



การประชุมวิชาการประจำปีของสมาคม Spine Society of Thailand (SST)

The 29th Operative Spine Course 2025

ร่วมกับ บริษัท ไดอิชิ ซังเคียว (ประเทศไทย) จำกัด

เสนอบันทึกการบรรยายพิเศษ เรื่อง



From **Mirogabalin** Clinical Studies to

Real-World Experiences

วันที่ 22 มกราคม 2568 | ณ โรงแรมเซาท์ริส-ลา เชียงใหม่



ผู้บรรยาย

ผอ. วิทย์ โคธีราคุกุลย์

ภาควิชาออร์โธปิดิกส์ คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ผู้ดำเนินการบรรยายและผู้บรรยาย

ศ.นพ. วิชัญ ยิ่งศักดิ์มงคล

ภาควิชาออร์โธปิดิกส์ คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ผู้บรรยาย

ผศ.พ. รุ่งรัฐ จิตตการ

ภาควิชาออร์โธปิดิกส์
วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า

Introduction

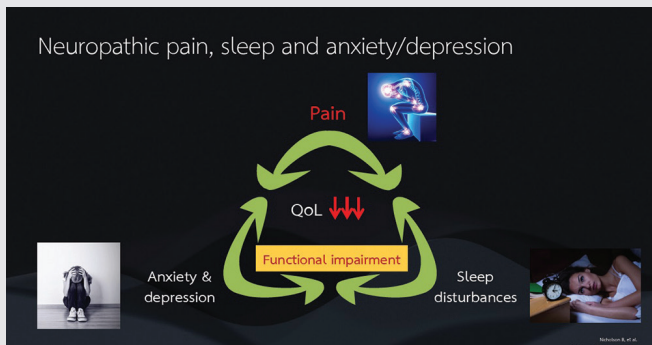
ศ.นพ. วิชัญ ยิ่งศักดิ์มงคล

การใช้ gabapentin ในการรักษา neuropathic pain มีมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1993 ต่อมาปี ค.ศ. 2004 จึงมีการเริ่มใช้ยาในกลุ่ม gabapentinoids อีกชนิดคือ pregabalin โดยยาในกลุ่มนี้ยังมีข้อจำกัดที่สำคัญคือ การทำให้เกิดผลข้างเคียงที่มากขึ้นเมื่อทำการไทเทรตขนาดยาให้สูงขึ้น ซึ่งผลข้างเคียงที่พบได้บ่อย ได้แก่ ผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง เช่น ง่วงซึม มีนศีรษะ ก่อนที่จะสามารถไทเทรตขนาดยาให้ถึงขนาดยาที่ให้ผลในการรักษา (therapeutic dose) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงมีการพัฒนายา mirogabalin ซึ่งจัดเป็น 3rd generation gabapentinoids ออกสู่ท้องตลาดในปี ค.ศ. 2019 โดย mirogabalin มีความแรง (potency) ในการรักษา neuropathic pain ที่สูงกว่า pregabalin ประมาณ 20 เท่า และสูงกว่า gabapentin ประมาณ 40 เท่า mirogabalin มีคุณสมบัติในการผ่าน blood-brain barrier น้อย จึงมีผลข้างเคียง เช่น ทำให้ง่วงซึมน้อยลง ขณะที่สามารถไทเทรตขนาดยาจนถึงขนาดที่ให้ผลในการรักษาได้

Mirogabalin Revealed: A Comprehensive Exploration of the Emerging Gabapentinoids

ผศ.นพ. รุ่งรัฐ จิตตการ

ความปวด (Pain) แบ่งออกเป็น nociceptive pain, neuropathic pain และ mixed pain ซึ่งประกอบทั้ง neuropathic pain และ nociceptive pain โดย neuropathic pain หรือภาวะปวดเหตุพยาธิสภาพประสาท หมายถึง ความปวดที่เป็นผลโดยตรงจากพยาธิสภาพหรือโรคของ somatosensory system โดยสามารถแบ่งย่อยออกได้อีก 2 ประเภท คือ peripheral neuropathic pain ซึ่งเป็นความปวดที่เกิดจากการบาดเจ็บหรือโรคของระบบประสาทส่วนปลาย และ central neuropathic pain หรือความปวดที่เกิดจากการบาดเจ็บหรือโรคของระบบประสาทส่วนกลาง โดยภาวะปวดดังกล่าวมักเรื้อรังและมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เช่น ความสามารถในการออกกำลังกายและการดำเนินกิจกรรมประจำวัน มีผลรบกวนการนอนหลับ และการปวดอย่างเรื้อรังยังส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยโรคเบาหวาน



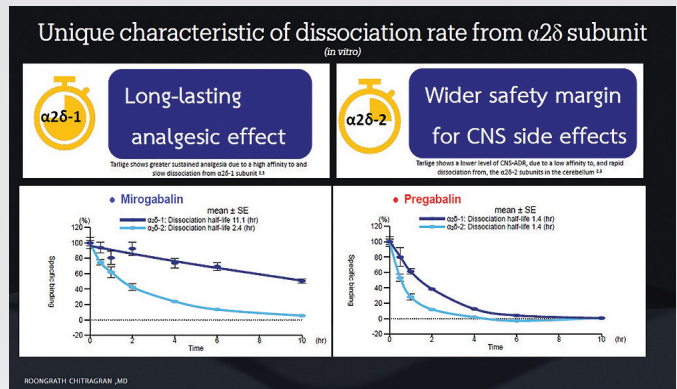
ผู้ป่วย neuropathic pain จะเกิดความปวดได้ง่ายขึ้นเมื่อเกิดภาวะ injury โดยผู้ป่วยมักมีภาวะ hyperalgesia คือผู้ป่วยรู้สึกปวดได้มากกว่าปกติกับการกระตุ้น ซึ่งปกติทำให้เกิดความปวดและ allodynia เป็นภาวะที่เกิดความปวดจากตัวกระตุ้นที่ปกติไม่ทำให้เกิดความปวด โดยภาวะที่ทำให้เกิด peripheral neuropathic pain เป็นส่วนใหญ่ ได้แก่ มะเร็ง (mixed pain) ร้อยละ 33, ภาวะปวดหลังการผ่าตัด หรือ post-surgical ร้อยละ 20-43 และ chronic low back pain (mixed pain) ถึงร้อยละ 37 ส่วนความชุกของ central neuropathic pain ในกลุ่ม spinal cord injury พบได้ถึงร้อยละ 75 และ multiple sclerosis ร้อยละ 55 โดยจะเห็นว่าผู้ป่วย neuropathic pain มีการเข้ารับการรักษาทั้งจากแพทย์โรคกระดูกสันหลัง และแพทย์อายุรกรรมเฉพาะทางด้านสมองและประสาทวิทยา

การรักษาภาวะ neuropathic pain ด้วยยา (pharmacological management) ได้แก่

- Gabapentinoids ได้แก่ gabapentin, pregabalin และ mirogabalin โดยมีกลไกการออกฤทธิ์ที่จับกับ $\alpha_2\delta$ -1 subunit ของ voltage-gated Ca^{2+} channel จึงมีผลยับยั้งการเปิดของ Ca^{2+} channel และลดการหลั่งสารสื่อประสาทโดยเฉพาะ glutamate จาก neuron จึงมีผลการปวด หรือ analgesic action อย่างไรก็ดีตาม gabapentin และ pregabalin ยังมีข้อจำกัดในเรื่องของการไทเทรตขนาดยาเพิ่มเนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถทนต่อผลข้างเคียงเมื่อทำการเพิ่มขนาดยาให้ถึงขนาดยาที่แนะนำ (recommended dose) ในการรักษา โดยอาการไม่พึงประสงค์ที่สำคัญ ได้แก่ dry mouth, dizziness, somnolence, asthenia, headache, peripheral edema, weight gain นอกจากนี้ gabapentinoids รุ่นเก่ายังสามารถจับ $\alpha_2\delta$ -2 subunit ใน cerebellum และ hypothalamus ที่ทำให้เกิด CNS disorder โดยส่งผลต่อการทรงตัวของร่างกาย ทำให้เกิดการเวียนศีรษะ รวมถึงเพิ่มความอยากอาหาร ส่งผลให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นได้

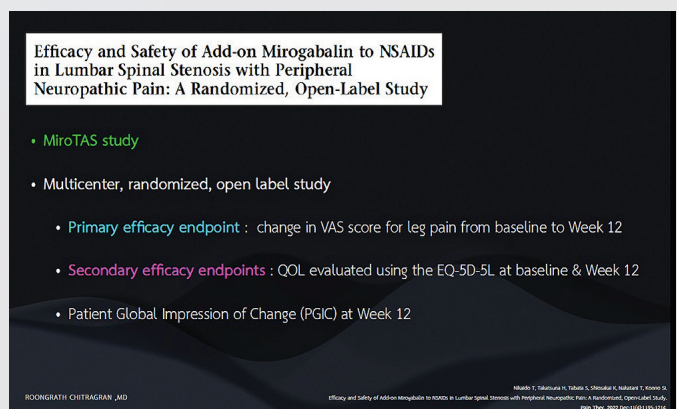
Mirogabalin เป็น 3rd generation gabapentinoids ที่มีข้อข้อใช้ในการรักษาทั้ง central neuropathic pain และ peripheral neuropathic pain ใน adult โดยหลังจากรับประทาน mirogabalin ระดับยาจะถึงระดับสูงสุดในพลาสมา (maximum plasma concentration) ภายในเวลาประมาณ 1 ชั่วโมง ขณะที่ pregabalin และ gabapentin อยู่ที่ 1 และ 3 ชั่วโมง ตามลำดับ ในส่วนของ binding affinity ของ mirogabalin จะจับกับ $\alpha_2\delta$ -1 subunit ของ voltage-gated Ca^{2+} channel ได้ดีกว่า $\alpha_2\delta$ -2 subunit แต่ gabapentin จะจับกับ $\alpha_2\delta$ -2 subunit ได้ดีกว่า $\alpha_2\delta$ -1 subunit จึงเกิดผลข้างเคียงได้มากกว่า พบว่าผลการรักษาทางคลินิกของ 2nd generation gabapentinoids จะดีกว่า 1st generation gabapentinoids แต่อย่างไรก็ตาม ผลข้างเคียงก็มากขึ้นด้วยเช่นกัน โดย mirogabalin มีการออกฤทธิ์แก้ปวดได้อย่างยาวนานจากการจับที่ $\alpha_2\delta$ -1 subunit โดยมี dissociation half-life เท่ากับ 11.1 ชั่วโมง (pregabalin เท่ากับ 1.4 ชั่วโมง) จึงทำให้ลดความผันผวนในการออกฤทธิ์ และผลข้างเคียงด้าน CNS side effect

เช่น ataxia, dyskinesia, seizure น้อยลง ซึ่งเกิดจากการที่ mirogabalin จับที่ $\alpha_2\delta$ -2 subunit ของ voltage-gated Ca^{2+} channel ได้ดีแต่หลุดออกจากตัวรับได้เร็ว โดยมี dissociation half-life เท่ากับ 2.4 ชั่วโมง (pregabalin เท่ากับ 1.4 ชั่วโมง)



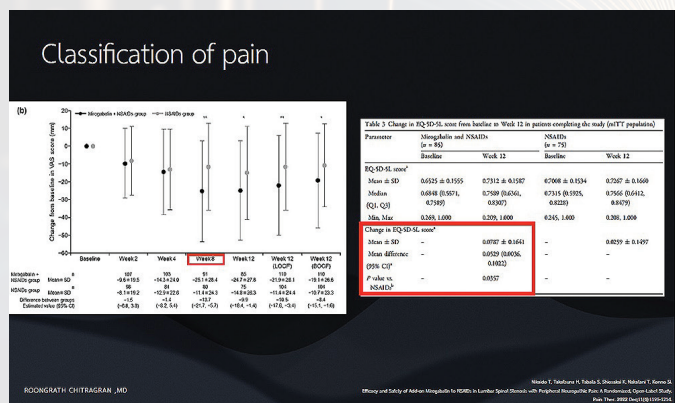
ขนาดยา mirogabalin ที่บริหารด้วยการให้ทางปาก แนะนำเริ่มต้นที่ 5 mg twice daily และเพิ่มขนาดยา 5 mg ต่อเมื่อในช่วงระยะเวลาอย่างน้อย 1 สัปดาห์ที่เจ็จนถึง 15 mg twice daily เมื่อพิจารณา equianalgesic daily dose ของยา mirogabalin ขนาด 30 mg มีประสิทธิภาพในการระงับปวดเทียบเท่ากับ pregabalin ขนาด 600 mg และสูงกว่า gabapentin ในขนาดที่มากกว่า 1,200 mg กล่าวคือ mirogabalin มีความแรงในการออกฤทธิ์มากกว่า pregabalin 20 เท่า โดยการเพิ่มขนาดยา pregabalin ให้ได้ถึง 150 mg ในคนไทยมักทำได้ยากในทางปฏิบัติ เนื่องจากผู้ป่วยมักไม่สามารถทนผลข้างเคียงด้าน CNS side effect ที่เกิดขึ้นได้

การศึกษา MiroTas study โดย Nikaido และคณะ¹ ได้ศึกษาถึงประสิทธิภาพและความปลอดภัยในการใช้ mirogabalin เป็น add-on therapy ร่วมกับ NSAIDs ในผู้ป่วย lumbar spinal stenosis ที่มีภาวะ peripheral neuropathic pain เป็นการศึกษาในรูปแบบ multicenter, randomized, open-label study โดยการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วย lumbar spinal stenosis ที่ได้รับ mirogabalin ร่วมกับ NSAIDs เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับ NSAIDs เพียงอย่างเดียว การศึกษานี้มี primary endpoint ได้แก่ VAS score ของ leg pain ในสัปดาห์ที่ 12 ที่เปลี่ยนแปลงจาก baseline และ secondary endpoint ได้แก่ คุณภาพชีวิต โดยประเมินจาก EQ-5D-5L ที่สัปดาห์ที่ 12 เปรียบเทียบกับ baseline



ผลการศึกษาพบว่า การใช้ mirogabalin เป็น add-on therapy ร่วมกับ NSAIDs จะเริ่มเห็นประสิทธิผลของยาในการลด leg pain เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับเฉพาะ NSAIDs ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 8 ของการศึกษา โดยกลุ่มที่ได้รับ mirogabalin ร่วมกับ NSAIDs มีอาการปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับ NSAIDs

เพียงอย่างเดียว โดยผลต่างของ VAS score ที่สัปดาห์ที่ 12 เท่ากับ -9.9 (-18.4, -1.4) ผลจากการศึกษาจึงสนับสนุนผลการรักษาหลังจากเริ่มใช้ mirogabalin ไปเป็นเวลา 8 สัปดาห์ ในเรื่องของการประเมินคุณภาพชีวิต เมื่อประเมินด้วย EQ-5D-5L score ที่สัปดาห์ที่ 12 พบว่ากลุ่มที่ได้รับ mirogabalin เป็น add-on therapy ร่วมกับ NSAIDs สามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้มากกว่ากลุ่มที่ได้ NSAIDs เพียงอย่างเดียว เมื่อพิจารณาจาก change from baseline โดย mean $\pm$ SD เท่ากับ 0.0787 ± 0.1641 และ 0.0259 ± 0.1497 ตามลำดับ ($p=0.0357$) และที่ สัปดาห์ที่ 12 สัดส่วนของผู้ป่วยที่ได้รับ mirogabalin ร่วมกับ NSAIDs ที่มี patient global impression of change (PGIC) score ≤ 3 มากกว่าผู้ที่ได้รับ NSAIDs เพียงอย่างเดียว จึงสรุปได้ว่า การใช้ mirogabalin เป็น add-on therapy ร่วมกับ NSAIDs ในผู้ป่วย lumbar spinal stenosis สามารถลดอาการปวดจาก leg pain และเพิ่มคุณภาพชีวิตได้ดีกว่าการใช้ NSAIDs เพียงอย่างเดียว โดย mirogabalin เป็นทางเลือกที่ดีหากผู้ป่วยไม่สามารถทนต่อผลข้างเคียงจากการรักษา neuropathic pain ด้วย pregabalin เช่น คลื่นไส้ เวียนศีรษะ เหนื่อย เมื่อเพิ่มขนาดยา pregabalin ซึ่งแนะนำให้ค่อยๆ ไทเทรตขนาดยา mirogabalin จาก 5 mg twice daily ใน 1-2 สัปดาห์แรก เป็น 10 mg twice daily และสามารถปรับขนาดยาเพิ่มเป็น 15 mg twice daily หากจำเป็น โดยใช้ mirogabalin อย่างต่อเนื่องไปอย่างน้อย 8 สัปดาห์ ก็จะเริ่มเห็นผลการรักษาด้วยยาที่ชัดเจน



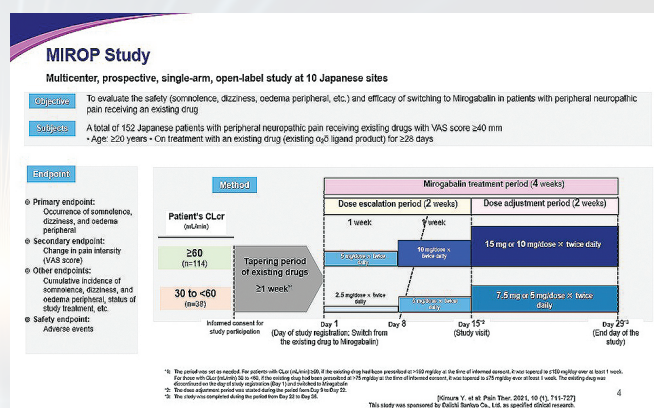
Mirogabalin จัดเป็น gabapentinoids รุ่นใหม่ที่มีประสิทธิภาพดี และมีความปลอดภัยในการใช้ในการรักษา neuropathic pain รวมถึงช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตได้โดยให้ผลในการระงับปวดได้อย่างยาวนาน mirogabalin มีผลทำให้เกิด CNS side effect ได้น้อยกว่า gabapentinoids รุ่นเก่า การปรับขนาดยา mirogabalin สามารถทำได้โดยง่ายโดยเริ่มจาก 5 mg twice daily และปรับขนาดยาเพิ่มได้ 5 mg ต่อ dose ทุกๆ 1 สัปดาห์ จนถึงขนาดสูงสุดคือ 15 mg twice daily สิ่งสำคัญคือการแจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงความสำคัญในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและการรอคอยผลการรักษา โดยแนะนำให้ใช้ mirogabalin อย่างต่อเนื่องเป็นเวลาอย่างน้อย 8 สัปดาห์จึงจะเห็นผลการรักษาที่ชัดเจน

Clinical Efficacy and Safety of Switching from Pregabalin to Mirogabalin, and Interesting Case Sharing

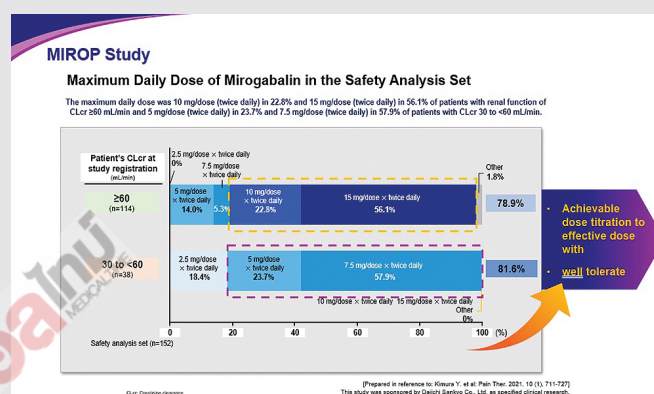
นพ. วิทย์ โคธีรานุรักษ์

Mirogabalin เป็นยารุ่นใหม่ในกลุ่ม gabapentinoids สำหรับการรักษา neuropathic pain ซึ่งมีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนประสิทธิภาพของ mirogabalin เมื่อมีการเปลี่ยนการใช้จาก gabapentin หรือ pregabalin จาก MIROP study ที่ทำการศึกษา Kimura และคณะ² ซึ่งเป็นการศึกษาแบบ multi-center, prospective, single-arm, open-label

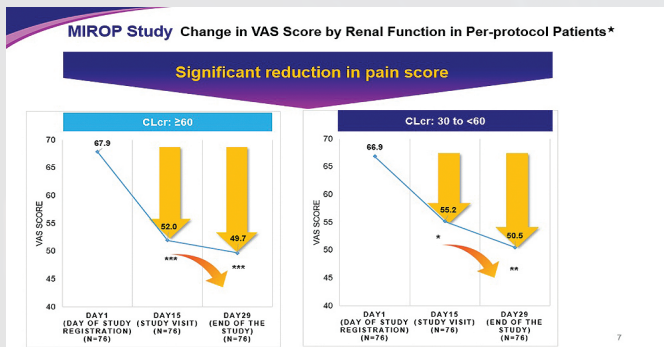
study ในผู้ป่วยที่มี peripheral neuropathic pain ที่ได้รับการรักษาด้วย pregabalin และมีการเปลี่ยนไปใช้ mirogabalin การศึกษานี้ศึกษาผลลัพธ์หลักหรือ primary endpoint ในด้านความปลอดภัยจากการใช้ mirogabalin ได้แก่ การเกิด somnolence, dizziness, peripheral edema และมี secondary endpoint คือการเปลี่ยนแปลงของ pain intensity โดยประเมินด้วย VAS score ซึ่งผู้เข้าร่วมการศึกษาก็จะถูกแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ตามการทำงานของไต หรือ creatinine clearance (CLCr) ได้แก่ กลุ่มที่มี CLCr ≥ 60 mL/min และกลุ่มที่มี CLCr เท่ากับ $30 < \text{CLCr} < 60$ mL/min ที่จะมีการปรับขนาดยาตามการทำงานของไต โดยผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษาก็จะมีการลดขนาดยา pregabalin อย่างน้อย 1 สัปดาห์ก่อนได้รับ mirogabalin และทำการติดตามผลการรักษาที่ระยะเวลา 4 สัปดาห์ โดยในช่วง 2 สัปดาห์แรก จะมีการไทเทรตขนาดยา mirogabalin เพิ่ม (titration dose period) ซึ่งมีการปรับขนาดยาตามการทำงานของไต และช่วง 2 สัปดาห์ถัดมา จะเป็นช่วงปรับขนาดยา (maintenance dose period)



คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษาคือผู้ป่วยซึ่งมีภาวะ peripheral neuropathic pain โดยพบว่ามีทั้ง postherpetic neuralgia (ร้อยละ 28.3), lumbar spinal stenosis (ร้อยละ 27.0), lumbar disc herniation (ร้อยละ 7.2), diabetic peripheral neuropathic pain (ร้อยละ 0.7) และ peripheral neuropathic pain ชนิดอื่นๆ (ร้อยละ 36.8) และขนาดยา pregabalin โดยเฉลี่ยขณะที่เข้าร่วมการศึกษาก็เท่ากับ 122.7 ± 75.1 mg/day ผลการศึกษา primary outcome ที่ 4 สัปดาห์ พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่มี CLCr ≥ 60 mL/min และกลุ่มที่มี CLCr เท่ากับ $30 < \text{CLCr} < 60$ mL/min สามารถไทเทรตขนาดยาได้จนถึง effective dose คิดเป็นร้อยละ 78.9 และ 81.6 ตามลำดับ ผลการศึกษพบว่าอาการไม่พึงประสงค์จาก mirogabalin ได้แก่ อาการ somnolence (ร้อยละ 41.4), dizziness (ร้อยละ 15.8), peripheral edema (ร้อยละ 2.6) อย่างไรก็ตาม อาการไม่พึงประสงค์ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ mild และผู้ป่วยส่วนใหญ่ทนต่อยาได้ดี สามารถใช้ยาได้ต่อเนื่องและไม่มีอาการไม่พึงประสงค์ที่พบใหม่จาก mirogabalin

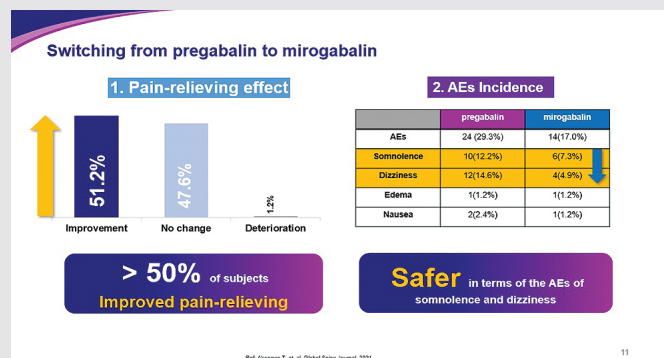


เมื่อพิจารณา secondary outcome ที่ได้ทำการวิเคราะห์ในรูปแบบ per-protocol analysis ในผู้ป่วยที่มี CLCr ≥ 60 mL/min และกลุ่มที่มี CLCr เท่ากับ 30 - < 60 mL/min พบว่าทั้ง 2 กลุ่มมี pain score ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อประเมินด้วย VAS score ที่สัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 4 เมื่อเปรียบเทียบกับ day 1 เมื่อผู้ป่วยได้รับ mirogabalin จากผลการศึกษานี้จึงสรุปได้ถึงความปลอดภัยในการใช้ mirogabalin โดยอาการไม่พึงประสงค์ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ mild ทำให้ผู้ป่วยสามารถทนต่อยาได้ดีและใช้ยาได้อย่างต่อเนื่อง และ mirogabalin มีประสิทธิภาพในการลดอาการปวดในผู้ป่วยที่มีภาวะ peripheral neuropathic pain ทั้งในผู้ป่วยที่มี CLCr ≥ 60 mL/min และผู้ป่วยที่มี CLCr เท่ากับ 30 - < 60 mL/min ที่มีการปรับขนาดยาตามการทำงานของไต



อีกการศึกษาหนึ่งที่ได้ศึกษาความปลอดภัยจากการใช้ยา mirogabalin โดย Akazawa และคณะ (2011)³ ในกลุ่มผู้ป่วย neuropathic pain จาก lumbar disease ที่มีการเปลี่ยนยาจาก pregabalin มาใช้ mirogabalin การศึกษานี้ทำในรูปแบบ multicenter retrospective study ในผู้ป่วย peripheral neuropathic leg pain จาก lumbar disease จำนวน 82 คน ที่มีการเปลี่ยนจาก pregabalin มาใช้ mirogabalin โดยมีสาเหตุอันเนื่องมาจาก pregabalin ไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอในการลดอาการปวด (ร้อยละ 77) และทนอาการไม่พึงประสงค์ของ pregabalin ไม่ได้ (ร้อยละ 21) โดยขนาดยาโดยเฉลี่ยของ pregabalin ที่ผู้ป่วยได้รับเท่ากับ 154.0 ± 100.3 mg/day และขนาดยาโดยเฉลี่ยของ mirogabalin เท่ากับ 14.9 ± 6.5 mg/day

ผลการศึกษาในเรื่อง pain-relieving effect พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 51.2 อาการปวดดีขึ้นหลังจากเปลี่ยนยาเป็น mirogabalin ผู้ป่วยร้อยละ 47.6 อาการไม่เปลี่ยนแปลง และผู้ป่วยร้อยละ 1.2 อาการปวดแย่ลง เมื่อพิจารณาอาการไม่พึงประสงค์พบว่า mirogabalin ทำให้เกิดอาการ somnolence (ร้อยละ 7.3) และ dizziness (ร้อยละ 4.9) ซึ่งน้อยกว่า pregabalin (ร้อยละ 12.2 และ 14.6 ตามลำดับ) จากการศึกษาครั้งนี้จึงสรุปได้ว่ากรณีผู้ป่วยที่ใช้ pregabalin แล้วไม่ได้ผลในการรักษาที่น่าพึงพอใจ หรือทนต่อผลข้างเคียงของ pregabalin ไม่ได้ สามารถเปลี่ยนมาใช้ mirogabalin ได้อย่างมีประสิทธิภาพในการลดอาการปวดและผลข้างเคียงก็น้อยกว่า pregabalin อีกด้วย



กรณีศึกษาที่ 1 ชาย อายุ 25 ปี Case LBP+Severe Rt Sciatica L5 dermatome, aggravates by standing and walking, no weakness ได้รับการรักษาด้วย celecoxib, mirogabalin 2.5 mg bid x 1 week then 5 mg bid โดยหลังจากใช้ยาเป็นเวลา 1 เดือน พบว่าอาการปวดดีขึ้นมากกว่าร้อยละ 50 และไม่มีผลข้างเคียง

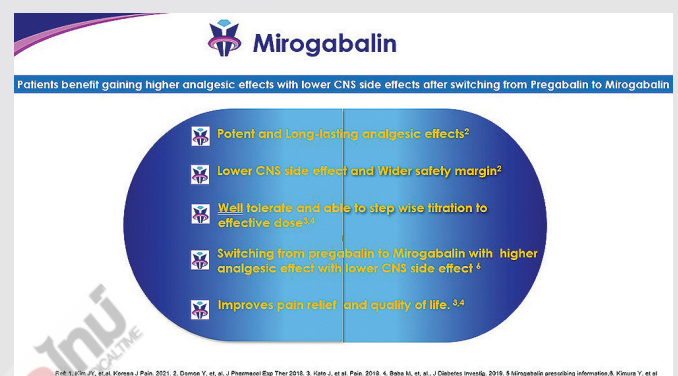
กรณีศึกษาที่ 2 หญิง อายุ 67 ปี Case LBP with Rt Sciatica, NIC 50 m, ADL disturbance ได้รับการรักษาด้วย pregabalin 75 mg daily hs เป็นเวลา 2 เดือน อาการดีขึ้นแต่ผู้ป่วยรายงานอาการเวียนศีรษะและรู้สึกเศร้า (ผู้ป่วยไม่มีโรคทางจิตเวช) แพทย์พิจารณาเปลี่ยนยาเป็น mirogabalin 2.5 mg daily hs then 5 mg daily hs พบว่าอาการดีขึ้นรวมถึงอาการเวียนศีรษะและความรู้สึกเศร้าลดลงอย่างมาก

โดยสรุป mirogabalin เป็นอีกหนึ่งทางเลือกในการรักษาที่มีประสิทธิภาพในผู้ป่วยที่มีอาการปวดจาก neuropathic pain โดยเฉพาะอย่างยิ่งกรณีผู้ป่วยไม่ได้รับผลการรักษาที่ดีจาก pregabalin โดยอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ mirogabalin อยู่ในระดับ mild ทำให้ผู้ป่วยสามารถทนต่อยาได้ดี และผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 70 สามารถไทเทรตขนาดยา mirogabalin เพิ่มได้จนถึง effective dose จึงสามารถใช้ยาได้อย่างต่อเนื่องและได้รับประโยชน์สูงสุดจากการใช้ยา

Sharing Practical Treatment Experiences with Mirogabalin & Summary

ศ.นพ. วิชาญ ยิ่งศักดิ์มงคล

กรณีผู้ป่วย insomnia, anxiety ที่มี neuropathic pain ที่ได้รับ pregabalin ในการรักษาอยู่เดิมมักจะได้ประโยชน์จาก pregabalin อยู่แล้ว จึงสามารถขยายขนาดต่อไปได้ อย่างไรก็ตาม ควรพิจารณาเลือกใช้ mirogabalin ในกลุ่มผู้ป่วยที่เกิดผลข้างเคียงสูง เช่น CNS side effect จากการใช้ pregabalin และแพทย์ยังไม่พิจารณาทำการผ่าตัด รวมถึงในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะปวดเรื้อรังมักมีความรู้สึกเศร้าที่เกิดขึ้นจากการรักษาที่ไม่มีประสิทธิผลเพียงพอ ทำให้ส่งผลต่อกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตได้ การพิจารณาเลือกใช้ mirogabalin ซึ่งเป็น 3rd generation gabapentinoids จึงเป็นอีกทางเลือกหนึ่ง โดย mirogabalin มีความแรงที่มากกว่า pregabalin ประมาณ 20 เท่า ทำให้สามารถใช้นี้ได้ในขนาดที่ต่ำกว่า pregabalin การบริหารยา mirogabalin ในขนาดเริ่มต้นที่ 5 mg เข้า-เย็น และสามารถเพิ่มขนาดยาได้สูงสุด 15 mg เข้า-เย็น โดย mirogabalin มีประสิทธิภาพในการรักษา neuropathic pain ที่ดีและเกิดผลข้างเคียงน้อย เช่น อาการง่วงซึมที่น้อยกว่า pregabalin ทำให้สามารถไทเทรตขนาดยาเพิ่มได้จนถึงขนาดยาที่ให้ผลการรักษาที่ดีโดยที่ผู้ป่วยยังสามารถทนต่อยาได้



เอกสารอ้างอิง

- Nikaido, T., Takatsuna, H., Tabata, S., et al. (2022). Efficacy and Safety of Add-on Mirogabalin to NSAIDs in Lumbar Spinal Stenosis with Peripheral Neuropathic Pain: A Randomized, Open-Label Study. Pain and therapy, 11(4), 1195–1214.
- Kimura, Y., Yamaguchi, S., Suzuki, T., et al. (2021). Switching From Pregabalin to Mirogabalin in Patients with Peripheral Neuropathic Pain: A Multi-Center, Prospective, Single-Arm, Open-Label Study (MIROP Study). Pain and therapy, 10(1), 711–727.
- Akazawa, T., Inoue, G., Tanaka, M., et al. (2023). Somnolence and Dizziness During Mirogabalin Treatment in Patients With Neuropathic Pain Related to Lumbar Disease Who Switched From Pregabalin: A Retrospective Study. Global spine journal, 13(5), 1319–1324.