



แดจเทียน

The Diabetes Educator Newsletter

Vol. 23 No. 1 January - March 2021 ปีที่ 23 ฉบับที่ 1 มกราคม - มีนาคม 2564



DM and It's Complications





แสงเทียน

The Diabetes Educator Newsletter

วัตถุประสงค์

- เป็นจดหมายข่าวทุก 3 เดือน จัดทำเพื่อเผยแพร่กิจกรรมของสมาคมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน
- เป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารงานวิจัยและการสอนเกี่ยวกับโรคเบาหวาน
- เป็นสื่อกลางแลกเปลี่ยนข่าวสาร ความคิดเห็นระหว่างสมาคมและสมาชิก

พันธกิจ
มุ่งมั่นให้ความรู้
ที่มีมาตรฐาน
เพื่อคุณภาพชีวิต

สวัสดิ์ดีค่ะ

สมาชิกแสงเทียนทุกท่าน

สภกราชปี 2564 หรือ
ปีใหม่ไทย เจียบเหงาซบเซา เนื่องจาก
สถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อ
ไวรัสโคโรนา โควิด 19 ซึ่งสถานการณ์
ในประเทศไทยขณะนี้ ได้เพิ่มความ
รุนแรงและรวดเร็วเกินคาด



แม้จะมีการฉีดวัคซีนแล้วก็ควรตระหนักไว้ว่า การได้รับวัคซีน
ครบ 2 โดส แคลดความรุนแรงการติดเชื้อ แต่ไม่ได้ป้องกันการติดเชื้อ
เพราะเข็มแรกกระตุ้นภูมิคุ้มกัน ปริมาณภูมิคุ้มกันจะสูงขึ้นเมื่อฉีด
เข็มที่ 2 ถึงอย่างนั้นก็ต้องไม่ละเลยการสวมหน้ากากอนามัย
โดยเฉพาะเมื่อต้องออกนอกบ้าน ล้างมือบ่อยๆ กินร้อนช้อนใครช้อนมัน
เว้นระยะห่าง 2 เมตร ก็จะลดการติดเชื้อช่วยป้องกันการโควิด 19 ได้

ไม่ว่าเราจะต้องต่อสู้กับโควิด 19 อีกนานเท่าไรก็ตาม สมาคม
ผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน ก็ยังคงเดินหน้าให้ความรู้ในการจัดอบรม
เพื่อพัฒนา Diabetes Educator เพื่อเตรียมสอบ CDE ในปีนี้

นอกจากนี้ ทางทีมงานแสงเทียนก็จะพยายาม Update
ความรู้ด้านเบาหวานให้แก่สมาชิก เพื่อเพิ่มศักยภาพในการทำงาน
ให้เป็นที่ยอมรับของนานาชาติประเทศ

แสงเทียนฉบับนี้ขอขอบคุณ ศ.พญ.สิริมนต์ รุ่งตระกูล
ประเทืองธรรม รศ.พญ.ธาริกันต์ สุจิระกุล พ.ญ.พรรณทิพย์ ต้นติงษ์
พญ.อารยา ทองผิว และ พว.นัตยา ตั้งคะวชิรานนท์ ที่สละเวลา
เขียนบทความที่น่าสนใจและ Update แก่สมาชิกของเรา

แสงเทียนขอให้สมาชิกทุกท่านปลอดภัยจากการติดเชื้อ
โควิด-19


ศัลยา คงสมบูรณ์เวช

Contents

3 DM Highlight

ภาวะแทรกซ้อนทางตา
จากโรคเบาหวาน

7 DM Update

โรคร่วมที่พบบ่อย
ในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 1

12 บทความ แบ่งปันประสบการณ์

ประสบการณ์จากการสอน
วิชาเวชศาสตร์บูรณาการ
โรค Non-communicable
diseases (NCDs)

18 พี่สอนน้อง เตรียมสอบ CDE

21 2 นาที กับเปลวเทียน

จากข่าวสารเป็นความรู้
เชื้อไวรัสโคโรนา กับโรคเบาหวาน

อย่าลืม update ที่อยู่หรือ Email
ของท่าน เพื่อรักษาสิทธิประโยชน์ของท่าน
กรุณา Update ที่อยู่หรือที่ทำงานมายัง
Email : thaide1998@yahoo.co.th



DM HIGHLIGHT

รศ.พญ.ธาริกานต์ สุจิระกุล

หน่วยจักษุประสาทและน้ำวุ้นตาภาควิชาจักษุวิทยา
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

ภาวะแทรกซ้อนทางตา จากโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานถือเป็นโรคที่มีความเกี่ยวข้องกับทางตาอย่างมาก เนื่องจากเป็นสาเหตุของตาบอดที่สามารถป้องกันได้ อันดับต้นๆ ของประชากรโลก และแนวโน้มประชากรโรคที่ป่วยด้วยโรคนี้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งพบในคนอายุน้อยมากขึ้นเรื่อยๆ ดังนั้นการตรวจคัดกรองเบาหวานขึ้นตาเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาเบาหวานขึ้นตาอย่างเหมาะสมก่อนที่จะเกิดการสูญเสียการมองเห็นและคุณภาพชีวิต จึงเป็นเรื่องที่ท้าทายและมีความสำคัญอย่างมากในการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานแบบองค์รวม¹

เบาหวานขึ้นตาจัดเป็นหนึ่งในภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของเบาหวานทั้ง Type 1 และ Type 2 นอกเหนือไปจาก ภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท (diabetic neuropathy) และไต (diabetic nephropathy) จากการศึกษาในประเทศอเมริกา The Wisconsin Epidemiologic study of Diabetic Retinopathy (WESDR) พบว่า 99% ของผู้ป่วย Type 1 DM และ 60% ของ Type 2 DM จะมีภาวะเบาหวานขึ้นตา เมื่อผ่านไป 20 ปีนับแต่เริ่มเป็นเบาหวาน และพบเบาหวานขึ้นตาขั้นรุนแรงจนเกิดพังผืดและเส้นเลือดงอกผิดปกติ (Proliferative diabetic retinopathy) ได้ถึง 50 % ในผู้ป่วย Type 1 และ 25% ใน Type 2 จากการศึกษาในประเทศไทยพบว่าประมาณ 1 ใน 4 ของผู้ป่วยเป็นเบาหวานมีภาวะเบาหวานขึ้นตาร่วมด้วยแล้ว^{1,2}

พยาธิสภาพของเบาหวานขึ้นตาเกิดจากการที่

เส้นเลือดฝอยสัมผัสกับระดับน้ำตาลที่สูงมาเป็นระยะเวลานานจนทำให้มีพยาธิสภาพเปลี่ยนไป โดยเริ่มแรกจะมีการหนาตัวของผนังเส้นเลือดฝอยร่วมกับ pericytes ซึ่งเป็นเซลล์ที่ช่วยให้ความแข็งแรงของเส้นเลือดฝอยมีจำนวนลดลง ทำให้เส้นเลือดไม่แข็งแรงเกิดการรั่วและแตกได้ และหากการหนาตัวเป็นมากขึ้นจนทำให้เกิดการอุดตันของเส้นเลือดจะส่งผลให้เซลล์ต่างๆ ในชั้นจอประสาทตาขาดเลือด ซึ่งเซลล์ที่ขาดเลือดนี้จะหลั่งสารต่างๆ ออกมา ที่สำคัญ ได้แก่ Vascular endothelial growth factors (VEGF) ซึ่งหากมีปริมาณมากพอจะสามารถกระตุ้นให้เกิดเส้นเลือดงอกผิดปกติได้³

ภาวะเบาหวานขึ้นตาสามารถแบ่งตามลักษณะและความรุนแรงที่ตรวจพบ ได้เป็น 2 ชนิด คือ

1. Non-proliferative diabetic retinopathy (NPDR)

เป็นภาวะที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของเส้นเลือดที่จำกัดอยู่ในชั้นจอประสาทตาเท่านั้น โดยยังไม่มีการงอกของเส้นเลือดใหม่ (neovascularization หรือ NV) ความผิดปกติที่พบในระยะนี้ ได้แก่

ผนังเส้นเลือดฝอยโป่งพอง (microaneurysm) จุดเลือดออก และจุดไขมันที่สะสมอยู่ในชั้นจอประสาทตา

ชั้นเส้นใยของจอประสาทตาขาดเลือดซึ่งจะตรวจพบรอยโรคที่มีลักษณะสีขาวคล้ายสำลี (cotton wool spot) อยู่ในชั้นผิวของจอประสาทตา เป็นต้น

2. Proliferative diabetic retinopathy (PDR)

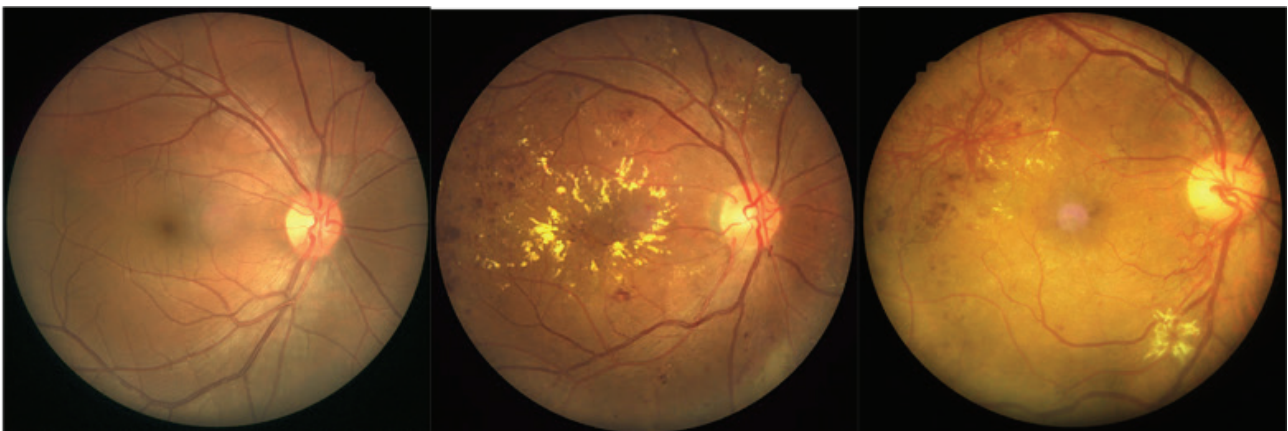
เมื่อเบาหวานขึ้นตาเป็นมากขึ้น ส่งผลให้เกิดการขาดเลือดมากขึ้นจนทำให้จอตาตอบสนองโดยการสร้างเส้นเลือดและพังผืดขึ้นใหม่ (neovascular membrane ; NV) เส้นเลือดและพังผืดนี้จะงอกทะลุขึ้นไปเหนือจอประสาทตาเพื่อเกาะเกี่ยวกับเยื่อหุ้มวุ้นตา ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงตามมา

ผู้ป่วยที่ตรวจพบว่ามีเบาหวานขึ้นตาในระดับ PDR นี้ ควรได้รับการรักษาโดยเร็ว เนื่องจากหากปล่อยทิ้งไว้ ผู้ป่วย

มีโอกาสจะสูญเสียการมองเห็นจากภาวะแทรกซ้อน อันได้แก่

- เลือดออกในวุ้นตา Vitreous hemorrhage เส้นเลือดที่เกิดขึ้นใหม่ จะเปราะ เมื่อเกิดการฉีกขาดจะทำให้เกิดตามัวขึ้นเฉียบพลัน

- จอประสาทตาดึงรั้งหลุดลอก Tractional retinal detachment เส้นเลือดที่งอกใหม่นี้จะมาพร้อมกับ fibrous membrane ซึ่งหากมีการหดรั้งรุนแรงจะดึงจอประสาทตาให้หลุดลอก และเกิดการสูญเสียการมองเห็นถาวร ได้หากไม่ได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว



รูปที่ 1. (ซ้าย) ภาพถ่ายจอประสาทตาในคนปกติ (กลาง) ภาพถ่ายจอประสาทตาในผู้ป่วยเบาหวานขึ้นตาชนิดที่ยังไม่มีเส้นเลือดงอกผิดปกติ แสดงให้เห็นถึงจุดเลือดออกและไขมันสะสมที่จอประสาทตา (ขวา) ภาพถ่ายจอประสาทตาในผู้ป่วยเบาหวานขึ้นตารุนแรงที่มีการงอกของเส้นเลือดและพังผืด (ลูกศร) แต่ยังไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากเส้นเลือดที่งอกผิดปกติ



รูปที่ 2. (ซ้าย) ภาพถ่ายจอประสาทตาหลังได้รับการรักษาด้วยการยิงเลเซอร์ในผู้ป่วยเบาหวานขึ้นตาก่อนที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนจากเส้นเลือดงอกผิดปกติ (กลาง) เลือดออกหน้าจอประสาทตาและน้ำวุ้นตาจากเส้นเลือดงอกผิดปกติ (ขวา) จอประสาทตาดึงรั้งหลุดลอกจากเส้นเลือดและพังผืด

เนื่องจากผู้ป่วยที่มีเบาหวานขึ้นตาส่วนมากจะยังไม่มีอาการผิดปกติหรือมีระดับการมองเห็นลดลงเพียงเล็กน้อย หากรอจนผู้ป่วยเริ่มมีอาการตามัว ก็มักพบว่าเป็นเบาหวานขึ้นตาขั้นรุนแรง จนเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ยากต่อการรักษา ให้กลับมามองเห็นดีขึ้น ดังนั้นการตรวจคัดกรองเบาหวานขึ้นตาจึงเป็นเรื่องที่สำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อให้ผู้ป่วยจะได้รับการวินิจฉัยและรับให้การรักษาป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยสูญเสียการมองเห็นอย่างถาวร

โดยทั่วไปแล้วจะเริ่มทำการตรวจคัดกรองเบาหวานขึ้นตาในผู้ป่วย Type 1 DM ที่ 3 ปี ภายหลังได้รับการวินิจฉัย และ ทำการคัดกรองผู้ป่วย Type 2 DM นับตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัย⁴

นอกเหนือจากระดับน้ำตาลในเลือด และระยะเวลาการเป็นเบาหวาน ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญในการเกิดเบาหวานขึ้นตาแล้ว การตั้งครรภ์ถือเป็นอีกปัจจัยที่ทำให้เบาหวานขึ้นตาเป็นมากขึ้น ดังนั้นผู้เป็นเบาหวานที่ตั้งครรภ์จึงต้องได้รับการตรวจตาเพื่อเตรียมพร้อมก่อนตั้งครรภ์ และ ตรวจซ้ำภายใน 3 เดือนแรกของการตั้งครรภ์

แม้ว่าการตรวจคัดกรองโดยจักษุแพทย์จะเป็นวิธีที่เป็นมาตรฐาน แต่เนื่องจากผู้เป็นเบาหวานสะสมมีเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ทำให้ปัญหาการสั่งสมและเกิดการล่าช้าของการคัดกรองผู้ป่วยโดยจักษุแพทย์ จึงมีการนำภาพถ่ายจอประสาทตามาใช้คัดกรองซึ่งพบว่าได้ผลดีใกล้เคียงกับการตรวจคัดกรองโดยจักษุแพทย์ ซึ่งการตรวจคัดกรองโดยถ่ายภาพจอประสาทตานี้มีความรวดเร็วสามารถใช้ตรวจคัดกรองผู้ป่วยปริมาณมากได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้คัดกรองผู้เป็นเบาหวานขึ้นตาในระบบสุขภาพที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาจากจักษุแพทย์ได้เร็วขึ้น นอกจากนี้ยังเริ่มพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ร่วมกับสมาร์ตโฟนเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถถ่ายภาพจอประสาทตาได้ด้วยตัวเอง ร่วมกับการพัฒนา Artificial intelligence (AI) เพื่อนำมาใช้แปลผลภาพถ่ายจอประสาทตาแทนบุคลากรทางการแพทย์อีกด้วย⁵

สาเหตุหลักที่ทำให้ผู้เป็นเบาหวานขึ้นตามีการมองเห็นลดลง ได้แก่

- จุดรับภาพบวม Diabetic macular edema (DME) ซึ่งพบได้บ่อยที่สุด เจอได้ในทุกระยะของเบาหวานขึ้นตา

- การขาดเลือดที่จุดรับภาพ (Macular ischemia)
- ภาวะแทรกซ้อนจากเส้นเลือดที่งอกใหม่ ดังที่ได้กล่าวมาแล้ว

หลักการรักษาเบาหวานขึ้นตาที่สำคัญคือ การควบคุมโรคเบาหวานและโรคแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องอื่นๆ ให้ดี ร่วมกับให้การรักษาทางตาควบคู่กันไป¹

การรักษาทาง systemic ได้แก่

- ควบคุมระดับน้ำตาล จากการศึกษาพบว่า การควบคุมระดับ A1C < 7% สามารถลดอัตราการเกิดเบาหวานขึ้นตา และสามารถชะลอการดำเนินโรคได้
- ควบคุมความดันโลหิต
- ควบคุมระดับไขมันในเลือด

การรักษาทางตาเพื่อฟื้นฟูหรือป้องกันการสูญเสียการมองเห็น ได้แก่

การรักษาภาวะจุดรับภาพบวม (Diabetic macular edema)

- การฉีดยาเข้าในน้ำวุ้นตา ถือเป็นวิธีที่ดีที่สุดในปัจจุบัน โดยยาหลักที่ใช้คือ Anti-Vascular endothelial growth factors (Anti-VEGF) เนื่องจาก VEGF เป็นสารที่สำคัญที่ทำให้เกิดการรั่วของเส้นเลือด ยาในกลุ่มนี้ ได้แก่ Bevacizumab, Ranibizumab และ Aflibercept เป็นต้น เนื่องจากยามีฤทธิ์ 1-2 เดือน ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องได้รับการฉีดยาทุก 1-2 เดือน จนกว่าโรคจะสงบ นอกจากนี้ยังมีการฉีดยากลุ่มสเตียรอยด์ในผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนอง หรือมีข้อห้ามในการใช้ Anti-VEGF

- Laser photocoagulation เป็นการใช้เลเซอร์ยิงเพื่อช่วยลดการบวมของจุดรับภาพ

การรักษาภาวะเบาหวานขึ้นตาระยะที่มีเส้นเลือดงอกผิดปกติ (Proliferative Diabetic Retinopathy; PDR)

- การยิงเลเซอร์ Panretinal photocoagulation ซึ่งเป็นวิธีรักษาหลักในประเทศไทย เป็นการยิงเพื่อทำลายเซลล์จอประสาทตาส่วนรอบนอกที่สำคัญน้อยกว่า เพื่อลดการขาดเลือดและลดจำนวน VEGF ที่ผลิตออกมา ซึ่งจะส่งผลทำให้เส้นเลือดที่งอกผิดปกติฝ่อไป เพื่อลดโอกาสเกิดเลือดออกในวุ้นตาและจอประสาทตาถึงรังหลุดลอก ภายหลังได้รับการรักษาด้วยการยิงเลเซอร์ผู้ป่วยจะมีลานสายตาแคบลง และการมองเห็นในที่มืดลดลงอย่างเลี่ยงไม่ได้

- การฉีดยา Anti-VEGF เข้าในลูกตา ปัจจุบันพบว่า สามารถใช้รักษา PDR ในผู้ป่วยที่ยังไม่มีจอประสาทตาดีรังได้ ข้อเสียคือยามีฤทธิ์อยู่ประมาณ 1-2 เดือน ดังนั้นผู้ป่วยต้องได้รับการฉีดยาเป็นระยะๆ และหากหยุดฉีดยาเส้นเลือดก็จะกลับมางอกใหม่ได้
- การผ่าตัดนำวุ้นตาและลอกพังผืดใช้ในกรณีที่มีภาวะแทรกซ้อนเลือดออกในวุ้นตาหรือจอประสาทตาดีรังหลุดลอกแล้ว

ตารางที่ 1 สรุประยะเวลาการตรวจติดตามเบาหวานจำแนกตามระยะของเบาหวานขึ้นตา

Stage of DR	Findings	Follow up time
No DR	ปกติ	1 ปี
Mild NPDR	Microaneurysms	6-12 เดือน
Moderate NPDR	Hemorrhage, Hard exudate, Cotton wool spots	6 เดือน
Severe NPDR	ตรวจพบลักษณะร่วมต่อไปอย่างน้อย 1 อย่าง Severe retina hemorrhage Venous beading Intraretinal microvascular abnormalities	3-4 เดือน
PDR	Any proliferative fibrovascularization (NVD or NVE or NVI)	ให้การรักษา
Diabetic Macular Edema	มีการบวมที่จอตารับภาพ	ให้การรักษา

นอกเหนือจากภาวะแทรกซ้อนที่จอประสาทตาแล้วยังพบว่าภาวะเบาหวานเป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงของการเกิดต่อกระเจก และต้อหินอีกด้วย

บทสรุป

การดูแลรักษาผู้เป็นเบาหวาน ให้ได้ผลดีและป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางตา เพื่อที่จะคงคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยไว้ ต้องอาศัยความร่วมมือกันจากสหสาขาวิชาชีพในระบบสุขภาพ โดยเฉพาะการนำเทคโนโลยีมาใช้นพัฒนาระบบคัดกรองให้มีประสิทธิภาพเพื่อให้สามารถครอบคลุมผู้เป็นเบาหวานให้ได้มากที่สุด เพื่อที่จะสามารถให้การดูแลรักษาและป้องกันผู้เป็นเบาหวานขึ้นตาไม่ให้เกิดการสูญเสียการมองเห็นอย่างถาวร

References

1. Chua J, Lim CXY, Wong TY, Sabanayagam C. Diabetic Retinopathy in the Asia-Pacific. Asia Pac J Ophthalmol. 2018;7(1):3-16.
2. Jongsareejit A, Potisat S, Krairittichai U, et al. The Thai DMS Diabetes Complications (DD.Comp.) Project: prevalence and risk factors of diabetic retinopathy in Thai patients with type 2 diabetes mellitus. J Med Assoc Thai. 2013;96(11):1476-82.
3. Wang W, Lo ACY. Diabetic Retinopathy: Pathophysiology and Treatments. Int J Mol Sci. 2018;19(6):1816.
4. Basic and clinical science course. Diagnostic approach to retinal disease. Retina and vitreous. San Francisco: American Academy of Ophthalmology; 2016-2017.
5. Goh JK, Cheung CY, Sim SS, Tan PC, Tan GS, Wong TY. Retinal Imaging Techniques for Diabetic Retinopathy Screening. J Diabetes Sci Technol. 2016;10(2):282-94.



DM UPDATE

ศ.พญ. สิริมนต์ รัตตะกุล ประเทืองธรรม

Professor of Medicine, University of Illinois at Chicago, USA

นักวิชาการอาคันตุกะ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

โรคร่วมที่พบบ่อย ในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 1

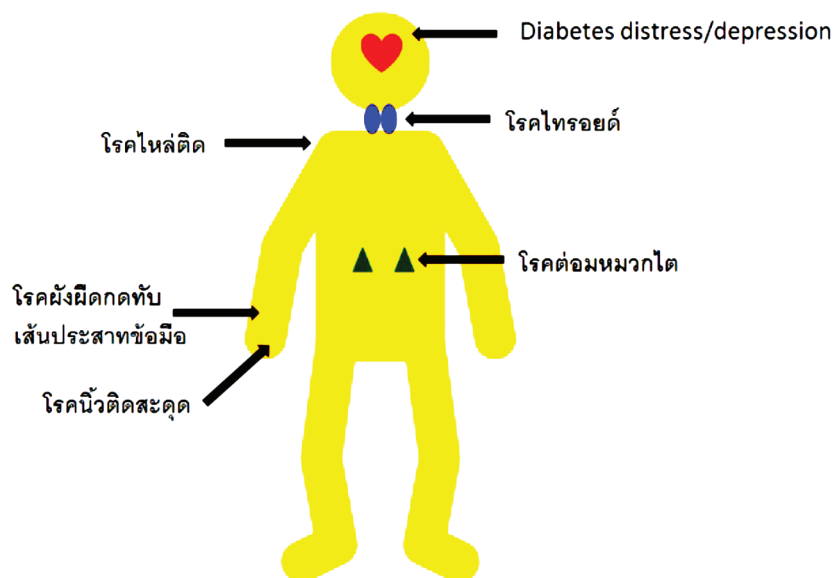
สวัสดีค่ะ ฉบับนี้จะไม่พูดถึงเรื่องเบาหวานโดยตรงนะคะ แต่ขอเอาเรื่องเกี่ยวกับโรคร่วมที่พบบ่อยในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 1 มาคุยให้ฟัง เพื่อเพิ่มความเข้าใจในอาการต่างๆ ของคนไข้เราได้มากขึ้นค่ะ (รูปที่ 1)

1. โรคของต่อมไทรอยด์

ต่อมไทรอยด์เป็นอวัยวะรูปคล้ายผีเสื้อ อยู่ด้านหน้าของคอ และด้านล่างของกล่องเสียง มีหน้าที่ผลิต

ฮอร์โมนไทรอยด์ ซึ่งมีหน้าที่หลายอย่าง เช่น ควบคุมการเผาผลาญพลังงาน การเต้นของหัวใจ ควบคุมอุณหภูมิร่างกาย การขับถ่าย และอื่นๆ อีกมาก โรคไทรอยด์มีหลายชนิด กลุ่มที่พบบ่อยในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 1 คือ ความผิดปกติของการสร้างฮอร์โมนไทรอยด์ คือ สร้างน้อยเกินไป หรือ สร้างมากเกินไป โดยพบได้ถึง 17-30% และพบบ่อยในผู้หญิง มีสาเหตุมาจากการที่ร่างกายสร้าง แอนติบอดี หรือภูมิคุ้มกัน ที่มาทำปฏิกิริยาต่อต่อมไทรอยด์ของตัวเอง ทำให้มีการทำงานที่

รูปที่ 1



จาก <http://www.pngall.com/wp-content/uploads/2018/04/Body-High-Quality-PNG-180x180.png>

ผิดปกติไป (ซึ่งเป็นโรค autoimmune disease เช่นเดียวกับเบาหวานชนิดที่ 1 นั่นเอง) โดยไม่มีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือด เนื่องจากเป็นโรคที่พบบ่อยจึงควรมีการตรวจเลือดระดับฮอร์โมนไทรอยด์อย่างสม่ำเสมอ (1 ครั้ง/ปี)

โรคต่อมไทรอยด์ทำงานลดลง (hypothyroidism) ผู้ป่วยจะมีอาการเนื่องจากมีการเผาผลาญพลังงานลดลง เป็นอาการทั่วไปไม่จำเพาะ เช่น รู้สึกขี้หนาว น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ผิวแห้ง ท้องผูก อาจมีหลงลืม ซึมเศร้า ประจำเดือนไม่ปกติ เป็นต้น การวินิจฉัยทำได้ด้วยการตรวจเลือดระดับฮอร์โมนไทรอยด์ และระดับแอนติบอดี ส่วนการรักษาทำได้โดยการกินยาฮอร์โมนทดแทนทุกวัน ซึ่งไม่มีผลข้างเคียง และควรตรวจเลือดซ้ำอีก 2 เดือนเพื่อปรับขนาดยาให้เหมาะสม หากผลปกติแล้วสามารถตรวจเลือดซ้ำทุก 1 ปี

ต่อมไทรอยด์ทำงานเพิ่มขึ้น หรือเป็นพิษ (Hyperthyroidism) ผู้ป่วยจะมีอาการเนื่องจากมีการเผาผลาญพลังงานเพิ่มขึ้น เช่น รู้สึกร้อน เหงื่อออกมาก หัวใจเต้นเร็ว มือสั่น กังวล นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย น้ำหนักลดทั้งที่ทานอาหารมากขึ้น ถ่ายอุจจาระบ่อยขึ้น ประจำเดือนไม่ปกติ อาจมีต่อมไทรอยด์โต และมีอาการทางตา เช่น ตาโปน น้ำตาไหล เนื่องจากแอนติบอดีสามารถทำปฏิกิริยากับกล้ามเนื้อตาได้ การวินิจฉัยทำได้ด้วยการตรวจเลือดระดับฮอร์โมนไทรอยด์ และระดับแอนติบอดี รวมทั้งพบจักษุแพทย์หากมีอาการทางตา การรักษาสามารถทำได้โดยการกินยาลดระดับฮอร์โมน แต่หากไม่หาย อาจต้องรักษาด้วยการกลืนน้ำแร่หรือการผ่าตัด ซึ่งสองวิธีหลังนี้ ผู้ป่วยอาจมีภาวะไทรอยด์ทำงานลดลงได้และต้องกินยาฮอร์โมนไทรอยด์ทดแทนไปตลอดชีวิต

2. โรคต่อมหมวกไตทำงานบกพร่อง (adrenal insufficiency)

ต่อมหมวกไต เป็นอวัยวะรูปหมวก อยู่ด้านบนของไต ทั้งสองข้าง มีหน้าที่ผลิตฮอร์โมนสเตียรอยด์ ที่ช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ระบบการสร้างไขมัน ระดับความดันโลหิต และต่อสู้กับการติดเชื้อ เป็นต้น โรคต่อมหมวกไตทำงานบกพร่องที่พบในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 1 มักมีสาเหตุมาจากการที่ร่างกายสร้าง แอนติบอดี หรือ ภูมิคุ้มกัน

ต่อต่อมหมวกไต และอาจเกิดจากสาเหตุอื่นๆ ได้ โรคนี้พบได้ไม่บ่อยนัก และไม่มีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือด

อาการที่พบได้ เช่น สิวคล้ำขึ้น เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย น้ำหนักลด ระดับความดันโลหิตต่ำ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ มีความอยากเกลือ (salt craving) เป็นต้น วินิจฉัยโดยการตรวจเลือดหาระดับฮอร์โมนคอร์ติซอล การรักษาทำได้ด้วยการกินยาทดแทนฮอร์โมนสเตียรอยด์ทุกวัน รวมทั้งควรได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวเมื่อมีภาวะเจ็บป่วยเกิดขึ้น

3. โรคกระดูกพรุน (osteoporosis)

เกิดจากความแข็งแรงของกระดูกที่ลดลง เป็นโรคพบได้บ่อยในประชากรทั่วไป โดยมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้นโดยเฉพาะในหญิงวัยหมดประจำเดือน ผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 1 พบมีความเสี่ยงต่อโรคนี้เพิ่มขึ้นอาจเกี่ยวข้องจากการที่ร่างกายผลิตอินซูลินได้ไม่เพียงพอส่วนปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ที่พบได้ เช่น ปัจจัยทางพันธุกรรม การขาดแคลเซียม หรือวิตามินดี ขาดการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ การขาดฮอร์โมนเพศ และการใช้ยาบางชนิด เป็นต้น

อาการที่พบ คือ เกิดกระดูกหักได้ง่ายขึ้น แต่ไม่ใช่เริ่มด้วยการปวดข้อหรือปวดกระดูกดังที่หลายคนเข้าใจ (นอกจากจะมีกระดูกหักเกิดขึ้น) ดังนั้น หากไม่ตรวจค้นหาโรคนี้ มักไม่มีอาการจนกว่าจะมีกระดูกหักเกิดขึ้น การวินิจฉัย สามารถทำได้โดยการตรวจมวลกระดูก (bone mineral density) (ปกติแนะนำการตรวจ ในผู้หญิงอายุ 65 ขึ้นไป หรือ ผู้ที่หมดประจำเดือนที่อายุน้อยกว่า 65 ที่มีปัจจัยเสี่ยง) การรักษาทำได้โดยการใช้อารักขาโรคกระดูกพรุน ร่วมกับแคลเซียมและวิตามินดี การออกกำลังกายที่เหมาะสม และลดปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ที่มี ส่วนการป้องกันโรคกระดูกพรุน ทำได้โดยการบริโภคแคลเซียมให้เพียงพอ วันละ 1,000-1,200 mg และวิตามินดีให้เพียงพอ วันละ 600-800 IU การออกกำลังกายแบบ aerobic และ resistance งดสูบบุหรี่ และหากดื่มแอลกอฮอล์ควรดื่มน้อยกว่า 2 ดริงก์ต่อวัน โดยตารางที่ 1 แสดงตัวอย่างอาหารที่มีแคลเซียมสูง (อ้างอิงจาก ปริมาณแคลเซียมในอาหารไทย กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข 2547)

ตารางที่ 1 ตัวอย่าง ปริมาณแคลเซียมในอาหารไทย

ชนิดอาหาร	ปริมาณ (หน่วย)	แคลเซียม(มก./หน่วย)
นมสด รสจืด	200 มล.	226
นมสด พร่องมันเนย	200 มล.	246
นมเปรี้ยวพร้อมดื่ม ไขมันต่ำ	180 มล.	215
นมอัดเม็ด	10 เม็ด	63
ไอศกรีมผสมนม ไขมันต่ำ	1 สกู๊ป (65 กรัม)	90
เนยแข็ง	1 ช.ต.	63.12
ปลาข้าวสาร เค็ม	1 ช.ต. (14 กรัม)	32.2
กุ้งแห้งตัวเล็ก	1 ช.ต. (15 กรัม)	138.3
งาดำ ดิบ	1 ช.ต. (9 กรัม)	110.5
เต้าหู้ขาว อ่อน	1 ช.ต. (15 กรัม)	37.5

(อ้างอิงจาก ปริมาณแคลเซียมในอาหารไทย กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข 2547)

4. โรคของเนื้อเยื่อและข้อ ของไหล่ แขน และมือ

เกิดจากการที่ผิวหนังและเนื้อเยื่อมีการหนาตัวและตึงตัวขึ้น ทำให้การขยับข้อต่าง ๆ มีการติดขัด ทำได้ไม่เต็มที่ อาจพบได้ที่หัวไหล่ มือ นิ้ว อาการของโรคสัมพันธ์กับระยะเวลาที่เป็นเบาหวานมานาน และมีการสะสมของสารที่เรียกว่า advanced glycation end products (AGEs) จากการสำรวจผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 1 จำนวน 1,217 คนมีรายงาน 66% ที่มีภาวะนี้โดยพบโอกาสการเกิดโรคมามากขึ้นเมื่อมีระดับน้ำตาลสะสมที่สูงขึ้น¹ โรคในกลุ่มนี้ที่พบบ่อย ได้แก่

4.1 โรคไหล่ติด หรือ frozen shoulder อาจเกิดหลังมีการบาดเจ็บ ไม่ขยับไหล่ หรือพบในคนที่โรค stroke พาร์กินสัน เบาหวาน เริ่มแรกจะมีอาการเจ็บไหล่ ตามด้วยอาการไหล่ติด ขยับได้น้อยลง และต่อมาจึงดีขึ้น การรักษาทำได้ด้วยการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มการเคลื่อนไหวของไหล่ การทำกายภาพบำบัด และการใช้ยากกลุ่ม steroid (ชนิดกินหรือฉีดเข้าข้อ) แต่ควรพึงระวังว่ายา steroid นี้สามารถทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นได้

4.2 ผังผืดกดทับเส้นประสาทข้อมือ หรือ carpal tunnel syndrome เป็นภาวะที่พบได้บ่อย มีปัจจัยเสี่ยง เช่น ภาวะอ้วน เพศหญิง หรือการมีโรคร่วม เช่น เบาหวาน

ไทรอยด์ ชนิดมีครรภ์ เป็นต้น ภาวะนี้เกิดจากความดันในโพรงข้อมือเพิ่มขึ้น เกิดการอักเสบทำให้มีการหนาตัวของเส้นเอ็น และเอ็นที่พาดบนโพรงข้อมือ โดยระยะแรกอาจมีอาการปวดเมื่อย หนักๆ ที่ข้อมือ อาจมีปวดร้าวไปที่ฝ่าต่อมอาจเกิดอาการชาที่นิ้ว มักเริ่มที่นิ้วกลางและนิ้วนาง มักเป็นตอนกลางคืน และสัมพันธ์กับกิจกรรมที่ต้องใช้มือทำงานอย่างต่อเนื่อง ภาวะนี้สามารถวินิจฉัยจากการตรวจร่างกาย และการตรวจคลื่นไฟฟ้าประสาท การรักษาอาจใช้ยาลดการบวมและการอักเสบ หลีกเลียงการงอหรือการกระดกข้อมือนานๆ การตามข้อมือ การฉีดยาสเตียรอยด์ หรือการผ่าตัด

4.3 โรคนิ้วติดสะดุด หรือ trigger finger โดยรูที่ปลอกหุ้มเอ็นเกิดการอักเสบ มีการหนาตัวขึ้น ทำให้มีอาการปวดที่โคนนิ้วมือ หรือโคนหัวแม่มือ โดยเฉพาะเมื่อเคลื่อนไหวตอนสุดท้าย รู้สึกการเคลื่อนไหวฝืดโดยเฉพาะตอนเช้า อาจมีเสียงคลิกเวลาเคลื่อนไหวนิ้ว หรือมีก้อนเล็กๆ ที่ด้านฝ่ามือของนิ้วนั้น อาจมีอาการนิ้วล็อก มักวินิจฉัยได้จากการตรวจร่างกาย การรักษาอาจใช้ยาลดการบวมและการอักเสบ พักการใช้มือ บริหารนิ้วมือเหยียดตรง การตามนิ้ว หากไม่หายอาจต้องทำการผ่าตัดขยายปลอกหุ้มเอ็น

5. ภาวะความเครียดกังวลจากเบาหวาน หรือ diabetes distress

เนื่องจากการใช้ชีวิตกับโรคเบาหวาน อาจทำให้เกิดความเครียด จากการต้องใช้พลังในการดูแลตนเอง จากการมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น และความรู้สึกว่ามีโรคเรื้อรัง ซึ่งอาจนำไปสู่ความรู้สึกท้อแท้ ก้าว โกรธ พ่ายแพ้ หหมดพลัง หหมดกำลังใจ burn out วิตกกังวล เกิดเป็นภาวะ diabetes distress ซึ่งพบได้บ่อยถึง 39 % ของคนไข้เบาหวานชนิดที่ 1 และพบได้ในคนใกล้ชิดกับคนไข้ด้วย ภาวะนี้ไม่เข้าเกณฑ์โรคซึมเศร้า และพบได้บ่อยกว่า แต่อาจมีอาการใกล้เคียงกัน โดยภาวะนี้มักไม่ตอบสนองต่อยาต้านซึมเศร้า และส่งผลเสียต่อการดูแลสุขภาพ ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

ในประเทศไทย การดูแลภาวะนี้อย่างเป็นระบบมีน้อยมาก อาจเนื่องจากการขาดความเข้าใจของ تیمรักษา และการขาดแคลนบุคลากรทางจิตวิทยา ในฐานะทีมรักษา เราควรมีความไวต่อการรับรู้ว่ามีภาวะนี้ (early detection) ให้ความใส่ใจกับความรู้สึกและให้การสนับสนุนช่วยเหลือ รวมทั้งส่งต่อทางจิตเวช หากคนไข้มีอาการเข้าได้กับภาวะซึมเศร้า มีการศึกษาว่าการบำบัดที่เป็นลักษณะ self-compassion คือ ให้อภัยตัวเอง เห็นอกเห็นใจตัวเอง จะช่วยลดภาวะนี้ได้² นอกจากนี้ สิ่งอื่นๆ ที่อาจช่วยได้ คือ การที่คนไข้สามารถคุยกับทีมสหสาขาวิชาชีพด้วยความเข้าใจ หาดูช่วยเหลือและการสนับสนุน บอกความต้องการ ตั้งเป้าหมาย (เล็กๆ) ที่ทำได้จริง มีเวลาสำหรับสิ่งที่ชอบใจ ให้รางวัลกับตัวเอง และการปรับทัศนคติว่า เราไม่ควบคุมแต่เราจะดูแลเบาหวานอย่างดีที่สุด รวมทั้งการมีกลุ่มเพื่อนช่วยแบ่งปัน อาจช่วยบรรเทาความเครียดนี้ได้บ้าง

6. ภาวะซึมเศร้า หรือ depression

พบได้ประมาณ 1 ใน 4 ของคนเป็นเบาหวาน ทั้งชนิดที่ 1 และชนิดที่ 2 ส่งผลต่อสุขภาพ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ การทำงาน และการดูแลเบาหวาน ในวัยรุ่นนั้น พบความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้ากับการเกิดภาวะเลือดเป็นกรด (DKA) และภาวะระดับน้ำตาลต่ำในเลือด อาการของภาวะซึมเศร้า ได้แก่ มีอารมณ์เศร้า ความสนใจหรือความเพลิดเพลินในกิจกรรมต่างๆ ที่เคยทำลดลงอย่างมาก เบื่ออาหารหรือรับประทานมาก นอนไม่หลับหรือหลับมาก

อ่อนเพลีย ไร้เรี่ยวแรง เคลื่อนไหวช้า รู้สึกไร้ค่า รู้สึกผิดมาก สมาธิลดลง คิดอยากตาย ไม่อยากมีชีวิตอยู่ เป็นต้น โดยถ้ามีอาการซึมเศร้าหรือเบื่อหน่าย บวกกับข้ออื่นๆ รวม 5 ข้อ เป็นระยะเวลาานานกว่า 2 สัปดาห์ขึ้นไป สามารถให้การวินิจฉัยได้ว่าเป็นโรคซึมเศร้า และถ้ามีอาการ 1-2 ข้อ เป็นระยะเวลาานานกว่า 2 สัปดาห์ควรปรึกษาแพทย์ ส่วนในวัยรุ่น อาการอาจมีความแตกต่างได้ เช่น ผลการเรียนเปลี่ยนแปลง ชอบแยกตัว โกรธง่าย หงุดหงิดง่าย เป็นต้น ในฐานะทีมรักษา ควรมีการระแวดระวัง ทำการคัดกรอง ภาวะนี้อย่างสม่ำเสมอ โดยมีแบบสอบถามที่สามารถใช้ได้ คือ แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) และ 9 คำถาม (9Q)

รายละเอียดที่คุยมานี้ เป็นเพียงบางส่วนเท่านั้น นอกจากนี้ ผู้เป็นเบาหวานยังเผชิญกับภาวะแทรกซ้อนที่เราทราบกันดี ทั้งแบบเฉียบพลัน และแบบเรื้อรัง ดังนั้น การที่ทีมรักษามีความเข้าใจ ให้การสนับสนุนรักษาโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง จะช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้เป็นเบาหวานดีขึ้นได้ค่ะ

References

1. Larkin ME, Barnie A, Braffett BH, Cleary PA, Diminick L, Harth J, et al. Musculoskeletal complications in type 1 diabetes. Diabetes Care. 2014;37(7):1863-9.
2. Friis AM, Johnson MH, Cutfield RG, Considine NS. Kindness Matters: A Randomized Controlled Trial of a Mindful Self-Compassion Intervention Improves Depression, Distress, and HbA1c Among Patients With Diabetes. Diabetes Care. 2016;39(11):1963-71.
3. <https://www.uptodate.com/contents/frozen-shoulder-beyond-the-basics>
4. <https://www.mounthittany.org/articles/healthsheets/7156>
5. <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/trigger-finger/symptoms-causes/syc-20365100>

แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า

แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q)

คำถาม	มี	ไม่มี
1. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ ท่านรู้สึก หดหู่ เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวัง หรือไม่		
2. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ท่านรู้สึก เบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน หรือไม่		

การแปลผล

- ถ้าคำตอบ **ไม่มี** ทั้ง 2 คำถาม ถือว่า ปกติ ไม่เป็นโรคซึมเศร้า
- ถ้าคำตอบ **มี** ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ (มีอาการใดๆ ในคำถามที่ 1 และ 2) หมายถึง “เป็นผู้มีความเสี่ยง” หรือ “มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า” ให้ประเมินต่อด้วยแบบประเมิน โรคซึมเศร้า 9Q

แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)

ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมทั้งวันนี้ ท่านมีอาการเหล่านี้ บ่อยแค่ไหน	ไม่มีเลย	เป็นบางวัน 1-7 วัน	เป็นบ่อย > 7 วัน	เป็นทุกวัน
1. เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร	0	1	2	3
2. ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้	0	1	2	3
3. หลับยากหรือหลับตื้นๆหรือหลับมากไป	0	1	2	3
4. เหนื่อยง่ายหรือไม่ค่อยมีแรง	0	1	2	3
5. เบื่ออาหารหรือกินมากเกินไป	0	1	2	3
6. รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง คิดว่าตัวเองล้มเหลวหรือครอบครัวยึดหัว	0	1	2	3
7. สมาธิไม่ดี เวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ	0	1	2	3
8. พุดซ้ำ ทำอะไรซ้ำลงจนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือกระสับกระส่ายไม่สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนที่เคยเป็น	0	1	2	3
9. คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตายไปคงจะดี	0	1	2	3
คะแนนรวมทั้งหมด				

คะแนนรวม	การแปลผล
< 7	ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยมาก
7-12	มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับน้อย
13-18	มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับปานกลาง
≥ 19	มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับรุนแรง

(จาก [https://www.dmh.go.th/test/download/files/2Q%209Q%208Q%20\(1\).pdf](https://www.dmh.go.th/test/download/files/2Q%209Q%208Q%20(1).pdf))



บทความ แบ่งปันประสบการณ์

พ.ญ. พรรณทิพย์ ตันตวงษ์

อายุรแพทย์โรคต่อมไร้ท่อ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

ประสบการณ์จากการสอน วิชาเวชศาสตร์บูรณาการ โรค Non-communicable diseases (NCDs) โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

สวัสดีค่ะ ดิฉันเป็นอายุรแพทย์โรคต่อมไร้ท่อ หรือที่คนไข้เรียกว่า หมอเบาหวาน ขอแบ่งปันประสบการณ์ในฐานะตัวแทนทีมสหวิชาชีพผู้ดูแลเบาหวาน ที่จะแลกเปลี่ยนประสบการณ์และเล่าถึงอีกบทบาทในการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ ก่อนอื่นขอแนะนำสถานที่ทำงาน คือ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ซึ่งเป็นระดับโรงพยาบาลศูนย์ ในเขตบริการสุขภาพที่ 9 (ประกอบด้วย จังหวัด นครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ และสุรินทร์) มีบทบาทหน้าที่ในการให้บริการดูแลสุขภาพของประชาชนในเขตสุขภาพโดยทีมบุคลากรสาธารณสุขจากหลายสหสาขาวิชา และยังมีบทบาทในด้านการเรียนการสอนหลายระดับ

โดยมี ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เป็นสถาบันร่วมผลิตแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุขที่มีเป้าประสงค์เพื่อให้ได้แพทย์ตามความต้องการของระบบสุขภาพของประเทศ

ในปัจจุบัน กลุ่มโรค Non-communicable diseases (NCDs) หรือ กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง เป็นต้น) ซึ่งล้วนเป็นปัญหาที่สำคัญมากในระดับประเทศ ทั้งในแง่อัตราการเจ็บป่วย การเกิดภาวะแทรกซ้อน และอัตราการตายที่เพิ่มขึ้น เกิดค่าใช้จ่ายเพิ่มสูงมากขึ้น ทั้งที่ NCDs เป็น

กลุ่มโรคที่สามารถป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนได้ พวกเราในฐานะทีมสหวิชาชีพผู้ดูแลเบาหวานจึงมีหน้าที่ในการทำงานเชื่อมโยงการดูแลรักษาไปในหลายกลุ่มโรค NCDs และมีการทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพต่างๆ ในโรงพยาบาล ในการพัฒนาระบบการดูแลรักษาสำหรับกลุ่มโรค NCDs ตัวอย่างเช่น คลินิกเบาหวานครบวงจร คลินิกหุ่นสวยสุขภาพดี (DPAC หรือ diet & physical activity clinic) คลินิกไตแข็งแรง คลินิกเท้าเบาหวาน ระบบการดูแลติดตามกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองและหลอดเลือดหัวใจ ระบบการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) รวมถึงมีระบบเชื่อมต่อให้การป้องกันและดูแลรักษาสู่ระดับชุมชน เป็นต้น อย่างไรก็ตาม สำหรับแพทย์ที่เพิ่งจบใหม่ พบว่ายังมีความต้องการในการเรียนรู้ การเข้าใจ ประสบการณ์ในการดูแลรักษา ตลอดจนการทำงานในบทบาทของตัวเองที่เป็นส่วนหนึ่งของทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย NCDs ซึ่งบทสะท้อนของความต้อการดังกล่าว เป็นสิ่งที่ดิฉันและทีมทำงานได้รับทราบมาโดยตลอด จากข้อเสนอแนะที่ได้จากบัณฑิตแพทย์ที่จบใหม่และแพทย์ใช้ทุนในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งเป็นข้อมูลที่ทำให้การสำรวจโดยทีมศูนย์แพทยศาสตร ์ถือเป็นจุดที่เป็นโอกาสพัฒนาสำหรับการเรียนรู้เรื่อง NCDs เพื่อให้แพทย์สามารถดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคนี้ร่วมกับทีมสหวิชาชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ดิฉันได้รับโอกาสทำงานร่วมกับอาจารย์แพทย์จากหลายภาควิชา และทีมสหวิชาชีพหลากหลายสาขาที่มีหน้าที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับกลุ่มโรค NCDs ร่วมด้วย ทีมนักวิชาการจากศูนย์แพทยศาสตร ์คลินิก (ขอเรียก รวมกันเป็น “ทีมงาน” ค่ะ) ได้มีโอกาสร่วมกันจัดการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 4 ใช้ชื่อวิชาเวชศาสตร ์บูรณาการกลุ่มโรค NCDs เริ่มดำเนินการตั้งแต่ปีการศึกษา 2558 เป็นต้นมา นักศึกษาแพทย์แต่ละกลุ่มจะผ่านการเรียนรู้ในระยะเวลา 2 สัปดาห์ โดยทีมงานมีวัตถุประสงค์ ประกอบด้วย

- 1) ให้เกิดการเรียนรู้จากกลุ่มโรค NCDs และ palliative care
- 2) ให้เห็นระบบการทำงานในการดูแลภาวะสุขภาพ
- 3) ให้เห็นการเชื่อมโยงการดูแลสุขภาพอย่างครบวงจร

ทั้งการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู

4) ให้เห็นบทบาทและการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ โดยเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ทั้ง 4 ข้อดังกล่าว ทีมงานจึงได้ออกแบบการเรียนการสอนที่สอดคล้องไปตามระบบ บริการสำหรับกลุ่มโรค NCDs ที่ดำเนินการในโรงพยาบาล รวมทั้งสอดคล้องไปตามวัตถุประสงค์ แบ่งเป็น 7 modules ดังนี้

Module 1: Introduction เริ่มต้นวันแรก ด้วยการให้นักศึกษาได้มีประสบการณ์ตรงกับกลุ่มโรค NCDs โดยแบ่งกลุ่มไปสังเกตการณ์และสัมภาษณ์ผู้ป่วยในบริบทต่างๆ ประกอบด้วย 1) แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก เพื่อพบผู้ป่วยหลายรายที่มีเบาหวานหรือความดันโลหิตสูง 2) แผนกไตเทียม เพื่อพบผู้ป่วยที่ทำการล้างไตผ่านทางหน้าท้อง (continuous ambulatory peritoneal dialysis, CAPD) และรายที่ฟอกเลือด (hemodialysis) 3) แผนกเวชศาสตร ์ฟื้นฟู เพื่อพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีแขนขาอ่อนแรงที่นอนรักษาฟื้นฟูในโรงพยาบาล โดยทั้งหมดจะมาแลกเปลี่ยนการเรียนรู้ สะท้อนปัญหาที่พบ และตั้งเป้าหมายในการเรียนรู้เพื่อหาทางรับมือกับกลุ่มโรค NCDs

Module 2: NCDs และภาวะแทรกซ้อน จะมีการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ในคลินิก และระบบงานบริการต่าง ๆ สำหรับกลุ่มโรค NCDs ภายในโรงพยาบาล ได้แก่

- 1) DPAC ได้เรียนรู้การดูแลผู้ที่มีภาวะอ้วน โดยได้เข้าร่วมฐานอาหารกับทีมโภชนาการ ฐานออกกำลังกายกับทีมสุขศึกษา ฐานดูแลสุขภาพจิตกับทีมจิตเวช และได้ดูแลคนไข้อ้วนแบบองค์รวมกับอาจารย์แพทย์โภชนาการ ได้เห็นผู้ป่วยรายที่ลดน้ำหนักได้เป็นผลสำเร็จ รวมถึงได้ประเมินมวลไขมัน (body fat mas) และภาวะโภชนาการของตนเองด้วย
- 2) DM clinic (diabetes mellitus clinic) ได้เรียนรู้ใน 2 บริบท คือ คลินิกเบาหวานในโรงพยาบาล ซึ่งจะ เป็นรายที่มีความซับซ้อน เช่น รายที่ใช้ยาฉีดอินซูลิน หรือ uncontrolled DM เป็นต้น ซึ่งนักศึกษาจะได้เห็นระบบการทำงานและการให้ความรู้โรคเบาหวานเพื่อการจัดการตนเอง สำหรับผู้ป่วยโดยทีมสหวิชาชีพที่ประกอบด้วย พยาบาลเบาหวาน เภสัชกร โภชนาการ นักโภชนาการ หรือนักกำหนดอาหารและสุขศึกษา รวมถึงได้เรียนรู้การตรวจคัดกรองเท้า

เบาหวาน มีการเรียนรู้ราย case ที่ห้องตรวจกับอาจารย์แพทย์ต่อมไร้ท่อ และอีกหนึ่งบริบท คือ คลินิกเบาหวานที่ primary care unit เรียกเป็น คลินิกเวชปฏิบัติ ซึ่งได้เรียนรู้ราย case กับอาจารย์แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ทำให้ได้เห็นการดูแลเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ

3) CKD clinic (chronic kidney disease clinic) ได้เรียนรู้การบริการของคลินิกไตแข็งแรง กับอาจารย์แพทย์โรคไตและทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย พยาบาลโรคไต เภสัชกร โภชนากร นักโภชนาการ หรือนักกำหนดอาหาร ในการให้บริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่เตรียมเข้ารับการรักษาทดแทนไต และการเรียนรู้ระบบให้การบำบัดทดแทนไตสำหรับผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย

4) Eye clinic ได้เรียนรู้ระบบบริการตรวจคัดกรองจอประสาทตาในเบาหวาน และเรียนรู้ความผิดปกติที่ตรวจพบได้ ตลอดจนการป้องกันการเกิดโรคกับอาจารย์จักษุแพทย์

5) Stroke/STEMI (ST-Elevation Myocardial Infarction) โดยอาจารย์แพทย์โรคสมองจะให้ความรู้จากตัวอย่างผู้ป่วยเพื่อเชื่อมโยงระบบและแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และอาจารย์แพทย์โรคหัวใจจะพานักศึกษาไปศูนย์โรคหัวใจ เรียนรู้ระบบและเครื่องมือในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจ เช่น ห้องสวนหัวใจ (cardiac catheterization) และห้องตรวจหัวใจแบบพิเศษ เช่น echocardiogram, exercise stress test เป็นต้น

Module 3: Emergency room นักศึกษาจะได้ประสบการณ์เรียนรู้ระบบการทำงานคัดกรองผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉิน ร่วมกับทีมเวชศาสตร์ฉุกเฉิน และได้ดูแลผู้ป่วย NCDs ที่มีภาวะเร่งด่วนที่เข้ามารักษาที่ห้องฉุกเฉิน เช่น รายที่มี hyperglycemic emergency (diabetic ketoacidosis (DKA), hyperosmolar hyperglycemic state (HHS)), acute stroke หรือ acute coronary syndrome เป็นต้น

Module 4: Home visit มีการออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วย NCDs เช่น ผู้ที่มีปัญหาในการควบคุมเบาหวาน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูหรือรายที่ติดเตียง ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจากโรคเรื้อรัง เป็นต้น โดยทีม primary care unit (PCU) ร่วมกับทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาล อาจารย์แพทย์จากเวชศาสตร์ครอบครัว เวชศาสตร์ฟื้นฟู จิตเวช และ

อายุรกรรม ร่วมออกเยี่ยมผู้ป่วยด้วยกัน และมีการวางแผนการดูแลรักษาร่วมกัน

Module 5: Palliative care ได้เรียนรู้หลักการและระบบการดูแลแบบประคับประคอง ในผู้ป่วยโรคมะเร็งและโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย เรียนรู้ผ่านการสัมภาษณ์ผู้ป่วยมะเร็งในหอผู้ป่วย ร่วมกับแพทย์และพยาบาลทีม palliative care

Module 6: Health promotion and prevention มีการเรียนรู้การป้องกันปัจจัยเสี่ยงของภาวะ NCDs และการทำ motivation interview ผ่านการสัมภาษณ์และดูแลผู้ที่ต้องการหยุดสูบบุหรี่ ร่วมกับอาจารย์แพทย์โรคปอด ทีมพยาบาล และนักจิตวิทยา รวมถึงได้เรียนรู้การตรวจสมรรถภาพปอดด้วย

Module 7: Rehabilitation ได้เรียนรู้ในคลินิกเท้าเบาหวาน ในการตรวจคัดกรองสุขภาพเท้าเบาหวาน และการดูแลแก้ไขปัญหา เช่น ตาปลา แผลที่เท้า เท้าผิดรูป เป็นต้น ร่วมกับอาจารย์ทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟูและทีมสุขภาพ นอกจากนี้ ยังได้เรียนรู้การดูแลรักษาและการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่นอนรักษาในหอผู้ป่วยด้วย

เมื่อผ่านแต่ละบทของการเรียนรู้ จะมีการให้นักศึกษาได้สะท้อนย้อนคิด (self-reflection) กับทีมงานในแต่ละ module และมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ได้รับ ซึ่งอาจมีความแตกต่างกันในแต่ละกลุ่ม ผ่านการทำ case conferences รวมถึงมีการบันทึกประสบการณ์ประจำวันลงใน diary ซึ่งจะมีอาจารย์ทีมสหวิชาชีพได้อ่านและสะท้อนการเรียนรู้ผ่านทาง line สำหรับนักศึกษาเป็นรายคน

เมื่อผ่านการเรียนรู้ครบถ้วนแล้ว ก่อนทำการสอบเพื่อประเมินความรู้ จะมีชั่วโมง Final presentation ให้นักศึกษาแต่ละกลุ่มมานำเสนอบทสรุปการเรียนรู้โรค NCDs แบบบูรณาการให้ทีมงานผู้จัดการเรียนการสอนได้รับฟัง ซึ่งพบมีความหลากหลายในรูปแบบการเล่าประสบการณ์ ทั้งการนำเสนอผ่านสื่อ powerpoint การทำ role play ของนักศึกษา สวมบทบาทสหวิชาชีพ ผู้ป่วยและญาติ การนำเสนอผ่าน clips และ animated presentation รวมถึงมีการแต่งบทเพลงที่สะท้อนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้น อีกด้วย

โดยสรุปแล้ว นักศึกษาให้ความเห็นว่า วิชาเวชศาสตร์บูรณาการกลุ่มโรค NCDs เป็นรูปแบบการเรียนรู้ที่สนุก

ไม่ช้า ได้ประสบการณ์จริง ช่วยให้เห็นหน้าที่ของตนเอง ชัดเจนขึ้น ความเข้าใจในความสำคัญของทีมสหวิชาชีพ มากขึ้น เห็นภาพรวมของการดูแลสุขภาพที่มีกลุ่มโรค NCDs เป็นตัวอย่าง ได้การผสมผสานการดูแลแบบองค์รวม ทั้งส่วน biomedical และส่วน psychosocial ที่มีผู้ป่วย เป็นศูนย์กลาง ได้แรงบันดาลใจในการเรียนรู้จากทีม สหวิชาชีพ รวมถึงได้ความรู้ความเข้าใจหลายส่วนที่น่า ไปใช้ได้กับตัวเอง และครอบครัว โดยเฉพาะเรื่องการปรับ เปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง (หลายคนให้ความเห็น ว่าอยากให้การส่งเสริมป้องกันโรค ห้องที่รักษาและให้ความรู้ เบาหวาน หรือโรคอ้วน ให้มีความสวยงามทันสมัยเหมือน ดังศูนย์โรคหัวใจที่เป็น excellent center ในโรงพยาบาล) ซึ่งความเห็นเชิงบวกจากผู้เรียนดังกล่าว ถือเป็นกำลังใจ ที่สำคัญให้ทีมงาน หลายท่านจากหลายทีมงานทั้งผู้สอน และผู้ประสานงานให้ดำเนินการเรียนการสอนกันไป

ในส่วนทีมงาน ซึ่งประกอบด้วยอาจารย์จากทีม สหวิชาชีพในหลายส่วนที่มาช่วยกันดำเนินการสอนในวิชานี้ มีการทบทวนหลังปฏิบัติงานร่วมกัน พบว่า ทีมงานเองได้ เกิดการเรียนรู้เพิ่มขึ้นจากการสะท้อนย้อนคิด รวมถึงได้ แลกเปลี่ยนแนวคิดจากมุมมองที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะ ในช่วงที่ดำเนินกิจกรรมร่วมกัน เช่น การออกเยี่ยมบ้าน การเข้าฟัง conferences หรือ final presentation เป็นต้น หลายท่านรู้สึกมีความสุขที่ได้สอน และหวังผลจากการเรียนรู้

ของนักศึกษาแพทย์ในชั้นปีนี้จะเกิดการต่อยอดได้เป็นความ รู้ความเข้าใจเพื่อเติมเต็มความสามารถในการปฏิบัติงาน ร่วมกับบุคลากรทีมสหวิชาชีพผู้ดูแลโรค NCDs เมื่อออกไปเป็นแพทย์ที่ทำงานในระบบสุขภาพของชุมชนในอนาคต ได้ และที่สำคัญที่สุด ในการจัดการเรียนการสอนวิชานี้ ซึ่งมี ทีมงานมากมายและสามารถดำเนินการมาได้อย่างต่อเนื่อง ผ่านมาได้ในทุกๆ ปีการศึกษา ถือเป็นผลมาจากความร่วมมือ ร่วมใจ และความตั้งใจของทีมงานในทุกๆ สหวิชาชีพ ที่มีจุดหมายเดียวกัน คือร่วมกันผลิตบุคลากรที่มีคุณภาพ ให้ภาคสุขภาพ เพื่อออกไปทำงานร่วมกันในการดูแล ประชาชนในชุมชนให้มีสุขภาพที่ดี นั่นเอง อย่างไรก็ตาม การทบทวนการทำงานที่ผ่านมาและการปรับเปลี่ยนปรับปรุง การดำเนินการเรียนการสอนเพื่อให้เข้ากับภาวะที่เป็นปัจจุบัน ยังคงเป็นสิ่งที่ทีมงานได้ดำเนินการอย่างต่อเนื่องในทุกๆ ปี ซึ่งในปีการศึกษา 2565 วิชานี้จะได้มีการปรับระยะเวลา เรียนเพิ่มขึ้นเป็น 3 สัปดาห์

สรุป ในบทความนี้ ดิฉันได้เล่าประสบการณ์จากการ จัดการเรียนการสอนวิชาเวชศาสตร์บูรณาการ กลุ่มโรค NCDs ซึ่งน่าจะเป็นอีกตัวอย่างหนึ่งของการผสมผสานงานบริการ สุขภาพเข้าร่วมกับงานการเรียนการสอน เพื่อพัฒนาบุคลากร ทางการแพทย์ให้แก่ภาคสุขภาพ และยังเป็นตัวอย่างให้เห็น อีกบทบาทที่สำคัญของทีมสหวิชาชีพในการทำงานร่วมกันได้ อย่างกลมกลืนและมีความสุขอีกด้วย

ตัวอย่างภาพ กิจกรรมวิชาเวชศาสตร์บูรณาการ กลุ่มโรค NCDs (ก่อนมี COVID-19)



DPAC ฐานโภชนาการ



DPAC ฐานออกกำลังกาย

ตัวอย่างภาพ กิจกรรมวิชาเวชศาสตร์บูรณาการ กลุ่มโรค NCDs (ก่อนมี COVID-19)



การให้ความรู้เบาหวานในคลินิกเบาหวาน



คลินิกเท้าเบาหวาน



การดูแลผู้ป่วยทีม Palliative care



การดูแลผู้ป่วยโรคระบบหัวใจ



ระบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน



การออกเยี่ยมบ้าน

ตัวอย่างภาพ กิจกรรมวิชาเวชศาสตร์บูรณาการ กลุ่มโรค NCDs (ก่อนมี COVID-19)

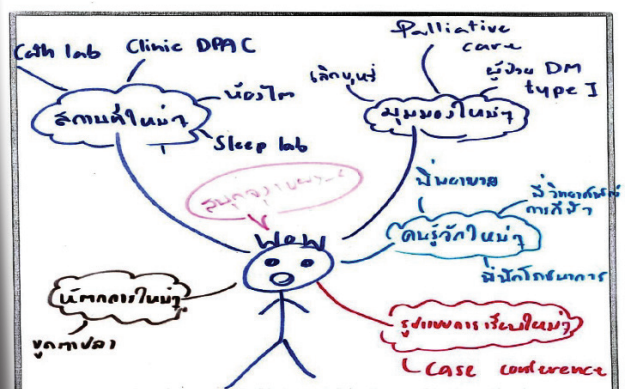
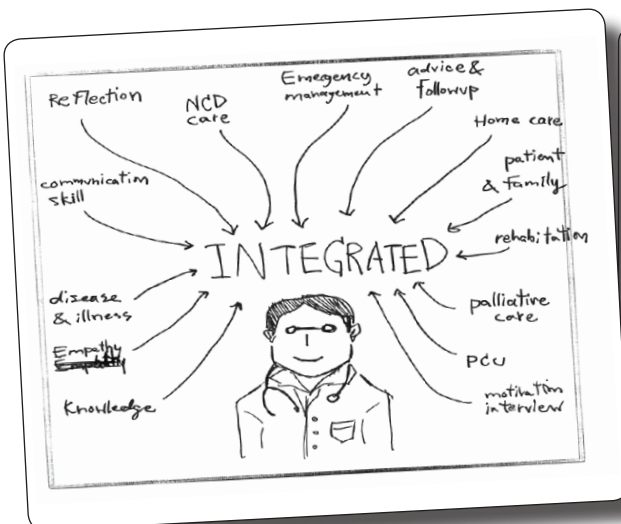


Case Conferences

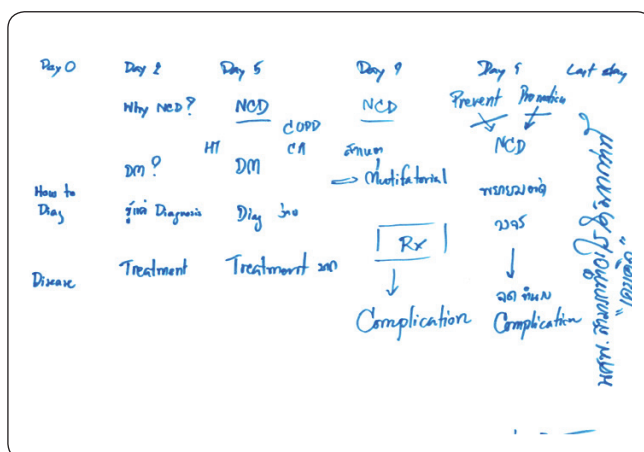


ทีมงานประชุมเตรียมการสอน

ตัวอย่าง Self-reflection โดยนักศึกษาแพทย์ เมื่อผ่านครบทุกกิจกรรม



ตัวอย่าง Self-reflection โดยนักศึกษาแพทย์ เมื่อผ่านครบทุกกิจกรรม





บทความ แบ่งปันประสบการณ์

นัตยา ตังคะวิชานนท์

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ sw.สต วัดสลด
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางพลี สมุทรปราการ

DIABETES CONTROL



พี่สอนน้อง เตรียมสอบ CDE

ประสบการณ์การทำงานเบาหวาน ของพยาบาล เริ่มใน sw.ชุมชน เรามีทีมสหสาขาวิชาชีพ เบาหวาน อาจจะไม่พร้อมเหมือน sw.ใหญ่ๆ แต่ก็มีความพร้อมของบุคลากรที่ร่วมทำงานในระดับหนึ่ง โดยพยาบาล (ดิฉัน) รับผิดชอบในส่วนของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในคนไข้ที่การรักษาไม่เป็นไปตามเป้าหมาย แต่การทำงานที่สทธานามัยซึ่งถือว่าเป็นหน่วยปฐมภูมิ ความพร้อมทั้งด้านบุคลากร เครื่องมือต่างๆ ก็มีข้อจำกัด หลายครั้งพยาบาลต้องทำหน้าที่แทนแพทย์ แทนเภสัช แทนนักกายภาพ เรียกได้ว่าพยาบาลต้องเป็นด่านหน้า และการที่ไม่มีแพทย์ประจำหน้างานให้ปรึกษากันที่ งานเบาหวานก็มีความลำบากเพิ่มขึ้น

บทบาทการเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานระดับ
ปฐมภูมิ ในงานควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่นโรคเบาหวาน
โรคหลอดเลือดและหัวใจ ถุงลมโป่งพอง มะเร็ง อ้วนลงพุง
ความดันโลหิตสูง ที่สำคัญคือ ส่งเสริม ป้องกันและควบคุม
ไม่ให้มีผู้ป่วยรายใหม่ แต่การทำงานจริงๆ ไม่ได้เป็นไปตาม
บทบาทที่ถูกกำหนดไว้ เพราะหน้าที่งานของเรามีคลินิก
เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่มีคนต้องคอยดูแลอยู่ประมาณ
400 คน ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ควบคุมโรคได้ และควบคุมโรคไม่ได้
ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องไปรักษาที่อื่นแต่ไม่ไป เนื่องจากเหตุผล
ทางเศรษฐกิจ และความจำเป็นอื่นๆ ในครอบครัว ผู้ป่วย
ส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรทอง ทำงานหาเช้ากินค่ำ มีข้อจำกัดเรื่อง
เศรษฐกิจ ซึ่งทำให้มีความยากลำบากเพิ่มขึ้นในการดูแล
ตนเอง ประกอบกับความไม่รู้และธรรมชาติของโรค ที่ไม่ได้
สร้างความเจ็บปวด ผู้ป่วยยังใช้ชีวิตได้ตามปกติ ทำให้ความ
ใส่ใจในการเข้ามารักษาตัวอย่างต่อเนื่องน้อยลงไปอีก

เริ่มต้นของการทำงาน ที่สถานีอนามัย พยาบาลเสนอ
ตัวรับงาน NCD ด้วยประสบการณ์ที่มี และความคุ้นเคย และ
รู้ว่า เป็นงานที่มีความสำคัญ และพบว่า ปัญหาสำคัญคือ
ผู้ป่วยส่วนใหญ่ “ขาดความรู้” จึงปฏิบัติตัว ดูแลตัวเอง
ไม่เป็น ส่งผลให้ “ขาดความตระหนัก” ซึ่งปัญหานี้แก้ไขโดย
พยาบาลจะต้องให้ความรู้ รวมทั้งการสร้างแรงจูงใจให้เกิดขึ้น
ตลอดเส้นทางของการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาต่อ
เนื่องและดูแลตัวเองได้

พยาบาลมีใจกับเบาหวานอยู่แล้ว แต่การทำงานให้
ได้ผลลัพธ์ที่ดี ความรู้เป็นเรื่องสำคัญไม่แพ้กันเลย ความรู้ที่
มากพอ จะทำให้เราสามารถสื่อสารกับผู้ป่วยที่รู้น้อย
ด้วยคำพูดที่ง่ายๆ ให้เข้าใจได้ การสร้างแรงจูงใจในการรักษา
และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ล้วนสำคัญทั้งสิ้น บ่อยครั้งที่ได้ยิน
ผู้ป่วยพูดว่า หมอที่นั่นเคยสอบแบบนี้ หรือหมอที่นี่สอนแบบ
นั้น ทำให้เราต้อง เอ๊ะ ทั้งๆ ที่เราก็มียุติการอ้างอิง 3 ปีของการ
ทำงาน จึงทำให้คิดถึงการประเมินคุณภาพตัวเอง เพราะจะ
ได้รู้ว่าได้มาตรฐานแล้วหรือยังกับความรู้ที่เราได้ เราสอนคนไข้
อยู่ทุกวัน หรือสอนไปสอนมากกลายเป็นทฤษฎีของเราไป
การสอบเพื่อประเมินจึงถือว่าเป็นเรื่องจำเป็น เพราะที่ผ่านมาเราได้
ทำงานดูแลผู้ป่วยจนจำนวนชั่วโมงมากพอก็น่าจะมีความรู้
ไปสอบตามเงื่อนไขที่สมาคมกำหนด

ฟังเรื่องการสอบก็น่ากลัว เพราะมีหลายส่วน
ทั้งทฤษฎี คือ สอบปรนัย อัตนัย คือ ข้อสอบเขียนและ
ภาคปฏิบัติ แต่เมื่อตัดสินใจแล้วก็ต้องมุ่งมั่น ในส่วนทฤษฎี
ต้องอ่านทำความเข้าใจให้ละเอียด จำตัวเลขให้แม่นยำจาก
หนังสือของสมาคม ผู้ให้ความรู้โรคเบาหวานเป็นหลัก และ
อ่านตำราอื่นๆ ประกอบ ถ้างง สับสน ลองถอยกลับไป
หวัข้อใหญ่ที่กำลังอ่าน เราจะคิดตามและต่อเนื่องแบบ
ไม่สับสนกับเรื่องอื่น เพราะข้อสอบบางข้อคลุมเครือ
ทำให้นักไปถึงเรื่องที่เกี่ยวข้อทั้งหมดและคิดมากไป
จนหลงประเด็นที่ข้อสอบกำลังถาม ส่วน MEQ เป็นการ
สอบข้อเขียน ที่อาจารย์คงอยากเห็น Concept การทำงาน
กระบวนการแก้ปัญหาการดูแลผู้ป่วยจริง หรือประเมินความ
คิดในเชิงระบบ ถ้าการทำงานจริงๆ เจอเคสยาก สลับซับซ้อน
มาแล้วก็นำมาเชื่อมโยงกับทฤษฎีและ 7 ข้อของการ
ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ส่วนการสอบภาคปฏิบัติ ถ้าบางเรื่อง
การทำงานจริง ไม่ได้ลงมือบ่อยๆ ความรู้ทฤษฎีที่แม่นยำ
ก็ควรต้องมีไว้ตอบอาจารย์ และค่อยๆ ฝึกฝน ก็จะผ่านไปได้
การไปฟังผู้ที่ทำงานมานาน โดยไม่ได้ทบทวนทฤษฎีเลย
ก็เป็นเรื่องที่ต้องระมัดระวังเช่นกัน

ในมุมมองส่วนตัวการสอบ มีแต่ประโยชน์ เพราะ
ทำให้ได้ทบทวนความรู้ให้ทันต่อองค์ความรู้ใหม่ๆ และ
ทบทวนวิธีปฏิบัติให้ถูกต้อง เป็นโอกาสที่ดีที่จะได้เจออาจารย์
ที่มีประสบการณ์ในระดับมาตรฐานของสหรัฐอเมริกา
ในเมืองไทยทั้งภาครัฐและจาก รพ.เอกชน แนวหน้าที่
เป็นผู้นำด้านเบาหวาน สุดท้ายของการสอบ ไม่ผ่านก็ได้
ประสบการณ์และความรู้เพิ่มขึ้น ถ้าผ่านก็เป็นความ
ภาคภูมิใจในการทำงาน เพราะ CDE ได้มาซึ่งความรู้จาก
ตัวเราและประสบการณ์จริงของเรา

หลายๆ คน ที่ทำงานด้านเบาหวาน พยาบาลเชื่อว่า
มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยมากพอที่จะสอบผ่าน
แล้ว แต่การไม่ได้ลองมาสอบ ก็ถือว่าไม่ได้ประเมินตัวเอง
น่าเสียดายโอกาส เพราะค่าสอบก็ไม่แพง เมื่อสอบผ่านความ
มั่นใจในการทำงานมีมากขึ้น และเป็นที่ยอมรับของทั้งผู้เป็น
และผู้ร่วมงาน อนาคตคงเป็น qualify ของหน่วยงานที่ดูแล
ผู้เป็นเบาหวาน บางหน่วยงานอาจเพิ่มเงินพิเศษให้ แต่หน่วย
งานพยาบาลไม่มี ซึ่งก็ไม่ใช่วัตถุประสงค์ในการสอบอยู่แล้ว

CDE เป็นความภาคภูมิใจของพยาบาล เพราะถือว่าความรู้ด้านวิทยาศาสตร์ คือเรื่องโรค ยา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แนวทางการรักษามีเพียงพอ และมีศิลปะที่จะให้ผู้ป่วยได้จัดการตนเองควบคุมโรคได้ อยู่กับโรคได้อย่างมีความสุข แม้จะไม่ทุกคน ทั้งศาสตร์และศิลป์เพียงพอที่จะดูแลผู้ป่วยให้ได้มาตรฐาน แม้จะเป็นผู้ป่วยรากหญ้าของประเทศ และรักษาอยู่ในระดับปฐมภูมิ หรือผู้ป่วยที่รักษาที่อื่นหรือเอกชน ที่ยังขาดความรู้ในการดูแลตัวเอง เพราะไป รพ.แล้ว บุคลากรทางการแพทย์ไม่มีเวลาให้ ก็ยังเดินมาหาพยาบาล จากคำบอกเล่าของคนในชุมชน หรือผู้ป่วยที่รักษาที่ รพ.ที่แพทย์ส่งกลับมาพบพยาบาลเพื่อพูดคุย และกลับไปรักษาที่เดิม พยาบาลจะบอกคนไข้เสมอให้รักษาไปตามสิทธิ์ แต่ต้องมีความรู้กลับไปดูแลตัวเอง รวมทั้งการออกไปเยี่ยมบ้านร่วมกับเครือข่ายอาสาสมัครที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นการทำงานในเชิงรุกที่ได้รับทราบปัญหาอย่างแท้จริง ซึ่งมีส่วนอย่างมากที่จะทำให้กระบวนการรักษาประสบความสำเร็จ อีกทั้งสร้างขวัญกำลังใจ และความเชื่อมั่นให้กับผู้ป่วย และคนดูแลผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากสลับซับซ้อนในการดูแล ถือเป็นอาจารย์ที่ทำให้เราได้ฝึกและได้ใช้ความรู้ แม้บางครั้งเราไม่ค่อยได้เจอ ดำรงร่างกายจึงจำเป็น เพราะบางเรื่องเราไม่ได้ใช้ก็ลืมเป็นธรรมดา การเปิดตำราบ่อยๆ ยังเป็นเรื่องจำเป็น

ผู้ป่วยบางราย บอกว่า “เจอพยาบาลเข้าไป แต่ก็ยังตีไม่ได้เจอ” พังแล้วพยาบาลก็อดภูมิใจไม่ได้ หรือกรณีตัวอย่างต่อไปนี้

1. ผป ชาย active aging มี Metabolic syndrome มั่นใจในตัวเองสูง ไม่ฟัง สนใจดูแลสุขภาพ แต่มีความรู้ที่ผิดๆ ไม่ผ่านการกลั่นกรองจาก social media การช่วยจัดการความรู้ (Health literacy) และการ approach โดยใช้ health belief model ทำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงตัวเอง จนร่างกายเข้าสู่สภาวะปกติ

2. ผป หญิงเป็น DM มา 10 ปี active aging มีปัญหายุ่งยากในการใช้ชีวิต เนื่องจากมีอาชีพส่งของด้วยรถสิบล้อไปต่างจังหวัดกับสามี ได้กลับมาพักที่บ้านแค่เดือนละไม่เกิน 5 วัน สภาพครอบครัว มีโรคเบาหวานและโรคอื่นๆ

ทั้งครอบครัว มีความกังวลเกี่ยวกับการดูแลบุคคลในครอบครัว โดยไม่ได้สนใจดูแลตัวเองเลย (primary failure Rx) ทั้งๆ ที่เป็นกำลังสำคัญในบ้านตลอด 10 ปี ไม่เคยเห็นความสำคัญของการกินและฉีดยา การ approach ใช้เวลานานประมาณ 3 ปีต่อเนื่อง ผู้ป่วยบอกว่า เห็นความตั้งใจและจริงใจของพยาบาลที่จะช่วยเหลือทุกคนในครอบครัว จึงยอมเปลี่ยนแปลง

3. ผู้ป่วย HHC (Home Health Care) รักษาเบาหวานที่ รพ.บางพลี มีแผลจากหลอดเลือดดำที่ขา บริเวณเหนือข้อเท้าทั้งสองข้าง เป็นครอบครัวที่มีเศรษฐกิจต่ำมาก มีบ้านริมคลองสะพานปูน สำหรับรถมอเตอร์ไซด์เข้าออก รถยนต์เข้าไม่ได้ มีรายได้ในการเลี้ยงชีพจากการขายส้มตำ เพื่อใช้จ่ายในครอบครัว 6 คน เป็นสภาพของคนเขตเมืองที่พบจำนวนมากคือ ป่วยด้วยโรค NCDS จนไม่สามารถทำงานได้ตั้งแต่อายุ 60 ต้นๆ การจัดการเพื่อให้ผู้ป่วยได้ดูแลตัวเองให้มากขึ้น เพื่อให้แผลหายเร็วขึ้น ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ผู้ป่วยจะได้กลับมาช่วยทำงานหารายได้เลี้ยงครอบครัว และป้องกันไม่ให้บุตรสาวและคนอื่นในครอบครัวป่วยด้วยเบาหวานเพิ่ม เป็นเรื่องจำเป็นมากสำหรับครอบครัวนี้

4. ผู้เป็นเบาหวานสูงอายุ ครอบครัวขาดการดูแลเอาใจใส่ จนผู้ป่วยมีความเครียด มีปัญหาด้านจิตใจ การจัดการให้มี Care Giver (มีเจ้าภาพ) และ Counselling ช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นมาก ดูแลตัวเองได้มากขึ้น และไม่สร้างภาระในระยะยาว จากการไม่สนใจดูแลของครอบครัว

5. ผู้ป่วยหญิงวัยกลางคนรักษาที่ รพ.ตามสิทธิ์ประกันสังคม เป็นเบาหวานมาตั้งแต่ปี 2549 แพทย์สั่งให้ฉีดอินซูลินวันละ 4 ครั้ง (เพราะแยกกินน้ำใสและน้ำชุน) ผู้ป่วยใช้ยาครั้งเดียวมาตลอด มียาเกินและยาฉีดเหลือทิ้งมาเป็น 10 ปี โดยที่ไม่เคยแจ้งให้แพทย์ผู้สั่งการรักษาทราบเลย จนวันหนึ่งได้เดินเข้ามาหาพยาบาล และได้แก้ไขปัญหาร่วมกันทุกฝ่าย

ทำงานด้วยความรัก ทำงานด้วยความรู้ ทำงานอย่างเต็มกำลัง นอกจากจะสร้างประโยชน์กับผู้ป่วยและประเทศชาติแล้ว ยังได้ความสุขใจและได้บุญกุศลจากการทำหน้าที่คะ หวังว่าบุคลากรที่ทำงานด้านเบาหวาน คงได้แนวทางและมีพลังใจที่จะไปขอความช่วยเหลือให้ทุกท่านโชคดี



2 นาที กับเปลวเทียน

พญ.อารยา กองผิว
โรงพยาบาลปาโลเมโมเรียล

จากข่าวสารเป็นความรู้ เชื้อไวรัสโคโรนา กับโรคเบาหวาน

นับตั้งแต่เชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ออกมาสร้างความตื่นตัว ตกใจ เป็นภัยต่อสุขภาพ โดยเฉพาะในผู้มีโรคเรื้อรัง ซึ่งได้แก่ โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง โรคถุงลมปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease; COPD) และโรคมะเร็ง ทำให้มีการรายงานว่ามีโรคเหล่านี้ติดเชื้อง่าย มีความรุนแรงและเสียชีวิตได้ง่ายกว่าคนทั่วไป

ผู้ให้ความรู้โรคเบาหวานจะต้องพบกลุ่มโรค non-communicable diseases (NCDs) ในชีวิตประจำวันของการเสริมพลังความรู้แก่ผู้เป็นเบาหวานจึงต้องมีความรู้เรื่อง COVID-19 ว่ามีความเชื่อมโยงที่จุดใด

มีบทความวิชาการใหม่ๆ ที่จะนำเสนออยู่ 2 บทความที่กล่าวตรงประเด็นของโรคเบาหวาน

บทความที่ 1 รายงานโดย Matthew C. Riddle จากสถาบัน University of Portland, Oregon U.S.A. ในวารสาร Diabetes Care เดือน ตุลาคม 2020 ได้สรุปองค์ความรู้จากการทบทวนสำคัญอยู่ 4 เรื่อง

1. Fang, Wang, Tang จากประเทศจีน พบว่า COVID-19 เกิดในผู้เป็นเบาหวาน และ COPD มากกว่าคนปกติ และมากกว่าผู้มีโรคหลอดเลือดหรือโรคไต

2. Battisti ได้ทำ CT Abdomen พบว่า ผู้ที่มี visceral adipose tissue ปริมาณมาก จะเป็น COVID-19 มากกว่ากลุ่มควบคุม

3. Moin พบว่า renin angiotensin system นั้นเป็นทางเข้าของไวรัสสู่เซลล์ และผู้เป็นเบาหวานมีโปรตีนที่จับ angiotensin converting enzyme (ACE) และ renin angiotensin system (RAS) มากกว่าธรรมดา protein กลุ่มนี้จะลดลงได้โดยการให้ insulin infusion

4. Soldo พบว่าผู้ที่มีไขมันพอกตับ มีปริมาณ ACE protein สูง ทำให้เพิ่มความรุนแรงของอาการ COVID-19

ในบทความนี้ ขยายความว่า พื้นฐานของความรุนแรงของโรคเกิดขึ้นกับ ผู้ป่วยชาย สูงวัย อ้วน มีโรคหัวใจ โรคปอด และโรคไต

แต่มีปัจจัยที่ทำให้เกิดความรุนแรงของโรค คือ

การมีภาวะน้ำตาลสูงในเลือด (Hyperglycemia) ในหัวข้อนี้ มีงานวิจัยสำคัญอีก 4 รายงาน

1. Agarwal พบพบพบว่าระดับน้ำตาลสูงในเลือด ในช่วงที่ติดเชื้อ COVID-19 จะมีผลกระทบมากกว่าระดับ HbA1C

2. Copelli รายงานว่า ภาวะ hyperglycemia ทำให้เกิดความเสี่ยงที่จะเสียชีวิต เป็น 2.2 เท่า ของคนทั่วไป

3. Ghanim และ 4 SUN ทั้งสองได้สรุปว่า การใช้ insulin infusion ให้ผู้ป่วยกลุ่มน้ำตาลในเลือดสูง สามารถลด inflammatory marker

4. พญ.สิริมนต์ รวิตระกูล ใช้ CGM ติดตามควบคุม น้ำตาลในเลือดให้ผู้ที่อยู่ในโรงพยาบาลด้วย COVID-19 ทำให้มีการควบคุมความรุนแรงได้ดี

สรุปบทความแรก คือ ระดับน้ำตาลในเลือดเป็นตัว

เปิดทางให้ติด COVID-19 ทำให้มีอาการรุนแรง และเสียชีวิต ได้มากกว่าคนทั่วไป

บทความที่ 2 เป็นการทบทวนของ J.M. Gregory จาก Vanderbilt University Medical Center จากรัฐ Tennessee, U.S.A. ลงใน Diabetes Care : เดือนกุมภาพันธ์ 2021 พบว่าผู้เป็นเบาหวานที่ติดเชื้อ COVID-19 มีความเสี่ยงที่จะติดเชื้อ มีอาการรุนแรงและเสียชีวิตมากกว่าคนทั่วไป ถึง 3 เท่า

จากเวชระเบียนที่มีการตรวจไวรัสด้วยวิธี PCR จำนวน 69,701 ราย พบ COVID-19 จำนวน 6,451 (7.7%)

พบ T1DM 40 ราย T2DM 273 ราย ที่เหลือเป็น Non-DM 6,138 ราย

พบตารางความเสี่ยง ดังนี้

DM	อัตราการรับเข้าโรงพยาบาล	ความรุนแรงของโรค	อันตราย
T1DM	3.9 เท่า	3.35 เท่า	ไม่ตาย
T2DM	3.36 เท่า	3.42 เท่า	3.26 เท่า

สรุปแล้วพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ระดับ HbA1C สูง การใช้ยาลดความดันที่มี ACEI หรือ ARB เคยมี DKA ไม่ใช่ CGM ในการติดตาม และผู้ที่มีฐานะด้อยทางเศรษฐกิจสังคม

ทางด้านการเลิกบุหรี่สามารถลดความรุนแรงของการเกิด COVID-19 ลดอัตราการป่วยด้วย DM และลดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน Diagram ดังนี้





แสงเทียน

The Diabetes Educator Newsletter

สมาคมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน (สำนักงานชั่วคราว) โรงพยาบาลเทพารินทร์
เลขที่ 3850 ถนนพระราม 4 แขวงพระโขนง เขตคลองเตย กรุงเทพฯ 10110
โทร. 0-2348-7070 โทรสาร 0-2672-8629
www.thaide.org

รายนามที่ปรึกษาสมาคม

ศ.เกียรติคุณ นพ.กพ หิมะทองคำ

พญ.อารยา กองผิว

รศ.พญ. สุนิตย์ จันทรประเสริฐ

พญ.เกษณา เตคาญจวนวิช

ผศ.(พิเศษ) พญ.ธัญญา เชษฐากุล

บรรณาธิการ จดหมายข่าวแสงเทียน

กองบรรณาธิการ จดหมายข่าวแสงเทียน

นางศัลยา คงสมบูรณ์เวช

ศ. พญ.สิรินต์ ธีวตระกูล ประเทืองธรรม

นพ.เอกลักษณ์ วโนทยาโรจน์

ผศ.ดร.วัลลา ตันตโยทัย

ดร.ภนิดา ศรีชมเชย

ภญ.ปราณี ลักณาจันทโชติ

รายนามคณะกรรมการบริหาร

ศ.คลินิก นพ.วีระศักดิ์ ศรีนนทการ

ผศ.ดร.วัลลา ตันตโยทัย

นพ.เอกลักษณ์ วโนทยาโรจน์

ศ.พญ.สิรินต์ ธีวตระกูล ประเทืองธรรม

พว.อรสา หิมรักษา

ดร.ภนิดา ศรีชมเชย

พลตรีหญิงยุพิน เบ็ญจสุรัตน์วงศ์

นางพรรณมณ ประสาทแก้ว

นางสาวจิรวรรณ ศรีพัฒน์พงษ์

นางสาวฉัตรวรา อาริวัฑฒ์

พว.รัตนกรรณ์ จิระวัฒน์

ผศ.ดร.ชนิดา ปโชติการ

ดร.พญ.สุวิภา รัตนชัยวงศ์

นางศัลยา คงสมบูรณ์เวช

ภญ.ปราณี ลักณาจันทโชติ

พว.อมรรัตน์ สุทะกุล

ภก.กฤติน บัณฑิตานุกูล

นางธัญญา วรธนพทุกษ์

รศ.พญ.กิพาพร ธาระวานิช

ผศ.ดร.รุ่งระวี นาวิเจริญ

นายกสมาคมฯ

อุปนายก คนที่ 1

อุปนายก คนที่ 2

ประธานฝ่ายวิชาการ

เลขาธิการ

รองเลขาธิการ

ฝ่ายปฎิคม

ผู้ช่วยฝ่ายปฎิคม

ประชาสัมพันธ์

ฝ่ายทะเบียน

เหรียญกษาปณ์

กรรมการ

กรรมการ

กรรมการ

กรรมการ

กรรมการ

กรรมการ

กรรมการ

กรรมการ

กรรมการ