

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการใช้แอสไพรินเพื่อการป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวาน ตามเกณฑ์ของ ADA ทั้งแบบปฐมภูมิ และแบบทุติยภูมิ โดยศึกษาเกี่ยวกับการใช้แอสไพรินในผู้ป่วยเบาหวานก่อนและหลังการคัดกรอง โดยมีเภสัชกรร่วมทีมคัดกรองผู้ป่วยที่สมควรได้รับแอสไพรินตามเกณฑ์ ADA ศึกษาการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้แอสไพรินรวมทั้งค้นหา ติดตามและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นๆ ที่พบระหว่างการติดตามผู้ป่วย เป็นการศึกษาจากผู้ป่วยนอกโรคเบาหวาน ที่โรงพยาบาลกลาง ระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน 2546 ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2547 ผลการศึกษาสรุปได้ดังนี้

ผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าร่วมในการศึกษา จำนวน 226 ราย เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งหมด เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.8 ผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 61.5 ± 10.5 ปี ผู้ป่วยที่มีอายุมากที่สุดคือ 86 ปี และผู้ป่วยที่มีอายุน้อยที่สุด คือ 33 ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 57.5 รองลงมาคือ อาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 15.5 ผู้ป่วยจบการศึกษาระดับประถมมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38.9 รองลงมาคือ ไม่ได้รับการศึกษา คิดเป็นร้อยละ 27.4 ผู้ป่วยชำระค่ารักษาพยาบาลเองมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 48.7 รองลงมาคือ ผู้ป่วยที่สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ คิดเป็นร้อยละ 46 จากข้อมูลทางสังคมพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 8 ยังคงดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ผู้ป่วยร้อยละ 4.4 ยังคงสูบบุหรี่อยู่ ผู้ป่วยร้อยละ 12.8 ใช้สมุนไพรยาบำรุงหรือยาอื่นๆ ที่แพทย์ไม่ได้สั่งร่วมด้วย โดยพบว่าส่วนใหญ่เป็นการใช้สมุนไพรพื้นบ้าน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 41.4

ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน อยู่ในช่วง 2-5 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 31.9 ผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับเป้าหมายในการรักษา คือ FPG ต่ำกว่า 130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรได้มีเพียงร้อยละ 26.5 เท่านั้น ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในช่วง 131-180 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร จำนวนร้อยละ 49.6 และมีผู้ป่วยร้อยละ 17.7 เท่านั้นที่มีการตรวจวัดระดับ A1C ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา เป็นผู้ป่วยที่มีระดับ A1C อยู่ในช่วงเป้าหมายในการรักษา คือ ต่ำกว่า 7% จำนวนร้อยละ 17.3 ยาลดระดับน้ำตาลในเลือดที่ใช้

มากที่สุดคือ กลุ่ม sulfonylurea คิดเป็นร้อยละ 81.4 รองลงมาคือ metformin คิดเป็นร้อยละ 77.4 พบผู้ป่วยได้รับยาพร้อมกัน 2 ชนิดมีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55.3 ยาที่ใช้ร่วมกันมากที่สุดคือ ยา กลุ่ม sulfonylurea และ metformin

ผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าร่วมในการศึกษาคั้งนี้ จำนวน 226 ราย เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานแล้ว ร้อยละ 45.6 โดยภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุด 2 อันดับแรก คือ ภาวะแทรกซ้อนทางระบบไต คิดเป็นร้อยละ 27 รองลงมาคือ ภาวะแทรกซ้อนทางระบบหัวใจและหลอดเลือด คิดเป็นร้อยละ 26.2 ตามลำดับ พบผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อน 1 อย่างมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 32.3 ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางระบบหัวใจและหลอดเลือดมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 8.8 รองลงมาเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางระบบไต คิดเป็นร้อยละ 8.4

ผู้ป่วยแต่ละรายมีโรคอื่น ๆ ที่เป็นร่วมด้วยเฉลี่ย 1.9 โรค โรคที่พบร่วมด้วยมากที่สุดคือ ความดันโลหิตสูง จำนวน 182 ราย คิดเป็นร้อยละ 42.5 รองลงมาคือ ไขมันในเลือดสูง จำนวน 180 ราย คิดเป็นร้อยละ 42.1 ผู้ป่วยที่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับเป้าหมายคือ ต่ำกว่า 130/80 mmHg มีเพียง 21 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.5 และผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับไขมันในเลือดทั้ง 4 ชนิดให้อยู่ในระดับเป้าหมายได้ คือ ระดับ cholesterol ต่ำกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ระดับ triglyceride ต่ำกว่า 150 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ระดับ HDL สูงกว่า 40 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ในผู้ชายและสูงกว่า 50 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ในผู้หญิง และระดับ LDL ต่ำกว่า 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร มีเพียง 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.1

ผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าร่วมในการศึกษาทั้งหมด 226 รายนี้ เป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างน้อย 1 ข้อ จำนวน 179 ราย คิดเป็นร้อยละ 79.2 ผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดแล้ว 37 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.4 ผู้ป่วยที่ไม่มีความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.4 ก่อนการคัดกรอง มีผู้ป่วยที่ใช้แอสไพรินอยู่แล้ว จำนวน 56 ราย คิดเป็นร้อยละ 24.8 เป็นผู้ป่วยที่ใช้แอสไพรินเพื่อการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดแบบ τυติบัญญัติ จำนวน 32 ราย จาก 37 ราย และแบบปฐมภูมิจำนวน 24 ราย จาก 179 ราย

ผู้ป่วยที่ใช้แอสไพรินเพื่อการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดแบบปฐมภูมิ จำนวน 24 ราย เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงร่วมด้วยมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 32.3 ซึ่งใกล้เคียงกับกลุ่มผู้ป่วยที่มีไขมันในเลือดสูงร่วมด้วย ที่ใช้แอสไพรินคิดเป็นร้อยละ 30.5 ส่วนผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงใน

การเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดรวม 2, 3 และ 4 ข้อ ใช้แอสไพรินใกล้เคียงกัน คือ 8, 6 และ 7 ราย ตามลำดับ รองลงมาคือ ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงรวม 1 ข้อ ที่ใช้แอสไพรินเพียง จำนวน 3 ราย ส่วนผู้ป่วยที่ไม่มีความเสี่ยงนั้น ไม่มีผู้ป่วยรายใดใช้แอสไพรินเลย

ผู้ป่วยที่ใช้แอสไพรินเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดแบบทุติยภูมิ จำนวน 32 ราย เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดมากที่สุด คือ 12 ราย รองลงมาคือผู้ป่วยที่อาการปวดเค้นหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง จำนวนเท่ากัน คือ 6 ราย

ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ได้ใช้แอสไพรินทั้งหมด 170 ราย เป็นผู้ป่วยที่ไม่มีความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดตามเกณฑ์ของ ADA จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.4 ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างน้อย 1 ข้อ จำนวน 155 ราย คิดเป็นร้อยละ 68.6 ของผู้ป่วยทั้งหมด ผู้ป่วยทั้ง 155 รายนี้เป็นผู้ป่วยที่สมควรจะได้รับแอสไพรินเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดแบบปฐมภูมิตามคำแนะนำของ ADA และผู้ป่วยที่มีโรคหัวใจและหลอดเลือดแล้ว จำนวน 5 ราย ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือด 4 รายและผู้ป่วยที่มีอาการปวดเค้นหัวใจ จำนวน 1 ราย ซึ่งตามคำแนะนำในการใช้แอสไพรินในผู้ป่วยเบาหวานของ ADA ผู้ป่วยทั้ง 5 รายนี้เป็นผู้ป่วยที่สมควรจะได้รับแอสไพรินเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดแบบทุติยภูมิ ผู้ป่วยเบาหวานรายที่ได้รับการคัดกรองเป็นผู้ป่วยที่สมควรได้รับแอสไพรินตามคำแนะนำของ ADA เป็นผู้ป่วยที่ถูกคัดกรองออกเพราะมีข้อห้ามใช้หรือยังไม่สมควรใช้แอสไพริน จำนวน 38 ราย จึงเหลือผู้ป่วยที่ส่งต่อให้แพทย์ผู้รักษาพิจารณาสั่งใช้แอสไพรินแก่ผู้ป่วยอีก 132 ราย

ผลการสั่งใช้แอสไพรินแก่ผู้ป่วยที่ผ่านการคัดกรองครั้งที่ 1 จำนวน 132 ราย พบว่าแพทย์สั่งใช้แอสไพรินให้ผู้ป่วยจำนวน 84 ราย คิดเป็นร้อยละ 63.6 เป็นการสั่งใช้แอสไพรินเพื่อป้องกันกับโรคหัวใจและหลอดเลือดแบบปฐมภูมิ จำนวน 80 ราย และเพื่อป้องกันแบบทุติยภูมิ จำนวน 4 ราย แพทย์ไม่สั่งจ่ายแอสไพรินให้ผู้ป่วยที่คัดกรองให้ จำนวน 48 ราย คิดเป็นร้อยละ 36.4 สาเหตุเนื่องจาก ผู้ป่วยยังไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดได้ มากที่สุดคือ 8 ราย รองลงมาคือ ผู้ป่วยมีความเสี่ยงน้อย จำนวน 7 ราย

การคัดกรองผู้ป่วยส่งให้แพทย์ครั้งที่ 2 ห่างจากการคัดกรองครั้งที่ 1 เป็นเวลา 1 เดือน มีผู้ป่วยที่สมควรได้รับแอสไพรินที่ส่งให้แพทย์พิจารณาการส่งใช้แอสไพรินอีกครั้ง จำนวน 22 ราย พบว่าแพทย์ส่งใช้แอสไพรินให้ผู้ป่วย จำนวน 17 ราย ไม่ส่งใช้แอสไพริน จำนวน 5 ราย

ดังนั้น หลังจากการคัดกรองผู้ป่วยเบาหวานที่ยังไม่ได้รับแอสไพริน และไม่มีข้อห้ามในการใช้แอสไพรินส่งต่อให้แพทย์ทั้ง 2 ครั้ง มีผู้ป่วยใช้แอสไพรินเพิ่มขึ้นจำนวน 101 ราย แต่ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากแอสไพรินทำให้ต้องหยุดการใช้ยาแอสไพรินไป จำนวน 4 ราย เมื่อสิ้นสุดการศึกษาจึงมีผู้ป่วยที่ใช้แอสไพรินเพิ่มขึ้น 97 ราย เป็นผู้ป่วยที่ใช้แอสไพรินเพื่อการป้องกันแบบปฐมภูมิจำนวน 93 ราย และแบบทุติยภูมิจำนวน 4 ราย เมื่อสิ้นสุดการศึกษามีผู้ป่วยหยุดใช้แอสไพรินอีก จำนวน 2 ราย ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ใช้แอสไพรินแบบปฐมภูมิอยู่แล้วก่อนการคัดกรอง ดังนั้น รวมมีผู้ป่วยที่ใช้แอสไพรินเมื่อสิ้นสุดการศึกษา จำนวน 151 ราย เป็นผู้ป่วยที่ใช้ก่อนการคัดกรองจำนวน 54 ราย และหลังการคัดกรองจำนวน 97 ราย

ผู้ป่วยที่ใช้แอสไพรินเพื่อการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดแบบปฐมภูมิ เพิ่มขึ้นหลังการคัดกรองมากที่สุดได้แก่ ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยไขมันในเลือดสูง คือ มีผู้ป่วยใช้แอสไพรินเพิ่มขึ้นจำนวน 81 ราย เท่ากัน รองลงมาคือผู้ป่วยที่มีอัลบูมินในปัสสาวะ จำนวน 34 ราย ถ้าพิจารณาจากจำนวนข้อของความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงรวม 2, 3 และ 4 ข้อ ได้รับแอสไพรินเพิ่มขึ้นภายหลังจากการคัดกรอง คิดเป็นร้อยละที่ใกล้เคียงกัน คือ ได้รับเพิ่มขึ้นร้อยละ 54.9, 56.4 และ 56.5 ตามลำดับ และมีจำนวนมากกว่าผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงเพียง 1 ข้อ คือได้รับแอสไพรินเพิ่มขึ้นเพียง ร้อยละ 26.7

ก่อนการคัดกรองพบผู้ป่วยใช้แอสไพรินขนาด 60 มิลลิกรัมต่อวันมากที่สุด ผู้ป่วยที่ใช้แอสไพรินเพิ่มขึ้นหลังการคัดกรอง เป็นแอสไพรินขนาด 120 มิลลิกรัมต่อวัน มากที่สุด และเมื่อสิ้นสุดการศึกษาพบผู้ป่วยใช้แอสไพรินขนาด 120 มิลลิกรัมต่อวันมากที่สุด คือ 77 ราย คิดเป็นร้อยละ 50.3

อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้แอสไพริน จากผู้ป่วยทั้งหมดที่ใช้แอสไพรินในการศึกษานี้ จำนวน 157 ราย พบอาการไม่พึงประสงค์จากแอสไพริน จำนวน 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.2 เป็นอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นกับระบบกระเพาะอาหารและลำไส้ทั้งหมด แบ่งเป็นอาการไม่พึงประสงค์ระดับรุนแรงน้อย ได้แก่ ท้องอืด เสียดท้อง แสบท้อง จำนวน 10 ราย อาการไม่พึง

ประสงค์ระดับรุนแรงปานกลาง ได้แก่ จุกแน่นหน้าอกหรือลิ้นปี่และแผลในกระเพาะอาหาร จำนวน 4 ราย และอาการไม่พึงประสงค์ระดับรุนแรงมาก ได้แก่ เลือดออกในกระเพาะอาหาร จำนวน 2 ราย จึงมีผู้ป่วยที่ต้องหยุดใช้แอสไพรินทั้งหมด 6 ราย พบปัญหาจากการไม่ร่วมมือในการใช้ยาแอสไพริน 12 ปัญหา คิดเป็นร้อยละ 2.6 เนื่องจาก ผู้ป่วยไม่รับประทานแอสไพรินหลังอาหารทันที 7 ปัญหา ผู้ป่วยขาดยา 3 ปัญหา และมียาเหลือ 2 ปัญหา

ปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาอื่นๆ ของผู้ป่วย พบจำนวน 82 ปัญหา เป็นปัญหาผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยามากที่สุดคือ จำนวน 58 ปัญหา คิดเป็นร้อยละ 70.7 สาเหตุส่วนมากเกิดจากผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจในการใช้ยาที่ถูกต้อง และเป็นปัญหาที่เภสัชกรสามารถแก้ไขได้ โดยการให้ความรู้และแนะนำการใช้ยาแก่ผู้ป่วยขณะที่ทำการศึกษา รองลงมาคือ การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา พบ 22 ปัญหา คิดเป็นร้อยละ 26.8 แบ่งเป็นปัญหาที่เกิดจากอาการข้างเคียงจากยาที่ผู้ป่วยได้รับ จำนวน 21 ปัญหา และเกิดจากปฏิกิริยาระหว่างยา ทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ขึ้น จำนวน 1 ปัญหา และปัญหาการใช้ยาไม่เหมาะสม เนื่องจากมีการใช้ยาร่วมกันโดยไม่จำเป็น จำนวน 2 ปัญหา คิดเป็นร้อยละ 2.4

ดังนั้น หลังจากสิ้นสุดการวิจัย จากผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 226 ราย มีผู้ป่วยใช้แอสไพรินเพื่อการป้องกันแบบปฐมภูมิและทุติยภูมิ เพิ่มขึ้นจำนวน 91 และ 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 50.8 และ 10.8 ตามลำดับ โดยก่อนการวิจัยมีผู้ป่วยเบาหวานใช้แอสไพรินเพื่อการป้องกันแบบปฐมภูมิและแบบทุติยภูมิเพียง 24 และ 32 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.6 และ 14.2 ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะจากการดำเนินงานวิจัย

จากการดำเนินงานตามวิธีและรูปแบบที่กำหนด ผู้วิจัยได้พบปัญหาจากการดำเนินงาน และมีข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงการดำเนินงาน ดังนี้

1. หากต้องการปรับปรุงรูปแบบในการดำเนินงานเพื่อพัฒนาเป็นงานประจำต่อไป ควรทำในรูปแบบของการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement: CQI) ตามแนวทางในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (HA) โดยจัดให้มีความร่วมมือในการกำหนดเกณฑ์หรือแนวทางในการใช้ยาแอสไพริน ในส่วนของรายละเอียดปลีกย่อย เช่น ภาวะต่างๆของผู้ป่วยที่ไม่ใช่ข้อห้ามในการใช้แอสไพรินตามแนวทางของ ADA แต่เป็นภาวะที่แพทย์เห็นควรให้เลื่อนการใช้

แอสไพรินไปก่อน เพื่อรอให้ผู้ป่วยมีภาวะทางคลินิกคงที่ เช่น ภาวะความดันโลหิตสูงแบบควบคุมไม่ได้ เป็นต้น ควรมีการกำหนดนิยามและขอบเขตของภาวะต่างๆทางคลินิก ซึ่งเป็นข้อตกลงที่ยอมรับร่วมกัน จะทำให้การคัดกรองผู้ป่วยนั้นมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น รวมทั้งมีการจัดทำแนวทางต่างๆ เช่น การจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน แนวทางการให้คำแนะนำหรือให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวานในด้านต่างๆ รวมทั้งกำหนดรูปแบบและขั้นตอนในการดำเนินงาน ซึ่งเป็นที่ยอมรับร่วมกันระหว่างแพทย์ เภสัชกร และบุคลากรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องและมีการพัฒนารูปแบบให้เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง

2. ปัญหาจากการใช้ยาแอสไพรินและปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาอื่นๆ ส่วนใหญ่เกิดจากผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยา และการปฏิบัติตัว ดังนั้นจึงควรจัดให้มีการให้คำแนะนำการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการจัดทำบันทึกการใช้ยาและประวัติเกี่ยวกับการรักษาของผู้ป่วย จะช่วยให้เภสัชกรสามารถค้นหา ติดตาม และแก้ไขเกิดปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาและลดจำนวนปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาได้

3. จากการศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยที่เข้าร่วมในการศึกษา ส่วนใหญ่ยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด รวมทั้งในผู้ป่วยที่มีโรคความดันโลหิตหรือไขมันในเลือดร่วมด้วย มีผู้ป่วยเพียงจำนวนน้อยที่สามารถควบคุมความดันโลหิตและระดับไขมันในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายในการรักษาได้ ถึงแม้ว่า ในการศึกษาครั้งนี้จะมีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้ยาที่ถูกต้อง ความรู้เกี่ยวกับโรคในเบื้องต้นและการปฏิบัติตัว เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกายร่วมด้วยในการพบผู้ป่วยแต่ละครั้ง แต่เนื่องจากระยะเวลาในการศึกษา จำนวนครั้งที่พบผู้ป่วย และระยะเวลาที่พบผู้ป่วยในแต่ละครั้งอาจไม่พอเพียง ดังนั้น จึงควรมีการจัดการให้ความรู้ในด้านต่างๆ แก่ผู้ป่วยซึ่งเป็นความร่วมมือกันระหว่างบุคลากรทางการแพทย์สาขาต่างๆ ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาลและนักโภชนาบำบัด และมีการติดตามผลลัพธ์ในการรักษาในระยะยาวต่อไปด้วย

แนวทางในการวิจัยต่อไปในอนาคต

งานวิจัยต่อไปในอนาคต ควรศึกษาถึง

1. การลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยวิธีอื่นๆ เช่น การควบคุมความดันโลหิต การควบคุมระดับไขมันในเลือด การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย การเลือกรับประทานอาหารและการใช้ยากกลุ่มอื่นๆ ที่มีรายงานว่าสามารถความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ เช่น ยาลดไขมันในเลือดกลุ่ม HMG Co-A reductase (statin) เป็นต้น

2. ความสัมพันธ์ระหว่างการใช้แอสไพรินและการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดทั้งแบบ
ปฐมภูมิและแบบทุติยภูมิ ในระยะยาว



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย