เวชสารแพทย์ทหารบก
Royal Thai Army Medical Journal

ตุลาคม-ธันวาคม 2548
ปีที่ 58
ฉบับที่ 4

นิพนธ์ต้นฉบับ

การสำรวจเพื่อศึกษาการดูแลรักษาโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนและสภาพสังคมจิตวิทยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานในกลุ่มประเทศเอเชีย : โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

อัมพา สุทธิจำรูญ และ ยุพิน เบ็ญจสุรัตน์วงศ์
แผนกต่อมไร้ท่อ กองอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ความเป็นมา: *โรคเบาหวานเป็นโรคที่พบความชุกสูงถึงร้อยละ 2 ถึง 14 ในสังคมเมือง เพื่อเป็นการปรับปรุงการรักษาโรคเบาหวาน จึงมีโครงการ Diabcare Asia ซึ่งทำการศึกษาสภาพความเป็นจริงของการรักษาพยาบาลโรคเบาหวานของชาวเอเชีย โดยมีการสำรวจในประเทศไทย 3,000 คนจาก 23 โรงพยาบาล เพื่อที่จะได้ดัดแปลงความรู้เกี่ยวกับการดูแลรักษาโรคเบาหวานให้มีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น* ***วัสดุและวิธีการ:*** *ผู้ป่วยเบาหวานที่รักษาในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้ามาไม่น้อยกว่า 12 เดือน และมาพบแพทย์ระหว่างวันที่ 1 กันยายน ถึง 30 พฤศจิกายน 2546 ได้รับการเก็บข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และมีการตอบแบบสอบถามที่มีการดัดแปลงมาจาก DAWN Study และได้รับการตรวจ HbA_{1c} สถิติวิเคราะห์ด้วย descriptive statistics* ***ผลการวิจัย:*** *ผู้ป่วยเข้าร่วมการศึกษาจำนวน 134 คน ข้อมูลไม่ครบถ้วน 1 คน จึงเหลือผู้ป่วย 133 คน ที่ใช้ในการวิเคราะห์ทางสถิติ ผู้ป่วยส่วนมากเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อายุเฉลี่ยของผู้ป่วย 62.4±12.5 ปี อายุเฉลี่ยเมื่อเริ่มวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานคือ 48.4±12.3 ปี ระยะเวลาเฉลี่ยที่เป็นโรคเบาหวานคือ 14.3±9.7 ปี ดัชนีมวลกายเฉลี่ยคือ 26.1±3.8 กิโลกรัม/ตารางเมตร ระดับ HbA1c เฉลี่ย 8.0±1.8% ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารเฉลี่ย 144±50.4 มก./ดล. ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดเล็ก ได้แก่ การตรวจเบาหวานขึ้นตา โรคไตจากเบาหวาน และการตรวจเท้า ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองด้วยการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยเครื่องมือตรวจน้ำตาลเพียงร้อยละ 9 ผลการตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับสุขภาพจิตโดยทั่วไป ผู้ป่วยร้อยละ 43-55 มีความสุขและกระตือลือร้นในการทำงาน และการดูแลตนเองเรื่องคุณภาพชีวิตเกี่ยวกับโรคเบาหวาน พบว่าผู้ป่วยส่วนมากควบคุมโรคได้ดี ผู้ป่วยร้อยละ 99 มาพบแพทย์ตรงตามนัด* ***สรุป:*** *การควบคุมโรคเบาหวานในผู้ป่วยยังควบคุมได้ไม่ดีเมื่อเทียบกับเกณฑ์ของแนวทางต่างๆ ดังนั้นจึงควรมีการให้ความรู้ผู้ป่วยและกระตุ้นให้ผู้ป่วยสนใจในการดูแลตนเองมากกว่านี้เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ในอนาคต*

Key Words: ● *Type 2 DM* ● *Complication* ● *Psychosocial aspect* ● *Quality of life*

เวชสารแพทย์ทหารบก 2548;58:265-72.

ได้รับต้นฉบับเมื่อ 20 พฤษภาคม 2548 ได้ให้ตีพิมพ์เมื่อ 10 ตุลาคม 2548
ต้องการสำเนาต้นฉบับติดต่อ พญ.อัมพา สุทธิจำรูญ แผนกต่อมไร้ท่อ กองอายุรกรรม
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กทม. 10400

D:\Zoom\Zoom\Journal\57(1)\Blood.p65

โรคเบาหวานเป็นโรคที่พบได้ทั่วไปในทวีปเอเชีย โดยพบความชุกการเกิดโรคเบาหวานในผู้ใหญ่ประมาณร้อยละ 2 ถึง 14 ในสังคมเมือง องค์การอนามัยโลกได้ประเมินว่าในทวีปเอเชียจะมีผู้ป่วยโรค เบาหวานเพิ่มขึ้นถึง 70 ล้านคน[1] จะพบว่าอุบัติการณ์เกิดโรคเบาหวานมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ และคาดว่าอุบัติการณ์การเกิดโรคแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานน่าจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน ซึ่งจะนำไปสู่ปัญหาทางด้านสาธารณสุขและเศรษฐกิจในที่สุด ดังนั้นการพัฒนามาตรฐานการดูแลรักษาโรคเบาหวานจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งต่อทวีปเอเชีย

ในการที่จะปรับปรุงพัฒนาจำเป็นต้องทราบถึงสภาพความเป็นจริงของการรักษาพยาบาล ดังนั้นโครงการ DiabCare จึงเริ่มต้นขึ้นที่ยุโรปเมื่อหลายปีก่อน[2] โดยการศึกษานี้ได้รวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยหลายพันคนจากโรงพยาบาลหลายแห่งทั่วยุโรป การศึกษานี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี โดยความร่วมมือระหว่างองค์การอนามัยโลกยุโรป (WHO Europe) และบริษัทโนโว นอร์ดิสค์ เอ/เอส จำกัด

หลังจากนั้นโครงการวิจัย DiabCare-Asia จึงเกิดขึ้น มีรูปแบบการศึกษาเช่นเดียวกับ DiabCare ยุโรป โดยโครงการนี้ได้รับความร่วมมือจากบริษัทโนโว นอร์ดิสค์ เอเชีย แปซิฟิก และกลุ่มประเทศเอเชียนที่เข้าร่วมโดยผ่านทางสมาคมโรคเบาหวานในแต่ละประเทศ โครงการ DiabCare-Asia ได้เริ่มใน ค.ศ. 1997 ใน 6 ประเทศสมาชิก[3] และขยายไปใน 11 ประเทศใน ค.ศ. 1998[4] โดยโครงการ DiabCare-Asia 1997 และ 1998 เป็นการรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง หลังจากนั้นปี ค.ศ. 2001 โครงการวิจัยได้ขยายการศึกษาโดยรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลชุมชน[5]

สำหรับโครงการ DiabCare-Asia 2003 มีรูปแบบการศึกษาเช่นเดียวกับโครงการที่ผ่านมา โดยมีการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยเบาหวาน และเจาะเลือดเพื่อตรวจหาระดับ HbA_{1c} นอกจากนั้นในโครงการครั้งนี้จะมีการศึกษาในเรื่องของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มเติม โดยใช้แบบสอบถามทางด้านสังคมจิตวิทยาในการสัมภาษณ์ผู้ป่วย[6]

โครงการนี้ส่งผลให้เกิดยุทธวิธีและโครงการต่างๆ เพื่อที่จะป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน รวมไปถึงการลดความเสี่ยงของโรคเบาหวานอีกด้วย นอกจากนี้โครงการนี้จะสนับสนุนการวิจัยเพื่อพัฒนา และดัดแปลงความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน การดูแลรักษาโรคเบาหวานให้มีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น

วัสดุและวิธีการ

ผู้ป่วยเบาหวานที่รักษาในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้ามาไม่น้อยกว่า 12 เดือน และมาพบแพทย์ในช่วงระหว่างวันที่ 1 กันยายน 2546 ถึงวันที่ 30 พฤศจิกายน 2546 โดยการสุ่มอย่างง่าย โดยใช้ตารางสุ่มผู้ป่วย และการวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลายสถาบันจากหลายประเทศในเอเชีย จำนวนผู้ที่เข้าร่วมโครงการนี้ประมาณ 30,000 คน ในประเทศไทยมีผู้เข้าร่วมศึกษาประมาณ 3,000 คน จาก 23 โรงพยาบาล มีการเก็บข้อมูลทั่วไป เช่น อายุ ความสูง น้ำหนัก ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลและไขมันในเลือดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น การใช้อินซูลิน การดูแลรักษาโรคเบาหวาน (เช่น ความถี่ในการไปพบแพทย์ การรับรู้เรื่องโรคเบาหวาน การทดสอบน้ำตาลด้วยตนเอง) รวมไปถึงยาที่ใช้ในการรักษาโรคเบาหวาน ยาลดความดันโลหิต ยาลดความอ้วน และยาต้านเกร็ดเลือด เป็นต้น ผู้ป่วยได้รับการเจาะเลือดที่ปลายนิ้วเพื่อหาระดับ HbA_{1c} ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ผู้ป่วยเกี่ยวกับสภาพจิตใจและคุณภาพชีวิต โดยใช้แบบสอบถามที่ได้ดัดแปลงมาจากการศึกษาที่เรียกว่า DAWN Study[7] และได้มีการทดสอบความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถามเมื่อแปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธี Alpha Cronbach การวัดผลการวิจัยประเมินจากค่า HbA_{1c} และข้อมูลเกี่ยวกับสภาพจิตใจและคุณภาพชีวิตที่ได้สัมภาษณ์ การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัยกรมแพทย์ทหารบกแล้ว

ผลการวิจัย

ผู้ป่วยโรคเบาหวานของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าที่เข้าร่วมการศึกษาทั้งสิ้น 134 คน มีผู้ป่วย 1 คนที่มีข้อมูลไม่ครบถ้วน ทำให้วิเคราะห์ข้อมูลไม่ได้ จึงเหลือผู้ป่วยทั้งหมด 133 คนที่สามารถวิเคราะห์ทางสถิติได้ เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ร้อยละ 96 ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ร้อยละ 3 และเป็นเบาหวานจากสาเหตุอื่นร้อยละ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้ารับการศึกษา ดังแสดงในตารางที่ 1

ระดับของ HbA_{1c} ในผู้ที่เข้ารับการศึกษามีค่าเฉลี่ย 8.0$\pm$1.8% (พิสัย 4.6-13.5) และเมื่อเปรียบเทียบค่า HbA_{1c} กับเกณฑ์ในแนวทางต่างๆ การที่แสดงถึงการควบคุมโรคเบาหวาน ดังแสดงในตารางที่ 2

ระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยหลังอดอาหารในผู้ป่วยเบาหวานมีค่า 144$\pm$50.4 มก./ดล. และเมื่อเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือด

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้ารับการศึกษา

จำนวน (คน)	133
เพศหญิง (%)	67
อายุ (ปี)	62.4±12.5
อายุเฉลี่ยเมื่อเริ่มวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน (ปี)	48.4±12.3
ระยะเวลาเฉลี่ยที่เป็นเบาหวาน (ปี)	14.3±9.7
ดัชนีมวลกาย (กก./ม2)	26.1±3.8
ประวัติความดันโลหิตสูง (%)	74
สูบบุหรี่ (%)	5
ดื่มเหล้า (%)	6
HbA_{1c} (%)	8.0+1.8
Fasting plasma glucose (mg/dL)	144+50.4
Total cholesterol (mg/dL)	173.7+38.6
HDL-C (mg/dL)	54+14.2
Triglycerides (mg/dL)	124.0+62.0

ตารางที่ 2 ค่า HbA_{1c} จำแนกตามแนวทางการควบคุมเบาหวาน

แนวทาง	คำจำจัดความ	พิสัย (%)	สัดส่วนของผู้ป่วย (%)
ADA[8]	ค่าที่ควรเป็นในผู้ใหญ่ที่เป็นเบาหวาน	<7	27.8
EUDPG (type 2)[9]	ความเสี่ยงต่ำ	≤6.5	14.8
	arterial risk	>6.5	35.2
	microvascular risk	>7.5	50.0
APDPG (type 2)[10]	เหมาะสม	<6.5	14.8
	พอใช้	6.5-7.5	35.2
	ไม่ดี	>7.5	50.0

กับแนวทางต่างๆ ของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ดังแสดงไว้ในตารางที่ 3

ผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับการศึกษา ได้รับการตรวจระดับไขมันในเลือดร้อยละ 92 และมีค่าระดับไขมันในเลือดเฉลี่ยของ total cholesterol HDL-cholesterol และ triglycerides เท่ากับ 173.7±38.6, 54±14.2 และ 124.0±62.0 มก./ดล. ผู้ป่วยร้อยละ 88 ได้รับการรักษาเรื่องไขมันในเลือดสูง และยาที่ใช้รักษาโรคไขมันในเลือดสูงอันดับ 1 คือยากลุ่ม statin และกลุ่ม fibrates มีการใช้ร้อยละ 82 และ 14 ตามลำดับ

ผู้ที่เป็นเบาหวานและมีโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วย พบว่าร้อยละ 74 ได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิตสูง และยาที่ใช้รักษา ได้แก่ ACE-inhibitor diuretic Ca^{2+} antagonist β-blocker α-blocker และ ARB ร้อยละ 47, 41, 33, 24, 11 และ 8 ตามลำดับ ระดับการควบคุมเบาหวานตามเกณฑ์ของ

D:\Zoom\Zoom\Journal\57(1)\Blood.p65

ตารางที่ 3 ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารจำแนกตามแนวทางการควบคุมเบาหวาน

แนวทาง	คำจำจัดความ	พิสัย (มก./ดล.)	สัดส่วนของผู้ป่วย (%)
ADA[8]	ค่าที่ควรเป็นในผู้ใหญ่ที่เป็นเบาหวาน	≤129.6	47.4
EUDPG (type 2)[9]	ความเสี่ยงต่ำ	≤108	20.3
	arterial risk	>108	23.3
	microvascular risk	≥126	56.4
APDPG (type 2)[10]	เหมาะสม	≤110	22.6
	พอใช้	110-126	21.1
	ไม่ดี	>126	56.4

ADA[8] คือมีระดับความดันโลหิต <130/80 มม.ปรอท พบว่าเพียงร้อยละ 27 ของผู้ป่วยทั้งหมด

การตรวจหาภาวะแทรกซ้อนจากหลอดเลือดเล็กของเบาหวาน พบว่าได้รับการตรวจเบาหวานขึ้นตาร้อยละ 89 ความผิดปกติของตาที่พบ ได้แก่ ต้อกระจก background diabetic retinopathy และ advanced diabetic eye disease ร้อยละ 68, 33 และ 8 ตามลำดับ ผู้ป่วยร้อยละ 17 ได้รับการรักษาด้วย photocoagulation และผู้ป่วยร้อยละ 6 มีตาบอดร่วมด้วย การรักษาโรคไตจากเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 74 ได้รับการตรวจหา microalbuminuria และพบ microalbuminuria ร้อยละ 31 ของผู้ที่ได้รับการตรวจ ส่วน proteinuria พบร้อยละ 17 ผู้ป่วยได้รับการตรวจเท้าร้อยละ 79 พบว่าคลำชีพจรที่เท้าไม่ได้เพียงร้อยละ 0.75 แผลที่หายแล้วร้อยละ 2.26 แผลที่ยังติดเชื้อเพียงร้อยละ 0.75 ผู้ป่วยที่มีตัดขา พบร้อยละ 1.5

การตรวจภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดใหญ่ พบว่ามีอัมพฤกษ์/อัมพาตร้อยละ 3.8 เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตันหรือเคยได้รับการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจหรือทำ angioplasty ของหลอดเลือดเลี้ยงหัวใจร้อยละ 4.5

การรักษาโรคเบาหวาน การดูแลตนเองเรื่องการควบคุมอาหาร ผู้ป่วยที่ควบคุมอาหารสม่ำเสมอ พบเพียงร้อยละ 24 และพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 71 ควบคุมอาหารเป็นครั้งคราว การดูแลตนเองเรื่องการออกกำลังกาย พบว่า ผู้ป่วยที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอพบร้อยละ 43 และผู้ป่วยเบาหวานร้อยละ 19 ไม่เคยออกกำลังกายเลย ผู้ป่วยส่วนมากร้อยละ 87 ได้รับยาเม็ดลดน้ำตาลชนิดรับประทาน ผู้ป่วยร้อยละ 40 ได้รับยามากกว่า 1 ชนิด มีผู้ใช้สมุนไพรร่วมด้วยร้อยละ 7.5 ผู้ป่วยร้อยละ 43 มีการใช้อินซูลินร่วมด้วย และร้อยละ 56 ฉีดอินซูลิน 2 ครั้งต่อวัน ผู้ป่วยร้อยละ 67 ใช้ปากกาในการฉีดอินซูลิน

การดูแลตนเองเรื่องการตรวจระดับน้ำตาลพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 9 มีการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยเครื่องมือตรวจน้ำตาล และมีเพียงร้อยละ 3 เท่านั้นที่มีการตรวจหาน้ำตาลในปัสสาวะที่บ้าน

ผลการตอบแบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพจิตโดยทั่วไป ผู้ป่วยร้อยละ 43-55 มีความสุขและกระตือรือร้นในการทำงานและดูแลตนเอง ส่วนเรื่องคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน ผู้ป่วยส่วนมากรู้สึกว่าควบคุมโรคได้ดี ไม่ได้กังวลใจเกี่ยวกับภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ การสอบถามความกังวลใจเกี่ยวกับการใช้อินซูลินในผู้ที่ยังไม่เคยใช้เลย พบว่าผู้ป่วยส่วนมากกังวลใจถึงการใช้อินซูลิน (ร้อยละ 57)

ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเอง การควบคุมอาหาร และการออกกำลังกายเป็นครั้งคราว พบในผู้ป่วยร้อยละ 76 และ 47 ตามลำดับ ผู้ป่วยร้อยละ 93 ยืนยันว่ารับประทานยาครบตามที่แพทย์กำหนด และร้อยละ 99 มาพบแพทย์ตรงตามนัด

วิจารณ์

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาถึงภาวะการควบคุมโรคเบาหวานในผู้ป่วยที่รักษาในคลินิกโรคเบาหวาน โดยเก็บข้อมูลในผู้ที่รักษาในคลินิกมานานกว่า 12 เดือน พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบ

D:\Zoom\Zoom\Journal\57(1)\Blood.p65

มากเป็นอันดับหนึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของ Diabcare Thailand ที่ผ่านมา (95.1%, 97% และ 95.4% ในการศึกษาปี 2003, 2001 และ 1998 ตามลำดับ) ผู้ป่วยเบาหวานพบผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย ดัชนีมวลกายเฉลี่ยของผู้ป่วยเบาหวานพบว่าอยู่ในภาวะอ้วนตามเกณฑ์ของชาวเอเชีย (ค่าปกติ <22.9 กิโลกรัม/ตารางเมตร[11]

ระดับ HbA_{1c} ในผู้รับการศึกษามีค่าเฉลี่ย 8.0±1.8% ซึ่งเทียบตามเกณฑ์ของ ADA[8] พบว่ามีผู้ที่ควบคุมได้ดี (HbA_{1c} <7) เพียงร้อยละ 28 เมื่อเทียบกับเกณฑ์ของ EUDPG[9] และ APDPG[10] พบว่าผู้ป่วยที่ควบคุมได้ไม่ดี (HbA_{1c} >7.5) มีสูงถึงร้อยละ 50 ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลอดเลือดเล็กได้มากกว่าปกติ

ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารของผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าเกณฑ์ที่ควรเป็นเมื่อเทียบกับ ADA, EUDPG และ APDPG ดังนั้นการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารควรได้รับความสนใจและกระตุ้นให้ผู้ป่วยควบคุมให้ดีขึ้น

ผู้ป่วยส่วนมากได้รับการตรวจระดับไขมันในเลือด และระดับไขมันในเลือดควบคุมได้อยู่ในเกณฑ์ที่ดีและยาที่ใช้ดีอยู่เหมาะสมดีแล้ว

เรื่องความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยเบาหวาน และมีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 27 ที่ควบคุมได้ตามเกณฑ์ของ ADA นั้น เป็นสิ่งที่ผู้ที่ดูแลรักษาโรคเบาหวานควรจะให้ความสนใจในการปรับยาที่ควบคุมความดันโลหิตสูง และควรแนะนำเรื่องการรับประทานอาหารโดยเฉพาะลดอาหารเค็ม ภาวะแทรกซ้อนจากหลอดเลือดเล็กของโรคเบาหวาน พบว่าผู้ป่วยได้รับการตรวจตาในอัตราที่สูง แต่การตรวจหาโรคไตจากเบาหวานและการตรวจเท้านั้น ยังได้รับการตรวจไม่มากพอ ภาวะแทรกซ้อนจากหลอดเลือดใหญ่ทั้งทางสมองและหัวใจพบอุบัติการณ์ในอัตราที่ค่อนข้างต่ำ อาจเกิดจากผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนพบด้านสมองและหัวใจ ได้รับการรักษาโรคเบาหวานจากแพทย์ในแผนกประสาทวิทยาและโรคหัวใจเอง ทำให้ได้ข้อมูลที่แตกต่างจากที่อื่น

การรักษาโรคเบาหวานพบว่า ผู้ป่วยที่ควบคุมอาหารอย่างสม่ำเสมอพบเพียงร้อยละ 24 การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอพบร้อยละ 43 ดังนั้น การควบคุมอาหารและการออกกกำลังกายควรได้รับการสนใจจากผู้ป่วยมากกว่านี้ การรักษาด้วยยาไม่ว่าเป็นยาเม็ดชนิดรับประทาน หรืออินซูลินนั้นไม่แตกต่างจากข้อมูลที่อื่น การตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองยังพบในอัตราที่ต่ำเมื่อเทียบกับการศึกษาของ DiabCare ในปี ค.ศ. 2003 (34.4%)

ผลการสอบถามเกี่ยวกับสุขภาพจิตโดยทั่วไปพบว่าผู้ป่วยประมาณร้อยละ 50 มีความสุข และกระตือลือร้นเกี่ยวกับการทำงานและการดูแลตนเอง และผู้ป่วยส่วนมากรับประทานยาครบตามที่แพทย์กำหนด และมาพบแพทย์ตามนัด

สรุป: ผู้ป่วยร้อยละ 50 ควบคุมเบาหวานได้ไม่ดีคือมี HbA_{1c} >7.5 ความสำคัญของการควบคุมโรคเบาหวานให้ได้ดีสามารถที่ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เรื้อรังได้[12-16] การรักษาโดยการใช้ยาหลายชนิดไม่ว่าจะเป็นยาเม็ดชนิดรับประทานและหรืออินซูลินเพื่อให้ได้ระดับการควบคุมโรคที่ดีจะช่วยให้มีภาวะแทรกซ้อนที่ลดลง[17] ดังนั้นจึงเป็นหน้าที่ของแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ผู้ที่ดูแลรักษาโรคเบาหวานควรจะกระตุ้นเตือนผู้ป่วยให้ทราบถึงแนวทางการรักษาที่ถูกต้อง เพื่อจะได้รับการควบคุมที่ดี เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Delice Gan, editor. International Diabetes Federation: Diabetes Atlas 2000. Belgium: Imprimarie L Vanmelle SA; 2000.
2. Stephenson J, Fuller J, Viberti G, Sjolie A, Navalesi R. Blood pressure, retinopathy and urinary albumin excretion in IDDM: the EURODIAB IDDM Complications study. Diabetologia 1995; 38:599-603.
3. Diabetes Care Data Collection Project Asia Pacific preliminary report. 9th Congress of AFES; Singapotre; 1997.
4. Nitiyanant W, Tandhanand S, Mahtab H et al. The Diabcare-Asia 1998 Study-Outcomes on Control and Complications in Type 1 and Type 2 Diabetic Patients. Current Medical Research and Opinion 2002;18:317-27.
5. Diabetes-Asia 2001: Rational & Research Design. 11th Congress of AFES; Indonesia; 2001.
6. DiabCare-Asia 2003 (Thailand) Protocol; A survey-study on diabetes management, complication and psychosocial aspect of diabetic patients in Asian countries. Final version. 3 June 2003.
7. Implications of the DAWN study. The Oxford Diabetes Summit; Oxford, United Kingdom; 7-8 April 2002.
8. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes. Diabetes Care 2005;28 (suppl 1):S4-S36.
9. European Diabetes Policy Group. A desktop guide to type 2 diabetes mellitus. Diabet Med 1999;16:716-30.
10. Asia-Pacific Type 2 Diabetes Policy Group. Type 2 Diabetes-Practical targets and treatments. Health Communications Australia Pty Limited, Sydney, Australia; 2002, Third Edition.

11. International Association for the Study of Obesity (IASO). The Asia-Pacific perspective. Redefining Obesity and its treatment. Health Communcication Australia Pty limited 2000:P18.
12. Jorgensen H, Nakayama H, Raaschou H, Olsen T. Stroke in patients with diabetes. The Copenhagen Stroke Study Stroke 1994;25:1977-84.
13. UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. Intensive blood -glucose control with sulphonylureas or insulin compared with compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). Lancet 1998;352: 937-53.
14. The Diabetes Control and Complications Trial (DCCT) Rwsearch Group. Effect of intensive diabetes management on macrovascular events and risk factors in the Diabetes Control and Complications Trial. Am J Cardiol 1995;75:894-903.
15. Nathan D, Lachin J, Cleary P, et al. Intensive diabetes therapy and carotid intima media thickness in type 1 diabetes mellitus. N Engl J Med 2003;348:2294-303.
16. Sone H, Mizuno S, Ohashi Y, et al. Prevention and therapeutic strategy of metabolic syndrome implications from the interim results of Japan Diabetes Complications Study (JDCS). Nippon Rinsho 2004;62:1150-57.
17. Turner R, Cull C, Frighi V, et al. Glycemic control with diet, sulfonylureas, metformin, or insulin in patients with type 2 diabetes mellitus: progressive requirement for multiple therapies (UKPDS 49). JAMA 1999;281:2005-12.

A Survey - Study of Diabetes Management, Complication and Psychosocial Aspect of Diabetic Datients in Asian Countries (DiabCare-Asia 2003): Phramongkutklao Hospital

Aumpa Suthijumroon and Yupin Benjasuratwong

Endocrine Unit, Department of Medicine, Phramongkutklao Hospital

Background: *Prevalence of diabetes mellitus in urban society is 2-14%. According to improve diabetes treatment, DiabCare Asia was designed to study the actual Asian diabetes treatment. Three thousand patients from twenty-three hospitals in Thailand were invited in order to improve effective diabetic management.* ***Materials and Methods:*** *The patients whom have been registered for diabetes management for more than 12 months during September 1 to November 30, 2003 were recruited data of baseline characteristics, complications, self-monitoring, diabetes management were collected. Psychosocial questionnaire which adapted from DAWN study were self-administered by all subjects. Blood were drawn for HbA1c examination. The data were analysed with descriptive statistics.* ***Results:*** *One-hundred and thirty four subjects were enrolled, only data from one-hundred and thirty three subjects were valid for analysis. Most of the patients have type 2 diabetes, mean age was 62.4±12.5 yrs, mean age of onset and duration of diabetes were 48.4±12.3 and 14.3+9.7 yrs. respectively. Mean body mass index was 26.1±3.8 kg/m^2. Mean HbA_{1c} and fasting plasma glucose were 8.0+1.8% and 144±50.4 mg/dl respectively. Most of the patients have been checked for microvascular complications eg. diabetic retinopathy, diabetic nephropathy and foot examination. Only 9% of the patients performed self-monitoring of glucose with glucometer. The results from psychosocial questionnaire: 43-55% of subjects felt cheerful and active in working. Concerning about quality of life, most of them could manage themselves well. 99% of subjects adhered to physician appointment.* ***Conc.usion:*** *The patients had poor diabetic control when compared to many guidelines, so diabetic education should be provided to the patients and encouraged them to have more self-care in order to decrease diabetic complications in the future.*

Key Words: ● *Type 2 DM* ● *Complication* ● *Psychosocial aspect* ● *Quality of life*

RTA Med J 2548;58:265-72.