไพรินในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดมาก่อน (เรียกว่า เป็นการป้องกันแบบปฐมภูมิ) โดยเป็นการศึกษาขนาดใหญ่ มีจำนวนผู้ป่วยเข้าร่วมการศึกษาจำนวนมาก การศึกษาเหล่านี้เปรียบเทียบ ยาแอสไพริน กับ ยาหลอก ผลการศึกษาพบว่า ยาแอสไพรินไม่แตกต่างจากยาหลอก ในการลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด การได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และ โรคหลอดเลือดสมองตีบ แต่ยาแอสไพรินเพิ่มอัตราการเกิดภาวะเลือดออกเมื่อเปรียบเทียบกับยาหลอก⁴⁻⁷

จากผลการศึกษาจำนวนหนึ่งดังกล่าว สมาคมโรคหัวใจแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา (American Heart Association) จึงแนะนำการใช้ยาแอสไพริน ในขนาดต่ำ คือ 75-100 มิลลิกรัม เพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดแบบปฐมภูมิในผู้ป่วยอายุ 40-70 ปี เฉพาะผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และ ต้องมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกต่ำ อย่างไรก็ตาม ไม่มีการกำหนดระดับความเสี่ยงขั้นต่ำที่ควรเริ่มใช้ยาแอสไพริน ดังนั้น การใช้ยาแอสไพรินเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดแบบปฐมภูมิ จึงแนะนำในผู้ป่วยบางรายเท่านั้น ภายหลังจากที่แพทย์ได้ทำการประเมินว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างแท้จริง และ มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกต่ำ นอกจากนี้ สมาคมโรคหัวใจแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา ไม่แนะนำการใช้ยาแอสไพรินเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดแบบปฐมภูมิในผู้ป่วยอายุมากกว่า 70 ปี และไม่แนะนำการใช้แอสไพรินในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะเลือดออก เช่น ผู้ป่วยที่มีประวัติเลือดออกในทางเดินอาหารมาก่อน ผู้ป่วยที่มีประวัติเป็นโรคแผลลึกลงในทางเดินอาหาร ผู้ป่วยที่มีภาวะเกล็ดเลือดต่ำ ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติในการแข็งตัวของเลือด ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ผู้ป่วยที่ใช้ยาอื่นซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกได้ เช่น ยาแก้ปวดแก้อักเสบกลุ่ม NSAIDs, ยากลุ่มคอร์ติโคสเตียรอยด์ (corticosteroids) และ ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (anticoagulants) เป็นต้น

หากมีข้อสงสัยว่า ท่านควรได้รับยาแอสไพรินเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โรคหลอดเลือดสมองตีบ หรือไม่ ควรทำการปรึกษาแพทย์ หรือบุคลากรทางการแพทย์ ไม่ควรเริ่มการใช้ยาด้วยตนเอง หรือ หากท่านรับประทานยาแอสไพรินอยู่แล้ว และมีข้อสงสัยว่าควรรับประทานยาแอสไพรินต่อหรือไม่ ควรทำการปรึกษาแพทย์มากกว่าการพิจารณาหยุดใช้ยาด้วยตนเอง

เอกสารอ้างอิง

1. World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: World Health Organization; 2018.
2. Porapakkham Y, Rao C, Pattaraarchachai J, Polprasert W, Vos T, Adair T, et al. Estimated causes of death in Thailand, 2005: Implications for health policy. *Population Health Metrics* 2010; 8: 14.
3. Halvorsen S, Andreotti F, ten Berg JM, Cattaneo M, Coccheri S, Marchioli R, et al. Aspirin therapy in primary cardiovascular disease prevention: a position paper of the European Society of Cardiology working group on thrombosis. *J Am Coll Cardiol*. 2014; 64(3): 319-27.
4. Ikeda Y, Shimada K, Teramoto T, Uchiyama S, Yamazaki T, Oikawa S, et al. Low-dose aspirin for primary prevention of cardiovascular events in Japanese patients 60 years or older with atherosclerotic risk factors: a randomized clinical trial. *JAMA*. 2014; 312(23): 2510-20.
5. Bowman L, Mafham M, Wallendszus K, Stevens W, Buck G, Barton J, et al. ASCEND Study Collaborative Group. Effects of Aspirin for Primary Prevention in Persons with Diabetes Mellitus. *N Engl J Med*. 2018; 379(16): 1529-39.
6. McNeil JJ, Wolfe R, Woods RL, Tonkin AM, Donnan GA, Nelson MR, et al. ASPREE Investigator Group. *N Engl J Med*. 2018; 379(16): 1509-18.
7. Gaziano JM, Brotons C, Coppolecchia R, Cricelli C, Darius H, Gorelick PB, et al. ARRIVE Executive Committee. Use of aspirin to reduce risk of initial vascular events in patients at moderate risk of cardiovascular disease (ARRIVE): a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet*. 2018; 392(10152): 1036-46.