

การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่

(Management of Patients with Diabetes in Nakornping Hospital)

กมลวรรณ สิริอารีย์ พ.บ.*

Kamonwan Siriaree, M.D.*

*โรงพยาบาลนครพิงค์ เชียงใหม่

*Nakornping Hospital, Chiangmai

บทคัดย่อ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาหลายอย่าง ยังไม่เคยมีการศึกษาถึงข้อมูลทางระบาดวิทยา การบรรจุเป้าหมายการรักษา และข้อมูลการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อหาภาวะแทรกซ้อนในโรงพยาบาลนครพิงค์ วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาลักษณะของผู้ป่วยเบาหวาน การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการประจำปี และจำนวนการเกิดภาวะแทรกซ้อนรูปแบบการศึกษาเชิงพรรณนาเก็บข้อมูลย้อนหลัง ที่ห้องตรวจเบาหวาน โรงพยาบาลนครพิงค์ วิธีการศึกษา เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มาทำการลงทะเบียนที่ห้องตรวจเบาหวานของโรงพยาบาลนครพิงค์ ระหว่างเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2547 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2548 จำนวน 709 ราย ผลการศึกษา: ผู้ป่วยเป็นเพศชายร้อยละ 37.3 เพศหญิงร้อยละ 62.7 อายุเฉลี่ย 56.3 ปี มีดัชนีมวลกายเฉลี่ย 26.4 ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลก่อนอาหารเฉลี่ย 140.8 มก/ดล ระดับน้ำตาลสะสมฮีโมโกลบินเอวันซีน้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 ร้อยละ 30.9 ยาที่ใช้ควบคุมระดับน้ำตาลมากที่สุดคือ กลุ่ม Sulfonylurea ร้อยละ 78.7 Metformin ร้อยละ 74.3 ความดันโลหิตสูงพบร้อยละ 60.5 สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี (น้อยกว่า 130/80 มม.ปรอท) ร้อยละ 39.9 ยาที่ใช้ควบคุมความดันโลหิตมากที่สุดคือกลุ่ม ACEI ร้อยละ 53.8 ได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการประจำปีเพื่อหาภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 83.9 พบว่ามีระดับไขมันในเลือดผิดปกติร้อยละ 88.3 ควบคุมระดับไขมันแอลดีแอลได้ตามเกณฑ์ (น้อยกว่า 100 มก/ดล) ร้อยละ 16.2 ผู้ป่วยมีโรคหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 5.5 โรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 6.8 มีภาวะไตเสื่อม ร้อยละ 29.9 มีภาวะแทรกซ้อนทางตา ร้อยละ 22.5 สรุป: ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังไม่สามารถควบคุมโรคได้ดี การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการยังทำได้ไม่ครอบคลุม ซึ่งควรจะได้มีการปรับปรุงการดูแลรักษาผู้ป่วยในห้องตรวจเบาหวานต่อไป

คำสำคัญ: โรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนของเบาหวาน

Abstract

Diabetes Mellitus (DM) is a chronic disease causing many complications. Epidemiological data, successful treatment data and yearly check up data are scarce. Objectives: To explain the characteristics of the patients and gather the yearly check up data to detect complications. Design: Descriptive study. Setting: Nakornping Hospital. Methods: Diabetic patients, especially in Diabetic clinic were found in hospital medical records dating between October 2004 and September 2005. There were 709 cases. Results: Subjects

were 37.3 percent Male, 62.7 percent. Female average age was 56.3 years. The mean BMI was 26.37 kg/m². The average fasting blood sugar was 140.8 mg/dl. Only 30.9% obtained satisfactory treatment as defined by HbA1c < 7 %. Most common hypoglycemic drugs used were sulfonylurea 78.7% and metformin 74.3%. Hypertension was found 60.5 % and 39.9 % had well controlled blood pressure. ACEI were prescribed the most. Yearly check up was done 83.9 %, abnormal lipid profiled 88.3 % and only 16.2 % reached target LDL levels less than 100 mg/dl, Coronary artery disease was found 5.5 %, Cerebrovascular disease 6.8%, Diabetic nephropathy 29.9% and Diabetic retinopathy 22.5%. Conclusions: Most patients are not well controlled and yearly check up orders should improve as much as possible to detect early complications.

Keywords: Diabetes Mellitus, Complications of Diabetes

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่มีผู้ป่วยจำนวนมากและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี¹ มีการศึกษาในประเทศไทยพ.ศ. 2546 ถึงความชุกของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าผู้ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 35 ปี ร้อยละ 9.6 เป็นเบาหวานคิดเป็นประชากร 2.4 ล้านคน โดยร้อยละ 4.8 ได้รับการวินิจฉัยมาแล้ว ส่วนอีกร้อยละ 4.8 ได้รับการวินิจฉัยใหม่² การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานควรครอบคลุมทั้งการรักษาด้วยอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา รวมถึงการตรวจประจำปี การส่งตรวจตา ตรวจเท้าอย่างสม่ำเสมอ เพื่อการวินิจฉัยภาวะแทรกซ้อนได้โดยเร็วทำให้ลดการเกิดโรคหรือความพิการ³

โรงพยาบาลนครพิงค์ มีห้องตรวจเบาหวานในวันอังคารเช้าเพื่อตรวจรักษาผู้ป่วยเบาหวานและลงทะเบียนผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่โดยอายุรแพทย์ 3 ท่าน เมื่อผู้ป่วยลงทะเบียนและสามารถควบคุมน้ำตาลได้เหมาะสมจะถูกนัดตรวจต่อที่คลินิกอายุรกรรมทั่วไป โดยมีแพทย์อายุรกรรมอีก 8 ท่านและมีแพทย์ใช้ทุนหมุนเวียนมาช่วยตรวจ การศึกษานี้จัดทำขึ้นเพื่อศึกษาลักษณะผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลนครพิงค์ รวบรวมจำนวนผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาล

ระดับความดันโลหิต ระดับไขมัน จำนวนการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการประจำปี การตรวจตา การตรวจเท้า เพื่อหาภาวะแทรกซ้อนทางเบาหวาน รวมทั้งเปรียบเทียบความแตกต่างในการรักษาและภาวะแทรกซ้อนกับการศึกษาอื่น

วัสดุและวิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานที่เคยได้รับการลงทะเบียนในห้องตรวจเบาหวานโรงพยาบาลนครพิงค์ ตั้งแต่เดือนตุลาคมพ.ศ.2547 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ.2548 จำนวน 709 รายวิธีการวิจัยแบบสถิติเชิงพรรณนา ตัวแปรต่อเนื่องแสดงเป็นค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตัวแปรที่เป็นคุณลักษณะใช้การนับ สถิติข้อมูลพื้นฐาน ผลการรักษา ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ใช้โปรแกรม SPSS ข้อมูลที่เก็บจากเวชระเบียนได้แก่ อายุ เพศ สิทธิการรักษาระยะเวลาที่รักษาเบาหวาน น้ำหนักตัวครั้งล่าสุดที่มาตรวจ ส่วนสูง เพื่อหาค่าดัชนีมวลกาย ข้อมูลระดับน้ำตาลขณะอดอาหาร ระดับความดันโลหิต ระดับไขมัน คอเลสเตอรอล ระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ ระดับไขมันเอชดีแอล ระดับไขมันแอลดีแอล ผลน้ำตาล

สะสมฮีโมโกลบินเอวันซี การใช้ยาเบาหวาน การใช้ยาความดันโลหิต การใช้ยาด้านเกลือเลือด การตรวจตาและภาวะแทรกซ้อนอื่น ภาวะความดันโลหิตสูง ใช้เกณฑ์ความดันซิสโตลิกน้อยกว่า 130 มม.ปรอท และความดันไดแอสโตลิกน้อยกว่า 80 มม.ปรอทจึงจะถือว่าควบคุมได้ตามเกณฑ์ วินิจฉัยภาวะไขมันผิดปกติคือ คอเลสเตอรอลมากกว่า 200 มก/ดล.หรือไตรกลีเซอไรด์มากกว่า 150 มก/ดล.หรือเอชดีแอลน้อยกว่า 40 มก/ดล.หรือแอลดีแอลมากกว่า 100 มก/ดล.⁵ วินิจฉัยภาวะแทรกซ้อนทางตาโดยการวินิจฉัยของจักษุแพทย์ วินิจฉัยภาวะแทรกซ้อนทางไตโดยผลเลือดครีเอตินินในชายมากกว่าหรือเท่ากับ 1.5 มก/ดล ในหญิงมากกว่าหรือเท่ากับ 1.3 มก/ดล หรือผลตรวจปัสสาวะพบอัลบูมินมากกว่าหรือเท่ากับ 20 มก/ดล ภาวะแทรกซ้อนทางสมอง หัวใจ ปลายประสาท ได้จากการบันทึกในเวชระเบียน

ผลการศึกษา

มีผู้ป่วยเบาหวานที่มาลงทะเบียนที่ห้องตรวจเบาหวานจำนวน 709 ราย เป็นเพศชาย 264 ราย (ร้อยละ 37.3) เพศหญิง 445 ราย (ร้อยละ 62.7) คิดเป็นอัตราส่วน ชายต่อหญิง 1 ต่อ 1.7 อายุเฉลี่ย 56.3 ± 12.0 ปี พบว่ากลุ่มอายุ 40-60 ปีพบมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 58.5 เป็นผู้ป่วยบัตรประกันสุขภาพมากที่สุดร้อยละ 84.3 ระยะเวลาที่รักษาเบาหวานเฉลี่ย 5.7 ± 5.7 ปี ผู้ป่วยมีดัชนีมวลกายเฉลี่ย 26.4 ± 4.7 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วย

ลักษณะทางคลินิก	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	264	37.2
หญิง	445	62.8

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วย (ต่อ)

ลักษณะทางคลินิก	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
รวม	709	100
อายุ		
น้อยกว่า 40 ปี	34	4.8
40-60 ปี	441	62.2
มากกว่า 60 ปี	234	33
รวม	709	100
สิทธิการรักษา		
บัตรประกันสุขภาพ	598	84.3
ประกันสังคม	10	1.4
เบิกได้	101	14.3
รวม	709	100
ระยะเวลาที่รักษา		
ไม่เกิน 1 ปี	38	5.4
1-5 ปี	422	59.5
6-10 ปี	164	23.2
มากกว่า 10 ปี	85	11.9
รวม	709	100
ดัชนีมวลกาย		
น้อยกว่า 20 กก/ม ²	26	6.0
20.00-24.99 กก/ม ²	153	35.4
25.00-29.99 กก/ม ²	165	38.2
มากกว่า 30 กก/ม ²	88	20.4
รวม	432	100

ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลเฉลี่ย 140.8 ± 35.4 มก/ดล มีการส่งตรวจระดับน้ำตาลสะสมฮีโมโกลบินเอวันซี 595 รายคิดเป็นร้อยละ 83.9 ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลสะสมฮีโมโกลบินเอวันซีเฉลี่ย 7.9 ± 1.7 มีระดับฮีโมโกลบินเอวันซีน้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 ร้อยละ 30.9 ระดับน้ำตาลสะสมฮีโมโกลบินเอวันซีเฉลี่ยมากกว่า 7 ร้อยละ 69 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละการบรรลุเป้าหมาย การรักษาตามเกณฑ์ที่กำหนด

เกณฑ์กำหนดเป้าหมายการรักษา	จำนวนที่ส่ง(ราย)	บรรลุเป้าหมาย(ราย)	ร้อยละ
Fasting plasma glucose<130 mg/dl	709	310	43.7
HbA1c<7%	595	184	30.9
Total cholesterol<200 mg/dl	476	253	53.2
Triglyceride<150 mg/dl	610	261	42.7
HDL cholesterol>40 mg/dl	467	324	69.4
LDL cholesterol<100 mg/dl	634	103	16.2
BP<130/80 mmHg	709	283	39.

ในส่วนของการให้ยาลดระดับน้ำตาลพบว่า มีการใช้ยากลุ่ม Sulfonylurea ร้อยละ 78.7 Metformin ร้อยละ 74.3 (ตารางที่ 3) ผู้ป่วยใช้ยา 1 ชนิดร้อยละ 22.7 ใช้ยา 2 ชนิดร้อยละ 48.4 ใช้ยามากกว่า 2 ชนิดร้อยละ 28.8 มีการใช้ยาฉีดอินซูลินรวมร้อยละ 21.6 ผู้ป่วยร้อยละ 4.5 ใช้การควบคุมอาหารเพียงอย่างเดียว

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละการให้ยาลดระดับน้ำตาลและการใช้ยาฉีดอินซูลิน

ชนิดของยา	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
Sulfonylurea	558	78.7
Metformin	527	74.3
Alpha-glucosidase inhibitor	134	18.9
Thiazolidinedione	47	6.6
Insulin(NPH)	99	13.9
Insulin (Mixed insulin)	55	7.7
Diet	32	4.5
ใช้ยาเม็ด 1 ชนิด	154	21.7
ใช้ยาเม็ด 2 ชนิด	328	46.3
ใช้ยาเม็ด 3 ชนิด	195	27.5
ยาเม็ดร่วมกับยาฉีด	145	20.5

ผู้ป่วยมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกเฉลี่ย 132.3 ± 30.7 มม.ปรอท ความดันไดแอสโตลิกเฉลี่ย 74.9 ± 7.3 มม.ปรอท ควบคุมความดันโลหิตได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 130/80 มม.ปรอท ร้อยละ 39.9 มีผู้ป่วยที่ใช้ยาลดระดับความดันโลหิตเป็นจำนวน 538 รายคิดเป็นร้อยละ 75.9 ยาที่ใช้ในการควบคุมความดันโลหิตมากที่สุดคือ ACEI ร้อยละ 53.8 (ตารางที่ 4) ผู้ป่วยร้อยละ 34 ใช้ยาลดระดับความดันโลหิตเพียง 1 ชนิด ผู้ป่วยร้อยละ 34.3 ใช้ยา 2 ชนิด และผู้ที่ต้องใช้ยาความดันโลหิตมากกว่า 2 ชนิดมีร้อยละ 31.6

ผู้ป่วยมีระดับไขมันผิดปกติ 634 รายคิดเป็นร้อยละ 89.4 ระดับไขมันคอเลสเตอรอลเฉลี่ย 200.5 ± 44.6 มก/ดล ระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์เฉลี่ย 189.1 ± 100.5 มก/ดล ระดับไขมันเอชดีแอลเฉลี่ย 46.9 ± 11.0 มก/ดล ระดับไขมันแอลดีแอลเฉลี่ย 125.2 ± 28.7 มก/ดล พบว่าระดับไขมันแอลดีแอลน้อยกว่า 100 มก/ดล ร้อยละ 16.3

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละการให้ยาลดระดับความดันโลหิต

ชนิดของยาลดความดันโลหิต	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
ACEI	382	53.8
ARB	40	5.6

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละการใช้ยาลดระดับความดันโลหิต (ต่อ)

ชนิดของยาลดความดันโลหิต	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
Calcium channel blocker	151	21.3
Beta-blocker	220	31
Diuretics	249	35.1
Other	85	11.9
ใช้ยา 1 ชนิด	183	34
ใช้ยา 2 ชนิด	185	34.3
ใช้ยามากกว่า 2 ชนิด	170	31.6

มีการส่งตรวจเลือดเพื่อหาค่าครีเอตินินรวม 642 รายคิดเป็นร้อยละ 90.6 ค่าครีเอตินินเฉลี่ย 1.22 ± 0.93 มก/ดล พบว่าผิดปกติ ในชาย ร้อยละ 26.1 ในเพศหญิง ร้อยละ 15.3 มีการตรวจปัสสาวะแบบแถบตรวจเพื่อตรวจระดับอัลบูมินในปัสสาวะจำนวน 432 รายเมื่อผลตรวจปกติมีการส่งตรวจเพื่อหาระดับไมโครอัลบูมินเพิ่มเติม 316 ราย คิดเป็นร้อยละ 73.1 ในจำนวนนี้พบว่า มีระดับไมโครอัลบูมินมากกว่าหรือเท่ากับ 20 มก/ดล 152 รายคิดเป็นร้อยละ 48.1

การตรวจจอประสาทตาที่คลินิกตา มีการส่งตรวจทั้งสิ้น 521 รายคิดเป็นร้อยละ 73.5 มีภาวะแทรกซ้อนทางตา ร้อยละ 22.6 ของจำนวนผู้ป่วยที่ส่งตรวจ ตารางที่ 5

ชนิดของการตรวจ	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
HbA1c	432	60.93
Lipid	634	89.42
Blood creatinine	642	90.55
Urine albumin	432	60.93
Urine microalbumin	316	44.56
ส่งตรวจตา	521	73.48
no DR	403	77.35
non PDR	105	20.15

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนและร้อยละการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการและตรวจตาเพื่อหาภาวะแทรกซ้อน (ต่อ)

ชนิดของการตรวจ	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
PDR	12	2.3
Blindness	1	0.19

ภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดหัวใจโรคเส้นเลือดสมอง ภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาทส่วนปลาย ได้จากบันทึกในเวชระเบียน ทางหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 5.5 ทางหลอดเลือดสมองร้อยละ 6.8 ภาวะหัวใจล้มเหลว ร้อยละ 4.6 ปลายประสาทเสื่อมร้อยละ 9.4 พบโรคร่วมคือโรคไตเรื้อรังเป็นพิษ ร้อยละ 1.7 โรคเกาต์ร้อยละ 0.6 ตารางที่ 6

ตารางที่ 6 แสดงจำนวนและร้อยละของภาวะแทรกซ้อนและโรคที่พบร่วม

ภาวะแทรกซ้อน/โรคร่วม	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
Diabetic nephropathy	212	29.9
Cardiovascular disease	39	5.5
Cerebrovascular disease	48	6.8
Congestive heart failure	33	4.65
Diabetic retinopathy	118	22.6
Peripheral neuropathy	67	9.4
Dyslipidemia	626	88.3
Thyrotoxicosis	12	1.7
Gout	4	0.56

มีผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านเกร็ดเลือด(รวมยา aspirin, clopidogrel, ticlopidine)ทั้งหมด 424 ราย คิดเป็นร้อยละ 59.8 เป็นการป้องกันปฏิกิริยาภูมิแพ้เป็น 316 รายคิดเป็น ร้อยละ 44.5 เป็นการป้องกันทุติยภูมิ 108 รายคิดเป็นร้อยละ 15.2

ตารางที่ 7 แสดงผลการตรวจค่าเฉลี่ยเทียบกับการศึกษาอื่น

ปัจจัยเสี่ยง	รพ.นครพิงค์	รพ.มหาราชนครเชียงใหม่(ห้อง ตรวจเบาหวาน)	งานวิจัย ¹
อายุ(ปี)	56.28±12.01	62±12	58.6±1.3
เพศหญิง	63.77	53	56.9
เพศชาย	37.23	47	43.1
ค่าดัชนีมวลกาย(กก/ม ²)	26.38±4.65	28±5	25.4±0.4
ระยะเวลาที่รักษาเบาหวาน(ปี)	5.72±5.71	10±6	-
FBS	140.8±35.35	143.51	-
HbA1c	7.99±1.73	8.4±1.4	-
Total cholesterol(mg/dl)	200.35±44.64	-	224.74.7
Triglyceride(mg/dl)	189.06±100.49	151±87	-
HDL cholesterol(mg/dl)	46.94±11.02	51±16	41.7±1.1
LDL cholesterol(mg/dl)	125.23±28.69	109±40	-
Systolic BP(mmHg)	132.29±30.74	132±16	127.2±1.8
Diastolic BP(mmHg)	74.88±7.26	77±11	76±1.0
Creatinine(mg%)	1.22±0.93	-	1.11±0.06

ตารางที่ 8 แสดงการเปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนในแต่ละ โรงพยาบาล

ภาวะแทรกซ้อน	รพ.นครพิงค์	รพ.เชียงราย ประชานุเคราะห์	รพ.สวรรค์ ประชารักษ์	รพ.บ้านแพ้ว	รพ.เลิดสิน ⁸
จำนวนผู้ป่วย	709	1293	691	158	420
ภาวะแทรกซ้อนทางไต	29.9	26.68	-	8.23	16.67
ภาวะแทรกซ้อนทางตา	22.64	-	41	30.38	28.8
โรคหลอดเลือดหัวใจ	5.5	13.54	12.9	8.23	11.43
โรคหลอดเลือดสมอง	6.8	9.51	4.1	-	1.19

อภิปราย

ผู้ป่วยในหึ่งตรวจเบาหวานโรงพยาบาลนครพิงค์ มีอายุเฉลี่ย 56.3 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 40-60 ปีใกล้เคียงกับการศึกษาอื่น⁶⁹ อัตราส่วนชายต่อหญิงเท่ากับ 1:1.7 สิทธิการรักษาเป็นสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นส่วนใหญ่เช่นเดียวกับการศึกษาอื่น⁶⁹ ดัชนีมวล

กายมากกว่าหรือเท่ากับ 25 คิดเป็นร้อยละ 58.6 โดยมีค่าเฉลี่ย 26.4 ซึ่งพบว่าใกล้เคียงกับการศึกษาอื่น⁷⁹

การควบคุมระดับน้ำตาลขณะอดอาหารทำได้ตามเกณฑ์ร้อยละ 43.7 มีการส่งตรวจน้ำตาลสะสมฮีโมโกลบินเอวันซีร้อยละ 83.9 พบว่าระดับน้ำตาลสะสมฮีโมโกลบินเอวันซีน้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 มีร้อยละ 30.9 มีความแตกต่างกันในแต่ละการศึกษา⁶⁸

จะเห็นว่าจำนวนผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลขณะอดอาหาร และน้ำตาลสะสมเอวันซีควบคุมได้ตามเกณฑ์ไม่สัมพันธ์กันอาจเนื่องจากการตรวจน้ำตาลสะสมจะตรวจเมื่อผู้ป่วยมาลงทะเบียนที่ห้องตรวจเบาหวาน และในช่วง 4 เดือนแรกของแต่ละปีเท่านั้นซึ่งในช่วงการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการประจำปี ส่วนการตรวจน้ำตาลขณะอดอาหารตรวจได้บ่อยกว่าสาเหตุที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดีอาจเป็นเพราะผู้ป่วยไม่ค่อยตระหนักในการดูแลตนเองเท่าที่ควร ผู้ป่วยบางรายควบคุมอาหารก่อนหน้าที่จะมาพบแพทย์ในช่วงสั้นๆ โอกาสที่ผู้รักษาจะได้แนะนำและเน้นย้ำความสำคัญของน้ำตาลสะสมเอวันซีจึงมีน้อย นอกจากนี้ผู้ป่วยบางส่วนเมื่อใช้ยาเม็ดลดระดับน้ำตาลไม่ได้ผลแล้ว ยังปฏิเสธที่จะใช้ยาฉีดอินซูลินทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี ส่วนการใช้ยาเม็ดลดระดับน้ำตาลพบว่าการใช้ยากลุ่ม sulfonylurea มากที่สุดคือร้อยละ 78.7 ส่วนยา metformin มีการใช้ร้อยละ 74.3 แตกต่างจากการศึกษาอื่น⁶ ที่ใช้ยา metformin มากที่สุดอาจเนื่องจากการเก็บข้อมูลเก็บเป็นกลุ่ม sulfonylurea ซึ่งรวมยา glibenclamide, glipizide, gliclazide เอาไว้ด้วยกันทั้งหมด พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 48.8 ใช้ยาเบาหวาน 2 ชนิดในการควบคุมระดับน้ำตาล มีผู้ป่วยถึงร้อยละ 20.5 ที่จำเป็นต้องใช้อินซูลินร่วมกับยาเม็ดในการรักษา และมีผู้ป่วยที่คุมระดับน้ำตาลโดยไม่ใช้ยาร้อยละ 4.5 ใกล้เคียงกับการศึกษาอื่น^{6,10}

พบภาวะความดันโลหิตสูงร่วมด้วยเป็นจำนวนมากแต่การควบคุมความดันโลหิตให้ได้ตามเกณฑ์ (น้อยกว่า 130/80 มม.ปรอท) ทำได้เพียงร้อยละ 39.9 ใกล้เคียงกับการศึกษาอื่น¹⁰ พบว่ามีผู้ป่วยที่ใช้ยาลดความดันโลหิต 1 ชนิด, 2 ชนิดและ มากกว่า 2 ชนิด เท่าๆกันคือประมาณ 1 ใน 3 พบว่ายาที่เลือกใช้มากที่สุดคือ ACEI ร้อยละ 53.8 ใกล้เคียงกับการศึกษาอื่น⁶

การควบคุมระดับไขมันในเลือดพบว่ามีการควบคุมระดับไขมันชนิดปกติร้อยละ 88.3 มีระดับคอเลสเตอรอลเฉลี่ย 200.4 มก/ค.ล ค่าไตรกลีเซอไรด์เฉลี่ย 189.1 มก/ค.ล ค่าเอชดีแอลเฉลี่ย 46.9 มก/ค.ล ค่าแอลดีแอลเฉลี่ย 125.2 มก/ค.ล แตกต่างกันไปในแต่ละการศึกษา^{7,8,10} อาจเป็นจากสภาพอาหารประจำท้องถิ่นและการปรับยา ยังทำไม่ได้ตามเป้าหมายและเมื่อดูเฉพาะค่าไขมันแอลดีแอลให้ได้ตามเกณฑ์น้อยกว่า 100 มก/ค.ล พบว่าทำได้เพียงร้อยละ 16.3 น้อยกว่าการศึกษาอื่น^{6,10} ซึ่งคงเป็นเหตุผลเช่นเดียวกับข้างต้น

มีการส่งตรวจเลือดครีเอตินีนคิดเป็นร้อยละ 90.6 ค่าครีเอตินีนเฉลี่ย 1.2 มก/ค.ล ถ้าดูเฉพาะค่าครีเอตินีนที่ผิดปกติ (ค่าผิดปกติในเพศชายมากกว่าหรือเท่ากับ 1.5 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ในเพศหญิงมากกว่าหรือเท่ากับ 1.3 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) พบว่าในเพศชายผิดปกติร้อยละ 26.1 เพศหญิงผิดปกติร้อยละ 15.3 ใกล้เคียงกับการศึกษาอื่น^{6,10} และเมื่อดูการตรวจปัสสาวะพบว่าการได้รับการตรวจปัสสาวะหาระดับอัลบูมิน 432 ราย แต่เมื่อทราบผลเป็นลบ แพทย์มีการส่งตรวจไมโครอัลบูมินเพิ่มเติมเพียง 316 ราย และในจำนวนนี้พบว่ามีค่าไมโครอัลบูมินมากกว่าหรือเท่ากับ 20 มก/ค.ล ถึง 152 รายคิดเป็นร้อยละ 48.1 จะเห็นว่าถ้าไม่ได้รับการตรวจไมโครอัลบูมินเพิ่มเติม ผู้ป่วยประมาณครึ่งหนึ่งจะไม่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะแทรกซ้อนทางไตจากเบาหวานและจะได้รับการรักษาช้าเกินไป

ผู้ป่วยได้รับการตรวจตาโดยจักษุแพทย์ร้อยละ 73.3 พบว่าทำได้มากกว่าการศึกษาอื่น^{6,10} มีโรคแทรกซ้อนทางตาร้อยละ 22.4 พบน้อยกว่าการศึกษาอื่น⁷⁻⁹ อาจเป็นเพราะจักษุแพทย์ได้จัดห้องตรวจตาเฉพาะสำหรับผู้ป่วยเบาหวานทำให้ตรวจได้มากและวินิจฉัยภาวะเบาหวานขึ้นตาได้เร็ว

การใช้ยาด้านเกร็ดเลือดร้อยละ 59.8 เป็นการป้องกันแบบปฐมภูมิคิดเป็นร้อยละ 44.5 พบว่ามีการใช้ยาด้านเกร็ดเลือดน้อยกว่าเมื่อเทียบกับการศึกษาอื่น¹⁰ ซึ่งส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะทางโรงพยาบาลไม่มียาแอสไพรินแบบเม็ดเคี้ยว เมื่อผู้ป่วยมีอาการการระคายเคืองกระเพาะอาหารจึงจำเป็นต้องหยุดยาไป

ในการศึกษานี้พบว่าโรคหรือภาวะแทรกซ้อนทางไตมากที่สุดร้อยละ 29.9 พบมากกว่า การศึกษาอื่น⁶⁻⁹ อาจเป็นเพราะในการศึกษานี้ใช้เกณฑ์ที่ระดับไมโครอัลบูมินมากกว่าหรือเท่ากับ 20 มก/ดล เพื่อวินิจฉัยส่วนภาวะแทรกซ้อนอื่นพบใกล้เคียงกัน ภาวะแทรกซ้อนทางตาพบร้อยละ 22.6 โรคปลายประสาทเสื่อมร้อยละ 9.4 โรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 6.8 โรคหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 5.5 นอกจากนี้พบโรคที่มักเกิดร่วมในกลุ่มโรคต่อมไร้ท่อคือไทรอยด์เป็นพิษร้อยละ 1.7 และพบโรคเก๊าท์ร่วมด้วยร้อยละ 0.6

จากตารางที่ 5 จะเห็นว่าการส่งตรวจประจำปีเพื่อหาภาวะแทรกซ้อนแต่ละระบบมีการส่งตรวจแตกต่างกัน ผู้ป่วยบางรายไม่มีการส่งตรวจประจำปีเลย บางรายส่งไม่ครบถ้วน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการตรวจเท้ามีการบันทึกไว้เฉพาะในรายที่ผิดปกติเท่านั้นจึงไม่สามารถทราบจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการตรวจเท้า แม้ว่าโรงพยาบาลนครพิงค์จะไม่ได้ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการและตรวจตาประจำปีได้ครบทุกคน แต่เมื่อวิเคราะห์แยกตามจำนวนคนไข้ที่ได้รับการส่งตรวจพบว่าผลที่ได้ใกล้เคียงกับการศึกษาอื่น และภาวะแทรกซ้อนที่พบไม่ได้มากกว่าการศึกษาอื่นที่เคยทำมาก่อนหน้านี้⁶⁻¹⁰

สรุป

จากผลการศึกษาพบว่าแม้จะเป็นการตรวจในห้องตรวจเบาหวานซึ่งมีความหลากหลายน้อยกว่า

ห้องตรวจอายุรกรรมแต่ก็พบว่ายังต้องปรับปรุงการรักษาให้ได้ตามเกณฑ์ ทั้งการควบคุมระดับน้ำตาลระดับไขมัน ระดับความดันโลหิต การตรวจเท้าโดยละเอียดรวมทั้งต้องเน้นการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการประจำปี นอกจากนี้ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบกับผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจในห้องตรวจเบาหวาน และห้องตรวจอายุรกรรมทั่วไปว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่เพียงใด

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์ชัชวาลย์ ศิริรินทร์ผู้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพิงค์ และแพทย์หญิงทิพย์ แสนไชย หัวหน้ากลุ่มงานอายุรกรรมที่อนุญาตและสนับสนุนให้ทำการศึกษาและเผยแพร่ข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. Sritara P, Cheepudomwit S, Chapman N , et al. Twelve-year changes in vascular risk factors and their associations with mortality in a cohort of 3,499 Thais: the Electricity Generating Authority of Thailand study. Int J Epidemiol 2003;32:461-468.
2. Wichai A, Ronald P, Bruce Neal. The Prevalence and management of Diabetes in Thai Adults .Diabetes Care 2003;26:2758-2763
3. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes-2006. Diabetites Care 2006; 29:S4-42
4. Joint National Committee on Prevention Detection Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. Seventh Report. U.S.Department of Health and Human Services. National Institutes of Health, National Heart, Lungs and Blood Institutes, National High

Blood Pressure Education Program.NIH publication No.03-5233. 2003;1-34

5. Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults: Executive Summary of The Third Report of the National Cholesterol Education Program(NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). JAMA 285:2486-2497,2001

6. สำริง สีแก้ว. การดูแลรักษาผู้ป่วยโรค เบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลเชิงราชประชานุเคราะห์. ลำปางเวชสาร 2548;26(1):68-80

7. Santibhavank P. Type 2 Diabetes mellitus in Nkhon Sawan Province. Intern Med 1999;15:1-5

8. ไยรรณ ณะมัย. การควบคุมเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาล เลิดสิน. วารสารกรมการแพทย์ 2538; 20(4):147-154

9. พิชัย สิริเวชฎารักษ์. ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในโรงพยาบาล บ้านแพ้ว. วารสารกรมการแพทย์ 2539;21(11):377-385

10. ทรรดลักษ์ณ์ ทองหงษ์. การบรรจุเป้าหมาย ในการดูแลรักษาโรคเบาหวานในสถานบริการระดับต่างกัน ในจังหวัดเชียงใหม่.วิทยานิพนธ์