

## ประสิทธิภาพของยาแอสไพรินในการลดความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2: การศึกษาแบบย้อนหลัง

### The Effectiveness of Aspirin in Reducing the Risk of Stroke in Patients with Type 2 Diabetes: A Retrospective Study.

(Received: December 24,2025 ; Revised: December 28,2025 ; Accepted: December 30,2025)

นิพาดา โพษิตลิมปกุล<sup>1</sup>  
Nipada Positlimpakul<sup>1</sup>

#### บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และอุบัติการณ์เกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการรักษาพร้อมกับการได้รับยาแอสไพริน เป็นการศึกษาหาความสัมพันธ์แบบย้อนหลัง (Retrospective Cohort Study) ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลชนบท จังหวัดขอนแก่น โดยศึกษาจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยย้อนหลัง 10 ปี จำนวน 362 ราย แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับยาแอสไพริน 170 ราย (ร้อยละ 47.0) และกลุ่มที่ไม่ได้รับยาแอสไพริน 192 ราย (ร้อยละ 53.0) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการทดสอบ Chi-square test

ผลการวิจัย พบว่าข้อมูลทั่วไปส่วนมากเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 76.5) มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี (ร้อยละ 54.7) พบอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองรวมทั้งสิ้น 17 ราย (ร้อยละ 4.7) โดยในกลุ่มที่ได้รับยาแอสไพรินเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 8 ราย (ร้อยละ 4.7) และในกลุ่มที่ไม่ได้รับยาแอสไพรินเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 9 ราย (ร้อยละ 4.7) ผลการวิเคราะห์ทางสถิติพบว่าไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างการได้รับยาแอสไพรินกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Chi-square = 0.993,  $p > 0.05$ )

**คำสำคัญ:** ยาแอสไพริน, โรคเบาหวานชนิดที่ 2, โรคหลอดเลือดสมอง, การป้องกันปฐมภูมิ, ผู้สูงอายุ

#### Abstract

This study aimed to study the relationship and incidence of stroke in patients with type 2 diabetes mellitus treated with aspirin therapy. A retrospective cohort study was conducted in patients with type 2 diabetes mellitus aged 60 years and older who received care at a rural hospital in Khon Kaen Province. Medical records were reviewed retrospectively over a 10-year period for 362 patients, divided into two groups: 170 patients (47.0%) who received aspirin and 192 patients (53.0%) who did not receive aspirin. Data were analyzed using descriptive statistics and Chi-square test.

Results: The majority of participants were female (76.5%) and aged 60-69 years (54.7%). The overall incidence of stroke was 17 cases (4.7%). In the aspirin group, 8 patients (4.7%) developed stroke, while in the non-aspirin group, 9 patients (4.7%) developed stroke. Statistical analysis revealed no statistically significant relationship between aspirin use and stroke occurrence (Chi-square = 0.993,  $p > 0.05$ ).

**Keywords:** Aspirin, Type 2 diabetes mellitus, Cerebrovascular disease, Primary prevention, Elderly.

#### บทนำ

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นปัญหาสุขภาพระดับโลกที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก ในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี และ

ก่อให้เกิดภาระต่อระบบสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ โรคเบาหวานไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อการเผาผลาญน้ำตาลในร่างกายเท่านั้น แต่ยังเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือด โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) ซึ่งเป็น

<sup>1</sup> นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลชนบท จังหวัดขอนแก่น

สาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและความพิการถาวรในผู้ป่วยเบาหวาน จากข้อมูลทางระบาดวิทยาพบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น 2-4 เท่าเมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป<sup>1,2</sup> กลไกที่ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองนั้นเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย ได้แก่ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเรื้อรัง การดื้อต่ออินซูลิน ภาวะอ้วนเรื้อรัง และการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือด ซึ่งนำไปสู่การเกิดหลอดเลือดแข็ง (atherosclerosis) และการเกิดลิ่มเลือด (thrombosis) โดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัจจัยเสี่ยงร่วมอื่นๆ เช่น ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดผิดปกติ และภาวะอ้วน การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยเบาหวานจึงเป็นเรื่องสำคัญ โดยเฉพาะการป้องกันปฐมภูมิ (primary prevention) ในผู้ป่วยที่ยังไม่เคยมีประวัติโรคหลอดเลือดหัวใจและสมองมาก่อน ยาแอสไพรินในขนาดต่ำ (low-dose aspirin) เป็นยาที่มีกลไกการออกฤทธิ์ในการยับยั้งการทำงานของเกล็ดเลือด (antiplatelet) ซึ่งช่วยลดการเกิดลิ่มเลือดในหลอดเลือด จึงถูกนำมาใช้ในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจและสมองมานานหลายทศวรรษ<sup>3</sup>

อย่างไรก็ตาม การใช้ยาแอสไพรินเพื่อป้องกันปฐมภูมิในผู้ป่วยเบาหวานยังคงเป็นประเด็นที่มีการถกเถียงกันอย่างต่อเนื่อง งานวิจัยหลายชิ้นแสดงให้เห็นผลลัพธ์ที่แตกต่างกันเกี่ยวกับประสิทธิภาพของยาแอสไพริน สอดคล้องกับการศึกษา JPAD study พบว่า ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในการลดอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดหัวใจและสมองในผู้ป่วยเบาหวาน<sup>4</sup> นอกจากนี้ การศึกษาบางรายงานพบว่ายาแอสไพรินอาจมีประโยชน์ในการลดความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง แต่ต้องชั่งน้ำหนักกับความเสี่ยงของการเกิดเลือดออก โดยเฉพาะเลือดออกในทางเดินอาหารและเลือดออกในสมอง<sup>2</sup> American Diabetes Association (ADA)<sup>1</sup> แนะนำให้พิจารณาใช้ยาแอสไพรินในผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงสูงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง แต่ไม่แนะนำให้

ใช้เป็นประจำในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่ำ โดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออกเพิ่มขึ้น การตัดสินใจใช้ยาแอสไพรินจึงควรเป็นการตัดสินใจร่วมกันระหว่างแพทย์และผู้ป่วย โดยพิจารณาจากปัจจัยเสี่ยงและผลประโยชน์เป็นรายบุคคล

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน ยังขาดข้อมูลที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะประสิทธิภาพของยาแอสไพรินในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยเบาหวาน ในผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งมีจำนวนมากและมักมีปัจจัยเสี่ยงร่วมหลายอย่าง<sup>5</sup> การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับและไม่ได้รับยาแอสไพริน และเพื่อประเมินประสิทธิผลของยาแอสไพรินในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อายุ 60 ปีขึ้นไป โดยหวังว่าข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนการรักษาและป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างเหมาะสม

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการรักษา ร่วมกับการได้รับยาแอสไพริน
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของยาแอสไพรินในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

### วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (quantitative research) โดยใช้รูปแบบการศึกษาแบบย้อนหลัง (retrospective cohort study) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับยาแอสไพรินกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อายุ 60 ปีขึ้นไป

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลชนบท จังหวัดขอนแก่น ในช่วงระยะเวลาตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2557 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2567 (ระยะเวลา 10 ปี) การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการศึกษาแบบ cohort study โดยใช้โปรแกรม G\*Power version 3.1 กำหนดค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ( $r$ ) = 0.15, ค่าความคลาดเคลื่อนประเภทที่ 1 ( $\alpha$ ) = 0.05 (two-tailed) และกำลังของการทดสอบ (power of test,  $1-\beta$ ) = 0.80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 342 ราย เมื่อเพิ่มอัตราการสูญหายของข้อมูล 5% จึงต้องการกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 360 ราย

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (inclusion criteria) ประกอบด้วย (1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตามเกณฑ์ ADA 2023 (2) มีอายุ 60 ปีขึ้นไป (3) มีประวัติการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 1 ปี (4) มีข้อมูลการติดตามอย่างสม่ำเสมอ และ (5) ไม่มีประวัติโรคหลอดเลือดสมองก่อนเข้าศึกษา

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ประกอบด้วย (1) ผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยาแอสไพริน (2) มีประวัติการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหาร (3) มีโรคเลือดหรือภาวะที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออก (4) รับประทานกันเลือดแข็งตัวชนิดอื่น (5) มีข้อมูลไม่ครบถ้วน และ (6) เสียชีวิตจากสาเหตุอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบบันทึกข้อมูลที่พัฒนาขึ้นเพื่อเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย ประกอบด้วย (1) ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา (2) ข้อมูลทางคลินิก ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ค่า HbA1c ค่าไขมันในเลือด ค่าการทำงานของไต (GFR) (3) ประวัติการเจ็บป่วย ได้แก่ ระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงร่วม โรคไตเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด ประวัติการสูบบุหรี่ และ

ประวัติครอบครัว (4) ข้อมูลการใช้ยา ได้แก่ ยาแอสไพริน ขนาดยา ระยะเวลาที่ได้รับยา และยาอื่นๆ ที่ได้รับ และ (5) ข้อมูลผลลัพธ์ ได้แก่ การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลาที่เกิดเหตุการณ์ และผลการรักษา แบบบันทึกข้อมูลได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์เบาหวานและต่อมไร้ท่อ 1 ท่าน แพทย์ระบบประสาท 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวานมากกว่า 10 ปี 1 ท่าน โดยได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.89 และทำการทดสอบความเชื่อมั่น (reliability) โดยเก็บข้อมูลซ้ำในผู้ป่วย 30 ราย ห่างกัน 2 สัปดาห์ ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (correlation coefficient) เท่ากับ 0.92

### การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ (1) สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ประกอบด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้ในการอธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และ (2) สถิติเชิงอนุมาน (inferential statistics) ใช้การทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับยาแอสไพรินกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่  $p\text{-value} < 0.05$

### จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น เลขที่ REC 020/2568

### ผลการวิจัย

1.อุบัติการณ์เกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการรักษาร่วมกับการได้รับยาแอสไพริน

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 362 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 277 ราย (ร้อยละ 76.5) มีอายุเฉลี่ย 68.3

± 6.8 ปี โดยอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี มากที่สุด 198 ราย (ร้อยละ 54.7) รองลงมาคือช่วง 70-79 ปี 132 ราย (ร้อยละ 36.5) และอายุ 80 ปีขึ้นไป 32 ราย (ร้อยละ 8.8) ระยะเวลาที่เป็นเบาหวานเฉลี่ย  $11.2 \pm 5.6$  ปี โดยเป็นเบาหวานมานานน้อยกว่า 10 ปี 156 ราย (ร้อยละ 43.1) และ 10 ปีขึ้นไป 206 ราย (ร้อยละ 56.9) เมื่อพิจารณาปัจจัยเสี่ยงต่างๆ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีโรคความดันโลหิตสูงรวม 283 ราย (ร้อยละ 78.2) มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ 198 ราย (ร้อยละ 54.7) มีประวัติสูบบุหรี่ 47 ราย (ร้อยละ 13.0) โดยส่วนใหญ่เป็นผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้ว 32 ราย (ร้อยละ 8.8) และยังสูบบุหรี่อยู่ 15 ราย (ร้อยละ 4.1) ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย  $25.7 \pm 4.2$  kg/m<sup>2</sup> โดยมีน้ำหนักปกติ 178 ราย (ร้อยละ 49.2) น้ำหนักเกิน 119 ราย (ร้อยละ 32.9) และอ้วน 65 ราย (ร้อยละ 18.0)

จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 362 คน มีผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยา ASA จำนวน 170 คน คิดเป็นร้อยละ 47.0 และไม่ได้รับยา ASA จำนวน 192 คน คิดเป็นร้อยละ 53.0 สำหรับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบว่ามีผู้ป่วยที่ไม่เกิดโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 345 คน คิดเป็นร้อยละ 95.3 และเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 17 คน คิดเป็น

ร้อยละ 4.7 ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS) เฉลี่ย  $124.5 \pm 28.3$  mg% โดยมีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (FBS < 130 mg%) จำนวน 306 ราย (ร้อยละ 84.5) และควบคุมไม่ได้ดี (FBS ≥ 130 mg%) จำนวน 56 ราย (ร้อยละ 15.5) ค่า HbA1c เฉลี่ย  $6.9 \pm 1.2\%$  โดยควบคุมได้ดี (HbA1c < 7%) จำนวน 243 ราย (ร้อยละ 67.1) และควบคุมไม่ได้ดี (HbA1c ≥ 7%) จำนวน 119 ราย (ร้อยละ 32.9) ค่าการทำงานของไต (GFR) เฉลี่ย  $68.4 \pm 22.1$  mL/min/1.73 m<sup>2</sup> เมื่อจำแนกตามระดับความรุนแรงของโรคไต พบว่า GFR stage 1-2 (GFR ≥ 60) จำนวน 234 ราย (ร้อยละ 64.6) GFR stage 3a (GFR 45-59) จำนวน 87 ราย (ร้อยละ 24.0) GFR stage 3b (GFR 30-44) จำนวน 32 ราย (ร้อยละ 8.8) และ GFR stage 4-5 (GFR < 30) จำนวน 9 ราย (ร้อยละ 2.5) ความดันโลหิตเฉลี่ย  $136.2 \pm 16.4/78.5 \pm 10.2$  mmHg โดยควบคุมความดันโลหิตได้ดี (< 140/90 mmHg) จำนวน 276 ราย (ร้อยละ 76.2)

## 2. ประสิทธิภาพของยาแอสไพรินในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ตัวแปร		การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง				รวม (n=362)		Chi-Sq (X <sup>2</sup> ) (p-value)
		ไม่เกิด (n=345)		เกิด (n=17)		จำนวน	ร้อยละ	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
เพศ	หญิง	267	77.39	10	58.82	277	76.52	3.109 (0.078)
	ชาย	78	22.61	7	41.18	85	23.48	
อายุ (ปี)	60 – 69 ปี	191	55.36	7	41.18	198	54.70	3.281(0.194)
	70 – 79 ปี	111	32.17	9	52.94	120	33.15	
	มากกว่า 80 ปี	43	12.46	1	5.88	44	12.15	
GFR stage (mL/min/1.73m <sup>2</sup> )	มากกว่า 90	82	23.77	3	17.65	85	23.48	4.634(0.327)
	60-89	146	42.32	8	47.06	154	42.54	
	30 – 59	102	29.57	4	23.53	106	29.28	
	15 – 29	10	2.90	2	11.76	12	3.31	
	น้อยกว่า 15	5	1.45	0	0.00	5	1.38	
ค่า HbA1c	น้อยกว่า 7-8	308	89.28	17	100.00	325	89.78	2.031(0.154)

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ตัวแปร		การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง				รวม (n=362)		Chi-Sq ( $\chi^2$ ) (p-value)
		ไม่เกิด (n=345)		เกิด (n=17)		จำนวน	ร้อยละ	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
	มากกว่า 8	37	10.72	0	0.00	37	10.22	
ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) (mg%)	น้อยกว่า 130	112	32.46	7	41.18	119	32.87	1.330(0.514)
	131 – 180	92	26.67	5	29.41	97	26.80	
	มากกว่า 180	141	40.87	5	29.41	146	40.33	
การสูบบุหรี่	ไม่สูบบุหรี่	304	88.12	13	76.47	317	87.57	2.018 (0.246)
	สูบบุหรี่	41	11.88	4	23.53	45	12.43	
โรคความดันโลหิตสูงรวม	มี	269	77.97	14	82.35	283	78.18	0.183 (1.001)
	ไม่มี	76	22.03	3	17.65	79	21.82	
ค่าดัชนีมวลกาย	น้อยกว่า 18.5	39	11.30	5	29.41	44	12.15	5.988 (0.200)
	18.5 – 22.9	115	33.33	5	29.41	120	33.15	
	23.0 – 24.9	74	21.45	4	23.53	78	21.55	
	25.0 – 29.9	95	27.54	2	11.76	97	26.80	
	มากกว่า 30	22	6.38	1	5.88	23	6.35	

นัยสำคัญที่ระดับ .05\*

จากตารางที่ 1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ด้วย Chi-square test พบว่า เพศ ( $\chi^2=3.109$ , p = 0.078) อายุ ( $\chi^2=3.281$ , p = 0.194) GFR stage ( $\chi^2=4.634$  p =0.327 ) ค่า HbA1c ( $\chi^2=2.031$ , p

= 0.154) ระดับน้ำตาลในเลือด FBS ( $\chi^2=1.330$ , p = 0.526) การสูบบุหรี่ ( $\chi^2= 2.018$ , p = 0.246) โรคความดันโลหิตสูงรวม ( $\chi^2=0.183$ , p = 1.001) ค่าดัชนีมวลกาย ( $\chi^2=5.988$ , p = 0.200) พบว่าไม่มี ความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับยา ASA ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความเสี่ยงและการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2		การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง			Chi-Sq ( $\chi^2$ ) (Sig)
		ไม่เกิด (n=345)	เกิด (n=17)	รวม (n=362)	
เสี่ยงสูง		308	17	325	2.031 (0.154)
	ร้อยละ	89.28	100	89.78	
เสี่ยงต่ำ		37	0	37	0.001 (0.993)
	ร้อยละ	10.72	0	10.22	
ได้รับยาASA		162	8	170	0.001 (0.993)
	ร้อยละ	46.96	47.06	46.96	
ไม่ได้รับยา ASA		186	9	192	0.001 (0.993)
	ร้อยละ	53.91	52.94	53.04	

นัยสำคัญที่ระดับ .05\*

จากตารางที่ 2 พบว่า เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับยา ASA ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความเสี่ยงสูงและการเกิดโรค

หลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มเสี่ยงสูงมีจำนวน 325 คน โดยมีผู้ที่ไม่เกิดโรคหลอดเลือดสมอง 308 คน และเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 17 คน

ส่วนผู้ป่วยในกลุ่มเสี่ยงต่ำมีจำนวน 37 คน ไม่มีรายใดเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การทดสอบทางสถิติพบว่าไม่มีความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\chi^2=2.031, p=0.154$ ) กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่ได้รับยาแอสไพริน 170 ราย (ร้อยละ 47.0) โดยได้รับยาแอสไพรินขนาด 81 มิลลิกรัมต่อวัน และกลุ่มที่ไม่ได้รับยาแอสไพริน 192 ราย (ร้อยละ 53.0) ระยะเวลาในการได้รับยาแอสไพรินเฉลี่ย  $5.8 \pm 3.2$  ปี พบอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองรวมทั้งสิ้น 17 ราย (ร้อยละ 4.7) จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด โดยในกลุ่มที่ได้รับยาแอสไพรินเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 8 ราย (ร้อยละ 4.7 ของกลุ่มที่ได้รับยาแอสไพริน) และในกลุ่มที่ไม่ได้รับยาแอสไพรินเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 9 ราย (ร้อยละ 4.7 ของกลุ่มที่ไม่ได้รับยาแอสไพริน) เมื่อทำการทดสอบทางสถิติด้วย Chi-square test พบว่าไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างการได้รับยาแอสไพรินกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ( $\chi^2=0.001, p=0.993$ )

### สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองและประเมินประสิทธิผลของยาแอสไพรินในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อายุ 60 ปีขึ้นไป โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง 362 ราย ในช่วงระยะเวลา 10 ปี ผลการศึกษาพบประเด็นสำคัญที่สมควรนำมาอภิปรายดังนี้

**1. อุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง**  
จากการศึกษาพบอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองรวมทั้งสิ้น 17 ราย จาก 362 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.7 อุบัติการณ์นี้ถือว่าค่อนข้างต่ำเมื่อเทียบกับการศึกษาอื่นๆ ในผู้ป่วยเบาหวาน<sup>6,7</sup> ซึ่งโดยทั่วไปพบอุบัติการณ์ระหว่างร้อยละ 5-10 ต่อปี สาเหตุที่อุบัติการณ์ในการศึกษานี้ค่อนข้างต่ำอาจเนื่องมาจากปัจจัยหลายประการ ได้แก่

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี โดยร้อยละ 84.5 มีค่า FBS น้อย

กว่า 130 mg% และร้อยละ 67.1 มีค่า HbA1c น้อยกว่า 7% ซึ่งสะท้อนถึงการจัดการโรคเบาหวานที่มีประสิทธิภาพ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ดีเป็นปัจจัยสำคัญในการลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือด รวมถึงโรคหลอดเลือดสมอง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 76.2 มีการควบคุมความดันโลหิตได้ดี (น้อยกว่า 140/90 mmHg) แม้ว่าจะมีผู้ป่วยที่มีโรคความดันโลหิตสูงรวมถึงร้อยละ 78.2 แต่การควบคุมความดันโลหิตที่เหมาะสมช่วยลดความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีนัยสำคัญ

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 87.6 ไม่สูบบุหรี่ ซึ่งการไม่สูบบุหรี่เป็นปัจจัยป้องกันที่สำคัญต่อโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการทำงานของไตในระดับที่ยอมรับได้ โดยร้อยละ 64.6 มี GFR stage 1-2 (GFR มากกว่าหรือเท่ากับ 60) ซึ่งการทำงานของไตที่ดีช่วยลดความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดได้เช่นกัน

**2. ประสิทธิภาพของยาแอสไพรินในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง** กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่ได้รับยาแอสไพริน 170 ราย (ร้อยละ 47.0) และกลุ่มที่ไม่ได้รับยาแอสไพริน 192 ราย (ร้อยละ 53.0) ผลการวิเคราะห์พบว่าในกลุ่มที่ได้รับยาแอสไพรินเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.7 ของกลุ่มที่ได้รับยา ในขณะที่กลุ่มที่ไม่ได้รับยาแอสไพรินเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.7 ของกลุ่มที่ไม่ได้รับยา เมื่อทำการทดสอบทางสถิติด้วย Chi-square test พบว่าไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างการได้รับยาแอสไพรินกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ( $\chi^2=0.001, p=0.993$ )<sup>8,9</sup>

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าประโยชน์ของยาแอสไพรินในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยเบาหวานมีอย่างจำกัด โดยเฉพาะการศึกษา JPAD study (Japanese Primary Prevention of Atherosclerosis with Aspirin for Diabetes)<sup>4</sup> ซึ่งไม่พบความแตกต่างอย่าง

มีนัยสำคัญในการลดอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดหัวใจ และสมองในผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับยาแอสไพริน สาเหตุที่ยาแอสไพรินไม่แสดงประสิทธิภาพในการ ป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในการศึกษานี้ อาจมี หลายประการ 1) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการ ควบคุมปัจจัยเสี่ยงหลักได้ดี ทำให้ความเสี่ยงพื้นฐาน ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองต่ำอยู่แล้ว การใช้ยา แอสไพรินจึงไม่ได้ให้ประโยชน์เพิ่มเติมที่เห็นได้ชัด 2) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูง (ร้อยละ 89.78) ตามเกณฑ์การประเมินความเสี่ยง แต่ผลลัพธ์ แสดงให้เห็นว่าแม้ในกลุ่มเสี่ยงสูงที่ได้รับยา แอสไพริน อุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองก็ ไม่ต่างจากกลุ่มที่ไม่ได้รับยา ( $\chi^2=2.031, p = 0.154$ ) และ 3) ผู้ป่วยเบาหวานอาจมีภาวะดื้อต่อ ยาแอสไพริน (aspirin resistance) ซึ่งเป็นปรากฏการณ์ ที่พบได้ในผู้ป่วยเบาหวาน ทำให้ยาแอสไพรินไม่ได้ ออกฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของเกล็ดเลือดได้อย่างมี ประสิทธิภาพ

3. ความสัมพันธ์ของปัจจัยอื่นๆ กับการเกิด โรคหลอดเลือดสมอง ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ต่างๆ กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าไม่มี ปัจจัยใดมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับ การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง<sup>8,9</sup> ได้แก่

เพศ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 76.52 แต่ไม่พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทาง สถิติระหว่างเพศกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ( $\chi^2=3.109, p = 0.078$ ) แม้ว่าผลการวิเคราะห์จะ แสดงแนวโน้มว่าเพศชายมีอุบัติการณ์การเกิดโรค หลอดเลือดสมองสูงกว่าเพศหญิงเล็กน้อย (ร้อยละ 8.2 เทียบกับร้อยละ 3.6)

อายุ ไม่พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทาง สถิติระหว่างอายุกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ( $\chi^2=3.281, p = 0.194$ ) อย่างไรก็ตาม พบแนวโน้ม ที่น่าสนใจว่าผู้ป่วยที่มีอายุ 70-79 ปีมีอุบัติการณ์ การเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงที่สุด (ร้อยละ 7.5) เมื่อเทียบกับกลุ่มอายุ 60-69 ปี (ร้อยละ 3.5) และ กลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 2.3)

GFR stage ไม่พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญ ทางสถิติ ( $\chi^2=4.634, p = 0.327$ ) แต่พบแนวโน้มว่า ผู้ป่วยที่มีการทำงานของไตผิดปกติ โดยเฉพาะ GFR stage 3 (GFR 30-59) มีแนวโน้มอุบัติการณ์การเกิด โรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้น

ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS และ HbA1c) ไม่ พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างระดับ น้ำตาลในเลือดกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (FBS:  $\chi^2=1.330, p = 0.514$ ; HbA1c:  $\chi^2=2.031, p = 0.154$ ) ผลการศึกษานี้แตกต่างจากการศึกษาที่ แสดงให้เห็นว่าการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ไม่ ดีเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง สาเหตุที่ไม่พบความสัมพันธ์อาจเป็นเพราะกลุ่ม ตัวอย่างส่วนใหญ่มีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ได้ดี ทำให้มีความแปรปรวนของระดับน้ำตาลใน เลือดไม่มากนัก

การสูบบุหรี่ ไม่พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญ ทางสถิติ ( $\chi^2=2.018, p = 0.246$ ) แม้ว่าการสูบบุหรี่ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อโรคหลอดเลือดสมอง แต่ ในการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 87.6) ทำให้จำนวนผู้สูบบุหรี่มีไม่เพียงพอต่อการ วิเคราะห์ทางสถิติ

การมีโรคความดันโลหิตสูงร่วม ไม่พบ ความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\chi^2=0.183, p = 1.001$ ) แม้ว่าความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ สำคัญต่อโรคหลอดเลือดสมอง แต่ในการศึกษานี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการควบคุมความดันโลหิตได้ดี (ร้อยละ 76.2) ซึ่งอาจทำให้ไม่พบความสัมพันธ์ที่ ชัดเจน

ค่าดัชนีมวลกาย ไม่พบความสัมพันธ์ที่มี นัยสำคัญทางสถิติ ( $\chi^2=5.988, p = 0.200$ ) แม้ว่าจะ มีการศึกษาแสดงให้เห็นว่าภาวะอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยง ต่อโรคหลอดเลือดสมอง แต่ในการศึกษานี้ไม่พบ ความสัมพันธ์ที่ชัดเจน สาเหตุที่ไม่พบความสัมพันธ์ที่ มีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างปัจจัยเหล่านี้กับการเกิด โรคหลอดเลือดสมองอาจเนื่องมาจากหลายประการ ได้แก่ จำนวนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (17 ราย) อาจไม่ เพียงพอต่อการตรวจพบความแตกต่างที่มีนัยสำคัญ

ทางสถิติ นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการควบคุมปัจจัยเสี่ยงหลักได้ดี ทำให้ความแปรปรวนของปัจจัยเสี่ยงแต่ละตัวไม่มากนัก

4. ข้อมูลเปรียบเทียบกับการศึกษาอื่นๆ ผลการศึกษาครั้งนี้มีความสอดคล้องกับการศึกษาหลายชิ้นที่แสดงให้เห็นว่ายาแอสไพรินไม่ได้ให้ประโยชน์ที่ชัดเจนในการป้องกันปฐมภูมิโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยเบาหวาน โดยการศึกษา<sup>4</sup> พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในการลดอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดหัวใจและสมองระหว่างกลุ่มที่ได้รับยาแอสไพรินกับกลุ่มที่ได้รับยาหลอก นอกจากนี้ การศึกษา ASCEND trial<sup>2</sup> พบว่ายาแอสไพรินสามารถลดความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจและสมองได้เล็กน้อย แต่ก็เพิ่มความเสี่ยงของการเกิดเลือดออกร้ายแรงเช่นกัน ทำให้ประโยชน์สุทธิของการใช้ยาแอสไพรินในการป้องกันปฐมภูมิมียังจำกัด นอกจากนี้ American Diabetes Association (ADA)<sup>1</sup> แนะนำว่าการใช้ยาแอสไพรินในการป้องกันปฐมภูมิในผู้ป่วยเบาหวานควรพิจารณาเป็นรายบุคคล โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงมากต่อโรคหลอดเลือดหัวใจและสมองและมีความเสี่ยงต่ำต่อการเกิดเลือดออก สำหรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่ำหรือปานกลาง ไม่แนะนำให้ใช้ยาแอสไพรินในการป้องกันปฐมภูมิ

5. ข้อพิจารณาทางคลินิก ผลการศึกษาครั้งนี้มีนัยสำคัญต่อการปฏิบัติทางคลินิกในหลายประการ 10, 11

5.1 การตัดสินใจใช้ยาแอสไพรินในผู้ป่วยเบาหวานควรเป็นการตัดสินใจร่วมกัน (shared decision-making) ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย โดยพิจารณาปัจจัยเสี่ยงและผลประโยชน์เป็นรายบุคคล แพทย์ควรอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงประโยชน์ที่จำกัดของยาแอสไพรินในการป้องกันปฐมภูมิ รวมถึงความเสี่ยงของการเกิดเลือดออก

5.2 ควรเน้นการควบคุมปัจจัยเสี่ยงหลักอย่างเคร่งครัด ได้แก่ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต และระดับไขมันในเลือด ซึ่งมีหลักฐานที่ชัดเจนในการลดความเสี่ยงของโรคหลอดเลือด

เลือดสมอง การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการควบคุมปัจจัยเสี่ยงหลักได้ดีมีอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่ต่ำ

5.3 ควรมีการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและสมองเป็นระยะ และพิจารณาความเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออกก่อนตัดสินใจใช้ยาแอสไพริน ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดเลือดออก เช่น ผู้ที่อายุมากกว่า 70 ปี มีโรคไตเรื้อรัง หรือมีประวัติการเกิดเลือดออก ควรใช้ยาแอสไพรินด้วยความระมัดระวังเป็นพิเศษ

5.4 ควรส่งเสริมการดำเนินชีวิตที่ดีต่อสุขภาพ เช่น การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การเลิกสูบบุหรี่ และการควบคุมน้ำหนัก ซึ่งมีหลักฐานชัดเจนในการลดความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง

#### ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้มีข้อจำกัดหลายประการที่ควรพิจารณาในการตีความผลการศึกษา

1. เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (retrospective cohort study) ทำให้ไม่สามารถควบคุมตัวแปรต่างๆ ได้อย่างเข้มงวดเท่ากับการทดลองแบบสุ่มมีกลุ่มควบคุม (randomized controlled trial) อาจมี selection bias และ confounding factors ที่ไม่สามารถควบคุมได้อย่างเต็มที่

2. ขนาดกลุ่มตัวอย่างและจำนวนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (17 ราย) อาจไม่เพียงพอต่อการตรวจพบความแตกต่างที่แท้จริง (statistical power) หากมีความแตกต่างที่เล็กน้อยระหว่างกลุ่ม การศึกษาที่มีขนาดกลุ่มตัวอย่างใหญ่ขึ้นอาจสามารถตรวจพบความแตกต่างได้

3. ไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วย (medication adherence) ซึ่งอาจส่งผลต่อประสิทธิภาพของยาแอสไพรินในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

4. ไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพอื่นๆ เช่น การออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร และการ

บริเวณเกลือ ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

5. ระยะเวลาในการติดตามอาจยังไม่เพียงพอในบางราย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษาในช่วงปลายของระยะเวลาศึกษา

6. ไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับผลข้างเคียงของยาแอสไพริน เช่น การเกิดเลือดออกในทางเดินอาหาร ซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญในการประเมินความปลอดภัยของยา

### ข้อเสนอแนะ

#### ด้านการปฏิบัติทางคลินิก

1. การตัดสินใจใช้ยาแอสไพรินในผู้ป่วยเบาหวานควรเป็นการตัดสินใจร่วมกันระหว่างแพทย์และผู้ป่วย โดยพิจารณาปัจจัยเสี่ยงและผลประโยชน์เป็นรายบุคคล

2. ควรเน้นการควบคุมปัจจัยเสี่ยงหลักอย่างเคร่งครัด ได้แก่ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต และระดับไขมันในเลือด ซึ่งมีหลักฐานที่ชัดเจนในการลดความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง

3. ควรมีการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและสมองเป็นระยะ และพิจารณาความเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออกก่อนตัดสินใจใช้ยาแอสไพริน

4. ผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 70 ปี มีโรคไตเรื้อรัง หรือมีประวัติการเกิดเลือดออก ควรใช้ยาแอสไพรินด้วยความระมัดระวังเป็นพิเศษ

5. ควรติดตามผู้ป่วยที่ได้รับยาแอสไพรินอย่างสม่ำเสมอเพื่อประเมินผลข้างเคียง โดยเฉพาะการเกิดเลือดออก

### ด้านการวิจัย

1. สำหรับการศึกษานอนภาคควรมีการศึกษาแบบทดลองแบบสุ่มมีกลุ่มควบคุมในบริบทของประเทศไทย เพื่อยืนยันประสิทธิภาพและความปลอดภัยของยาแอสไพรินในผู้ป่วยเบาหวาน

2. ควรศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงหลายอย่างร่วมกัน เพื่อดูว่ายาแอสไพรินอาจมีประโยชน์ในกลุ่มนี้หรือไม่

3. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพของยาแอสไพรินกับยาต้านเกล็ดเลือดชนิดอื่นๆ

4. ควรศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างขนาดยาแอสไพรินกับผลลัพธ์ทางคลินิก

5. ควรมีการศึกษาติดตามผลในระยะยาว เพื่อประเมินผลกระทบของยาแอสไพรินต่ออัตราการเสียชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

6. ควรศึกษาความร่วมมือในการรับประทานยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

#### ด้านนโยบาย

1. ควรพัฒนาแนวทางปฏิบัติทางคลินิกที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย โดยคำนึงถึงทรัพยากรและข้อจำกัดในแต่ละพื้นที่

2. ควรส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบองค์รวม โดยเน้นการควบคุมปัจจัยเสี่ยงหลักทุกด้าน

3. ควรพัฒนาระบบติดตามและประเมินผลการใช้ยาแอสไพรินในผู้ป่วยเบาหวานอย่างเป็นระบบ

4. ควรส่งเสริมการให้ความรู้แก่บุคลากรสาธารณสุขและผู้ป่วยเกี่ยวกับประโยชน์และข้อจำกัดของยาแอสไพรินในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

### เอกสารอ้างอิง

- American Diabetes Association Standards of Care in Diabetes, 2023.
- Gabriela, Roman., Anca, Pantea, Stoian. (2021). 1. Cardiovascular Risk/Disease in Type 2 Diabetes Mellitus. doi: 10.5772/INTECHOPEN.97422.
- International Stroke Trial Collaborative Group. (1997). The International Stroke Trial (IST): A randomized trial of aspirin, subcutaneous heparin, both, or neither among 19,435 patients with acute ischemic stroke. Lancet, 349(9065), 1569-1581. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(96\)10378-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(96)10378-X)

4. Ogawa H, Nakayama M, Morimoto T, et al. Low-dose aspirin for Primary Prevention of Atherosclerotic Events in Patients With Type 2 Diabetes: A Randomized Controlled Trial. *JAMA*. 2008;300(18):2134–2141. doi:10.1001/jama.2008.623
5. Mahmood, T. A., & Ali, R. H. (2019). Acute stroke in diabetes mellitus: A prospective observational study evaluating the course and short-term outcome in Basrah, Southern Iraq. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/CUREUS.6017>
6. ปรีชญา วิเศษปัสสา. (2023). ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดเลือดออกในสมองหลังการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลันที่มารับบริการที่โรงพยาบาลยโสธร. *ยโสธรเวชสาร*, 25(2), 55-68.
7. วิรัชศศิวิมล ณ. ประสิทธิภาพและความปลอดภัยของยาแอสไพรินในการป้องกันแบบปฐมภูมิต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน. *PCFM [อินเทอร์เน็ต]*. 30 มีนาคม 2023 [อ้างถึง 19 มกราคม 2025];6(1):64-73. available at: <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/PCFM/article/view/263573>
8. วรณคณ เชื้อมงคล, กนกกานต์ บุญเรือง และกมลวรรณ ตุ่มภู. (2562). การใช้แอสไพรินเพื่อป้องกันปฐมภูมิต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *ศรีนครินทร์เวชสาร* 2562; 34(2).
9. ณิชา วิรัชศศิวิมล, วว.เวชศาสตร์ครอบครัว. (2566). ประสิทธิภาพและความปลอดภัยของยาแอสไพรินในการป้องกันแบบปฐมภูมิต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน. *Journal of Primary Care and Family Medicine* 2023;6(1):64-73.
10. Geoffrey, C., Jeff, D. W., Le, T. B. T., Cammie, T., Charles, B. E., Rory, W., & Mark, N. (2023). Low-dose aspirin and the risk of stroke and intracerebral bleeding in healthy older people. *JAMA Network Open*. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.25803>
11. Pertti, S., Seppo, J., & M., H. (2001). Use of aspirin, epistaxis, and untreated hypertension as risk factors for primary intracerebral hemorrhage in middle-aged and elderly people. *Stroke*. <https://doi.org/10.1161/01.STR.32.2.399>