

บทที่ 4

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

จากการศึกษา การใช้แอสไพริน ในผู้ป่วยเบาหวาน ที่โรงพยาบาลกลาง ในระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน 2546 ถึง 31 มีนาคม 2547 ได้ผลการวิจัยซึ่งสามารถแบ่งได้เป็น 6 หัวข้อ ดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลของผู้ป่วย
2. การใช้แอสไพรินในผู้ป่วยเบาหวาน
 - 2.1 ก่อนการคัดกรอง
 - 2.2 หลังการคัดกรอง
 - 2.3 ข้อแตกต่างระหว่างก่อนและหลังการคัดกรอง
 - 2.4 ขนาดของแอสไพรินที่ใช้
3. อาการไม่พึงประสงค์จากยาแอสไพริน
4. ความร่วมมือในการใช้ยาแอสไพริน
5. ปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาอื่นๆ ของผู้ป่วยเบาหวาน

1. ข้อมูลของผู้ป่วย

1.1 ข้อมูลทั่วไป

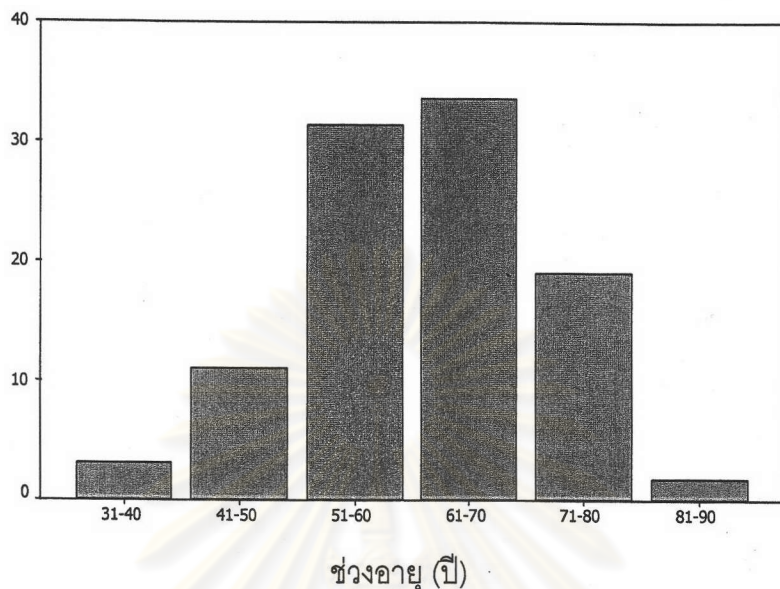
จากการศึกษาการดำเนินงานตามรูปแบบที่กำหนดในระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน 2546 ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2547 ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกลาง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลขนาด 410 เตียง ทำการสุ่มผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกอย่างเข้าร่วมในการวิจัยตามวิธีที่กำหนด จำนวน 280 ราย พบว่าเป็นผู้ป่วยที่ต้องคัดออกจากการวิจัย จำนวน 54 ราย เนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่ใช้ยาต้านการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือดชนิดอื่นๆ ได้แก่ clopidogrel จำนวน 2 ราย ผู้ป่วยต้องการไปรับการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลอื่น 2 ราย และย้ายไปรับการรักษาที่แผนกตรวจอื่นๆ ภายในโรงพยาบาลกลางเช่น แผนกประกันสังคม แผนกประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือคลินิกรุ่งอรุณ เป็นต้น จำนวน 3 ราย ผู้ป่วยที่รักษาโรคเรื้อรังที่โรงพยาบาลอื่นร่วมด้วยจำนวน 5 ราย ผู้ป่วยมาพบผู้วิจัยไม่ต่อเนื่องคือ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 ครั้ง จำนวน 41 ราย และผู้ป่วยเสียชีวิตหลังจากพบผู้วิจัยครั้งที่ 2 เนื่องจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างเฉียบพลัน 1 ราย ซึ่งผู้ป่วยรายนี้ได้รับแอสไพรินเพื่อการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดแบบทุติยภูมิอย่างต่อเนื่องมาแล้วก่อนการศึกษา ดังนั้นจึงเหลือผู้ป่วยที่นำข้อมูลมาวิเคราะห์ผลทั้งหมดจำนวน 226 ราย และผู้ป่วยทุกรายเป็น โรคเบาหวานชนิดที่ 2 อาจเนื่องจากเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมในการศึกษา คือ ผู้ป่วยต้องมีอายุมากกว่า 30 ปี

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยแสดงดังตารางที่ 4 พบว่าผู้ป่วยที่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย คือ เป็นผู้หญิงจำนวน 151 ราย คิดเป็นร้อยละ 66.8 และผู้ชายจำนวน 75 ราย คิดเป็นร้อยละ 33.2 พบว่าผู้ป่วยมีอายุอยู่ในช่วง 61-70 ปีมากที่สุด จำนวน 76 ราย คิดเป็นร้อยละ 33.6 รองลงมาคือ ช่วงอายุ 51-60 ปี จำนวน 71 ราย คิดเป็นร้อยละ 31.4 แสดงดังรูปที่ 3 ผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 61.45 ± 10.5 ปี ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยที่สุดคือ 33 ปี และอายุมากที่สุด 86 ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 130 ราย คิดเป็นร้อยละ 57.5 รองลงมาคืออาชีพรับจ้าง จำนวน 35 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.5 ผู้ป่วยจบการศึกษาในระดับประถมมากที่สุด จำนวน 88 ราย คิดเป็นร้อยละ 38.9 รองลงมาคือไม่ได้รับการศึกษา จำนวน 62 ราย คิดเป็นร้อยละ 27.4 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ชำระค่ารักษาพยาบาลเอง จำนวน 110 ราย คิดเป็นร้อยละ 48.7 รองลงมาคือผู้ป่วยที่มีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ จำนวน 104 ราย คิดเป็นร้อยละ 46 สาเหตุที่มีผู้ป่วยประกันสุขภาพถ้วนหน้าและผู้ป่วยประกันสังคมน้อย เนื่องจาก โรงพยาบาลกลางมีแผนกตรวจโรคเฉพาะสำหรับผู้ป่วยประกันสุขภาพถ้วนหน้าและผู้ป่วยประกันสังคม ซึ่งแพทย์จะส่งผู้ป่วยมารักษาต่อที่

ตารางที่ 4 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ข้อมูล		จำนวนผู้ป่วย (คน)	ร้อยละ (%)
เพศ	ชาย	75	33.2
	หญิง	151	66.8
ช่วงอายุ	31-40 ปี	7	3.1
	41-50 ปี	25	11.1
	51-60 ปี	71	31.4
	61-70 ปี	76	33.6
	71 ขึ้นไป	47	20.8
อาชีพ	ไม่ได้ทำงาน	130	57.5
	รับจ้าง	35	15.5
	ค้าขาย	32	14.2
	รับราชการ	29	12.8
ระดับการศึกษา	ไม่ได้รับการศึกษา	62	27.4
	ประถมศึกษา	88	38.9
	มัธยมศึกษา	36	15.9
	อนุปริญญา	23	10.2
	ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	17	7.5
สิทธิการรักษา	ชำระเงินเอง	110	48.7
	เบิกค่ารักษาพยาบาลได้	104	46.0
	ประกันสุขภาพถ้วนหน้า / ประกันสังคม	12	5.3

ร้อยละ (%)



รูปที่ 3 ช่วงอายุของผู้ป่วยที่เข้าร่วมในการวิจัย

แผนกอายุรกรรมเฉพาะบางกรณีเท่านั้น เช่น ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายได้หรือมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน เป็นต้น

1.2 ข้อมูลทางสังคม

ข้อมูลทางสังคมของผู้ป่วยแสดงดังตารางที่ 5 พบผู้ป่วยที่ยังดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ทั้งหมดจำนวน 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 8 ผู้ป่วยที่ยังสูบบุหรี่จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.4 และผู้ป่วยที่ใช้สมุนไพรหรือยาบำรุงอื่นๆ ที่แพทย์ไม่ได้สั่งจำนวน 29 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.8 ในจำนวนนี้พบว่าผู้ป่วยใช้สมุนไพรพื้นบ้าน เช่น คื่นช่าย ชาเขียวใบหม่อน ต้นไต้ใบ น้ำลูกยอ บรเพ็ด ใบต้นอ้อย ใบแปะก๊วย ฟ้าทลายโจร และแสม มากที่สุดจำนวน 12 ราย รองลงมาคือ ยาลูกกลอนจำนวน 7 ราย ดังแสดงในตารางที่ 6 จากการสอบถามผู้ป่วย ผู้ป่วยไม่ทราบส่วนผสมของยา ลูกกลอนที่รับประทาน จึงให้คำแนะนำผู้ป่วยว่า ยาลูกกลอนอาจมีส่วนผสมของสเตียรอยด์ ซึ่งหากรับประทานเป็นเวลานานอาจมีอาการข้างเคียงตามมา เช่น ระคายเคืองกระเพาะอาหาร กดภูมิคุ้มกันของร่างกาย และส่งผลเสียต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และการทำงานของไตได้ จึงแนะนำให้เลิกรับประทานยา ลูกกลอน ในผู้ป่วยที่รับประทานยา ลูกกลอนทั้งหมด 7 รายนี้ พบว่า

มีเพียง 2 รายเท่านั้นที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดได้ คือระหว่าง 90-130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ส่วนอีก 4 ราย ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดได้ โดยมีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ระหว่าง 158-225 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

ตารางที่ 5 ข้อมูลทางสังคมของผู้ป่วย

ข้อมูลทางสังคม		จำนวนผู้ป่วย	ร้อยละ
การดื่มแอลกอฮอล์	ไม่ดื่ม	208	92
	ดื่ม	18	8
การสูบบุหรี่	ไม่สูบบุหรี่	216	95.6
	สูบบุหรี่	10	4.4
การใช้สมุนไพรหรือยาบำรุงอื่นๆ ที่แพทย์ไม่ได้สั่ง	ไม่ใช้	197	87.2
	ใช้	29	12.8

ตารางที่ 6 ชนิดของสมุนไพรหรือยาบำรุงอื่นๆที่แพทย์ไม่ได้สั่ง

ชนิดของสมุนไพรหรือยาบำรุงอื่นๆ ที่แพทย์ไม่ได้สั่ง	จำนวนผู้ป่วย
วิตามินและเกลือแร่	4
ยาต้ม	6
ยาลูกกลอน	7
สมุนไพรอื่นๆ ได้แก่ คีนซาย ชาเขียวโสมหอม ต้นไต้ใบ น้ำลูกยอ บรเพ็ด ใบต้นอ้อย ใบแปะก๊วย ฟ้าทลายใจร แฮ่ม	12
รวม	29

1.3 ข้อมูลการรักษา และภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานแสดงดังตารางที่ 7 ซึ่งเป็นข้อมูลที่ได้จากการทบทวนประวัติการใช้ยาและประวัติการวินิจฉัยโรคจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยนอก ร่วมกับการสัมภาษณ์ผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยมีระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานอยู่ในช่วง 2-5 ปี มากที่สุด จำนวน 72 ราย คิดเป็นร้อยละ 31.9 รองลงมาคือ ช่วง 6-10 ปี จำนวน 56 ราย คิดเป็นร้อยละ 24.8 และผู้ป่วยที่ไม่ทราบระยะเวลาเป็นโรคอีก จำนวน 54 ราย คิดเป็นร้อยละ 23.9 เนื่องจากทะเบียนประวัติผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลกลาง จะมีการขึ้นทะเบียนประวัติผู้ป่วยนอกใหม่และขึ้นเลขประจำตัวผู้ป่วยนอกใหม่ทุกๆ 5 ปี ดังนั้นหากแพทย์ไม่ได้บันทึกปีที่วินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานไว้และผู้ป่วยจำไม่ได้ ก็จะไม่สามารถทราบระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานได้

ตารางที่ 7 จำนวนปีที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน

จำนวนปีที่ได้รับการวินิจฉัย	จำนวนผู้ป่วย (คน)	ร้อยละ (%)
ไม่ทราบ	54	23.9
0-1 ปี	19	8.4
2-5 ปี	72	31.9
6-10 ปี	56	24.8
มากกว่า 10 ปี	25	11.1
รวม	226	100

การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting Plasma Glucose: FPG) ของผู้ป่วยแสดงดังตารางที่ 8 โดยทำการเก็บข้อมูลระดับ FPG ของผู้ป่วย ในวันที่พบผู้ป่วยครั้งที่ 2 (ครั้งที่ทำการคัดกรองผู้ป่วย) แต่เนื่องจากผู้ป่วยบางรายไม่ได้รับการตรวจระดับ FPG ทุกครั้งที่มาพบแพทย์ ดังนั้นหากผู้ป่วยไม่ได้เจาะเลือดในวันที่เก็บข้อมูลจะใช้ข้อมูล FPG ย้อนหลังในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา พบผู้ป่วยที่มีระดับ FPG อยู่ในช่วง 131-180 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร มากที่สุด จำนวน 112 ราย คิดเป็นร้อยละ 49.6 ซึ่งเป็นระดับที่สูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายของการรักษา รองลงมาคือ ผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับ FPG ให้อยู่ในระดับต่ำกว่า 130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร จำนวน 60 ราย คิด

เป็นร้อยละ 26.5 และพบผู้ป่วยที่มีระดับ FPG สูงมากกว่า 181 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร จำนวน 54 ราย คิดเป็นร้อยละ 23.9

ตารางที่ 8 ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย

FPG (มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร)	จำนวนผู้ป่วย (คน)	ร้อยละ (%)
ต่ำกว่า 130	60	26.5
131-180	112	49.6
มากกว่า 181	54	23.9
รวม	226	100

ผู้ป่วยที่มีข้อมูลระดับ Hemoglobin A_{1c} (A1C) ในวันที่ทำการเก็บข้อมูล หรือภายในช่วงระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา มีจำนวน 40 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.7 ระดับ A1C ของผู้ป่วยแสดงดังตารางที่ 9 พบผู้ป่วยที่มีระดับ A1C น้อยกว่า 7% ซึ่งเป็นเป้าหมายของการรักษา จำนวน 39 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.3 และผู้ป่วยที่มีระดับ A1C มากกว่าหรือเท่ากับ 7% จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.4 และพบผู้ป่วยที่ไม่มีข้อมูลระดับ A1C ในช่วงระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 186 ราย คิดเป็นร้อยละ 82.3

ตารางที่ 9 ระดับ A1C ของผู้ป่วย

ระดับ A1C (%)	จำนวนผู้ป่วย (คน)	ร้อยละ (%)
ไม่มีข้อมูล	186	82.3
น้อยกว่า 7	39	17.3
มากกว่าหรือเท่ากับ 7	1	0.4
รวม	226	100

สาเหตุที่มีการตรวจ A1C น้อย อาจมีสาเหตุเนื่องจากปัญหาทางเศรษฐกิจของผู้ป่วย โดยพบว่าในผู้ป่วยจำนวน 40 ราย ที่มีข้อมูลการตรวจ A1C นั้น เป็นผู้ป่วยที่เบิกค่ารักษาพยาบาล ได้มากที่สุดคือ จำนวน 23 ราย รองลงมาคือ ผู้ป่วยที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง จำนวน 15 ราย เป็นผู้ป่วยประกันสังคมและประกันสุขภาพถ้วนหน้าอีกอย่างละ 1 ราย และอีกสาเหตุหนึ่งอาจ เนื่องจากแพทย์จะสั่งตรวจ A1C ในผู้ป่วยที่สามารถคุมระดับ FPG ได้ เพื่อจะตรวจสอบว่าผู้ป่วย ควบคุมระดับน้ำตาลในซวง 3 เดือนที่ผ่านมาได้ด้วยหรือไม่ แต่หากผู้ป่วยยังควบคุมระดับ FPG ไม่ได้ แสดงว่าผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ จึงไม่มีความจำเป็นต้องตรวจ A1C อีก

ยาลดระดับน้ำตาลในเลือดที่ผู้ป่วยใช้ แสดงดังตารางที่ 10 พบว่ามีการใช้ยาเม็ดลดระดับ น้ำตาลในเลือดกลุ่ม sulfonylurea มากที่สุดคือ จำนวน 184 ราย คิดเป็นร้อยละ 81.4 ของผู้ป่วย ทั้งหมด ยาในกลุ่มนี้ที่มีการใช้มากที่สุดคือ glibenclamide มีผู้ป่วยใช้ทั้งหมดจำนวน 63 ราย คิด เป็นร้อยละ 27.9 รองลงมาคือ glipizide จำนวน 58 ราย คิดเป็นร้อยละ 25.7 ยาเม็ดลดน้ำตาลใน เลือดกลุ่มที่มีการใช้เป็นมากเป็นอันดับที่ 2 คือ กลุ่ม biguanide ซึ่งในกลุ่มนี้มียาอยู่ชนิดเดียวคือ metformin มีผู้ป่วยใช้ทั้งหมด 175 ราย คิดเป็นร้อยละ 77.4 รองลงมาคือกลุ่ม glucosidase inhibitor มีผู้ป่วยใช้จำนวน 26 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.5 และกลุ่ม thiazolidinediones มีผู้ป่วยใช้ จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.4 ตามลำดับ และผู้ป่วยที่ใช้ยาฉีดอินซูลินมี จำนวน 19 ราย คิด เป็นร้อยละ 8.4 โดยแบ่งเป็น อินซูลินชนิดผสม จำนวน 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.6 และชนิด ออกฤทธิ์สั้น จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.8

จำนวนยาลดระดับน้ำตาลในเลือดที่ผู้ป่วยได้รับ แสดงดังตารางที่ 11 ผู้ป่วยได้รับยาลด ระดับน้ำตาลในเลือดร่วมกัน 2 ชนิดมากที่สุดคือ จำนวน 125 ราย คิดเป็นร้อยละ 55.3 ยาที่ใช้คู่ กันมากที่สุดคือ ยากลุ่ม sulfonylurea และ metformin จำนวน 117 ราย รองลงมาคือ ผู้ป่วยที่ ได้รับยาลดระดับน้ำตาลในเลือดชนิดเดียว จำนวน 69 ราย คิดเป็นร้อยละ 30.5 เป็นผู้ป่วยที่ใช้ยา กลุ่ม Sulfonylurea เป็นยาเดียวมากที่สุด จำนวน 35 ราย รองลงมาคือ metformin จำนวน 25 ราย ยาฉีดอินซูลินจำนวน 7 ราย และ ยากลุ่ม glucosidase Inhibitor จำนวน 2 ราย ตามลำดับ ผู้ป่วย ที่ใช้ยาลดน้ำตาลในเลือดร่วมกันมากที่สุด คือ 4 ชนิด มี 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.9 ได้แก่ ผู้ป่วยที่ใช้ glimepiride ร่วมกับ metformin rosiglitazone และ voglibose 1 ราย และผู้ป่วยที่ใช้ glibenclamide ร่วมกับ metformin voglibose และยาฉีดอินซูลินแบบออกฤทธิ์สั้น อีก 1 ราย และมีผู้ป่วยที่ใช้วิธีควบคุมอาหารโดยไม่ใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือดเลย จำนวน 1 ราย เพราะ

ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ คือ มีระดับ FPG เท่ากับ 116 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร เฉลี่ยผู้ป่วย 1 ราย จะได้รับยาลดระดับน้ำตาลในเลือด 1.8 ชนิด

ตารางที่ 10 ชนิดของยาลดระดับน้ำตาลในเลือดที่ผู้ป่วยได้รับ

กลุ่มยา		จำนวนผู้ป่วย (คน)	ร้อยละ (%)
Sulfonylurea	Glibenclamide	63	27.9
	Glipizide	58	25.7
	Gliclazide	40	17.7
	Glimepiride	23	10.2
	รวม	184	81.4
Biguanide	Metformin	175	77.4
Glucosidase inhibitor	Voglibose	16	7.1
	Acarbose	10	4.4
	รวม	26	11.5
Thiazolidinedione	Rosiglitazone	6	2.7
	Pioglitazone	4	1.8
	รวม	10	4.4
Insulin	Mixed	15	6.6
	Short acting	4	1.8
	รวม	19	8.4

ตารางที่ 11 จำนวนยาลดน้ำตาลในเลือดที่ผู้ป่วยได้รับ

จำนวนยาลดน้ำตาลในเลือด (ชนิด)	จำนวนผู้ป่วย (คน)	ร้อยละ (%)
0	1	0.4
1	69	30.5
2	125	55.3
3	29	12.8
4	2	0.9
รวม	226	100

จากผู้ป่วยทั้งหมด 226 ราย มีผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานทั้งแบบ microvascular ได้แก่ retinopathy nephropathy และ neuropathy และ/หรือแบบ macrovascular ได้แก่ coronary artery disease, cerebrovascular disease และ peripheral vascular disease แล้ว จำนวน 103 ราย คิดเป็นร้อยละ 45.6 ดังแสดงในตารางที่ 12 ผู้ป่วยจำนวน 103 รายนี้ เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนเพียง 1 อย่างมากที่สุดคือ จำนวน 73 ราย คิดเป็นร้อยละ 32.3 รองลงมาคือ ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน 2 อย่าง จำนวน 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.2 ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน 3 อย่าง จำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.7 และผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน 4 อย่าง จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.4 ตามลำดับ ชนิดของภาวะแทรกซ้อน จำแนกตามตารางที่ 13

พบว่าผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนทางไตมากที่สุดคือ จำนวน 38 ราย คิดเป็นร้อยละ 27.1 เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตอย่างเดียว 19 ราย รองลงมาคือ ภาวะแทรกซ้อนทางระบบหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 37 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.4 เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางระบบหัวใจและหลอดเลือดอย่างเดียว 20 ราย ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางตา ระบบประสาทและทางเท้า จำนวน 29, 28 และ 9 ราย ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 14

ตารางที่ 12 จำนวนภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

จำนวนภาวะแทรกซ้อน	จำนวนผู้ป่วย (คน)	ร้อยละ (%)
ไม่มีภาวะแทรกซ้อน	123	54.4
มีภาวะแทรกซ้อน	103	45.6
- มีภาวะแทรกซ้อน 1 อย่าง	73	32.3
- มีภาวะแทรกซ้อน 2 อย่าง	23	10.2
- มีภาวะแทรกซ้อน 3 อย่าง	6	2.7
- มีภาวะแทรกซ้อน 4 อย่าง	1	0.4
รวม	226	100

ตารางที่ 13 ชนิดของภาวะแทรกซ้อน

ชนิดของภาวะแทรกซ้อน	จำนวนผู้ป่วย (คน)	ร้อยละ (%)
ทางไต	38	27
ระบบหัวใจและหลอดเลือด	37	26.2
ทางตา	29	20.6
ระบบประสาท	28	19.9
เท้า	9	6.4
รวม	141	100

ตารางที่ 14 จำนวนผู้ป่วยแบ่งตามลักษณะของภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

ภาวะแทรกซ้อน					จำนวนผู้ป่วย (คน)	ร้อยละ (%)
ตา	ไต	เท้า	ระบบ ประสาท	หัวใจและ หลอดเลือด		
					123	54.4
✓					16	7.1
	✓				19	8.4
		✓			1	0.4
			✓		17	7.5
				✓	20	8.8
✓	✓				5	2.2
✓		✓			1	0.4
✓			✓		1	0.4
✓				✓	1	0.4
	✓		✓		1	0.4
	✓			✓	6	2.7
		✓	✓		2	0.9
		✓		✓	2	0.9
			✓	✓	4	1.8
✓	✓	✓			1	0.4
✓	✓			✓	3	1.3
	✓	✓	✓		1	0.4
	✓		✓	✓	1	0.4
✓	✓	✓	✓		1	0.4
รวม					226	100

1.4 โรคอื่นๆ ที่เป็นร่วมด้วย

จำนวนโรคอื่นๆ ที่เป็นร่วมด้วย ของผู้ป่วยแสดงดังตารางที่ 15 เป็นผู้ป่วยที่ไม่มีโรคอื่นๆ ร่วมด้วยมีจำนวน 11 ราย และมีโรคอื่นๆ เป็นร่วมด้วยจำนวนมากที่สุดคือ 4 โรคจำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.8 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรคอื่นๆ เป็นร่วมด้วยจำนวน 2 โรค พบ 121 ราย คิดเป็นร้อยละ 53.5 เฉลี่ยแล้ว ผู้ป่วยแต่ละรายมีโรคอื่นๆ ร่วมด้วย 1.9 โรค

ตารางที่ 15 จำนวนโรคอื่นๆ ที่เป็นร่วมด้วย

จำนวนโรคที่เป็นร่วม	จำนวนผู้ป่วย	ร้อยละ
0	11	4.9
1	50	22.1
2	121	53.5
3	40	17.7
4	4	1.8
รวม	226	100.0

โรคอื่นๆ ที่เป็นร่วมด้วยแสดงดังตารางที่ 16 โรคที่เป็นร่วมด้วยมากที่สุดคือ ความดันโลหิตสูง จำนวน 182 ราย คิดเป็นร้อยละ 42.5 รองลงมาคือ ไชมันในเลือดสูงจำนวน 180 ราย คิดเป็นร้อยละ 42.1 และโรคในระบบทางเดินอาหารจำนวน 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 4 ตามลำดับ

ตารางที่ 16 โรคอื่นๆ ที่เป็นร่วมด้วย

โรคที่เป็นร่วมด้วย	จำนวนผู้ป่วย (คน)	ร้อยละ (%)
ความดันโลหิตสูง	182	42.5
ไขมันในเลือดสูง	180	42.1
โรคระบบทางเดินอาหาร	17	4
โรคกระดูกและข้อ	10	2.3
เกาต์	7	1.6
โรคติดเชื้อ	6	1.4
โรคตา หู คอ จมูก	5	1.2
โรคระบบทางเดินหายใจ	4	0.9
โรคทางระบบประสาท	4	0.9
โรคสูตินรีเวช	4	0.9
โรคต่อมไทรอยด์	2	0.5
โรคทางจิตเวช	2	0.5
โรคภูมิแพ้	2	0.5
โรคผิวหนัง	1	0.2
ไมเกรน	1	0.2
รวม	428	100

จำนวนยาลดความดันโลหิตที่ผู้ป่วยได้รับแสดงดังตารางที่ 17 มีผู้ป่วยที่ใช้ยาลดความดันโลหิตชนิดเดียวมากที่สุด คือ 67 ราย คิดเป็นร้อยละ 36.8 โดยกลุ่มยาที่ใช้เป็นยาเดียวมากที่สุดคือ ยากลุ่ม ACE inhibitors จำนวน 31 ราย มีผู้ป่วยที่ใช้ยาลดความดันโลหิตร่วมกัน 2 ชนิดมากเป็นอันดับที่ 2 คือจำนวน 60 ราย คิดเป็นร้อยละ 33 กลุ่มยาที่ใช้คู่กันมากที่สุดคือ ยากลุ่ม ACE inhibitors ร่วมกับ diuretics จำนวน 11 ราย

ตารางที่ 17 จำนวนยาลดความดันโลหิตที่ผู้ป่วยได้รับ

จำนวนยาลดความดันโลหิต (ชนิด)	จำนวนผู้ป่วย (คน)	ร้อยละ (%)
ไม่ได้รับยา	11	6
1	67	36.8
2	60	33
3	34	18.7
4	7	3.8
5	3	1.6
รวม	182	100

กลุ่มยาลดความดันโลหิตที่ผู้ป่วยได้รับแสดงดังตารางที่ 18 พบผู้ป่วยได้รับยากลุ่ม ACE inhibitors มากที่สุด คือ 80 ราย คิดเป็นร้อยละ 24.1 รองลงมาคือ ยากลุ่ม diuretics คือ 77 ราย คิดเป็นร้อยละ 23.2 และยากลุ่ม calcium channel blockers จำนวน 69 ราย คิดเป็นร้อยละ 20.8 ตามลำดับ เฉลี่ยแล้วผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงร่วมด้วยแต่ละคนจะได้รับยา 1.8 รายการ เหตุผลที่ต้องพิจารณาเกี่ยวกับยาลดความดันโลหิต เพราะยาบางชนิดเช่น diuretics มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วย หรือการใช้แอสไพรินมีผลต่อยากลุ่ม ACEI ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ ต้องได้รับการดูแลเกี่ยวกับปฏิกิริยาระหว่างยากับโรค ยากับยา ใกล้ชิดมากกว่าผู้ป่วยทั่วไป และ ADA ได้กำหนดเป้าหมายของการควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยเบาหวานไว้ที่ ต่ำกว่า 130/80 mmHg ซึ่งผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตร่วมด้วย 182 รายนี้ สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่

ตารางที่ 18 กลุ่มยาลดความดันโลหิตที่ผู้ป่วยได้รับ

กลุ่มยา	จำนวนผู้ป่วย (คน)	ร้อยละ (%)
ACE inhibitors	80	24.1
Diuretics	77	23.2
Calcium Channel Blockers	69	20.8
Beta-blockers	48	14.5
A II antagonists	36	10.8
Centrally acting agents (Methyldopa)	13	3.9
Alpha-blockers	8	2.4
Arterial vasodilators (Hydralazine)	1	0.3
รวม	332	100

ในระดับเป้าหมายตามเกณฑ์ของ ADA คือ ต่ำกว่า 130/80 mmHg มี 21 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.5 และผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 130/80 mmHg จำนวน 161 ราย คิดเป็นร้อยละ 88.5 แสดงดังตารางที่ 19

ตารางที่ 19 ระดับความดันโลหิต

ความดันโลหิต	จำนวนผู้ป่วย (คน)	ร้อยละ (%)
ต่ำกว่า 130/80 mmHg	21	11.5
มากกว่าหรือเท่ากับ 130/80 mmHg	161	88.5
รวม	182	100

จำนวนยาลดไขมันในเลือดที่ผู้ป่วยได้รับแสดงดังตารางที่ 20 มีผู้ป่วยได้รับยาลดไขมันในเลือด 1 ชนิดมากที่สุด คือ 124 ราย คิดเป็นร้อยละ 68.9 ยาลดไขมันในเลือดที่ใช้เป็นยาเดี่ยวมากที่สุดคือ ยากลุ่ม HMG-Co A reductase inhibitors (statins) จำนวน 98 ราย คิดเป็นร้อยละ 79 รองลงมาคือ กลุ่ม fibric acid derivatives จำนวน 25 ราย คิดเป็นร้อยละ 20.2 และผู้ป่วยอีก 1 รายใช้ omega-3 polyunsaturates ซึ่งขนาดที่ใช้เป็นยาคือ 2000-4000 มิลลิกรัมต่อวัน มีผู้ป่วยได้รับยาลดไขมันในเลือด 2 ชนิดร่วมกันจำนวน 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.4 ยาลดไขมันในเลือดที่ใช้คู่กันมากที่สุดคือ ยากลุ่ม statins และกลุ่ม fibric acid derivatives จำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 70.5 เนื่องจากยาทั้งสองกลุ่มนี้ metabolized ผ่าน cytochrome P450 CYP 3A3/4 เช่นเดียวกัน ดังนั้นการใช้ยา 2 กลุ่มนี้ร่วมกันอาจเพิ่มความเสี่ยงในการเกิด myopathy และ rhabdomyolysis แต่อาจมีความจำเป็นต้องใช้ยา 2 กลุ่มนี้ร่วมกัน ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการใช้ยาเพียงตัวเดียว ในผู้ป่วยทั้ง 12 รายนี้ยังไม่มีผู้ป่วยรายใดที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์ แต่ผู้ป่วยเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการติดตามการใช้ยาอย่างใกล้ชิด เช่น การสอบถามถึงอาการผิดปกติต่างๆ เกี่ยวกับกล้ามเนื้อ เช่น การปวดเมื่อยตัว ปวดกล้ามเนื้อ เป็นต้น รองลงมาคือ ยากลุ่ม statins ร่วมกับ omega-3 polyunsaturates จำนวน 3 ราย และยากลุ่ม fibric acid derivatives ร่วมกับ omega-3 polyunsaturates อีก จำนวน 2 ราย และพบผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยาจำนวน 39 ราย คิดเป็นร้อยละ 21.7 สาเหตุที่ผู้ป่วยเหล่านี้ไม่ได้รับยาเนื่องจาก ผู้ป่วยอยู่ในช่วงการรักษาโดยการปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิต เช่น การออกกำลังกาย การลดน้ำหนัก การรับประทานอาหารรวมทั้งการงดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

ตารางที่ 20 จำนวนชนิดยาลดไขมันในเลือดที่ผู้ป่วยได้รับ

จำนวนชนิดยาลดไขมันในเลือด	จำนวนผู้ป่วย (คน)	ร้อยละ (%)
ไม่ได้รับยา	39	21.7
ได้รับยา 1 ชนิด	124	68.9
ได้รับยา 2 ชนิด	17	9.4
รวม	180	100

ชนิดของยาลดไขมันในเลือดที่ผู้ป่วยได้รับแสดงดังตารางที่ 21 มีผู้ป่วยได้รับยาลดไขมันในเลือดกลุ่ม statins มากที่สุดคือ จำนวน 113 ราย คิดเป็นร้อยละ 71.5 โดยยาที่ใช้มากที่สุดในกลุ่มนี้คือ simvastatin มีผู้ป่วยได้รับจำนวน 65 ราย คิดเป็นร้อยละ 41.1 รองลงมาคือ atorvastatin มีผู้ป่วยได้รับ จำนวน 45 รายคิดเป็นร้อยละ 28.5 ยากลุ่มที่ใช้มากเป็นอันดับที่ 2 คือ ยากลุ่ม fibric acid derivatives จำนวน 39 ราย คิดเป็นร้อยละ 24.7 ยาที่ใช้มากที่สุดในกลุ่มนี้คือ gemfibrozil มีผู้ป่วยใช้จำนวน 26 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.5

ตารางที่ 21 ชนิดของยาลดไขมันในเลือดที่ผู้ป่วยได้รับ

ยาลดไขมันในเลือด		จำนวนผู้ป่วย (คน)	ร้อยละ (%)
HMG-Co A reductase inhibitors (Statins)	Simvastatin	65	41.1
	Atorvastatin	45	28.5
	Pravastatin	3	1.9
	รวม	113	71.5
Fibric acid derivatives	Gemfibrozil	26	16.5
	Fenofibrate	12	7.6
	Bezafibrate	1	.6
	รวม	39	24.7
Omega-3 polyunsaturates		6	3.8
รวม		158	100

ตามคำแนะนำของ ADA เป้าหมายของการควบคุมระดับไขมันในเลือดคือ ระดับ total cholesterol ต่ำกว่า 200 mg/dl ระดับ triglyceride ต่ำกว่า 150 mg/dl ระดับ HDL สูงกว่า 40 mg/dl ในผู้ชาย หรือสูงกว่า 50 mg/dl ในผู้หญิง และระดับ LDL ต่ำกว่า 100 mg/dl ระดับไขมันในเลือดของผู้ป่วยแสดงดังตารางที่ 22 ผู้ป่วยที่มีไขมันในเลือดสูงร่วมด้วยจำนวน 180 ราย มี

ตารางที่ 22 ระดับไขมันในเลือด

ชนิดของไขมันในเลือด		จำนวนผู้ป่วย (คน)	ร้อยละ (%)
Total cholesterol	< 200 mg/dl	78	43.3
	≥ 200 mg/dl	86	47.8
	รวม	164	91.1
	ไม่มีข้อมูล	16	8.9
Triglyceride	< 150 mg/dl	73	40.6
	≥ 150 mg/dl	91	50.6
	รวม	164	91.1
	ไม่มีข้อมูล	16	8.9
HDL	< 40 mg/dl ในผู้ชาย หรือ < 50 mg/dl ในผู้หญิง	36	20.0
	≥ 50 mg/dl ในผู้ชาย หรือ ≥ 40 mg/dl ในผู้หญิง	119	66.1
	รวม	155	86.1
	ไม่มีข้อมูล	25	13.9
LDL	< 100 mg/dl	57	31.7
	≥ 100 mg/dl	95	52.7
	รวม	152	84.4
	ไม่มีข้อมูล	28	15.6

ผู้ป่วย 164 รายที่มีข้อมูลระดับ total cholesterol และ triglyceride เป็นผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับ total cholesterol ให้อยู่ในระดับต่ำกว่า 200 mg/dl จำนวน 78 ราย คิดเป็นร้อยละ 43.3 ผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับ triglyceride ให้อยู่ในระดับต่ำกว่า 150 mg/dl จำนวน 73 ราย คิดเป็นร้อยละ 40.6 มีข้อมูลระดับ HDL ในผู้ป่วย 155 ราย มีเพียง 119 ราย คิดเป็นร้อยละ 66.1 ที่มีระดับ HDL อยู่ในระดับเป้าหมายคือ สูงกว่า 40 mg/dl ในผู้ชาย และสูงกว่า 50 mg/dl ใน

ผู้หญิง และผู้ป่วยที่มีข้อมูลระดับ LDL มีจำนวน 152 ราย เป็นผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับ LDL ให้ต่ำกว่า 100 mg/dl ได้จำนวน 57 ราย คิดเป็นร้อยละ 31.7 และมีผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับไขมันในเลือดทั้ง 4 ชนิดให้อยู่ในระดับเป้าหมาย จำนวน 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.1

เนื่องจากภาวะไขมันในเลือดสูงและระดับความดันโลหิตสูงนั้นเป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดที่แก้ไขได้ ดังนั้นการควบคุมระดับไขมันในเลือดและระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติมากที่สุด ย่อมสามารถลดความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานเหล่านี้ได้

2. การใช้แอสไพรินในผู้ป่วยเบาหวาน

2.1 ก่อนการคัดกรองผู้ป่วยให้แพทย์

การใช้แอสไพรินในผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าร่วมในการศึกษาคั้งนี้แสดงดังตารางที่ 23 จากผู้ป่วยทั้งหมด จำนวน 226 รายพบว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับแอสไพริน 170 ราย คิดเป็นร้อยละ 75.2 และผู้ป่วยที่ได้รับแอสไพรินเพื่อการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดแล้ว จำนวน 56 ราย คิดเป็นร้อยละ 24.8 โดยแบ่งเป็นผู้ป่วยที่ได้รับแอสไพรินเพื่อการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดแบบ ปฐมภูมิจำนวน 24 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.6 และแบบทุติยภูมิจำนวน 32 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.2

ตารางที่ 23 จำนวนผู้ป่วยที่ใช้แอสไพรินก่อนการคัดกรอง

การใช้แอสไพริน	จำนวนผู้ป่วย (คน)	ร้อยละ (%)
ไม่เคยได้รับ	170	75.2
ได้รับเพื่อการป้องกันแบบปฐมภูมิ	24	10.6
ได้รับเพื่อการป้องกันแบบทุติยภูมิ	32	14.2
รวม	226	100.0

2.1.1 ความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดและการใช้แอสไพริน

จากการศึกษาความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดตามแนวทางการใช้ยาแอสไพรินของ ADA ในปี ค.ศ. 2003 ทั้ง 6 ข้อได้แก่

- 1 มีประวัติครอบครัวเป็นโรคหัวใจโคโรนารี
- 2 ภาวะน้ำหนักเกิน
- 3 ความดันโลหิตสูง
- 4 สูบบุหรี่เป็นประจำและต่อเนื่องมาจนปัจจุบัน
- 5 มีอัลบูมินในปัสสาวะ
- 6 ไชมันในเลือดสูง

ผู้ป่วยทั้งหมด 226 ราย ดังแสดงในตารางที่ 24 มีผู้ป่วยที่ไม่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดเลย จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.4 ซึ่งไม่จำเป็นต้องได้รับแอสไพรินตามคำแนะนำของ ADA และพบว่าไม่มีผู้ป่วยรายใดในกลุ่มนี้ที่ได้รับแอสไพริน มีผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 1 ข้อ จำนวน 179 ราย คิดเป็นร้อยละ 79.2 ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่สมควรได้รับแอสไพรินเพื่อการป้องกันแบบปฐมภูมิ ตามแนวทางของ ADA

ตารางที่ 24 การใช้แอสไพรินในผู้ป่วยก่อนการคัดกรอง แบ่งตามความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด

ความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด	จำนวนผู้ป่วยก่อนการคัดกรอง				รวม	
	ไม่ใช้แอสไพริน		ใช้แอสไพริน			
	คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ
ไม่มีความเสี่ยง	10	100	0	0	10	4.4
มีความเสี่ยงมากกว่าหรือเท่ากับ 1 ข้อ	155	86.6	24	13.4	179	79.2
มีโรคหัวใจและหลอดเลือดแล้ว	5	13.5	32	86.5	37	16.4
รวม	170	75.2	56	24.8	226	100

ในผู้ป่วยจำนวน 179 รายนี้มีผู้ป่วยที่ใช้แอสไพรินแล้วจำนวน 24 ราย คิดเป็น ร้อยละ 13.4 และผู้ป่วยที่ยังไม่ได้รับแอสไพริน 155 ราย คิดเป็นร้อยละ 86.6 และมีผู้ป่วยที่มีโรคหัวใจและหลอดเลือดแล้วจำนวน 37 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.4 ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่สมควรได้รับแอสไพรินเพื่อการป้องกันแบบทุติยภูมิ ตามคำแนะนำของ ADA ในจำนวนนี้พบผู้ป่วยที่ได้รับแอสไพรินแล้วจำนวน 32 ราย คิดเป็นร้อยละ 86.5 และผู้ป่วยที่ยังไม่ได้รับแอสไพรินจำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.5

จากการศึกษาของ Rolka และคณะในปี ค.ศ. 2001 (14) ซึ่งทำการสำรวจการใช้แอสไพรินในผู้ป่วย NHANES-3 พบว่าผู้ป่วยที่มีโรคหัวใจและหลอดเลือดแล้วได้รับแอสไพรินเพียงร้อยละ 37 ส่วนผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 1 ข้อ จาก 6 ข้อ และมีอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป มีผู้ป่วยได้รับแอสไพรินเพียงร้อยละ 13 เท่านั้น ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาครั้งนี้ พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับแอสไพรินในการสำรวจของ Rolka และคณะมีจำนวนน้อยกว่าการศึกษาครั้งนี้ อาจเนื่องจาก Rolka และคณะนั้นทำการสำรวจในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานในช่วงปี 1988-1994 ถึงแม้ว่าการศึกษาถึงประโยชน์ของแอสไพรินในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดนั้นได้เริ่มเผยแพร่ตั้งแต่ปี 1988 แล้วก็ตาม แต่ยังไม่มีความแนะนำในการใช้แอสไพรินจาก ADA จนกระทั่งในปี 1997 ซึ่งอาจมีผลทำให้การใช้แอสไพรินน้อยกว่าการศึกษาในครั้งนี้

2.1.2 การใช้แอสไพรินแบบปฐมภูมิ

จากการศึกษาผู้ป่วยทั้งหมด 226 ราย พบผู้ป่วยที่ยังไม่เคยมีประวัติเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 189 ราย คิดเป็นร้อยละ 83.6 เป็นผู้ป่วยที่ไม่มีข้อบ่งชี้ยาของแอสไพรินจำนวน 10 ราย และผู้ป่วยที่ควรใช้แอสไพรินอีก 179 ราย ผู้ป่วยกลุ่มนี้เมื่อแบ่งตามประเภทของปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด แสดงในตารางที่ 25 พบผู้ป่วยมีความเสี่ยงข้อที่ 3 คือ มีความดันโลหิตสูงจำนวนมากที่สุด คือ 151 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.2 ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ได้รับแอสไพรินแล้ว 21 ราย และผู้ป่วยที่ไม่ได้รับแอสไพริน 130 ราย ความเสี่ยงที่พบมากเป็นอันดับที่ 2 ได้แก่ ไขมันในเลือดสูง พบ 147 ราย คิดเป็นร้อยละ 34.3 เป็นผู้ป่วยที่ได้รับแอสไพรินแล้ว จำนวน 20 ราย ยังไม่ได้แอสไพริน 127 ราย ความเสี่ยงที่พบมากเป็นอันดับที่ 3 คือ มีอัลบูมินในปัสสาวะ พบจำนวน 60 ราย คิดเป็นร้อยละ 14 เป็นผู้ป่วยที่ได้รับแอสไพรินแล้วจำนวน 9 ราย ความเสี่ยงที่พบมากเป็นอันดับที่ 4 คือ ภาวะน้ำหนักเกิน จำนวน 52 ราย เป็นผู้ป่วยที่ได้รับแอสไพรินแล้วจำนวน 13 ราย ความเสี่ยงที่พบมากเป็นอันดับที่ 5 และ 6 คือ สูบบุหรี่และประวัติครอบครัวเป็นโรคหัวใจโคโรนารี ตามลำดับ

ตารางที่ 25 ประเภทปัจจัยเสี่ยงที่พบในผู้ป่วยที่ควรจะใช้แอสไพรินเพื่อการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดแบบปฐมภูมิ จำนวน 179 ราย

ประเภท ของปัจจัยเสี่ยง	จำนวนผู้ป่วยที่มี ปัจจัยเสี่ยง		จำนวนผู้ป่วย			
			ใช้แอสไพริน		ไม่ใช้แอสไพริน	
	คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ
ประวัติครอบครัวเป็น โรคหัวใจโคโรนารี	9	2.1	0	0	9	2.5
น้ำหนักเกิน	52	12.1	13	20	39	10.7
ความดันโลหิตสูง	151	35.2	21	32.3	130	35.7
สูบบุหรี่	10	2.3	2	3.1	8	2.2
มีอัลบูมินในปัสสาวะ	60	14	9	23.1	51	14
ไขมันในเลือดสูง	147	34.3	20	30.5	127	34.9
รวม	429	100	65	100	364	100

การประเมินความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยแม้มีข้อมูลไม่ครบถ้วน แต่ผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินจากข้อมูลค่อนข้างชัดเจน เช่น ในการประเมินประวัติครอบครัวที่เป็นโรคหัวใจโคโรนารี อาจต่ำกว่าความเป็นจริงได้ เนื่องจากมีผู้ป่วยจำนวน 36 ราย ตอบว่าไม่ทราบ เนื่องจากตัวผู้ป่วยเองก็มีอายุมากแล้ว โดยในการวิจัยนี้จัดให้อยู่ในกลุ่มที่ไม่มีประวัติครอบครัวที่เป็นโรคหัวใจโคโรนารี เพราะไม่มีบันทึกในเวชระเบียน

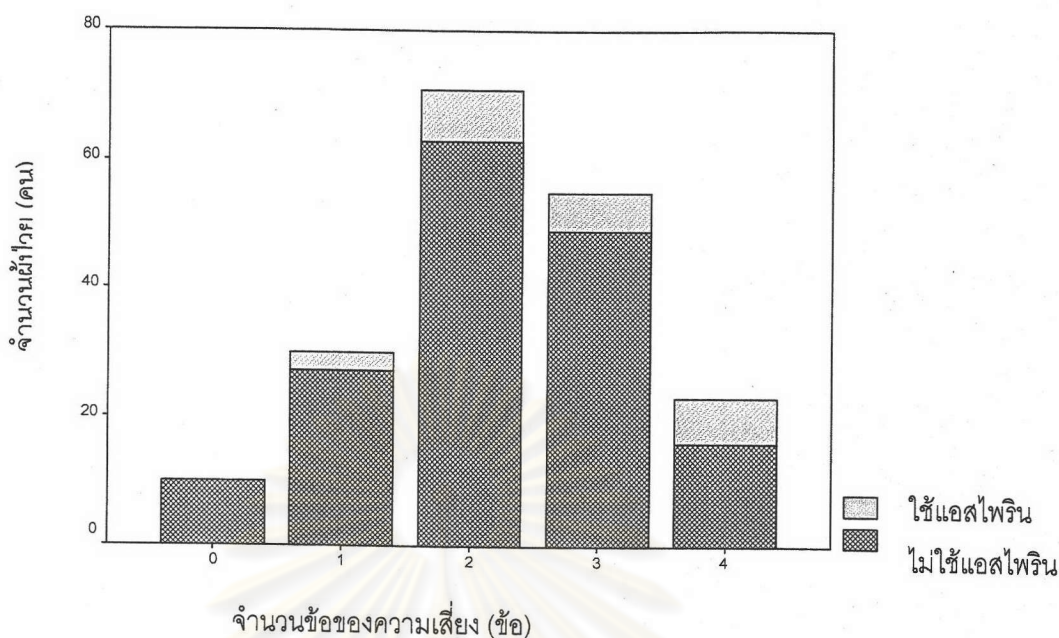
เนื่องจากมีผู้ป่วยจำนวน 58 รายที่ไม่มีข้อมูลอัลบูมินในปัสสาวะบันทึกในเวชระเบียน เนื่องจากแพทย์ไม่ได้สั่งตรวจจัดว่าเป็นผู้ป่วยที่ไม่มีความเสี่ยงในข้อนี้ร่วมด้วย จำนวนผู้ป่วยที่มีอัลบูมินในปัสสาวะจึงอาจน้อยกว่าความเป็นจริงได้

จำนวนผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด รวม 429 ราย ซึ่งมากกว่าจำนวนผู้ป่วยจริงที่ทำการศึกษา (226 ราย) เนื่องจากผู้ป่วย 1 รายอาจมีความเสี่ยงมากกว่า 1 ข้อ พบว่าผู้ป่วยที่ยังไม่มีโรคหัวใจและหลอดเลือดจะมีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดเฉลี่ย 2.3 ข้อ

การใช้แอสไพรินแบบปฐมภูมิก่อนการคัดกรอง แบ่งตามจำนวนข้อของความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด แสดงดังตารางที่ 26 และรูปที่ 4 ผู้ป่วยที่ยังไม่เคยมีประวัติเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด ทั้งหมด 189 ราย เป็นผู้ป่วยที่ใช้แอสไพรินแล้ว 24 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.7 ในผู้ป่วยจำนวน 24 รายที่ได้รับแอสไพรินนี้ เป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงรวม 2 ข้อมากที่สุดคือ 8 ราย รองลงมาคือผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงรวม 4 ข้อ จำนวน 7 ราย ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงรวม 3 ข้อ จำนวน 6 ราย และผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงรวม 1 ข้อ จำนวน 3 ราย ตามลำดับ และผู้ป่วยที่ไม่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ไม่มีผู้ป่วยรายใดได้รับแอสไพริน จากผู้ป่วยจำนวน 189 รายที่ยังไม่มีประวัติเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดนี้ ผู้ป่วยกลุ่มที่มีความเสี่ยงรวม 2 ข้อ มีจำนวนมากที่สุดเช่นกัน คือ 71 ราย คิดเป็นร้อยละ 37.6 จึงทำให้มีจำนวนผู้ป่วยที่ใช้แอสไพรินมากที่สุด

ตารางที่ 26 การใช้แอสไพรินแบบปฐมภูมิ (ก่อนการคัดกรอง) เมื่อแบ่งตามจำนวนข้อของความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

จำนวนข้อ ของความเสี่ยง	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด		จำนวนผู้ป่วยที่ ได้รับแอสไพริน	
	คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ
0	10	5.3	0	0
1	30	15.9	3	10
2	71	37.6	8	11.3
3	55	29.1	6	10.9
4	23	12.2	7	30.4
รวม	189	100	24	12.7



รูปที่ 4 การใช้แอสไพรินแบบปฐมภูมิ ก่อนการคัดกรอง แบ่งตามจำนวนข้อของความเสี่ยง

แต่เมื่อคิดเป็นร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับแอสไพรินแล้ว ส่วนผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง 1, 2 และ 3 ข้อ ได้รับแอสไพรินในสัดส่วนใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 10, 11.3 และ 10.9 ตามลำดับ โดยผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงสุดคือ 4 ข้อ ได้รับแอสไพรินในสัดส่วนสูงสุด คือ 7 ราย ใน 23 รายคิดเป็นร้อยละ 30.4

ก่อนการคัดกรอง จำนวนผู้ป่วยที่ใช้แอสไพรินแบบปฐมภูมิแบ่งตามลักษณะของความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด แสดงดังตารางที่ 27 พบผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงรวม 1 ข้อ จำนวน 30 ราย มีผู้ป่วยที่ได้รับแอสไพริน 3 ราย ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงจำนวน 1 ราย ผู้ป่วยที่มีไขมันในเลือดสูงจำนวน 2 ราย ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงรวม 2 ข้อ จำนวน 71 ราย เป็นผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงร่วมกับไขมันในเลือดสูงมากที่สุด คือ จำนวน 48 ราย ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่ได้รับแอสไพริน จำนวน 4 ราย รองลงมาคือ ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงร่วมกับมีอัลบูมินในปัสสาวะ จำนวน 8 ราย มีผู้ป่วยที่ได้รับแอสไพรินจำนวน 1 ราย และผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงร่วมกับภาวะน้ำตาลหนักเกิน จำนวน 6 ราย มีผู้ป่วยที่ได้รับแอสไพริน จำนวน 2 ราย ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับแอสไพรินอีก 1 ราย คือผู้ป่วยที่มีอัลบูมินในปัสสาวะร่วมกับไขมันในเลือดสูง รวมผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง 2 ข้อ ได้รับแอสไพริน จำนวน 8 ราย นอกนั้นเป็นผู้ป่วยที่ไม่ได้รับแอสไพริน อีกจำนวน 63 ราย กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงรวม 3 ข้อ จำนวน 55 ราย เป็นผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงร่วมกับมีอัลบูมินในปัสสาวะและไขมันในเลือดสูงมากที่สุด จำนวน 27 ราย เป็นผู้ป่วยที่ใช้แอสไพริน

ตารางที่ 27 จำนวนผู้ป่วยที่ใช้แอสไพรินแบบปฐมภูมิ ก่อนการคัดกรอง แบ่งตามลักษณะของ ความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด

ลักษณะของความเสี่ยง						จำนวน ผู้ป่วย	ผู้ป่วยใช้ แอสไพริน
1	2	3	4	5	6	คน	คน
						10	0
	✓					1	0
		✓				13	1
				✓		1	0
					✓	15	2
✓		✓				2	0
✓					✓	1	0
	✓	✓				6	2
	✓				✓	3	0
		✓		✓		8	1
		✓			✓	48	4
			✓		✓	2	0
				✓	✓	1	1
✓	✓	✓				1	0

(มีต่อหน้าถัดไป→)

ลักษณะของความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด

- 1 = ประวัติครอบครัว 2 = น้ำหนักเกิน 3 = ความดันโลหิตสูง
4 = สูบบุหรี่ 5 = มีอัลบูมินในปัสสาวะ 6 = ไชมันในเลือด

ตารางที่ 27 (ต่อ) จำนวนผู้ป่วยที่ใช้แอสไพรีนแบบปฐมภูมิ ก่อนการคัดกรอง แบ่งตามลักษณะของความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด

ลักษณะของความเสี่ยง						จำนวนผู้ป่วย	ผู้ป่วยใช้แอสไพรีน
1	2	3	4	5	6	คน	คน
✓		✓			✓	2	0
✓				✓	✓	1	0
	✓	✓			✓	18	4
	✓		✓		✓	1	0
	✓			✓	✓	1	0
		✓	✓		✓	4	1
		✓		✓	✓	27	1
✓	✓	✓			✓	1	0
✓		✓		✓	✓	1	0
	✓	✓	✓		✓	1	1
	✓	✓		✓	✓	18	6
	✓		✓	✓	✓	1	0
		✓	✓	✓	✓	1	0
รวม						189	24

* ลักษณะของความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด

- 1 = ประวัติครอบครัว 2 = น้ำหนักเกิน 3 = ความดันโลหิตสูง
 4 = สูบบุหรี่ 5 = มีอัลบูมินในปัสสาวะ 6 = ไชมันในเลือดสูง

จำนวน 1 ราย รองลงมาคือผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำหนักเกินร่วมกับความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง จำนวน 18 ราย เป็นผู้ป่วยที่ได้รับแอสไพรินจำนวน 4 ราย และผู้ป่วยที่ได้รับแอสไพรินอีก 1 ราย คือ ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูง สูบบุหรี่ ร่วมกับไขมันในเลือดสูง รวมผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง 3 ข้อ ได้รับแอสไพริน จำนวน 6 ราย นอกนั้นเป็นผู้ป่วยที่ไม่ได้รับแอสไพริน จำนวน 49 ราย ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงรวม 4 ข้อจำนวน 23 ราย เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำหนักเกินร่วมกับความดันโลหิตสูง มีอัลบูมินในปัสสาวะและไขมันในเลือดสูง มากที่สุด คือ 18 ราย เป็นผู้ป่วยที่ได้รับแอสไพรินจำนวน 6 ราย และผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ร่วมกับความดันโลหิตสูง สูบบุหรี่และไขมันในเลือดสูง ได้รับแอสไพรินอีก 1 ราย รวมผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง 4 ข้อได้รับแอสไพริน จำนวน 7 ราย นอกนั้นเป็นผู้ป่วยที่ไม่ได้รับแอสไพริน จำนวน 16 ราย

2.1.3 การใช้แอสไพรินแบบ τυதியภูมิ

การใช้แอสไพรินเพื่อการป้องกันโรคหัวใจแบบ τυதியภูมิ ก่อนการคัดกรอง แสดงดังตารางที่ 28 ในผู้ป่วยที่มีประวัติเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดแล้ว ทั้งหมด 37 ราย พบว่า เป็น

ตารางที่ 28 การใช้แอสไพรินในผู้ป่วยเพื่อการป้องกันแบบ τυதியภูมิ (ก่อนการคัดกรอง)

โรคหัวใจและหลอดเลือด (ชนิด)	จำนวนผู้ป่วย		การใช้แอสไพรินของผู้ป่วย			
			ไม่ได้ใช้		ใช้	
	คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ
หัวใจขาดเลือด	16	43.2	4	25	12	75
อาการปวดเค้นหัวใจ	7	18	1	14.3	6	85.7
โรคหลอดเลือดสมอง	6	16.2	0	0	6	100
โรคหลอดเลือดส่วนปลาย	4	10.8	0	0	4	100
กล้ามเนื้อหัวใจตาย	2	5.4	0	0	2	100
ภาวะสมองขาดเลือด ไปเลี้ยงชั่วคราว	1	2.7	0	0	1	100
รวม	37	100	5	13.5	32	86.5

ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดมากที่สุด คือ 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 43.2 ในจำนวนนี้แบ่งเป็นผู้ป่วยที่ไม่ได้ใช้แอสไพรินจำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 25 และผู้ป่วยที่ได้ใช้แอสไพรินจำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 75 รองลงมาคือ ผู้ป่วยที่มีอาการปวดเค้นหัวใจ พบจำนวน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 18 เป็นผู้ป่วยที่ไม่ได้ใช้แอสไพรินจำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.3 และผู้ป่วยที่ได้ใช้แอสไพรินจำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 85.7 นอกจากนี้เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 6 ราย โรคหลอดเลือดส่วนปลายจำนวน 4 ราย กล้ามเนื้อหัวใจตายจำนวน 2 ราย ภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวจำนวน 1 ราย ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ได้ใช้แอสไพรินแล้วทุกคน

2.2 หลังการคัดกรองผู้ป่วย ส่งให้แก่แพทย์

จากผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าร่วมในการศึกษารั้งนี้ 226 ราย พบผู้ป่วยที่ยังไม่ได้ใช้แอสไพรินจำนวน 170 ราย นำมาคัดกรองผู้ป่วยที่ไม่เข้าเกณฑ์ในการใช้แอสไพริน ตามคำแนะนำของ ADA และผู้ป่วยที่มีข้อห้ามใช้ของแอสไพรินออก ดังแสดงในตารางที่ 29 ผู้ป่วยที่ถูกคัดกรองออกมีจำนวน 38 ราย เนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่แพ้แอสไพรินหรือ NSAIDs อื่นๆ จำนวน 5 ราย ผู้ป่วยที่มีประวัติเลือดออกได้เยื่อปอดจำนวนมาก โดยไม่ทราบสาเหตุ เมื่อประมาณ 1 ปีที่ผ่านมา จำนวน 1 ราย ผู้ป่วยที่มีประวัติเลือดออกในกระเพาะอาหาร 2 ราย ซึ่งเกิดจากแอสไพริน 1 ราย ผู้ป่วยรายนี้ได้รับแอสไพรินมาประมาณ 1 เดือนก่อนการศึกษา แต่เมื่อได้ทำการทบทวนประวัติย้อนหลังไปพบว่าผู้ป่วยมีประวัติรับประทานยา NSAIDs เพื่อรักษาโรคกระดูกร่วมด้วย ส่วนอีก 1 ราย มีเลือดออกในกระเพาะอาหารโดยไม่ทราบสาเหตุ เมื่อทบทวนประวัติพบว่าไม่มีประวัติได้รับยาแอสไพรินหรือ NSAIDs ใดๆ จากโรงพยาบาล แต่จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยไปซื้อยาแก้ปวดหัวเข้ารับประทานที่ร้านขายยาเองเป็นประจำ จึงแนะนำว่าอาจเกิดจากอาการข้างเคียงของยาแก้ปวดได้ และแนะนำให้พบแพทย์เพื่อรักษาโรคกระดูกต่อไป ผู้ป่วยที่มีกำหนดจะเข้ารับการผ่าตัด เช่น ผ่าตัดตา ผ่าตัดแผลที่เท้าหรือถอนฟัน เป็นต้น จำนวน 6 ราย ผู้ป่วยที่ใช้ยา warfarin เพื่อการรักษาโรคลิ้นหัวใจ จำนวน 1 ราย เนื่องจากการใช้แอสไพรินร่วมกับ warfarin อาจเสริมฤทธิ์ในการต้านการแข็งตัวของลิ้มเลือดของ warfarin และฤทธิ์ในการต้านการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือดของแอสไพริน ทำให้มีความเสี่ยงในการเกิดเลือดออกเพิ่มมากขึ้น และผู้ป่วยที่ไม่ได้มีข้อห้ามในการใช้ยาแอสไพริน แต่เป็นผู้ป่วยที่มีอาการทางคลินิกยังไม่คงที่ เนื่องจากการรับประทานยาแอสไพรินเพื่อการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดนั้นต้องรับประทานเป็นเวลานาน และไม่ใช้เรื่องเร่งด่วน จึงควรรอให้ผู้ป่วยมีอาการทางคลินิกคงที่ก่อนจึงค่อยเริ่มใช้แอสไพริน ได้แก่ ผู้ป่วยที่มี Scr มากกว่า 2 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร จำนวน 5 ราย ผู้ป่วยมีแผลจาก cellulites ที่ยังไม่หายดี 1 ราย

ตารางที่ 29 สาเหตุที่ไม่คัดกรองผู้ป่วยให้แพทย์

สาเหตุที่ไม่คัดกรองผู้ป่วยให้แพทย์	จำนวนผู้ป่วย (คน)
ผู้ป่วยแพ้แอสไพริน หรือ NSAIDs อื่นๆ	5
มีประวัติเลือดออกผิดปกติ (เลือดออกใต้เยื่อหุ้มตา)	1
มีประวัติเลือดออกในกระเพาะอาหารและลำไส้	2
มีกำหนดจะเข้ารับการผ่าตัด	6
ใช้ยา warfarin	1
Scr มากกว่า 2 mg/dl	5
มีแผล Cellulitis ที่ยังไม่หายดี	1
มีโรคระบบทางเดินอาหาร เช่น GERD, gastritis, dyspepsia เป็นต้น	4
เกิดอาการไม่พึงประสงค์จาก metformin อย่างรุนแรง	1
ผู้ป่วยที่รอผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ	2
ไม่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด	10
รวม	38

ผู้ป่วยที่มีโรคระบบทางเดินอาหาร เช่น GERD กระเพาะอาหารอักเสบ ที่กำลังมีอาการและอยู่ในช่วงกำลัง รักษาอยู่ จำนวน 4 ราย และผู้ป่วยที่ไม่มีความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดและรอผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ จำนวน 12 ราย

เหลือผู้ป่วยที่ผ่านการคัดกรองทั้งหมด จำนวน 132 ราย เป็นผู้ป่วยที่สมควรได้รับแอสไพรินเพื่อการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ตามคำแนะนำของ ADA แบบหัตถิยภูมิ 5 ราย และแบบปฐมภูมิ 127 ราย ซึ่งได้ส่งข้อมูลผู้ป่วยให้แพทย์ที่ทำการรักษาเพื่อพิจารณาการสั่งใช้แอสไพรินต่อไป

ผลของการคัดกรองผู้ป่วยที่ยังไม่ได้แอสไพรินส่งให้แพทย์ แสดงในตารางที่ 30 ในการคัดกรองผู้ป่วยครั้งที่ 1 คัดผู้ป่วยที่มีความเหมาะสมในการใช้แอสไพรินเพื่อการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ทั้งหมด 132 ราย พบว่าแพทย์สั่งจ่ายแอสไพรินให้ผู้ป่วยจำนวน 84 ราย คิดเป็นร้อยละ 63.6 และแพทย์ไม่สั่งจ่ายแอสไพรินให้ผู้ป่วยจำนวน 48 ราย คิดเป็นร้อยละ 36.4

ตารางที่ 30 ผลของการคัดกรองผู้ป่วยที่ยังไม่ได้แอสไพรินให้แพทย์ (ครั้งที่ 1)

ผลการคัดกรองผู้ป่วยให้แพทย์ (ครั้งที่ 1)	คน	ร้อยละ
แพทย์สั่งจ่ายแอสไพริน	84	63.6
แพทย์ไม่สั่งจ่ายแอสไพริน	48	36.4
รวม	132	100

เหตุผลที่แพทย์ไม่สั่งใช้แอสไพรินแสดงดังตารางที่ 31 พบว่าเหตุผลที่แพทย์ไม่สั่งจ่ายแอสไพรินมากที่สุดคือ ผู้ป่วยยังคงควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ จำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 17 รองลงมาคือผู้ป่วยมีความเสี่ยงน้อยจำนวน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.9 ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงน้อย 7 ราย ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงเพียง 1 ข้อ จำนวน 5 ราย คือ ไขมันในเลือดสูง 3 ราย ความดันโลหิตสูง 1 ราย โดยผู้ป่วยทั้ง 4 รายนี้สามารถควบคุมระดับไขมันในเลือดและระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ และมีภาวะน้ำหนักเกิน 1 ราย ผู้ป่วยอีก 2 รายมีความเสี่ยง 2 ข้อ คือ ผู้ป่วยชายอายุ 49 ปี มีความดันโลหิตสูงร่วมกับไขมันในเลือดสูง ผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้โดยได้รับยาลดความดันโลหิตเพียงอย่างเดียว คือ enalapril ผู้ป่วยรายนี้มีระดับ total cholesterol 202 mg/dl, triglyceride 145 mg/dl, HDL 47.3 mg/dl และ LDL 125 mg/dl ซึ่งมีระดับ LDL สูงกว่าเป้าหมายคือ 100 mg/dl และผู้ป่วยอีก 1 ราย เป็นผู้ป่วยชายอายุ 48 ปี มีปัจจัยเสี่ยงคือ สูบบุหรี่ร่วมกับไขมันในเลือดสูงมีระดับ total cholesterol 205 mg/dl, triglyceride 80 mg/dl, HDL 46 mg/dl และ LDL 143 mg/dl ซึ่งมีระดับ LDL สูงกว่าเป้าหมายคือ 100 mg/dl โดยผู้ป่วยทั้ง 2 รายนี้ไม่ได้รับประทานยาลดไขมันในเลือด เนื่องจากใช้วิธีการรักษาในขั้นตอนแรกคือ TLC (therapeutic lifestyle changes) อยู่

ตารางที่ 31 เหตุผลที่แพทย์ไม่สั่งจ่ายแอสไพรีน ในการคัดกรองครั้งที่ 1

เหตุผลที่แพทย์ไม่สั่งจ่ายแอสไพรีนให้ผู้ป่วย	จำนวนผู้ป่วย	ร้อยละ
ยังควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้	8	16.7
ความเสี่ยงน้อย	7	14.6
รอนผลอัลบูมินในปัสสาวะ	5	10.4
ยังควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้	4	8.3
มีภาวะไตเสื่อมร่วมด้วย	3	6.3
ผู้ป่วยปฏิเสธ	3	6.3
ไม่ใช่แพทย์ประจำของผู้ป่วย	3	6.3
มีจำนวนยามากอยู่แล้ว	3	6.3
ขอให้โรคที่เป็นร่วมด้วยหายก่อน เช่น ไข้หวัด Dyspepsia เป็นต้น	3	6.3
มีประวัติเป็นแผลในกระเพาะอาหาร	1	2.1
ผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย	1	2.1
ผู้ป่วยมีกำหนดจะถอนฟัน	1	2.1
ไม่แจ้งเหตุผล	6	12.5
รวม	48	100

การคัดกรองผู้ป่วยครั้งที่ 2 หลังจากการคัดกรองครั้งแรก 4 สัปดาห์ คัดกรองผู้ป่วยที่มีความเหมาะสมในการใช้แอสไพรีนส่งให้แพทย์อีกครั้ง จำนวน 22 ราย และผู้ป่วยที่ถูกคัดกรองออกและไม่ส่งให้แพทย์ในครั้งที่ 2 นี้มี 54 ราย จากผู้ป่วยที่ยังไม่ได้รับแอสไพรีนอีก 76 ราย เนื่องจากเหตุผลต่างๆ เช่น ผู้ป่วยยังไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตหรือระดับน้ำตาลในเลือดได้ ผู้ป่วยมีความเสี่ยงน้อย ผู้ป่วยปฏิเสธ เป็นต้น เหตุผลและผลการคัดกรองผู้ป่วยส่งให้แพทย์ในครั้งที่ 2 แสดงดังตารางที่ 32

ตารางที่ 32 เหตุผลและผลในการคัดกรองผู้ป่วยให้แพทย์ ครั้งที่ 2

เหตุผลที่คัดกรองผู้ป่วยให้แพทย์ เป็นครั้งที่ 2	จำนวน (คน)	ผลการคัดกรองผู้ป่วย ให้แพทย์ ครั้งที่ 2	
		สั่งใช้ แอสไพริน (คน)	ไม่สั่งใช้ แอสไพริน (คน)
ผู้ป่วยหายจากอาการไม่พึงประสงค์จาก Metformin	1	1	-
Scr ลดลงน้อยกว่า 2 mg/dl	1	1	-
สามารถควบคุมความดันโลหิตได้แล้ว	6	6	-
แพทย์ไม่แจ้งเหตุผล	6	4	2
ในครั้งแรกไม่ใช่แพทย์ที่รักษาประจำ	3	2	1
รอดผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ	3	1	2
ถอนพันเรียนเรียบร้อยแล้ว	1	1	-
หายจากไข้หวัดแล้ว	1	1	-
รวม	22	17	5

ผู้ป่วยที่คัดกรองส่งให้แพทย์เป็นครั้งที่ 2 จำนวน 22 ราย ในจำนวนนี้มีผู้ป่วย 6 ราย เป็นผู้ป่วยที่ในการคัดกรองครั้งแรกแพทย์ไม่แจ้งเหตุผลในการไม่สั่งจ่ายแอสไพริน อาจเนื่องจากแพทย์มองไม่เห็นเอกสารที่แนบไปให้หรือกำลังอยู่ในช่วงเวลาเร่งด่วนจึงไม่มีเวลาประเมิน หลังจากคัดกรองผู้ป่วย 6 รายนี้ส่งให้แพทย์อีกในครั้งที่ 2 แพทย์สั่งใช้แอสไพรินแก่ผู้ป่วยจำนวน 4 ราย ส่วนอีก 2 รายแพทย์ไม่สั่งใช้แอสไพรินเนื่องจาก ผู้ป่วยมีประวัติเป็น dyspepsia จำนวน 1 รายและผู้ป่วยมีกำหนดจะผ่าตัดต้ออีก 1 ราย

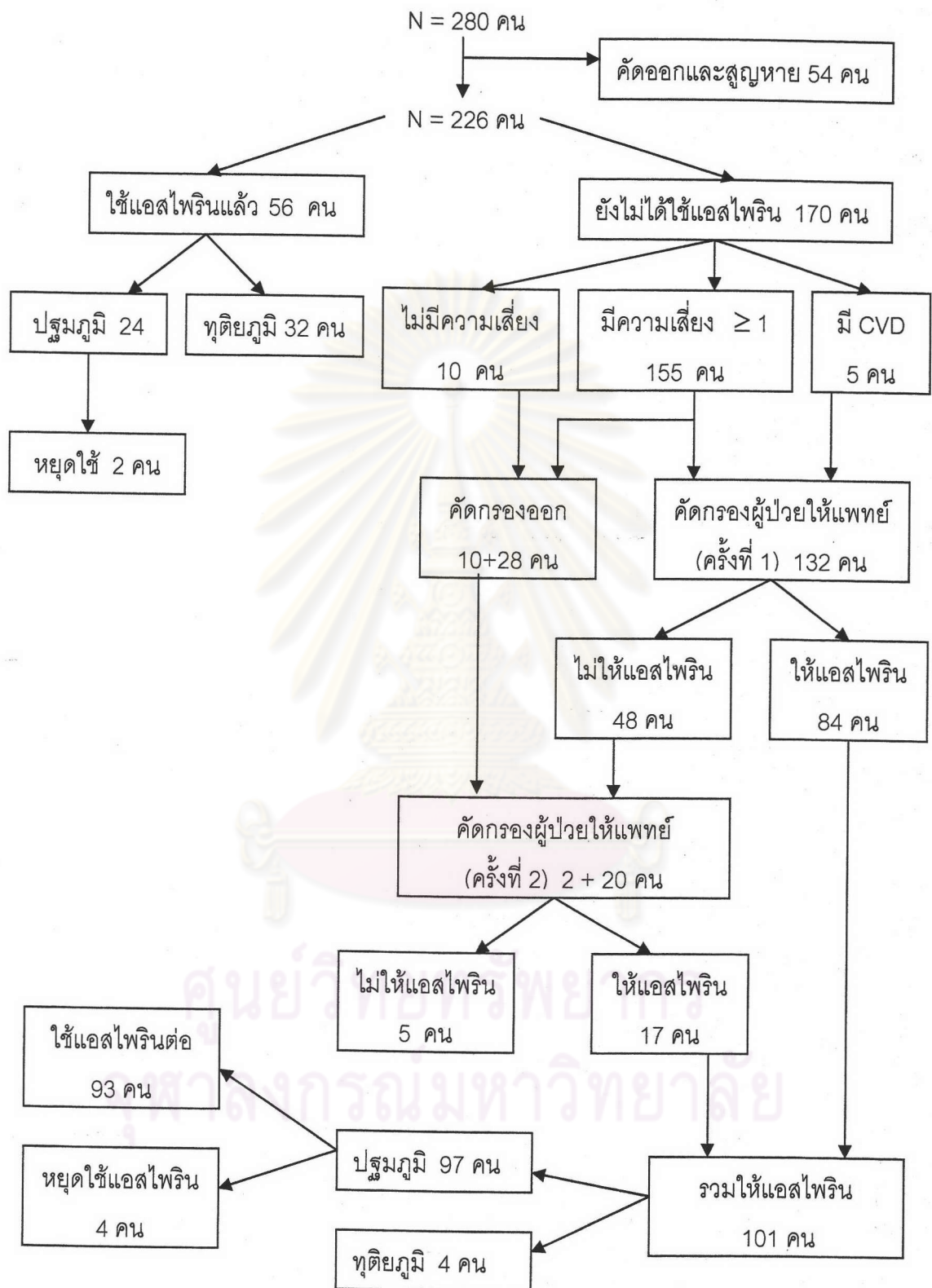
มีผู้ป่วย 3 ราย ในการคัดกรองผู้ป่วยส่งให้แพทย์ในครั้งแรกนั้น ได้ส่งผู้ป่วยให้แก่แพทย์ที่มาตรวจแทนแพทย์ที่รักษาผู้ป่วย 3 รายนี้เป็นประจำและแพทย์ไม่ได้เปลี่ยนแปลงการรักษาอาจเนื่องจากไม่ใช่เรื่องที่เร่งด่วน ในการคัดกรองครั้งที่ 2 ได้ส่งผู้ป่วยให้แพทย์ที่รักษาประจำผู้ป่วย 3 รายนี้เป็นประจำ แพทย์พิจารณาสั่งใช้แอสไพรินแก่ผู้ป่วยจำนวน 2 ราย ส่วนผู้ป่วยอีก 1

รายไม่สั่งใช้แอสไพริน ด้วยเหตุผลเนื่องจากผู้ป่วยมีความเสี่ยงน้อย โดยผู้ป่วยรายนี้เป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง 1 ข้อ คือ มีไขมันในเลือดสูง ผู้ป่วยมีระดับ total cholesterol 181 mg/dl, triglyceride 74 mg/dl, HDL 40.5 mg/dl และ LDL 125 mg/dl และได้รับยาลดไขมันในเลือดคือ simvastatin อยู่

มีผู้ป่วย 3 ราย ที่คัดกรองส่งให้แพทย์ในครั้งแรกแล้วแต่แพทย์ไม่สั่งใช้แอสไพรินให้ผู้ป่วย เนื่องจากแพทย์ต้องการรอผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการก่อน เมื่อคัดกรองผู้ป่วยส่งให้แพทย์ในครั้งที่ 2 แพทย์สั่งใช้แอสไพรินแก่ผู้ป่วย 1 ราย และไม่สั่งใช้แอสไพรินให้ผู้ป่วย 2 ราย เนื่องจากผู้ป่วยเป็นโรคกระเพาะปัสสาวะอักเสบต้องการรอให้รักษาหายก่อน 1 ราย และผู้ป่วยมีความเสี่ยงน้อยอีก 1 ราย โดยผู้ป่วยรายนี้มีความเสี่ยงเพียง 1 ข้อ คือมีไขมันในเลือดสูง มีระดับ total cholesterol 168 mg/dl, Triglyceride 86 mg/dl, HDL 60.2 mg/dl และ LDL 90 mg/dl และได้รับยา gemfibrozil อยู่

ผู้ป่วยอีก 10 รายที่คัดกรองส่งให้แพทย์ในครั้งแรก แต่แพทย์ไม่สั่งใช้แอสไพริน เนื่องจากผู้ป่วยยังไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ในการคัดกรองครั้งที่ 2 นี้ผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตได้แล้ว 6 ราย จึงคัดกรองส่งผู้ป่วยให้แพทย์อีกครั้ง พบว่าแพทย์สั่งใช้แอสไพรินให้ผู้ป่วยทั้ง 6 ราย ผู้ป่วยอีก 4 รายเป็นผู้ป่วยที่หายจากอาการไม่พึงประสงค์จาก Metformin คือ อาการท้องเสียอย่างรุนแรง ผู้ป่วยมี Scr ลดลงต่ำกว่า 2 mg/dl ผู้ป่วยถอนพิษเสร็จแล้วและผู้ป่วยหายจากไข้หวัดแล้ว ในการคัดกรองผู้ป่วยส่งให้แพทย์ในครั้งที่ 2 นี้แพทย์สั่งใช้แอสไพรินแก่ผู้ป่วยทุกราย

สรุปในการคัดกรองผู้ป่วยส่งให้แพทย์ในครั้งที่ 2 นี้ ส่งผู้ป่วยให้แพทย์ จำนวน 22 ราย แพทย์สั่งใช้แอสไพรินแก่ผู้ป่วย จำนวน 17 ราย และไม่สั่งใช้แอสไพริน จำนวน 5 ราย แผนภาพสรุปผลการคัดกรองผู้ป่วยแสดงดังรูปที่ 5



รูปที่ 5 สรุปผลการคัดกรองผู้ป่วย

2.1 ข้อแตกต่างของการใช้แอสไพรินระหว่างก่อนและหลังการคัดกรอง

จำนวนผู้ป่วยที่ใช้แอสไพรินก่อนและหลังการคัดกรองหรือเมื่อสิ้นสุดการวิจัย แบ่งตามความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดแสดงในตารางที่ 33 พบว่าผู้ป่วยทั้งหมดจำนวน 226 ราย

ตารางที่ 33 จำนวนผู้ป่วยที่ใช้แอสไพรินก่อนและหลังการคัดกรอง แบ่งตามความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด

ความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	จำนวนผู้ป่วยที่ได้ใช้แอสไพริน			ร้อยละที่เพิ่มขึ้น
		ก่อนการคัดกรอง	หลังการคัดกรอง	เพิ่มขึ้น	
ไม่มีความเสี่ยง	10	0	0	0	0
มีความเสี่ยงมากกว่าหรือเท่ากับ 1 อย่าง	179	24	117 *	93	52
มีโรคหัวใจและหลอดเลือดแล้ว	37	32	36	4	10.8
รวม	226	56	153	97	45

* ผู้ป่วยที่ได้รับแอสไพรินก่อนการคัดกรองหยุดรับประทานเนื่องจากเกิดอาการไม่พึงประสงค์ จำนวน 2 ราย จึงเหลือผู้ป่วยใช้แอสไพรินหลังสิ้นสุดการวิจัย 151 ราย

แบ่งเป็นผู้ป่วยไม่มีความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 10 ราย ทั้งก่อนและหลังการคัดกรอง เป็นผู้ป่วยที่ไม่ได้ใช้แอสไพรินทุกราย ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงมากกว่าหรือเท่ากับ 1 อย่างทั้งหมด 179 ราย ก่อนการคัดกรองมีผู้ป่วยได้รับแอสไพริน 24 ราย ภายหลังการคัดกรองแล้วผู้ป่วยได้รับแอสไพรินเพิ่มขึ้นจำนวน 93 ราย เพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 52 ของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงมากกว่าหรือเท่ากับ 1 อย่าง ทำให้มีผู้ป่วยได้รับแอสไพรินหลังการคัดกรอง จำนวน 117 ราย ผู้ป่วยที่มีโรคหัวใจและหลอดเลือดแล้วจำนวน 37 ราย ก่อนการคัดกรองผู้ป่วยให้แพทย์ มีผู้ป่วยที่ไม่ได้รับแอสไพรินจำนวน 5 ราย โดยทั้ง 5 รายนี้เคยได้แอสไพรินมาก่อนแต่หยุดใช้ไปโดยไม่ทราบสาเหตุ

เนื่องจากไม่ระบุในเวชระเบียน ภายหลังจากคัดกรองผู้ป่วยทั้ง 5 รายนี้ให้แพทย์แล้ว แพทย์สั่งใช้ แอสไพรีนแก่ผู้ป่วยจำนวน 4 ราย ไม่สั่งใช้ 1 ราย เนื่องจากผู้ป่วยไม่ยอมใช้ยา ดังนั้นหลังการคัดกรองแล้วจึงมีผู้ป่วยที่ได้รับแอสไพรีนแบบ τυติยภูมิ จำนวน 36 ราย เพิ่มขึ้น 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.8 ของผู้ป่วยที่มีโรคหัวใจและหลอดเลือดแล้ว จำนวน 37 ราย

สรุปแล้ว ผู้ป่วยทั้งหมด 226 ราย มีผู้ป่วยที่ไม่มีความจำเป็นต้องได้รับแอสไพรีน 10 ราย และมีผู้ป่วยได้รับแอสไพรีนอยู่แล้วก่อนการคัดกรอง จำนวน 56 ราย หลังการคัดกรองมีผู้ป่วยได้รับแอสไพรีนเพิ่มขึ้น 97 ราย ทำให้ภายหลังจากการคัดกรองมีผู้ป่วยได้รับแอสไพรีน 153 ราย เพิ่มขึ้นร้อยละ 45 ของผู้ป่วยที่สมควรได้รับแอสไพรีน จำนวน 216 ราย แต่ผู้ป่วยที่ได้รับแอสไพรีนก่อนการคัดกรองหยุดใช้แอสไพรีนไป จำนวน 2 ราย เนื่องจากเกิดอาการไม่พึงประสงค์ คือ เลือดออกในกระเพาะอาหารและแผลที่กระเพาะอาหาร ดังนั้นจึงเหลือผู้ป่วยที่ใช้แอสไพรีนหลังสิ้นสุดการวิจัย จำนวน 151 ราย

จากการศึกษาของ Faragon และคณะ ในปี ค.ศ. 2003 (16) มีผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับแอสไพรีน ก่อนการศึกษา จำนวน 28 ราย จากผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 85 ราย คิดเป็นร้อยละ 33 และภายหลังจากการมีเภสัชกรแนะนำการใช้แอสไพรีน มีผู้ป่วยได้รับแอสไพรีน จำนวน 70 ราย คิดเป็นร้อยละ 82 เพิ่มขึ้นร้อยละ 49 ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาครั้งนี้ที่มีผู้ป่วยได้รับแอสไพรีนก่อนการศึกษา จำนวน 56 ราย จากผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 226 ราย คิดเป็นร้อยละ 24.8 และภายหลังจากการศึกษามีผู้ป่วยได้รับแอสไพรีนจำนวน 151 ราย คิดเป็นร้อยละ 66.8 ของผู้ป่วยทั้งหมด 226 ราย เพิ่มขึ้นร้อยละ 42 ของผู้ป่วยทั้งหมด พบว่าการศึกษาของ Faragon นั้นมีผู้ป่วยได้รับแอสไพรีนก่อนและหลังการศึกษา รวมทั้งสัดส่วนที่ผู้ป่วยใช้แอสไพรีนเพิ่มขึ้นมากกว่าการศึกษานี้เล็กน้อย แต่เนื่องจากการศึกษาของ Faragon นั้นเป็นการให้คำแนะนำในการใช้แอสไพรีนให้แก่ผู้ป่วยโดยตรง เมื่อผู้ป่วยยอมรับการใช้แอสไพรีนตามคำแนะนำของเภสัชกรแล้ว ผู้ป่วยสามารถซื้อแอสไพรีนโดยไม่ต้องใช้ใบสั่งยาจากแพทย์ ทำให้ไม่สามารถตรวจสอบได้ว่าผู้ป่วยซื้อแอสไพรีนตามคำแนะนำของเภสัชกรจริงหรือไม่ และไม่มีติดตามการใช้ยาภายหลังการให้คำแนะนำแล้ว จึงไม่ทราบว่ามีผู้ป่วยเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้แอสไพรีนทำให้ต้องหยุดใช้ยาหรือไม่

จากการศึกษาของ Krein SL และคณะ ในปี ค.ศ. 2002 (15) ทำการสำรวจการใช้แอสไพรีนเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า มีผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดแล้ว ได้รับแอสไพรีนเพื่อป้องกันแบบ τυติยภูมิเพียงร้อยละ 79 ซึ่งน้อยกว่าการศึกษานี้ที่มีผู้ป่วยได้รับแอสไพรีนเพื่อป้องกันแบบ τυติยภูมิก่อนการคัดกรอง จำนวน 32 ราย คิดเป็นร้อยละ 86.5 ของผู้ป่วยที่มีโรคหัวใจและหลอดเลือดแล้วทั้งหมด 37 ราย

และภายหลังการคัดกรองมีผู้ป่วยได้รับแอสไพรินเพิ่มเป็น 36 ราย คิดเป็นร้อยละ 97.3 จากการศึกษาของ Krein SL และคณะ พบว่ามีผู้ป่วยเบาหวานที่ยังไม่ได้เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด แต่มีความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างน้อย 1 ข้อ ได้รับแอสไพรินร้อยละ 59 ซึ่งสูงกว่าการศึกษาครั้งนี้ ที่มีผู้ป่วยได้รับแอสไพรินเพื่อการป้องกันแบบปฐมภูมิก่อนการคัดกรองเพียง 24 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.4 ของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างน้อย 1 ข้อ จำนวน 179 ราย แต่ภายหลังการคัดกรอง มีผู้ป่วยใช้แอสไพรินเพิ่มขึ้นเป็น 115 ราย คิดเป็นร้อยละ 84.3 ซึ่งมากกว่าการศึกษาของ Krein SL และคณะ

การใช้แอสไพรินแบบปฐมภูมิก่อนและหลังการคัดกรอง แบ่งตามประเภทของความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด แสดงดังตารางที่ 34 พบผู้ป่วยที่ได้รับแอสไพรินหลังการ

ตารางที่ 34 ประเภทปัจจัยเสี่ยงที่พบในผู้ป่วยที่ใช้แอสไพรินเพื่อการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดแบบปฐมภูมิก่อนและหลังการคัดกรอง

ประเภทของปัจจัยเสี่ยง	จำนวนผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยง* (คน)	ผู้ป่วยใช้แอสไพริน			ร้อยละที่เพิ่มขึ้น
		ก่อนการคัดกรอง (คน)	เพิ่มขึ้น (คน)	หลังการคัดกรอง (คน)	
ประวัติครอบครัวเป็นโรคหัวใจโคโรนารี	9	0	7	7	77.8
น้ำหนักเกิน	52	13	24	37	46.2
ความดันโลหิตสูง	151	21	81	102	53.6
สูบบุหรี่	10	2	4	6	40
มีอัลบูมินในปัสสาวะ	60	9	34	43	56.7
ไขมันในเลือดสูง	147	20	81	101	55.1
รวม	429	65	231	296	53.8

* จำนวนปัจจัยเสี่ยงทั้งหมดที่พบในผู้ป่วย 226 ราย คือ 429 ข้อ โดยผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงเฉลี่ยรายละ 2.3 ข้อ

คัดกรองเพิ่มขึ้นมากที่สุดคือ ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูง จำนวน 151 ราย มีการใช้แอสไพรินเพิ่มขึ้น อีก 81 ราย จากเดิมที่มีผู้ป่วยได้รับแอสไพรินเพียง 21 ราย คิดเป็นร้อยละ 53.6 และผู้ป่วยที่มีไขมันในเลือดสูง ได้รับแอสไพรินเพิ่มขึ้นจำนวนเท่ากันคือ จำนวน 81 ราย จากเดิมที่มีผู้ป่วยได้รับแอสไพรินเพียง 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 55.1 รองลงมาคือ ผู้ป่วยที่มีอัลบูมินในปัสสาวะ มีผู้ป่วยได้รับแอสไพรินเพิ่มขึ้น จำนวน 34 ราย จากเดิมที่มีผู้ป่วยได้รับแอสไพรินเพียง 9 ราย เพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 56.7

การใช้แอสไพรินแบบปฐมภูมิก่อนและหลังการคัดกรอง แบ่งตามจำนวนข้อของความเสียหาย แสดงดังตารางที่ 35 พบว่าในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีความเสี่ยง ไม่มีผู้ป่วยรายใดที่ได้รับแอสไพริน

ตารางที่ 35 การใช้แอสไพรินเพื่อการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดแบบปฐมภูมิก่อนและหลังการคัดกรองแบ่งตามจำนวนข้อของความเสียหาย

จำนวนข้อของความเสียหาย	จำนวนผู้ป่วย*	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับแอสไพริน			ร้อยละที่เพิ่มขึ้น
		ก่อนการคัดกรอง	หลังการคัดกรอง	เพิ่มขึ้น	
0	10	0	0	0	0
1	30	3	11	8	26.7
2	71	8	47	39	54.9
3	55	6	37	31	56.4
4	23	7	20	13	56.5
รวม	189	24	115	91	48.2

* จำนวนผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงตั้งแต่ 1-4 ข้อ

ทั้งก่อนและหลังการคัดกรอง ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงเพียง 1 ข้อ จำนวน 30 ราย ภายหลังการคัดกรองแล้วมีผู้ป่วยใช้แอสไพรินจำนวน 11 ราย จากเดิมที่มีผู้ใช้แอสไพรินจำนวน 3 ราย เพิ่มขึ้น 8

ราย คิดเป็นร้อยละ 26.7 กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงรวม 2 ข้อ มีผู้ป่วยที่ได้รับแอสไพรินภายหลังการคัดกรอง จำนวน 47 ราย จากเดิมมีผู้ป่วยที่ได้รับแอสไพริน 8 ราย เพิ่มขึ้น 39 ราย คิดเป็นร้อยละ 54.9 กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงรวม 3 ข้อ มีผู้ป่วยที่ได้รับแอสไพรินภายหลังการคัดกรอง จำนวน 37 ราย จากเดิมมีผู้ป่วยที่ได้รับแอสไพริน 6 ราย เพิ่มขึ้น 31 ราย คิดเป็นร้อยละ 56.4 กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงรวม 4 ข้อ มีผู้ป่วยที่ได้รับแอสไพรินภายหลังการคัดกรอง จำนวน 20 ราย จากเดิมมีผู้ป่วยที่ได้รับแอสไพริน 7 ราย เพิ่มขึ้น 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 56.5 พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่มีความเสี่ยงรวม 2 ข้อ มีผู้ป่วยที่ได้รับแอสไพรินหลังการคัดกรองเพิ่มขึ้นมากที่สุด เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นผู้ป่วยที่มีจำนวนมากที่สุด เมื่อพิจารณาร้อยละของผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับจำนวนผู้ป่วยในกลุ่มจะพบว่าผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงรวม 4 ข้อ เป็นกลุ่มที่มีร้อยละของการใช้แอสไพรินเพิ่มขึ้นมากที่สุด ซึ่งใกล้เคียงกับกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงรวม 3 ข้อ รองลงมาคือ กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงรวม 2 ข้อและ 1 ข้อตามลำดับ

จำนวนผู้ป่วยที่ได้แอสไพรินก่อนและหลังการคัดกรอง แบ่งตามลักษณะของความเสียงแสดงดังตารางที่ 36 ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงรวม 1 ข้อ มีผู้ป่วยที่ได้รับแอสไพรินเพิ่มขึ้นหลังการคัดกรองจำนวน 8 ราย เป็นผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงจำนวน 4 ราย และเป็นผู้ป่วยที่มีไขมันในเลือดสูงอีกจำนวน 4 ราย กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงรวม 2 ข้อ มีผู้ป่วยที่ได้รับแอสไพรินเพิ่มขึ้นภายหลังการคัดกรองผู้ป่วยมากที่สุด เป็นผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงร่วมกับไขมันในเลือดสูงคือ เพิ่มขึ้นจำนวน 30 ราย ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงรวม 3 ข้อ มีผู้ป่วยที่ได้รับแอสไพรินเพิ่มขึ้นหลังการคัดกรองมากที่สุด เป็นผู้ที่มีความดันโลหิตสูงร่วมกับไขมันในเลือดสูงและมีอัลบูมินในปัสสาวะคือ เพิ่มขึ้น 17 ราย กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงรวม 4 ข้อ พบผู้ป่วยที่ได้รับแอสไพรินเพิ่มขึ้นหลังการคัดกรองมากที่สุด เป็นผู้ที่มีความดันโลหิตสูงร่วมกับไขมันในเลือดสูง มีอัลบูมินในปัสสาวะและไขมันในเลือดสูงคือ เพิ่มขึ้น 9 ราย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 36 จำนวนผู้ป่วยที่ได้แอสไพรินก่อนและหลังการคัดกรองแบ่งตามลักษณะของความเสียง

ลักษณะของความเสียง [#]						จำนวนผู้ป่วย	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับแอสไพริน		
							ก่อนการคัดกรอง	หลังการคัดกรอง	เพิ่มขึ้น
1	2	3	4	5	6				
						10	0	0	0
	✓					1	0	0	0
		✓				13	1	5	4
				✓		1	0	0	0
					✓	15	2	6	4
✓		✓				2	0	2	2
✓					✓	1	0	1	1
	✓	✓				6	2	3	1
	✓				✓	3	0	2	2
		✓		✓		8	1	4	3
		✓			✓	48	4	34	30
			✓		✓	2	0	0	0
				✓	✓	1	1	1	0
✓	✓	✓				1	0	0	0
✓		✓			✓	2	0	1	1

(มีต่อหน้าถัดไป →)

[#] ลักษณะของความเสียงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด

1 = ประวัติครอบครัว

2 = น้ำหนักเกิน

3 = ความดันโลหิตสูง

4 = สูบบุหรี่

5 = มีอัลบูมินในปัสสาวะ

6 = ไชมันโนเลือดสูง

ตารางที่ 36 (ต่อ) จำนวนผู้ป่วยที่ได้แอสไพรินก่อนและหลังการคัดกรองแบ่งตามลักษณะของความ เสี่ยง

ลักษณะของ ความเสี่ยง						จำนวน ผู้ป่วย	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับแอสไพริน		
1	2	3	4	5	6		ก่อนการคัดกรอง	หลังการคัดกรอง	เพิ่มขึ้น
✓				✓	✓	1	0	1	1
	✓	✓			✓	18	4	13	9
	✓		✓		✓	1	0	0	0
	✓			✓	✓	1	0	1	1
		✓	✓		✓	4	1	3	2
		✓		✓	✓	27	1	18	17
✓	✓	✓			✓	1	0	1	1
✓		✓		✓	✓	1	0	1	1
	✓	✓	✓		✓	1	1	1	0
	✓	✓		✓	✓	18	6	15	9
	✓		✓	✓	✓	1	0	1	1
		✓	✓	✓	✓	1	0	1	1
รวม						189	24	115	91

* ลักษณะของความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด

- 1 = ประวัติครอบครัว 2 = น้ำหนักเกิน 3 = ความดันโลหิตสูง
4 = สูบบุหรี่ 5 = มีอัลบูมินในปัสสาวะ 6 = ไชมันในเลือดสูง

2.4 ขนาดของแอสไพรินที่ใช้

แอสไพรินที่มีใช้ในโรงพยาบาลกลางมี 3 รูปแบบคือ 1) แอสไพรินแบบเม็ดเคลือบขนาด 60 มิลลิกรัม 2) แอสไพรินแบบเม็ดเคลือบขนาด 325 มิลลิกรัม และ 3) แอสไพรินแบบเม็ดตอกขนาด 100 มิลลิกรัม โดยแอสไพรินรูปแบบที่ 1 และ 2 เป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ ส่วนแอสไพรินรูปแบบที่ 3 เป็นยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ขนาดของแอสไพรินที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้แสดงดังตารางที่ 37 พบว่ามีการใช้แอสไพรินอยู่ในช่วง 60-325 มิลลิกรัมต่อวัน ก่อนการคัดกรองผู้ป่วยแพทย์สั่งใช้แอสไพรินขนาด 60 มิลลิกรัมต่อวัน มากที่สุด คือ 24 ราย เป็นการใช้แอสไพรินเพื่อการป้องกันแบบปฐมภูมิ 11 รายและแบบทุติยภูมิอีก 13 ราย หลังการคัดกรองผู้ป่วยแพทย์มีการสั่งจ่ายแอสไพรินเพิ่มขึ้นจำนวน 97 ราย ขนาดของแอสไพรินที่สั่งใช้เพิ่มขึ้นมากที่สุดคือ 120 มิลลิกรัมต่อวัน โดยใช้แอสไพรินแบบเม็ดเคลือบขนาด 60 มิลลิกรัมรับประทานครั้งละ 2 เม็ดจำนวน 64 ราย รองลงมาคือ แอสไพรินขนาด 60 มิลลิกรัมต่อวัน จำนวน 16 ราย เป็นการใช้เพื่อการป้องกันแบบปฐมภูมิ 14 ราย แบบทุติยภูมิจำนวน 2 ราย สรุปหลังการศึกษามีผู้ป่วยใช้แอสไพรินทั้งหมด 151 ราย เป็นผู้ป่วยที่ได้รับแอสไพรินขนาด 120 มิลลิกรัมต่อวันมากที่สุด คือ 77 ราย คิดเป็นร้อยละ 50.3 รองลงมาคือ แอสไพรินขนาด 60 มิลลิกรัมต่อวัน จำนวน 40 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.1

ตารางที่ 37 ขนาดของแอสไพรินที่ใช้เมื่อสิ้นสุดการศึกษา

ขนาด แอสไพริน	ก่อนการคัดกรอง			เพิ่มขึ้นหลังการคัดกรอง			รวม	
	ปฐมภูมิ	ทุติยภูมิ	รวม	ปฐมภูมิ	ทุติยภูมิ	รวม	คน	ร้อยละ
60 mg	11	13	24	14	2	16	40	26.1
100 mg	4	6	10	10	-	10	20	13.1
120 mg	5	8	13	64	-	64	77	50.3
325 mg	2	5	7	5	2	7	14	9.2
รวม	24	32	56	93	4	97	153#	100

ภายหลังหยุดใช้เนื่องจากเกิดอาการไม่พึงประสงค์ 2 ราย

ผู้ป่วยที่ได้รับแอสไพรินขนาด 325 มิลลิกรัมต่อวัน เพิ่มขึ้นหลังการคัดกรอง มี 7 ราย เป็นผู้ป่วยที่ได้รับแอสไพรินเพื่อการป้องกันแบบทุติยภูมิ จำนวน 2 ราย โดยผู้ป่วย 1 ราย เป็นผู้ป่วยที่มีประวัติเป็นโรคหัวใจขาดเลือด และผู้ป่วยอีก 1 ราย เป็นผู้ป่วยที่มีอาการปวดเค้นหัวใจส่วน ผู้ป่วยที่ได้รับแอสไพรินเพื่อการป้องกันแบบปฐมภูมิ จำนวน 5 รายนั้น เป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงรวม 4 ข้อ จำนวน 1 ราย มีความเสี่ยงรวม 3 ข้อจำนวน 1 ราย มีความเสี่ยงรวม 2 ข้อจำนวน 2 ราย และมีความเสี่ยงรวม 1 ข้อ อีกจำนวน 1 ราย ซึ่งเป็นผู้ป่วยชาย อายุ 71 ปี มีความเสี่ยง 1 ข้อ คือ ความดันโลหิตสูง และเป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ ผู้ป่วยมีความดันโลหิต 153/90 mmHg

3. การเกิดอาการอันไม่พึงประสงค์จากแอสไพริน

ในระหว่างการศึกษานี้มีผู้ป่วยที่ใช้แอสไพรินทั้งหมดจำนวน 157 ราย เป็นการให้แอสไพรินก่อนการคัดกรองส่งผู้ป่วยให้แพทย์ 56 ราย ผู้ป่วยที่แพทย์สั่งใช้แอสไพรินเพิ่มหลังการคัดกรองส่งผู้ป่วยให้แพทย์ในครั้งแรกมี จำนวน 84 ราย และผู้ป่วยที่แพทย์สั่งใช้แอสไพรินเพิ่มหลังการคัดกรองผู้ป่วยส่งให้แพทย์ในครั้งที่ 2 อีกมีจำนวน 17 ราย อาการไม่พึงประสงค์จากแอสไพริน ซึ่งเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยต้องหยุดใช้แอสไพรินมี 6 ราย จึงเหลือผู้ป่วยใช้แอสไพรินหลังสิ้นสุดการศึกษา 151 ราย อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้แอสไพรินแสดงดังตารางที่ 38

พบผู้ป่วยเกิดอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้แอสไพรินจำนวน 16 ราย จากผู้ป่วยที่ใช้แอสไพริน จำนวน 157 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.2 แบ่งเป็น อาการไม่พึงประสงค์ระดับรุนแรงน้อย จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.4 ระดับรุนแรงปานกลางจำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.3 และระดับรุนแรงมาก 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.3 และเป็นอาการไม่พึงประสงค์ที่มีระดับความเชื่อมั่น “อาจเป็นไปได้ (possible)” ทุกราย อาการไม่พึงประสงค์ที่พบมากที่สุด คือ ท้องอืด จำนวน 6 ราย จัดเป็นระดับความรุนแรงน้อย ที่ไม่ต้องมีการรักษาเพิ่มเติมเป็นพิเศษและแพทย์ยังคงให้รับประทานยาต่อไป รองลงมาคือ แสบท้องหรือเสียดท้องจำนวน 4 ราย จัดเป็นระดับความรุนแรงน้อยเช่นเดียวกันและแพทย์ยังคงให้รับประทานยาต่อไป จำนวน 3 ราย อีก 1 รายให้ลดขนาดของแอสไพรินลงจาก 325 มิลลิกรัมต่อวันเหลือแอสไพริน 100 มิลลิกรัมต่อวัน พบว่าผู้ป่วยไม่มีอาการแสบหรือเสียดท้องอีก และพบอาการอันไม่พึงประสงค์ที่มีระดับความรุนแรงปานกลาง คือ มีอาการจุกแน่นหน้าอกหรือลิ้นปี่จำนวน 3 ราย และพบแผลในกระเพาะอาหารจำนวน 1 ราย โดย

ตารางที่ 38 การเกิดอาการอันไม่พึงประสงค์จากแอสไพริน

อาการอันไม่พึงประสงค์	จำนวน (คน)	ความรุนแรง*	ความเชื่อมั่น #
เลือดออกในกระเพาะอาหาร	2	Severe	Possible
แผลในกระเพาะอาหาร	1	Moderate	Possible
จุกแน่นหน้าอกหรือลิ้นปี่	3	Moderate	Possible
เสบท้อง เสียดท้อง	4	mild	Possible
ท้องอืด	6	mild	Possible
รวม	16		

หมายเหตุ * ความรุนแรง แบ่งเป็น 3 ระดับ (99) คือ

- mild : ไม่ต้องการการรักษาเป็นพิเศษก็หายเป็นปกติ
- Moderate : ต้องการการรักษาเป็นพิเศษแล้วหายเป็นปกติ หรือต้องหยุดยา
- Severe : มีแนวโน้มว่าจะเป็นอันตรายต่อชีวิต หรือเป็นเหตุให้เกิดความพิการถาวร

ความเชื่อมั่น ประเมินโดยใช้เกณฑ์การประเมินของ Naranjo

แพทย์ให้หยุดใช้แอสไพรินทั้ง 4 ราย พบผู้ป่วยเลือดออกในกระเพาะอาหารจำนวน 2 ราย จัดเป็นระดับความรุนแรงมาก แพทย์ให้หยุดใช้แอสไพริน ทั้ง 2 ราย รวมผู้ป่วยที่ต้องหยุดใช้ยาแอสไพรินเมื่อสิ้นสุดการศึกษาจำนวน 6 ราย เป็นผู้ป่วยที่ได้รับแอสไพรินก่อนการคัดกรองจำนวน 2 ราย และเป็นผู้ป่วยที่ได้รับแอสไพรินเพิ่มขึ้นหลังการคัดกรอง จำนวน 4 ราย ซึ่งผู้ป่วยทั้ง 6 รายนี้ได้รับแอสไพรินเพื่อการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดแบบปฐมภูมิทั้งสิ้น ดังนั้นจึงเหลือผู้ป่วยที่ยังคงใช้แอสไพรินต่อทั้งหมด 151 ราย

4. ความร่วมมือในการใช้ยาแอสไพรีน

ความร่วมมือในการใช้ยาแอสไพรีนแสดงดังตารางที่ 39 หลังสิ้นสุดการวิจัยมีผู้ป่วยที่รับประทานแอสไพรีนเพื่อการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ทั้งแบบปฐมภูมิและแบบทุติยภูมิ ทั้งหมดจำนวน 151 ราย มาพบผู้วิจัยรายละเอียด 3 ครั้ง พบว่าผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการใช้ยาจำนวน 441 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 97.4 และผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้แอสไพรีนจำนวน 12 ครั้ง พบในผู้ป่วย 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.6 โดยสาเหตุของการไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา ได้แก่ ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจในการรับประทานยา เนื่องจากไม่ทราบถึงความจำเป็นที่ต้องรับประทานยาหลังอาหารทันที ถึงแม้ว่าจะมีฉลากช่วยกำกับไว้ พบว่าผู้ป่วยที่ไม่รับประทานแอสไพรีนหลังอาหารทันทีจำนวน 7 ปัญหา คิดเป็นร้อยละ 1.5 แก้ไขโดยให้ความรู้แก่ผู้ป่วยถึงสาเหตุที่ต้องรับประทานยาหลังอาหารทันที พบผู้ป่วยที่ขาดยา จำนวน 3 ปัญหา เนื่องจากผู้ป่วยมาพบแพทย์ไม่ตรงตามนัดทำให้ยาหมดก่อนมาพบแพทย์และยาอื่นๆของผู้ป่วยก็หมดด้วย แก้ไขโดยให้ความรู้ถึงความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อการรักษาโรคและชะลอการเกิดโรคแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน และพบผู้ป่วยมียาเหลือ จำนวน 2 ราย ผู้ป่วยทั้ง 2 รายนี้ยังมียาชนิดอื่นๆ เหลือด้วยเช่นกัน ซึ่งเกิดจากลักษณะนิสัยของผู้ป่วยที่ไม่เคร่งครัดในการรับประทานยาลิมทานยา แก้ไขโดยการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและแนะนำการใช้ตลับแบ่งยาในแต่ละวันหรือแต่ละมื้อ เพื่อป้องกันการลืมนรับประทานยา

ตารางที่ 39 ความร่วมมือในการใช้ยาแอสไพรีน

ความร่วมมือในการใช้ยาแอสไพรีน	จำนวนครั้ง	ร้อยละ
ให้ความร่วมมือในการใช้ยาแอสไพรีน	441	97.4
ไม่ร่วมมือในการใช้ยาแอสไพรีน เนื่องจาก	12	2.6
- ไม่ทานแอสไพรีนหลังอาหารทันที	7	1.5
- ขาดยา	3	0.7
- มียาเหลือ	2	0.4
รวม	453	100

5. ปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาอื่นๆของผู้ป่วยเบาหวาน

ปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาอื่นๆของผู้ป่วยเบาหวานแสดงดังตารางที่ 40 ผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าร่วมในการศึกษานี้ จำนวน 226 ราย พบปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาอื่นๆ ที่ไม่ใช่แอสไพรินจำนวน 82 ปัญหา ในผู้ป่วย 76 ราย ปัญหาที่พบมากที่สุดคือ ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งพบจำนวน 58 ปัญหา คิดเป็นร้อยละ 70.7 รายละเอียดของการที่ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาทั้ง 58 ปัญหา พบในผู้ป่วย 54 ราย แสดงดังตารางที่ 41 พบว่าผู้ป่วยรับประทานยาผิดวิธีหรือผิดเวลามากที่สุดคือ 20 ปัญหา คิดเป็นร้อยละ 34.5 ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยรับประทานยากลุ่ม sulfonylurea หลังอาหาร หรือรับประทานก่อนอาหารนานเกินกว่าครึ่งชั่วโมง ผู้ป่วยไม่รับประทานยากลุ่ม glucosidase inhibitors พร้อมอาหารค่ำแรกหรือหลังอาหารทันทีหรือ ผู้ป่วยไม่พกยาอมใต้ลิ้นติดตัว เป็นต้น ในจำนวนนี้มีผู้ป่วย 1 ราย รวบรวมรับประทานเป็นมื้อเดียวกัน โดยผู้ป่วยรายนี้ได้รับยา 3 รายการ คือ metformin ขนาด 500 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง หลังอาหารเช้าและเย็น glipizide รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง ก่อนอาหารเช้าและเย็น และ irbesartan ขนาด 300 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1

ตารางที่ 40 ปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา อื่นๆ (จากผู้ป่วยทั้งหมด 226 คน)

ปัญหาจากการใช้ยาอื่นๆ	จำนวนครั้ง	ร้อยละ
ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่เหมาะสม		
- การใช้ยาร่วมกันโดยไม่จำเป็น	2	2.4
เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา	22	26.8
- อาการข้างเคียงจากการใช้ยา	21	25.6
- มีปฏิกิริยาระหว่างยาทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์	1	1.2
ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา	58	70.7
รวม	82	100

ตารางที่ 41 รายละเอียดที่ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา (จากผู้ป่วยทั้งหมด 226 คน)

รายละเอียดที่ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา	จำนวนปัญหา	ร้อยละ
รับประทานยาผิดวิธีหรือผิดเวลา	20	34.5
รับประทานยาไม่ครบมื้อ	17	29.3
ขาดยา	13	22.4
ลืมทานยา	4	6.9
ฉีดอินซูลินผิด	3	5.2
ชื้อยารับประทานเอง	1	1.7
รวม	58	100

ครั้ง หลังอาหารเช้า เนื่องจากญาติแนะนำว่าสามารถรวบยารับประทานในมือเดียวกันเพื่อความสะดวก ผู้ป่วยจึงรวบรับประทานยาทั้งหมด 5 เม็ดในมือเช้า แต่จากการสัมภาษณ์ไม่พบว่าผู้ป่วยมีอาการน้ำตาลในเลือดต่ำในช่วงที่ผ่านมา โดยผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือด 131 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) รองลงมาคือผู้ป่วยที่รับประทานยาไม่ครบมื้อที่แพทย์สั่งพบ 17 ปัญหา คิดเป็นร้อยละ 29.3 ตัวอย่างเช่น แพทย์สั่งให้รับประทานยาหลังอาหาร 3 มื้อแต่ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ครบ ไม่รับประทานยามื้อกลางวัน เป็นต้น

ปัญหาการไม่สามารถใช้ยาตามสั่งที่พบมากเป็นอันดับที่ 3 คือ ผู้ป่วยขาดยา เนื่องจากมาพบแพทย์ไม่ตรงตามนัด พบจำนวน 17 ปัญหา คิดเป็นร้อยละ 22.4 อันดับที่ 4 คือ ผู้ป่วยลืมรับประทานยา พบจำนวน 4 ปัญหา คิดเป็นร้อยละ 6.9 อันดับที่ 5 คือ ผู้ป่วยฉีดอินซูลินไม่ถูกวิธี จำนวน 3 ปัญหา คิดเป็นร้อยละ 5.2 และพบผู้ป่วยชื้อยากลายกังวลรับประทานเองร่วมกับขาดยาที่แพทย์สั่งโดยที่แพทย์ไม่ทราบอีก จำนวน 1 ปัญหา ปัญหาการไม่สามารถใช้ยาตามสั่งที่พบนั้นเกิดจากผู้ป่วยขาดความรู้และความเข้าใจในการใช้ยา ดังนั้นจึงแก้ปัญหาโดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาที่ถูกวิธีแก่ผู้ป่วย

ปัญหาจากการใช้ยาที่พบบ่อยเป็นอันดับที่ 2 คือ การเกิดอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา พบทั้งหมด 21 ปัญหา คิดเป็นร้อยละ 25.6 พบในผู้ป่วย 19 ราย แสดงดังตารางที่ 42 ส่วนใหญ่เป็นปัญหาที่มีความรุนแรงน้อย จำนวน 18 ปัญหา ปัญหาที่มีความรุนแรงระดับปานกลาง 2 ปัญหา คืออาการท้องเสียอย่างรุนแรงร่วมกับอาการวิงเวียนศีรษะจากยา metformin และอาการปวดศีรษะอย่างรุนแรงจากการใช้ tegaserod และพบปัญหาที่มีความรุนแรงมาก 1 ปัญหา คือ เลือดออกในกระเพาะอาหารจากยาแก้ปวดไม่ทราบชนิด เนื่องจากผู้ป่วยซื้อยารับประทานเองจากร้านขายยา ทำให้ต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ปัญหาส่วนใหญ่เมื่อประเมินตามเกณฑ์ประเมินของ Naranjo พบว่ามีความเชื่อมั่นที่ระดับเป็นไปได้ (probable) เนื่องจากเมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์แบบไม่รุนแรงขึ้น ซึ่งจากการสัมภาษณ์พบว่าผู้ป่วยมักทดลองรับประทานยาซ้ำด้วยตนเอง ส่วนปัญหาอาการไม่พึงประสงค์ที่ความเชื่อมั่นระดับ อาจจะเป็นไปได้ (possible) พบ 2 ปัญหา เป็นปัญหาที่มีความรุนแรงระดับปานกลางและระดับมาก จากการสัมภาษณ์และทบทวนประวัติ พบว่าผู้ป่วยไม่ได้มีการทดลองให้ยาซ้ำ

จากการสอบถามถึงอาการในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา พบผู้ป่วยมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ 12 ราย แต่ยืนยันไม่ได้ว่าเกิดจากยาหรือเกิดจากสาเหตุอื่นๆของผู้ป่วย เช่น การรับประทานอาหารผิดเวลา เป็นต้น

ปัญหาอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากปฏิกิริยาระหว่างยาพบ 1 ปัญหา เป็นปัญหาที่เกิดจากการใช้ warfarin เพื่อรักษาโรคลิ้นหัวใจ ร่วมกับแอสไพริน เมื่อเภสัชกรแจ้งให้แพทย์ทราบว่ามีการใช้ยาร่วมกันในผู้ป่วย และอาจเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดเลือดออกได้ แพทย์ให้ความเห็นว่าให้ติดตามผู้ป่วยไปก่อน หลังจากนั้นเป็นเวลา 1 เดือน เมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด อีกครั้ง พบว่าผู้ป่วยเกิดจ้ำเลือดขึ้นบริเวณแขน แพทย์จึงให้หยุดใช้แอสไพริน และพบปัญหาการใช้ยาซ้ำซ้อน 2 ปัญหา ปัญหาแรกเกิดจากการใช้ยาเม็ดลดน้ำตาลในเลือดกลุ่ม sulfonylureas ซ้ำกัน 2 ตัว จึงปรึกษาแพทย์ถึงความจำเป็นในการใช้ยา 2 ตัวร่วมกัน แพทย์จึงเปลี่ยนเป็นยากกลุ่ม glucosidase inhibitors ร่วมกับยากกลุ่ม sulfonylurea ปัญหาการใช้ยาซ้ำซ้อนอีกปัญหาเกิดจากการใช้ calcium lactate ซึ่งสั่งใช้โดยแพทย์กระดูกร่วมกับ calcium carbonate ซึ่งสั่งใช้โดยแพทย์อายุรกรรม จึงรายงานให้แพทย์ทราบ และแพทย์ได้สั่งให้หยุดใช้ calcium lactate

ตารางที่ 42 การเกิดอาการอันไม่พึงประสงค์จากยาอื่นๆ

ยา	อาการอันไม่พึงประสงค์	จำนวน	ความรุนแรง*	ความเชื่อมั่น #
ACEI	ไอ	2	Mild	Probable
Diamicron	คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร	1	Mild	Probable
Acarbose	คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด	1	Mild	Probable
Metformin	คลื่นไส้ อาเจียน	2	Mild	Probable
Metformin	ท้องเสีย	3	Mild 2 ราย Moderate 1 ราย	Probable
Metformin	บิบบหัวใจ	1	Mild	Probable
Methyldopa	ปากแห้ง มีน้ตึรชะ	1	Mild	Probable
Methyldopa	นอนไม่หลับ	1	Mild	Probable
Prazosin	มีน้ตึรชะ	1	Mild	Probable
Nifedipine	ชาบวม	1	Mild	Probable
Simvastatin	ผื่น	1	Mild	Probable
Simvastatin	คลื่นไส้ อาเจียน	1	Mild	Probable
Simvastatin	มีน้ตึรชะ	2	Mild	Probable
Tegaserod	ปวดตึรชะ	1	Moderate	Possible
Atenolol	บิบบหัวใจ	1	Mild	Probable
ยาแก้ปวดข้อ ไม่ทรวาซนิต	เลือดออกในกระเพาะ	1	Severe	Possible
รวม			21	

หมายเหตุ *ความรุนแรง แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

- Mild : ไม่ต้องการการรักษาเป็นพิเศษภัยเป็นปกติ
- Moderate : ต้องการการรักษาเป็นพิเศษแล้วภัยเป็นปกติ หรือต้องหยุดใช้ยา
- Severe : มีแนวโน้มว่าจะเป็นอันตรายต่อชีวิต หรือเป็นเหตุให้พิการถาวร

ความเชื่อมั่น ประเมินโดยใช้เกณฑ์ประเมินของ Naranjo