



แดจเทิงน

The Diabetes Educator Newsletter

Vol. 25 No. 3 July - September 2023 ปีที่ 25 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม - กันยายน 2566

Diabetes remission and Diabetes management in Type 2 diabetes





แสงเทียน

The Diabetes Educator Newsletter

วัตถุประสงค์

- เป็นจดหมายข่าวทุก 3 เดือน จัดทำเพื่อเผยแพร่กิจกรรมของสมาคมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน
- เป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารงานวิจัยและการสอนเกี่ยวกับโรคเบาหวาน
- เป็นสื่อกลางแลกเปลี่ยนข่าวสาร ความคิดเห็นระหว่างสมาคมและสมาชิก

พันธกิจ
มุ่งมั่นให้ความรู้
ที่มีมาตรฐาน
เพื่อคุณภาพชีวิต

สวัสดิ์ดีค่ะ

สมาชิกแสงเทียนทุกท่าน

อีก 3 เดือน ก็จะได้เข้าสู่ปี 2567 ขณะเดียวกันแสงเทียนก็ก้าวหน้าตามไปอย่างไม่ลดละ กรรมการก็พยายามหาเรื่องมา Update อยู่เรื่อยๆ เพื่อเพิ่มพูนความรู้ให้ทันยุคทันสมัยยิ่งขึ้น เนื้อหาฉบับนี้นอกจากการ Update ความรู้ด้านโรคเบาหวานแล้ว ยังเน้นแนวความรู้ในการปฏิบัติตนของผู้เป็นเบาหวาน หรือผู้ที่มีภาวะก่อนเบาหวานเพื่อการดูแลควบคุมโรคเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบรวมทั้งบทบาทของ Certified Diabetes Educator (CDE) และการพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้เป็นเบาหวานระดับจังหวัดเพื่อเป็นองค์ความรู้ใหม่ๆ ทางการแพทย์ด้านการรักษาโรคเบาหวานของไทยเรา

ปีนี้ทางสมาคมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวานของเรามีการจัดสอบ CDE ในช่วงระหว่างเดือนตุลาคม - พฤศจิกายน 2566 จึงขอเชิญชวนสมาชิกแสงเทียน และผู้สนใจทุกท่านเข้าร่วมลงทะเบียนเพื่อรับการสมัครสอบกับทางสมาคมฯของเรา นอกจากนั้นสำหรับผู้ที่พลาดการเข้าร่วมอบรมหลักสูตร Holistic Diabetes Management and DSMES ครั้งที่ 1 กับเรา จะขอเชิญชวนท่านเข้าร่วมอบรมหลักสูตรนี้ที่จะจัดขึ้นในครั้งที่ 2 ในช่วงวันที่ 11 - 15 กันยายน 2566 นี้ซึ่งท่านที่เข้าร่วมอบรมกับเราจะได้รับหนังสือหลักสูตรนี้จำนวน 2 เล่มที่ Update ขึ้นมาใหม่ในปี 2566 นี้ด้วยค่ะ

สุดท้ายนี้แสงเทียนขอขอบพระคุณอาจารย์ทุกท่านที่สละเวลาแบ่งปันความรู้ใหม่ๆ ให้แก่สมาชิกแสงเทียนในฉบับนี้ พบกันใหม่ฉบับหน้าค่ะ



ศ.พญ.สมลักษณ์ จิ่งสมาน

Contents

3 DM Highlight

บทบาทของกิจกรรมทางกายในการทำให้โรคเบาหวานเข้าสู่ระยะสงบ

9 DM Update

ภาวะก่อนเบาหวาน (Prediabetes)

13 DM Update

บทบาทของ Certified Diabetic Educator (CDE) ในการขอรับรองมาตรฐานคลินิกเฉพาะโรคเบาหวาน (Disease Specific Certification, DSC)

17 แบ่งปันประสบการณ์

ประสบการณ์การพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยเบาหวานระดับจังหวัด

23 2 นาทีกับเปลวเทียน

จาก DE สู่ NCDsE

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



DM HIGHLIGHT

รศ.พญ.กัญญาพร ธาระวานิช

หน่วยต่อมไร้ท่อและเมแทบอลิซึม ภาควิชาอายุรศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

บทบาทของกิจกรรม ทางกายในการทำให้ โรคเบาหวานเข้าสู่ระยะสงบ

ในปัจจุบันกระแสการดูแลรักษาโรคเบาหวานให้อยู่ในระยะสงบ (diabetes remission) มาแรง โดยส่วนใหญ่เรามักจะได้รับทราบเกี่ยวกับวิธีการทำให้โรคเบาหวานเข้าสู่ระยะสงบโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดน้ำหนักลงอย่างน้อยร้อยละ 10¹ ในผู้ที่อ้วน นอกจากนี้ยังมีการใช้ยาและการผ่าตัดลดน้ำหนัก ผู้เขียนจึงขอเสนอแนะให้เห็นถึงบทบาทและความสำคัญของกิจกรรมทางกาย (physical activity) ในการดูแลรักษา ร่วมกับวิธีมาตรฐานเพื่อให้โรคเบาหวานเข้าสู่ระยะสงบ

กิจกรรมทางกายแตกต่างจากการออกกำลังกายอย่างไร²

กิจกรรมทางกาย หมายถึง การเคลื่อนไหวส่วนหนึ่งส่วนใดของร่างกาย ทำให้มีการใช้พลังงาน เช่น การทำกิจวัตรประจำวัน การประกอบอาชีพที่ต้องมีการเคลื่อนไหว การทำงานบ้าน และการเล่นกีฬา เป็นต้น

การออกกำลังกาย คือ การมีกิจกรรมทางกายอย่างเป็นแบบแผน และมีการทำซ้ำๆ เช่น การวิ่ง ตีเทนนิส ว่ายน้ำ เป็นต้น ดังนั้นการออกกำลังกายจึงเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมทางกาย

ประโยชน์ของกิจกรรมทางกาย

ประโยชน์ของการมีกิจกรรมทางกายในผู้เป็นเบาหวาน ได้แก่ เพิ่มสมรรถภาพการทำงานของระบบหัวใจและระบบการหายใจ เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ลดระดับน้ำตาลในเลือดประมาณ 0.5-0.7% โดยไม่ขึ้นกับการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัว³ ลดความตึงเครียด อิ่มอร่อย ลดความดันโลหิต ลดไขมัน ไตรกลีเซอไรด์ คอเลสเตอรอล เพิ่มการสร้าง HDL ช่วยให้น้ำหนักที่ลดลงคงที่ (weight maintenance)⁴ ป้องกันและชะลอความเสื่อมของโรคระบบประสาทส่วนปลายในเบาหวาน⁵ ผู้ที่มีกิจกรรมทางกายอย่างสม่ำเสมอไม่ว่าจะเป็นหรือไม่เป็นโรคเบาหวานพบว่า ช่วยป้องกันและ

รักษาโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคอ้วน โรคมะเร็งเต้านมและ มะเร็งลำไส้ ทำให้สุขภาพจิตดี และส่งเสริมคุณภาพชีวิต⁶

การแบ่งระดับกิจกรรมทางกาย

กิจกรรมทางกายสามารถแบ่งประเภทได้ตามความหนักได้ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงการแบ่งระดับของกิจกรรมทางกาย^{7,8}

ความแรง	การประเมินความหนักด้วยการพูด (TALK TEST)	ร้อยละของอัตรา	MET*	ตัวอย่าง
น้อย		< 40%	< 1.6	นั่ง ดูโทรทัศน์ นอนเล่น
เบา	ร้องเพลงได้	40–55%	1.6–< 3	เดินช้า ทำงานบ้านเช่น ทำกับข้าว ทำความสะอาด
ปานกลาง	พูดเป็นประโยคได้ แต่ไม่สามารถร้องเพลง	55–70%	3–<6	เดินเร็ว (ความเร็วประมาณ 6 กม./ชม.) ถูบ้าน ตัดหญ้า โดยใช้เครื่อง โยคะ ขี่จักรยาน (ความเร็ว 16–19 กม./ชม.) วายน้ำ แบดมินตัน เทนนิสแบบคู่
หนัก	พูดเป็นคำหรือเป็นประโยคขาดตอน	70–<90%	6–<9	วิ่ง (ความเร็วอย่างน้อย 10 กม./ชม.) พรวันดิน ขี่จักรยาน วายน้ำ ยกของหนัก เล่นฟุตบอล บาสเก็ตบอล เทนนิสแบบเดี่ยว

*MET ย่อมาจาก Metabolic equivalent หมายถึงอัตราส่วนของพลังงานที่ร่างกายใช้ในการออกแรงต่อพลังงานที่ใช้ในขณะที่พัก โดย 1 MET เป็นพลังงานที่ร่างกายใช้ขณะนั่งเฉยๆ มีค่าเท่ากับ 1 กิโลแคลอรี/น้ำหนักตัว 1 กก./ชม.

โรคเบาหวานระยะสงบ

โรคเบาหวานระยะสงบ หมายถึง โรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในผู้ใหญ่ที่ได้รับการดูแลรักษาจนสามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับที่ต่ำกว่าระดับที่ใช้เป็นเกณฑ์วินิจฉัยโรคเบาหวาน และคงอยู่ต่อเนื่องโดยไม่ต้องใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด เกณฑ์การวินิจฉัย คือ ระดับ A1C < 6.5%

โดยวิธีการตรวจ A1C ที่ได้มาตรฐาน กรณีที่มีตัวทวน การตรวจ A1C สามารถใช้เกณฑ์ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร < 126 มก./ดล. (อย่างน้อย 2 ครั้ง) หรือผลการตรวจน้ำตาลจากเครื่องตรวจน้ำตาล ชนิดต่อเนื่อง มีค่า glucose management indicator < 6.5%¹

บทบาทของการมีกิจกรรมทางกาย ในการทำให้โรคเบาหวานเข้าสู่ระยะสงบ

การลดน้ำหนักในผู้ที่อ้วน ส่งผลให้ปริมาณไขมันและความดื้อต่ออินซูลินที่ต่ำลง การหลั่งอินซูลินที่ต่ำอ่อนดีขึ้น การควบคุมอาหารและกิจกรรมทางกายมีบทบาทสำคัญในการลดน้ำหนัก การออกกำลังกายควรออกแบบแอโรบิค เช่น การเดินเร็ว วิ่ง ว่ายน้ำ หรือปั่นจักรยาน เป็นต้น ร่วมกับการออกกำลังกายแบบมีแรงต้าน เช่น ยกดัมเบล ซิทอัพ สควอท วิดพื้น ยกขา หรือ แพลงก์ เป็นต้น เนื่องจากเมื่อน้ำหนักลดลงมวลกล้ามเนื้อจะลดลง จึงควรออกกำลังกายแบบมีแรงต้านเพื่อช่วยป้องกันไม่ให้มวลกล้ามเนื้อลดลง

แรงกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น และความสามารถในการทำงานเพิ่มขึ้น⁹

การศึกษาแบบสุ่มทดลองการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้เบาหวานระยะสงบ ได้แก่ DiRECT (The Diabetes Remission Clinical Trial), DIADEM-1 (Diabetes Intervention Accentuating Diet and Enhancing Metabolism-I)¹⁰ และ Look AHEAD (Action for Health in Diabetes)¹¹ ทุกการศึกษาดำเนินการในผู้เป็นเบาหวานโดยการควบคุมอาหารควบคู่ไปกับการมีกิจกรรมทางกายเพื่อให้โรคเบาหวานเข้าสู่ระยะสงบ รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงการศึกษาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้โรคเบาหวานเข้าสู่ระยะสงบ

การศึกษา (n จำนวนผู้ร่วมวิจัย; คน)	ดัชนีมวลกายเฉลี่ยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามลำดับ (กก./ม. ²)	ระยะเวลาเฉลี่ยที่เป็นโรคเบาหวาน (ปี)	สัดส่วนผู้ที่เบาหวานระยะสงบในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามลำดับ(ร้อยละ)	การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
DiRECT (n=149 ในแต่ละกลุ่ม)	35 และ 34.2	3	46% และ 4% ที่ 1 ปี 36% และ 3% ที่ 2 ปี	<ul style="list-style-type: none"> แบ่งเป็น 3 ระยะคือ ช่วงที่ให้อาหารพลังงานต่ำสุดสำเร็จ 3 มื้อ (total diet replacement) ประมาณ 800 กิโลแคลอรีต่อวัน 3 เดือนแรก ช่วงที่สองเริ่มรับประทานอาหารพลังงานไม่เกิน 400 กิโลแคลอรีต่อมื้อ (food reintroduction) โดยเริ่มที่ละมื้อจนครบ 3 มื้อ ในระยะเวลา 6-8 สัปดาห์ และระยะที่ 3 เป็นอาหารพลังงานต่ำจนจบการศึกษา (maintenance phase)

ตารางที่ 2 (ต่อ) แสดงการศึกษาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้โรคเบาหวานเข้าสู่ระยะสงบ

การศึกษา (n จำนวน ผู้ร่วมวิจัย; คน)	ดัชนีมวลกาย เฉลี่ยในกลุ่ม ทดลองและ กลุ่มควบคุม ตามลำดับ (กก/ม. ²)	ระยะเวลา เฉลี่ยที่เป็น โรคเบาหวาน (ปี)	สัดส่วนผู้ที่ เบาหวานระยะสงบ ในกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุม ตามลำดับ(ร้อยละ)	การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
DIADEM-1 (n=70 กลุ่ม ทดลอง และ 77 กลุ่ม ควบคุม)	ประมาณ 35 ทั้งสองกลุ่ม	1.75	61% และ 12% ที่ 1 ปี	<ul style="list-style-type: none"> • ระยะแรกที่ทำให้ total meal replacement ให้มีกิจกรรมทางกายตามปกติที่เคยทำ • ระยะ food reintroduction และ maintenance สนับสนุนให้เดินสูงสุด 15,000 ก้าวต่อวัน • อาหารเช่นเดียวกับการศึกษา DiRECT • เดินโดยมีเป้าหมายอย่างน้อย 10,000 ก้าวต่อวัน และมีการออกกำลังกายแบบแอโรบิคร่วมกับออกกำลังกายแบบมีแรงต้าน • มีกิจกรรมทางกายอย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ ออกกำลังกายแบบแอโรบิคอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ • ออกกำลังกายแบบมีแรงต้านอย่างน้อย 2 ครั้งต่อสัปดาห์ โดยไม่ออกกำลังกายติดต่อกันเกิน 2 วัน • ค่อยๆ เพิ่มการออกกำลังกาย
Look AHEAD (n=2570 กลุ่มทดลอง และ 2575 กลุ่มควบคุม)	ประมาณ 36 ทั้ง สองกลุ่ม	5	11.5% และ 2% ที่ 1 ปี และ 7.3% และ 1.5% ที่ 2 ปี	<ul style="list-style-type: none"> • อาหารพลังงาน 1200-1800 กิโลแคลอรีต่อวัน • เป้าหมายกิจกรรมทางกาย 175 นาทีต่อสัปดาห์

กิจกรรมทางกายเพื่อให้โรคเบาหวานเข้าสู่ระยะสงบ

เนื่องจากยังไม่มีแนวทางเวชปฏิบัติที่ระบุเฉพาะว่า ควรมีกิจกรรมทางกายมากน้อยเพียงใด ระหว่างการทำให้โรคเบาหวานเข้าสู่ระยะสงบ จึงขอ นำคำแนะนำของ the American College of Sport Medicine³ สมาคมโรคเบาหวานประเทศสหรัฐอเมริกา พ.ศ. 2566¹² และแนวทางเวชปฏิบัติ สำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2566¹ ของประเทศไทย แนะนำเกี่ยวกับกิจกรรมทางกายในผู้เป็นเบาหวาน ชนิดที่ 2 สรุปได้ดังนี้

- หมั่นขยับร่างกาย ลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง ลดการนั่ง หรืออยู่เฉยเป็นระยะเวลา นานกว่า 30-60 นาที โดยเคลื่อนไหวร่างกายเป็นระยะเวลาดังกล่าว การมีกิจกรรมทางกาย แม้เพียงเล็กน้อยก็มีประโยชน์

- เดินอย่างน้อย 10,000 ก้าวต่อวัน

- การมีกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ ควรมีกิจกรรมทางกายแบบแอโรบิคความหนักปานกลาง หรือหนัก อย่างน้อย 150-300 และ 75-150 นาที ต่อสัปดาห์ ตามลำดับ หรือ มีกิจกรรมทางกาย ทั้งสองแบบควบคู่กันตลอดสัปดาห์ ยิ่งมีกิจกรรมทางกายแบบแอโรบิคความหนักปานกลางมากกว่า 300 นาทีต่อสัปดาห์อย่างสม่ำเสมอจะทำให้มีประโยชน์ต่อสุขภาพมากขึ้น

- ควรออกกำลังกายแบบมีแรงต้าน ความหนักปานกลาง หรือหนักมาก 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ และไม่ควรรอกกำลังกายแบบมีแรงต้าน 2 วันติดต่อกัน

- การออกกำลังกายทั้งแบบแอโรบิคและแบบมีแรงต้านพบว่า ระดับน้ำตาลลดลงได้ดีกว่า การออกกำลังกายแบบหนึ่งแบบใดเพียงอย่างเดียว³

- การออกกำลังกายเพื่อลดไขมันในช่องท้อง

ควรออกกำลังกายความแรงปานกลางถึงหนัก เพื่อให้มีการเผาผลาญพลังงานประมาณ 500 กิโลแคลอรีต่อวัน จำนวน 4-5 วันต่อสัปดาห์³

ขั้นตอนในการส่งเสริมให้ผู้เป็นเบาหวานมีกิจกรรมทางกาย

ขอยกตัวอย่างการศึกษา DiRECT มีกระบวนการส่งเสริมให้ผู้เป็นเบาหวานมีกิจกรรมทางกายเป็นขั้นตอนดังนี้³

1. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความสำคัญของการมีกิจกรรมทางกาย

2. ตั้งเป้าหมายและวางแผนการมีกิจกรรมทางกายโดยมีผู้เป็นเบาหวานเป็นศูนย์กลาง

3. การวิเคราะห์อุปสรรคกีดขวางการมีกิจกรรมทางกายที่อาจเกิดขึ้น และการแก้ไขปัญหาเพื่อก้าวผ่านอุปสรรคดังกล่าว

4. การทบทวนเป้าหมายทางพฤติกรรมว่า สามารถทำได้หรือไม่ และปรับเปลี่ยนตามความเหมาะสม

5. ผู้เป็นเบาหวานมีการประเมินและติดตามการมีกิจกรรมทางกายด้วยตนเองว่า ได้ทำมากน้อยเพียงใด เช่น อุปกรณ์นับก้าวเดิน การบันทึกระยะเวลาและความแรงในการมีกิจกรรมทางกาย

6. บุคลากรทางการแพทย์ให้ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะกิจกรรม และเวลาที่เหมาะสมในการมีกิจกรรมทางกาย

7. การสอนให้มีการเตือนตัวเองให้มีกิจกรรมทางกายอย่างสม่ำเสมอ

บทสรุป

การดูแลรักษาผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ให้โรคเบาหวานเข้าสู่ระยะสงบ ควรมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคู่ไปกับการมีกิจกรรมทางกาย

ลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง การออกกำลังกายแบบแอโรบิก ร่วมกับการออกกำลังกายแบบมีแรงต้าน เพื่อป้องกันไม่ให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น และป้องกันไม่ให้มวลกล้ามเนื้อลดลงในช่วงลดน้ำหนัก นอกจากนี้การมีกิจกรรมทางกายยังมีผลดีต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด การแนะนำให้ผู้ที่มียพฤติกรรมเนือยนิ่ง มีกิจกรรมทางกาย ต้องทำอย่างมีกระบวนการ เน้นให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญ

ตั้งเป้าหมาย วิเคราะห์อุปสรรค ติดตาม ประเมินผล และการปรับปรุงกระบวนการอย่างสม่ำเสมอ บุคลากรการแพทย์ควรมีการประเมินความพร้อมของผู้เป็นเบาหวานก่อนออกกำลังกาย มีการป้องกันภาวะแทรกซ้อน น้ำตาลสูง น้ำตาลต่ำ ปรับยาให้เหมาะสม ให้ความรู้และให้กำลังใจ เพื่อบรรลุเป้าหมายโรคเบาหวานสงบในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย ส. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566. กรุงเทพฯ: บริษัท ศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด; 2566.
2. Dasso NA. How is exercise different from physical activity? A concept analysis. *Nurs Forum*. 2019;54(1): 45-52.
3. Kanaley JA, Colberg SR, Corcoran MH, et al. Exercise/Physical Activity in Individuals with Type 2 Diabetes: A Consensus Statement from the American College of Sports Medicine. *Med Sci Sports Exerc*. 2022;54(2): 353-368.
4. Jin S, Bajaj HS, Brazeau AS, et al. Remission of Type 2 Diabetes: User's Guide: Diabetes Canada Clinical Practice Guidelines Expert Working Group. *Canadian journal of diabetes*. 2022;46(8): 762-774.
5. Balducci S, Iacobellis G, Parisi L, et al. Exercise training can modify the natural history of diabetic peripheral neuropathy. *J Diabetes Complications*. 2006;20(4): 216-223.
6. Bull FC, Al-Ansari SS, Biddle S, et al. World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *Br J Sports Med*. 2020;54(24): 1451-1462.
7. Kidney Disease: Improving Global Outcomes Diabetes Work G. KDIGO 2022 Clinical Practice Guideline for Diabetes Management in Chronic Kidney Disease. *Kidney international*. 2022;102(5S): S1-S127.
8. MacIntosh BR, Murias JM, Keir DA, Weir JM. What Is Moderate to Vigorous Exercise Intensity? *Front Physiol*. 2021;12: 682233.
9. Shibib L, Al-Qaisi M, Ahmed A, et al. Reversal and Remission of T2DM - An Update for Practitioners. *Vasc Health Risk Manag*. 2022;18: 417-443.
10. Taheri S, Zaghoul H, Chagoury O, et al. Effect of intensive lifestyle intervention on bodyweight and glycaemia in early type 2 diabetes (DIADEM-1): an open-label, parallel-group, randomised controlled trial. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2020;8(6): 477-489.
11. Look ARG, Gregg EW, Jakicic JM, et al. Association of the magnitude of weight loss and changes in physical fitness with long-term cardiovascular disease outcomes in overweight or obese people with type 2 diabetes: a post-hoc analysis of the Look AHEAD randomised clinical trial. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2016;4(11): 913-921.
12. ElSayed NA, Aleppo G, Aroda VR, et al. 5. Facilitating Positive Health Behaviors and Well-being to Improve Health Outcomes: Standards of Care in Diabetes-2023. *Diabetes care*. 2023;46(Supple 1): S68-S96.
13. Cassidy S, Trenell M, Stefanetti RJ, et al. Physical activity, inactivity and sleep during the Diabetes Remission Clinical Trial (DiRECT). *Diabet Med*. 2023;40(3): e15010.



DM UPDATE

พ.ญ.พรรณทิพย์ ตันตวงษ์

อายุรแพทย์โรคต่อมไร้ท่อและเมตะบอลิซึม
โรงพยาบาลมหาราชชนศรี

ภาวะก่อนเบาหวาน (Prediabetes)

ภาวะก่อนเบาหวาน หรือ Prediabetes เป็นภาวะที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ แต่ยังไม่สูงถึงเกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวาน ผู้มีภาวะ Prediabetes ถือเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 นอกจากนี้ ยังพบว่ามีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคระบบหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมองด้วย เนื่องจากผู้ที่มีภาวะ Prediabetes มักมีความผิดปกติทางเมตาบอลิกอื่น ๆ ร่วมด้วย ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง น้ำหนักตัวเกิน หรือโรคอ้วนรวมเป็นกลุ่มอาการทางเมตาบอลิก (Metabolic syndrome) อย่างไรก็ตาม หากผู้ที่มีภาวะ Prediabetes ทราบการวินิจฉัยโรค ได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสม จะสามารถชะลอการเกิดโรคเบาหวานและโรคหลอดเลือดดังกล่าวได้

การวินิจฉัยภาวะ: Prediabetes

ภาวะ Prediabetes ใช้เกณฑ์วินิจฉัยตามความผิดปกติของระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหาร (Fasting plasma glucose: FPG) ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหาร 2 ชั่วโมง (2 hour post-load plasma glucose) และระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (Hemoglobin A1c) โดยเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะ Prediabetes มีระบุไว้ในหลาย guidelines ดังแสดงในตารางที่ 1

ตาม American Diabetes Association (ADA)¹ ปี ค.ศ.2023 ผู้ที่มีความผิดปกติของระดับน้ำตาลก่อนอาหาร คือ 100–125 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร เรียกว่า Impaired fasting glucose (IFG) และหากมีความผิดปกติของระดับน้ำตาลหลังอาหารสูง คือ 140–199 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

ที่ 2 ชั่วโมงภายหลังจากการทำ 75 gram oral glucose tolerance (75 g OGTT) เรียกว่า Impaired glucose tolerance (IGT) และกลุ่ม Prediabetes ที่วินิจฉัยจากความผิดปกติของระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม 5.7-6.4% โดยปัจจุบัน แนะนำการตรวจคัดกรองระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อค้นหาความผิดปกติ ในผู้ที่มีน้ำหนักตัวเกิน (Body mass index ≥ 23 กิโลกรัม/เมตร²) ร่วมกับปัจจัยเสี่ยงอย่างน้อย 1 ข้อ ได้แก่ มีญาติสายตรงเป็นโรคเบาหวาน มีโรคความดันโลหิตสูง

ไขมันในเลือดผิดปกติ (Triglyceride > 250 มิลลิกรัม ต่อเดซิลิตร HDL-cholesterol < 35 มิลลิกรัม ต่อเดซิลิตร) มีภาวะ poly cystic syndrome ไม่ค่อยออกกำลังกาย เป็นต้น และแนะนำการตรวจด้วย 75 g OGTT ในผู้ที่ตรวจพบระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหาร ≥ 110 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรผู้ที่มี Prediabetes ส่วนใหญ่มักไม่ทราบว่าตนเองมีภาวะนี้ เนื่องจากไม่มีอาการใดๆ การตรวจคัดกรองระดับน้ำตาลในเลือดตามคำแนะนำจึงมีความสำคัญในการค้นหาและวินิจฉัยโรค

ตารางที่ 1 เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะ Prediabetes

Criteria	American Diabetes Association ¹ (ADA 2023)	American Association of Clinical Endocrinology ² (ACE 2023)	World Health Organization ³ (WHO 2006)	International Expert Committee ⁴ (2009)
Fasting plasma glucose-mg/dl	100-125	100-125	110-125	NA
2-hour load plasma glucose (75-g OGTT) mg/dl	140-199	140-199	140-199	NA
Hemoglobin A1C - %	5.7-6.4	5.7-6.4	NA	6.0-6.4

ความชุกและความสำคัญของภาวะก่อนเบาหวาน

รายงานจาก IDF Diabetes Atlas พบผู้ใหญ่ที่มีภาวะ IGT พบประมาณ 541 ล้านคน (10.6%) ทั่วโลกในปี ค.ศ. 2021 และจะเพิ่มขึ้นเป็น 730 ล้านคน (11.4%) ในปี ค.ศ.2045 โดยความชุกของ IGT, udki เพิ่มขึ้นตามอายุ ส่วนผู้ใหญ่ที่มีภาวะ IFG พบประมาณ 319 ล้านคน (6.2%) และจะเพิ่มขึ้น

เป็น 441 ล้านคน (6.9%) ในปี ค.ศ.2045 โดยพบความชุกของ IFG สูงที่สุดในช่วงอายุ 50-70 ปี ส่วนในประเทศไทย มีรายงานจากการตรวจสุขภาพประชาชนไทยที่มีอายุ >15 ปี โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พ.ศ.2562-2563 พบความชุกของภาวะ IFG เป็น 10.7 % พบความชุกในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ภูมิภาคที่พบความชุกของ IFG มากที่สุดคือภาคกลาง โดยเฉพาะในกรุงเทพมหานคร

ผู้มีภาวะ Prediabetes มีโอกาสเป็นโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น จาก meta-analysis⁵ พบว่าเมื่อติดตามเป็นระยะเวลา 12 ปี พบผู้ที่มีภาวะ IFG เกิดเป็นเบาหวานได้ 31% (ความเสี่ยง 4.32 เท่า) ผู้ที่มีภาวะ IGT เกิดเป็นเบาหวานได้ 41% (ความเสี่ยง 3.61 เท่า) ผู้ที่มีระดับ HbA1c 5.7–6.4% เกิดเป็นเบาหวานได้ 31% (ความเสี่ยง 5.5 เท่า) หากมีภาวะ IFG ร่วมกับ IGT พบมีความเสี่ยงในการเป็นเบาหวานถึง 6.9 เท่า นอกจากนี้ ในผู้มีภาวะ Prediabetes (IFG หรือ IGT) พบมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้น รวมถึงอัตราการเสียชีวิตและอัตราการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นด้วย

การดูแลรักษาภาวะก่อนเบาหวาน

การดูแลภาวะ Prediabetes ประกอบด้วย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด (intensive lifestyle modification, LSM) การใช้ยาควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และการแก้ไขปัจจัยเสี่ยงทางหลอดเลือด ได้แก่ การลดน้ำหนัก การควบคุมระดับความดันโลหิต และควบคุมระดับไขมันในเลือด

โดยการศึกษาดiabetes Prevention Program (DPP)⁶ แสดงให้เห็นถึงประโยชน์ของ intensive LSM ในการลดโอกาสการเกิดโรคเบาหวานถึง 58% เมื่อติดตามเป็นระยะเวลา 3 ปี มากกว่าการใช้ยา metformin ซึ่งลดโอกาสการเกิดโรคเบาหวานได้ 31% นอกจากนี้ เมื่อติดตามต่อเนื่องที่ 10 ปี intensive LSM ยังคงส่งผลต่อเนื่องในการลดการเกิดเบาหวานได้ 34% และที่ 15 ปี ลดโอกาสการเกิดเบาหวานได้ 27% เช่นเดียวกับ Finnish study⁷ ที่แสดงถึงผลของ LSM ในการลดโอกาสเกิดเบาหวาน 43% เมื่อ

ติดตามที่ 7 ปี และการศึกษา Da Qing⁸ แสดงผลของ LSM ในการลดโอกาสเกิดเบาหวาน 39% เมื่อติดตามไป 30 ปี นั่นคือ intensive LSM ช่วยลดการเกิดเบาหวานได้ในระยะยาว

การทำ Intensive LSM⁹ กำหนดเป้าหมายให้ผู้มี Prediabetes มีน้ำหนักตัวลดลง 7% ภายใน 6 เดือนจากน้ำหนักเริ่มต้น โดยการควบคุมปริมาณพลังงานจากอาหารให้ลดลงประมาณ 500–1,000 แคลอรีต่อวัน และควบคุมปริมาณไขมัน ผู้ปฏิบัติสามารถเลือกสูตรอาหารที่มีข้อมูลช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดเบาหวาน เช่น Low carbohydrate diet, Plant-based diet, DASH diet, Mediterranean diet, การเพิ่มอาหารจำพวกกากใยและหลีกเลี่ยงอาหารแปรรูป เป็นต้น ร่วมกับให้ออกกำลังกายชนิด moderate intensity ร่วมด้วย ทั้งแบบ aerobic training และ resistance training อย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ เพื่อให้ น้ำหนักตัวลดลงอย่างต่อเนื่อง 0.5–1 กิโลกรัมต่อสัปดาห์ โดยควรมีทีมผู้ดูแล (Lifestyle coaches) คอยกำกับติดตามและคอยสนับสนุนให้ผู้มี Prediabetes สามารถทำได้อย่างต่อเนื่อง โดยมีการติดตามน้ำหนักตัวเองที่บ้านทุกวัน

นอกจากนี้ เป็นอีกสิ่งที่สำคัญ คือการที่ผู้มี Prediabetes ได้ร่วมกิจกรรมป้องกันเบาหวานในชุมชน หรือใน primary care setting รวมถึงการนำเทคโนโลยี เช่น smartphone, web-based application ตลอดจน telehealth มาร่วมในการดูแลได้ ซึ่งมีตัวอย่างจาก Thai Diabetes Prevention Program¹⁰ ที่ทำการศึกษาใน IGT ใน primary care setting 68 แห่ง ใน 8 จังหวัด ซึ่งพบว่าผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มเป็นครั้งคราว (intervention group) มีโอกาสเกิดเบาหวานน้อยกว่าผู้ที่เข้าอบรมเบาหวานเพียง 1 ครั้ง

(control group) โดยอัตราการเกิดเบาหวาน รายใหม่เป็น 12.1% และ 16.6% ตามลำดับ

สำหรับการรักษาภาวะ Prediabetes โดยการใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด มีการศึกษาโดยใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด และยาลดน้ำหนักตัว ซึ่งพบมียาหลายชนิดที่รายงานพบมีประโยชน์ในการชะลอการเกิดเบาหวาน โดยยาชนิดที่ปลอดภัยและมีข้อมูลนานกว่าชนิดอื่นในการป้องกันเบาหวาน คือ “metformin” (ตามข้อมูลการศึกษา DPP) อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบัน USFDA ยังไม่ได้รับรองการใช้ยาใดๆ ในบทบาทเพื่อการป้องกันเบาหวานในผู้ที่มี Prediabetes

โดย ADA recommendation ปี พ.ศ. 2023 แนะนำให้ใช้ยา metformin เพื่อป้องกันเบาหวาน ในรายที่มีภาวะ Prediabetes ที่อายุ < 60 ปี มีภาวะอ้วนที่ BMI ≥ 35 กิโลกรัม/เมตร² มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง (FPG) ≥ 110 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หรือ HbA1c สูง ≥ 6.0 % รวมถึง ผู้ที่มีประวัติเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เนื่องจากเป็นกลุ่มที่ได้ประโยชน์จากยา metformin ตามผลการศึกษา DPP

ในขณะที่ American Association of Clinical Endocrinology (AACE) recommendation

ปี พ.ศ.2023 แนะนำให้พิจารณาการใช้ยาที่เหมาะสมเพื่อควบคู่กับการทำ Intensive LSM ในผู้ที่มีภาวะ Prediabetes ที่มีน้ำหนักตัวเกิน โดยหากต้องการลดน้ำหนัก >7-10% ให้พิจารณาในกลุ่ม GLP1-Receptor agonist, phentermine และ topiramate ER และหากต้องการรักษา Prediabetes โดยการใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือดให้พิจารณาในกลุ่ม metformin, pioglitazone หรือ acarbose และ ทำการติดตามเฝ้าระวังการเกิดเบาหวานต่อไป

สรุป

ภาวะ Prediabetes เป็นภาวะที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน และเพิ่มโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดสมองได้ การวินิจฉัยและให้คำแนะนำในการดูแลตนเอง การเลือกชนิดและควบคุมปริมาณอาหารคาร์โบไฮเดรตและไขมัน ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ทำการติดตามระดับน้ำตาลในเลือด รวมถึงการใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือดเมื่อมีข้อบ่งชี้ จะเป็นแนวทางในการป้องกันหรือชะลอการเกิดโรคเบาหวานได้

เอกสารอ้างอิง

1. ElSayed NA, Aleppo G, Aroda VR, et al. Classification and diagnosis of diabetes. *Diabetes Care*. 2023; 46 (Suppl.1): S19-S40.
2. Samson SL, Vellanki P, Blonde L, et al. American Association of Clinical Endocrinology consensus statement: Comprehensive type 2 diabetes management algorithm- 2023. *Endocrine Practice*. 2023; 29: 305-340.
3. Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycemia. World Health Organization. 2006
4. The International Expert Committee report on the role of the A1C assay in the diagnosis of diabetes. *Diabetes Care*. 2009; 32: 1327-1334.
5. Richter B, Hemmingsen B, Metzendorf M, et al. Development of type 2 diabetes mellitus in people with intermediate hyperglycemia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018; 10: CD012661.
6. Knowler w, Berrett-Connor E, Fowler S, et al. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *N Engl J Med*.2003; 346: 393-403.
7. Lindstrom J, Peltonen M, Eriksson J, et al. Improved lifestyle and decreased diabetes risk over 13 years: long-term follow-up of the randomised Finnish Diabetes Prevention Study (DPS). *Diabetologia*. 2013; 56: 284-293.
8. Gong Q, Zhang P, Wang J, et al. Morbidity and mortality after lifestyle intervention for people with impaired glucose tolerance: 30-year results of the Da Qing Diabetes Prevention Outcome Study. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2019; 7(6):452-461.
9. ElSayed NA, Aleppo G, Aroda VR, et al. Prevention or delay of type 2 diabetes and associated comorbidities. *Diabetes Care*. 2023; 46(Suppl 1): S41-48
10. Aekplakorn W, Tantiyotai V, Numsangkul S, et al. Evaluation of community-based diabetes prevention program in Thailand: A cluster randomized controlled trial. *J Prim Care Community Health*. 2019; 10:1-8



DM UPDATE

พญ.นิชกานต์ คลายชูไทย

อายุรแพทย์ต่อมไร้ท่อและเมตะบอลิซึม
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

บทบาทของ Certified Diabetic Educator (CDE) ในการขอรับรองมาตรฐาน คลินิกเฉพาะโรคเบาหวาน (Disease Specific Certification, DSC)

มาตรฐานเฉพาะโรค/เฉพาะระบบ (Program and Disease Specifics Certification: PDSC) เป็นเครื่องมือในการประเมินตนเอง สำหรับสถานพยาบาลที่มีความประสงค์ในการขับเคลื่อนระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานตามมาตรฐานสู่การรับรองเฉพาะโรค โดยสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ร่วมกับสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ร่วมกับสมาคมวิชาชีพ ได้แก่ สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย สมาคมต่อมไร้ท่อเด็กและวัยรุ่นไทย สมาคมนักกำหนดอาหารแห่งประเทศไทย สมาคมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน สภากาชาดไทย

สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย จัดทำเกณฑ์รับรองมาตรฐานขึ้นมา โดยมีองค์ประกอบที่สำคัญในเชิงโครงสร้างมาตรฐาน การจัดการกระบวนการเพื่อให้ได้มาตรฐาน และการกำหนดตัวชี้วัดสำคัญที่ให้สถานพยาบาลได้เรียนรู้และเลือกใช้ในการกำกับติดตามความก้าวหน้าของการพัฒนา ซึ่งจะเป็นประโยชน์กับสถานพยาบาล และผู้รับบริการที่จะได้รับบริการที่มีคุณภาพ ปลอดภัย และได้ประสิทธิภาพ โดยสถานพยาบาลควรมีระบบบริการให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกเบาหวาน โดยมีองค์ประกอบดังนี้

1. มีระบบการบริการและให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานต่อเนื่อง

2. ให้การดูแลรักษาแบบสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary team)

3. บุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน อย่างน้อยประกอบด้วย

- ก. แพทย์ผู้ให้การวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วย เบาหวาน
- ข. พยาบาลผู้ให้การวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วย เบาหวาน โดยระดับคลินิกเบาหวาน ครบวงจรขึ้นไป ต้องมีพยาบาลผู้ที่ ได้รับการฝึกอบรม/หลักสูตรที่แสดงถึง มีความเชี่ยวชาญในการดูแลกลุ่มผู้เป็น เบาหวาน
- ค. case manager หรือผู้รับผิดชอบในการ บริหารจัดการ ประสานงาน และดูแล ความเสี่ยงต่างๆ ในคลินิกเบาหวาน ซึ่งสามารถเป็นบุคคลเดียวกับข้อ ก. ข. หรือ ค. ก็ได้
- ง. ผู้ให้ความรู้เพื่อการดูแลตัวเองแก่ผู้เป็น เบาหวาน

จะเห็นได้ว่าผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน หรือ CDE เป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญในการขอ รับรองมาตรฐานนี้ โดยมีบทบาทที่สำคัญในด้านการ ให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้เป็น เบาหวาน โดยผู้เขียนจะขออนุญาตยกกรณีการ เตรียมตัวของทีม CDE โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย มาเป็นกรณีศึกษา ดังนี้

• ศึกษารายละเอียดของมาตรฐาน

ในปี 2562 ที่ทางทีมรพ.จุฬาย ได้มีการวางแผน การขอรับรอง DSC อย่างเป็นทางการ ขณะนั้น รพ.จุฬาย ยังไม่มีผู้ที่สอบได้เป็น CDE จึงได้มีการวางแผนส่งบุคลากรอบรมหลักสูตรของสมาคม ผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน จัดกิจกรรมวิชาการ ระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ และส่งบุคลากร

ประกอบด้วย พยาบาล นักกำหนดอาหารและ แพทย์ เข้ารับการสอบ CDE ทำให้ รพ.จุฬาย มี CDE ได้ตามมาตรฐานในที่สุด

• ประเมินตนเองและวางแผนพัฒนา

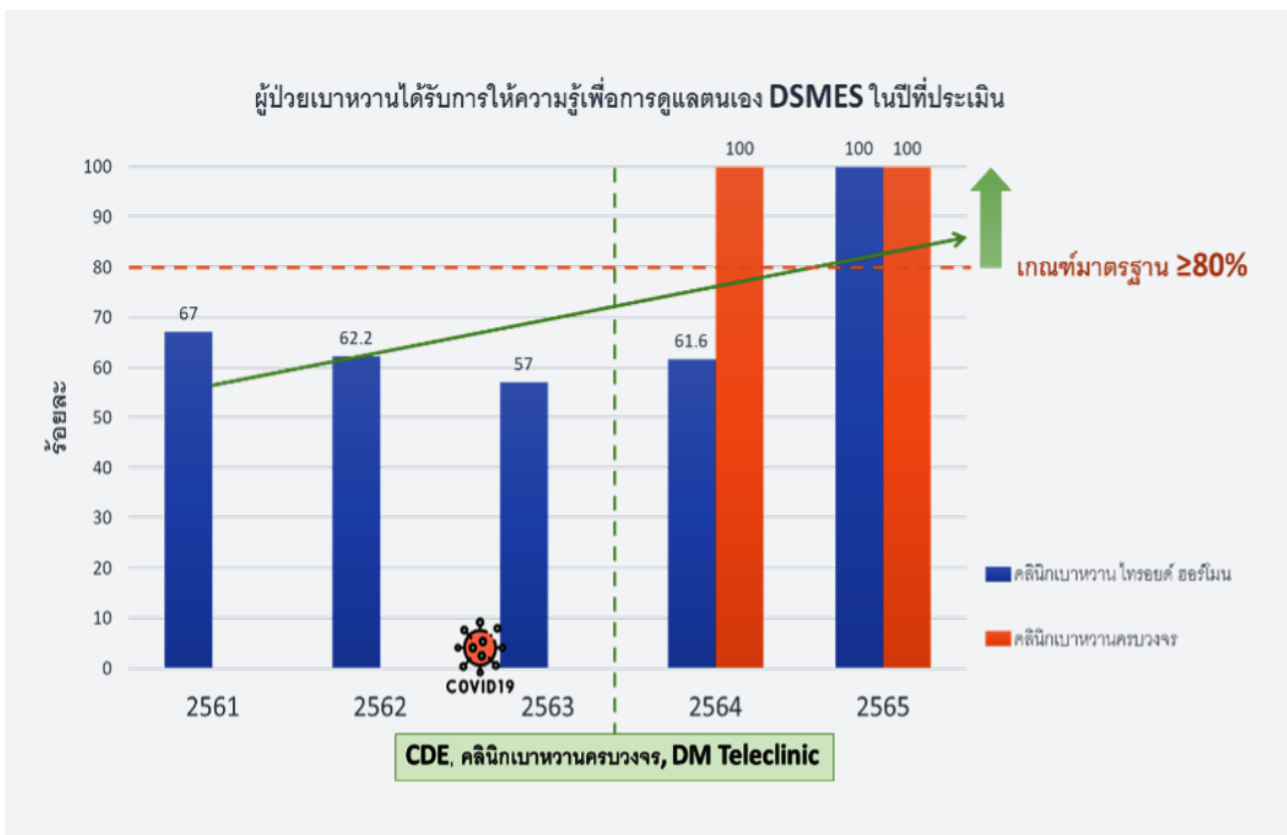
ทางทีมสหสาขาวิชาชีพผู้ดูแลเบาหวาน มีความเห็นว่า รพ.จุฬาย เป็นโรงเรียนแพทย์ที่มี ผู้รับบริการจำนวนมาก มีผู้เป็นเบาหวานเข้ารับ บริการตามคลินิกต่างๆ กระจุกกระจายกัน โดยมี คลินิกที่ให้การดูแลรักษาโรคเบาหวานหลักๆ อยู่ที่ คลินิกอายุรกรรมทั่วไป และคลินิกเบาหวาน ไทรอยด์ ฮอร์โมน เนื่องจากจำนวนผู้รับบริการที่มีจำนวนมาก มีความหลากหลาย ทางทีมสหสาขาวิชาชีพจึงได้ กำหนดกลุ่มผู้รับบริการที่จะมุ่งเน้นการพัฒนา โดยเน้นกลุ่มที่มีความซับซ้อนในการดูแล ได้แก่ กลุ่มเบาหวานวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้น กลุ่ม เปราะบาง สูงอายุ กลุ่มใช้อินซูลิน และกลุ่มที่ ยังไม่สามารถควบคุมเบาหวานได้ตามเกณฑ์ และได้มีการออกแบบระบบบริการเฉพาะสำหรับ ผู้รับบริการกลุ่มนี้ และก่อตั้งคลินิกเฉพาะกลุ่มขึ้น ตั้งแต่ พ.ศ. 2561 เป็นต้นมา เช่น คลินิกเบาหวาน ครบวงจร โดยเป็นโครงการนำร่องที่มุ่งเน้นการ ให้บริการ การสนับสนุนการให้ความรู้เพื่อจัดการ ตนเองของผู้เป็นเบาหวาน (Diabetic self-management education support ;DSMES) อย่างเป็นระบบ คลินิกต่อมไร้ท่อเปลี่ยนผ่าน (Transition clinic) สำหรับเตรียมความพร้อม ผู้เป็นเบาหวานวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้นเข้าสู่ คลินิกเบาหวานวัยผู้ใหญ่ คลินิกบริการเบาหวาน ขั้นสูง (Advanced diabetes clinic) ให้บริการ ผู้ใช้เครื่องตรวจน้ำตาลแบบต่อเนื่อง (continuous glucose monitoring) และอินซูลินปั๊ม (insulin pump) คลินิกเบาหวานทางไกล เป็นต้น ซึ่งการ เปิดบริการคลินิกใหม่เหล่านี้ ต้องการบุคลากร

ที่มีความรู้ความสามารถในการให้บริการผู้เป็นเบาหวานเฉพาะกลุ่มเป็นอย่างมาก ซึ่งทีมสหสาขาวิชาชีพ รพ.จุฬาฯ ก็ได้รับการสนับสนุนด้านการฝึกอบรมเป็นอย่างดี ทั้งจากทีม Certified Diabetic Educator (CDE) ของ รพ.เอง และวิทยากรภายนอกหลายท่าน

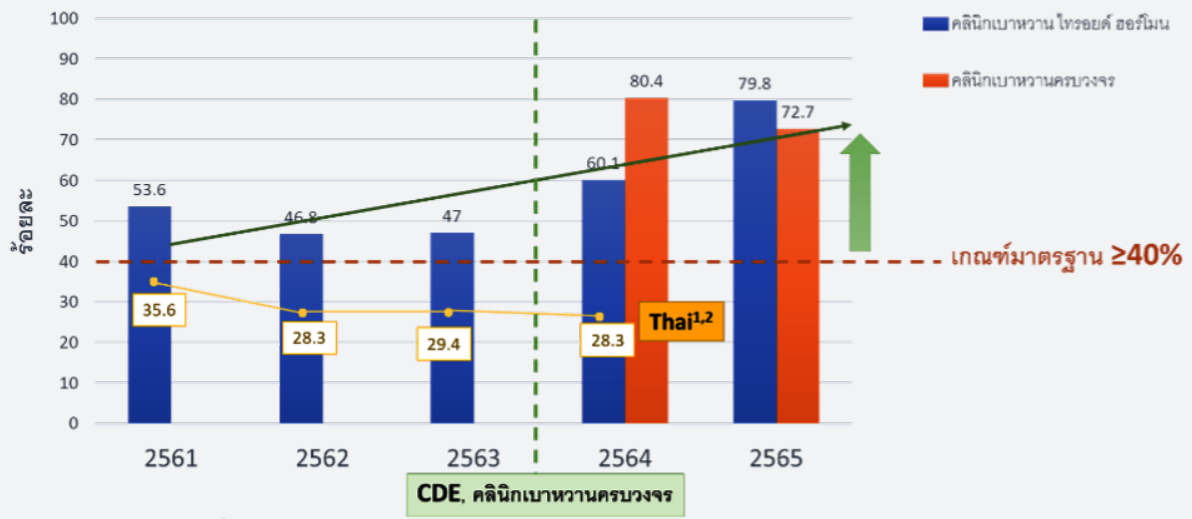
โดยทีม CDE จะมีการวางแผนการประเมินความรู้และทักษะในการจัดการตนเองของผู้เป็นเบาหวานที่มารับบริการในคลินิกต่างๆ อย่างเป็นระบบ มีการปรับปรุงแผนการสอนให้ทันสมัย มีระบบการติดตามหลังการสอน การออกแบบการสื่อสารระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ รวมถึงการบันทึกเวชระเบียนอย่างมีแบบแผน

• วิเคราะห์ผล ศึกษาตัวชี้วัดและวางแผนพัฒนาต่อเนื่อง

จากแผนการพัฒนาระหว่างปี 2562-2565 ทางทีมได้มีการรวบรวมตัวชี้วัด พบว่า ไม่เพียงแต่ผู้เป็นเบาหวานที่มารับบริการได้รับการให้ DSMES เพิ่มขึ้นได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน แต่ยังพบว่า คุณภาพในการดูแลโรคเบาหวาน โดยดูจากร้อยละของผู้เป็นเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ตามเกณฑ์มีจำนวนมากขึ้นอย่างชัดเจน และมีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอยู่ในระดับที่ต่ำ โดยภาพรวมทั้งหมดเป็นไปในทางที่ดีขึ้น ทั้งในส่วนของคลินิกเบาหวานเฉพาะและคลินิกเบาหวานโดยทั่วไป ตั้งแต่เริ่มมี CDE ในโรงพยาบาล บ่งชี้ถึงการพัฒนาในภาพรวม

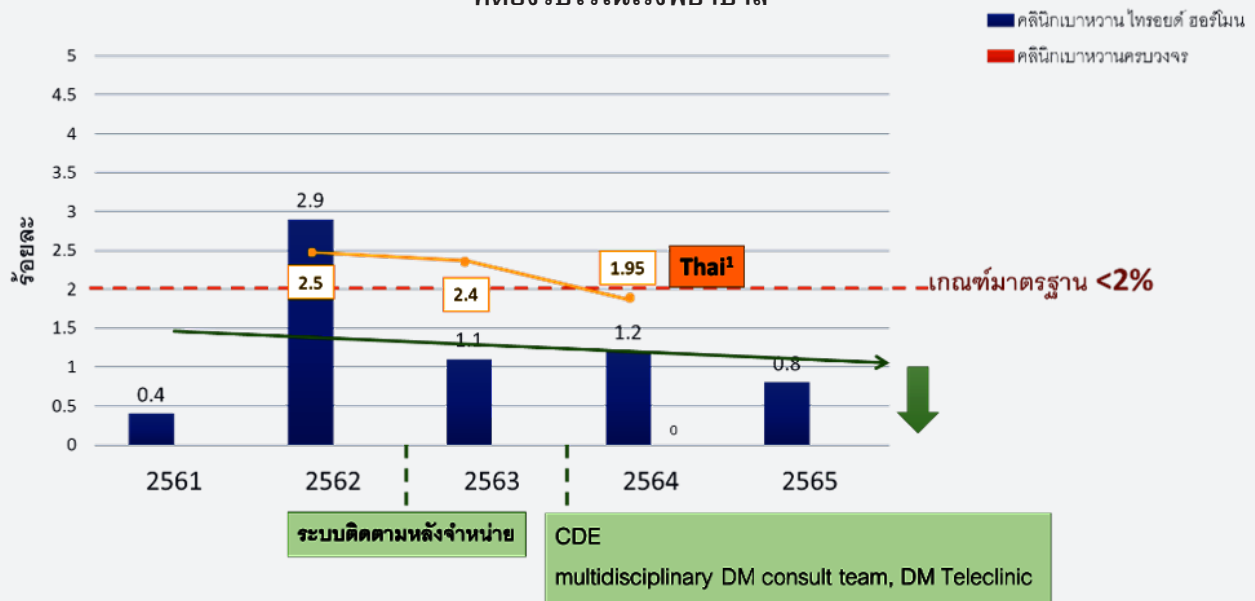


ร้อยละของผู้เป็นเบาหวานในผู้ใหญ่ ที่ควบคุมได้
มีโรคร่วม ระดับ HbA1c ครั้งล่าสุดไม่เกิน 6 เดือน น้อยกว่า 8%



1. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562 – 2563
2. ตัวชี้วัดเชิงกำกับติดตามคุณภาพบริการการดำเนินงานด้านโรคไม่ติดต่อ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

ร้อยละของผู้เป็นเบาหวานในผู้ใหญ่ที่เกิดภาวะแทรกซ้อนฉับพลันของโรคเบาหวาน
ที่ต้องรับไว้ในโรงพยาบาล



1. ตัวชี้วัดเชิงกำกับติดตามคุณภาพบริการการดำเนินงานด้านโรคไม่ติดต่อ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

จากที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่า การขอรับรองมาตรฐานคลินิกเฉพาะโรคเบาหวาน เป็นหนึ่งในกระบวนการพัฒนาระบบการดูแลผู้เป็นเบาหวาน และ CDE เป็นหัวใจสำคัญของการดูแลโรคเบาหวาน

ซึ่งเป็นโรคที่ต้องอาศัยทั้งการดูแลอย่างเป็นระเบียบแบบแผน แต่ก็มีรายละเอียดในการรักษาแบบเฉพาะราย



แบ่งปันประสบการณ์

พว.สงวนศักดิ์ เสียงเรืองแสง

นายแพทย์ชำนาญการ อายุรแพทย์ต่อมไร้ท่อและเมตะบอลิซึม
โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

ประสบการณ์การพัฒนา เครือข่ายการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ระดับจังหวัด

เบาหวาน โรคไม่ติดต่อที่ใครๆ ได้ยินชื่อ ก็ไม่ยากข้องแหวะด้วย ยิ่งไปกว่านั้นคือไม่ยาก รับเข้ามาเป็นเพื่อนในชีวิตของตัวเอง แต่จากสภาพสังคมปัจจุบัน การรับประทานอาหารที่เปลี่ยนไป อาหารส่วนใหญ่ประกอบไปด้วยแป้งและน้ำตาลที่นับวันจะยิ่งเพิ่มดีกรีความหวานให้มากขึ้น ทำให้จำนวนประชากรที่ต้องมีเบาหวานเป็นเพื่อนประจำตัวมีมากขึ้น จากข้อมูลของสหพันธ์โรคเบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation; IDF) พบว่าในปี 2564 มีผู้เป็นเบาหวานทั่วโลกประมาณ 537 ล้านคน และคาดการณ์ว่า จำนวนผู้เป็นเบาหวานจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็น 643 และ 783 ล้านคนในปี 2573 และ 2588 ตามลำดับ สอดคล้องกับข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพประชากรไทยโดยการตรวจร่างกายที่พบว่าความชุกของผู้เป็น

โรคเบาหวานในประเทศไทยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.9 ในปี 2557 เป็นร้อยละ 9.5 ในปี 2563

ถึงแม้ว่าจะชื่อว่าโรคเบาหวาน แต่การดำเนินโรคและผลเสียไม่ได้อ่อนหวานเหมือนกับชื่อ เพราะภาวะแทรกซ้อนที่ตามมานั้นมีหลากหลายทั้งภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต เท้า ระบบประสาทและสมอง รวมถึงเส้นเลือดทั่วร่างกายและหัวใจด้วย นำมาซึ่งการสูญเสียทั้งด้านเศรษฐกิจและทรัพยากรมนุษย์ที่อาจจะต้องพบกับภาวะทุพพลภาพก่อนวัยอันควร

การแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานในปัจจุบันมีความก้าวหน้ามากขึ้น ทั้งทางด้านการคัดกรอง การวินิจฉัย องค์ความรู้ทางด้านการรักษาด้วยยาและเวชภัณฑ์ รวมถึงการผ่าตัด ทำให้ประสิทธิภาพและผลการรักษาผู้เป็นเบาหวานดีขึ้น อย่างไรก็ตาม การจัดการรักษาเบาหวานให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีขึ้นอาจ

ต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญจากหลายสาขา ซึ่งเป็นไปได้ยากที่จะพบในสถานพยาบาลขนาดเล็กหรือในชนบท อีกทั้งยังการรักษาบางอย่างยังมีข้อจำกัดจากเงื่อนไขในเรื่องสิทธิการรักษาของผู้ป่วยแต่ละรายตามนโยบายระดับชาติ ทำให้โอกาสการเข้าถึงการรักษาที่ดีที่สุดได้น้อยลง และก่อให้เกิดความแออัดในการให้บริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ความร่วมมือในรูปแบบเครือข่ายการให้บริการทางการแพทย์จึงอาจเป็นรูปแบบการทำงานอย่างหนึ่งที่จะช่วยบรรเทาปัญหาเหล่านี้ลงได้

การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยเป็นเบาหวานของจังหวัดนครสวรรค์เริ่มต้นขึ้นในปี พ.ศ. 2559 เมื่อ นพ.อดิสรณ์ วรรณนะศักดิ์ นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ขณะนั้น มีดำริที่จะยกระดับมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยเป็นเบาหวานอย่างเป็นระบบและให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งจังหวัด พร้อมกับที่สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) มีแนวความคิดจะพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรคเพื่อการรับรองสถานพยาบาลตามมาตรฐานระบบเครือข่ายบริการสุขภาพระดับจังหวัด (Provincial healthcare Network Certification: PNC) จังหวัดนครสวรรค์จึงเข้าร่วมการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยเป็นเบาหวานโดยอ้างอิงมาตรฐานเครือข่ายของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ซึ่งโดยส่วนตัวผมไม่ได้เป็นผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับกระบวนการคุณภาพ และในช่วงต้นของการเข้าเป็นหนึ่งในคณะทำงานการพัฒนาเครือข่ายนี้ก็ยังมีความลังเลใจอยู่ว่าการพัฒนานี้จะมีประโยชน์อย่างไร สามารถนำไปใช้ได้จริงหรือไม่ และจะคุ้มค่ากับความยุ่งยากกับกระบวนการคุณภาพหรือไม่

แต่เมื่อทำการพัฒนาเครือข่ายร่วมกับทีมงาน ทำให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลง 2 ประการใหญ่ๆ ดังต่อไปนี้

การเปลี่ยนแปลงระบบการทำงาน: การพัฒนาเครือข่ายอย่างมีทิศทาง โดยทีมสหวิชาชีพที่มีศักยภาพ

การพัฒนาเครือข่ายเบาหวานจำเป็นต้องอาศัยผู้มีความรู้หลายด้านและต้องมีการตั้งเป้าหมายที่ชัดเจน เครือข่าย PNC DM ของนครสวรรค์ในช่วงเริ่มต้นจึงได้รวบรวมทีมนำที่มาจากหลากหลายสาขาได้แก่ พยาบาลผู้จัดการรายกรณีของแต่ละอำเภอ เกษัชกร นักโภชนาการและนักกำหนดอาหาร นักกายภาพและนักกายอุปกรณ์ แพทย์ทั่วไปผู้รับผิดชอบงาน NCD ของโรงพยาบาลชุมชน อายุรแพทย์ประจำโรงพยาบาลชุมชนขนาด M และอายุรแพทย์ต่อมไร้ท่อ ผู้ประสานงานเครือข่ายจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพ (quality coach) และเจ้าหน้าที่เทคโนโลยีสารสนเทศ โดยได้กำหนดแนวทางการดำเนินงานภายใต้วิสัยทัศน์การเป็นเครือข่ายการดูแลโรคเบาหวานที่ได้มาตรฐาน ครอบคลุมเป็นองค์รวมผ่าน 4 ยุทธศาสตร์ ได้แก่

ยุทธศาสตร์ที่ 1 เสริมพลังการดูแลสุขภาพตนเอง ได้แก่ การดำเนินงานหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หมู่บ้านสุขภาพดีวิถีไทย คลินิกอดบุหรี่ มีบุคคลต้นแบบเลิกสูรา บุคคลต้นแบบอดบุหรี่ เป็นต้น

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การดูแลรายกลุ่มสำคัญ มีแนวทางในการส่งต่อเพื่อพบผู้เชี่ยวชาญชัดเจนและไร้รอยต่อ (seamless) โดยมุ่งเน้นผู้ป่วยเบาหวาน 3 กลุ่ม ได้แก่

- ผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ยากต่อการควบคุมโรค เน้นผู้เป็นเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ตั้งแต่ 10% ขึ้นไป ที่ได้รับการรักษาด้วยอินซูลิน โดยจัดรูปแบบการรักษาเป็นคลินิกเบาหวาน ที่ให้การรักษาด้วยทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วยอายุรแพทย์ต่อมไร้ท่อฯ พยาบาลผู้จัดการรายกรณี เภสัชกร นักโภชนาการและนักกำหนดอาหาร สามารถตรวจตาด้วย fundus camera ตรวจเท้า และตรวจฟันโดยทันตภิบาลภายในคลินิก ผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลชุมชนจะได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้านก่อน หากไม่สามารถควบคุมโรคได้จะได้รับการส่งต่อไปที่อยู่โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ขึ้น (node) ที่มีอายุรแพทย์ทั่วไปประจำอยู่ เพื่อทำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้ความรู้ และปรับการรักษา โดยทีมสหวิชาชีพ และหากไม่สามารถควบคุมโรคได้ในระยะเวลา 3-6 เดือน จะได้รับการพิจารณาเพื่อส่งต่อโรงพยาบาลศูนย์ต่อไป โดยการส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนทั้งภายในและนอกจังหวัดสามารถทำได้โดยผ่านการติดต่อกับคลินิกเบาหวานของโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ทาง Line application ล่วงหน้า

- ผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 1 ทำการขึ้นทะเบียนผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 1 และผู้เป็นเบาหวานอายุน้อย มีการให้ความรู้ผู้ป่วยตาม Diabetes Self-Management Education and support (DSMES) ของเครือข่ายบริหารและการลงทะเบียนเบาหวานชนิดที่ 1 และเบาหวานวินิจฉัยก่อนอายุ 30 ปี ประเทศไทย (T1DDAR CN) ให้การรักษาด้วยอินซูลินแบบ basal bolus regimen ตามความสมัครใจ และติดตามผลการรักษาที่คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์อย่างต่อเนื่อง

- ผู้เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และผู้เป็นที่ เป็นเบาหวานก่อนตั้งครรภ์ มีการพัฒนาแนวทางการดูแลที่เป็นแนวทางร่วมระดับจังหวัด ให้บริการดูแลและติดตามผลการรักษาร่วมกับแผนกสูติ-นรีเวช ในรายที่ให้การรักษาด้วยอินซูลินมีการตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือด (blood glucose monitoring: BGM) ในกรณีไม่สามารถควบคุมโรคได้หรือต้องการตรวจเพิ่มเติมอื่นๆ จะได้รับการส่งต่อที่โรงพยาบาลศูนย์โดยเร็ว

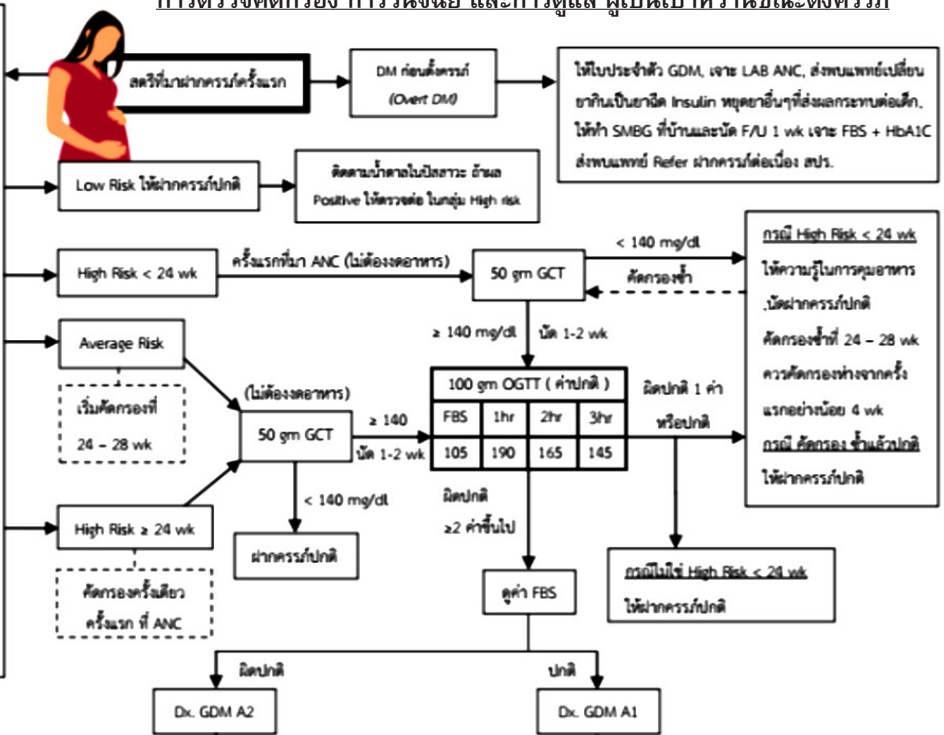
ผู้เป็นเบาหวานทั้ง 3 กลุ่ม หากไม่สามารถเดินทางเข้ามาที่โรงพยาบาลศูนย์ได้ สามารถให้การปรึกษาระหว่างทีมผู้ให้การรักษาได้ผ่านทาง tele-consult

การกำกับติดตามการดำเนินงานโดยการนิเทศในพื้นที่ปีละ 1 ครั้งในโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง เพื่อรับทราบปัญหาในพื้นที่และแลกเปลี่ยนความเห็น และข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงพัฒนางาน รวมถึงเป็นเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทางวิชาการเกี่ยวกับกรณีศึกษาของผู้เป็นเบาหวานจากโรงพยาบาลชุมชนด้วย

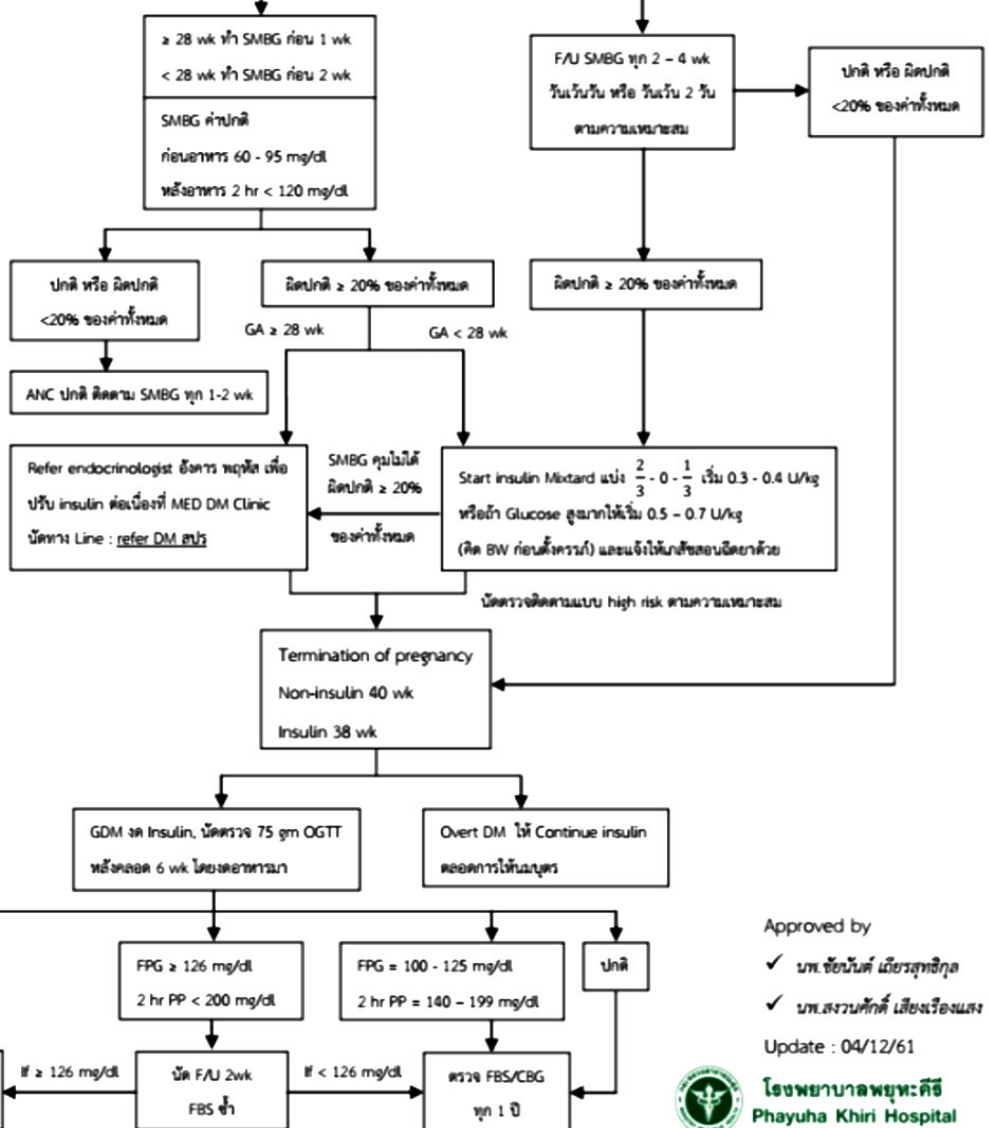
ยุทธศาสตร์ที่ 3 การจัดการระบบสารสนเทศ ระบบข้อมูลส่งผลต่อการดำเนินงานทั้งการระบุปัญหา การประเมินผล และการวางแผนเพื่อดำเนินงานในอนาคต จึงได้มีการพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อติดตามผลการดำเนินงานระดับจังหวัดทั้งตัวชี้วัดตามที่กระทรวงกำหนดและตัวชี้วัดที่หน่วยบริการต้องการทราบเพิ่มเติม โดยสามารถดูผลการดำเนินงานผ่านทางเว็บไซต์ของสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์

การตรวจคัดกรอง การวินิจฉัย และการดูแล ผู้เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

- เกณฑ์ประเมินความเสี่ยง**
- Low Risk**
1. อายุน้อยกว่า 25 ปี
 2. BMI น้อยกว่า 25 kg/m²
 3. ไม่มีความผิดปกติของน้ำตาล เช่น FBS 100-125 %
 4. ไม่มีประวัติเบาหวานขณะตั้งครรภ์
 5. ไม่มีญาติสายตรงเป็นเบาหวาน
 6. ไม่มีประวัติการคลอดไม่พึงประสงค์ (ทารกผิดปกติเชิงคลอด)
- Average Risk**
1. ไม่ได้อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่ำและเสี่ยงสูง
- High Risk**
1. BMI มากกว่า 30 kg/m²
 2. อายุมากกว่า 35 ปี
 3. มีญาติสายตรงเป็นเบาหวาน
 4. เคยคลอดบุตรน้ำหนักมากกว่า 4,000 กรัม
 5. ทารกตายในครรภ์
 6. มีประวัติแท้ง
 7. ครรภ์ก่อนเป็นเบาหวาน
 8. พบน้ำตาลในปัสสาวะ 1+ ขึ้นไป



- คำแนะนำสำหรับผู้ป่วย GDM A1 และ A2**
- คุมอาหาร, ใ้ไปประจำตัว GDM, พบ นักโภชนาการ, แนะนำการดูแลตนเอง, สอนนับอุ้งตีน
 - ตรวจหาคีร์แรกที่มีน้ำตาล และ ทุกไตรมาส
 - ทำ U/S ที่ 18 wk ดู abnormally และ EPW ที่ 32 และ 36 wk
 - ทำ NST ทุก 2 wk เมื่อ GA >= 32 wk
 - เจาะ HbA1C ครั้งแรกที่ ANC จากนั้น เจาะ ทุก 12 wk, keep 1st Trimester < 6% 2nd และ 3rd Trimester < 6.5%
 - HbA1C เป็น ตัวชี้วัด ส่วนการปรับ Insulin ใ้ยึดตาม SMBG เป็นหลัก
- กรณี ใ้ไม่ใ้แพทย์ ใ้ refer**
- A1 : ที่ GA 36 wk ใ้สูติแพทย์ ประเมินว่าสามารถคลอดที่ รพ. ได้ หรือไม่
 - A2 : ใ้ ANC และ คลอด สป. เนื่องจากต้องมีการปรับ Insulin โดยใ้ refer ไปปรึกษากับที่นั้ MED DM Clinic



Approved by

- ✓ นพ. ชัยนันท์ เมียรสุทธิกุล
- ✓ นพ. สรวนศักดิ์ เฌียงเรืองแสง

Update : 04/12/61

โรงพยาบาลพระหทัย
Phayuha Khiri Hospital



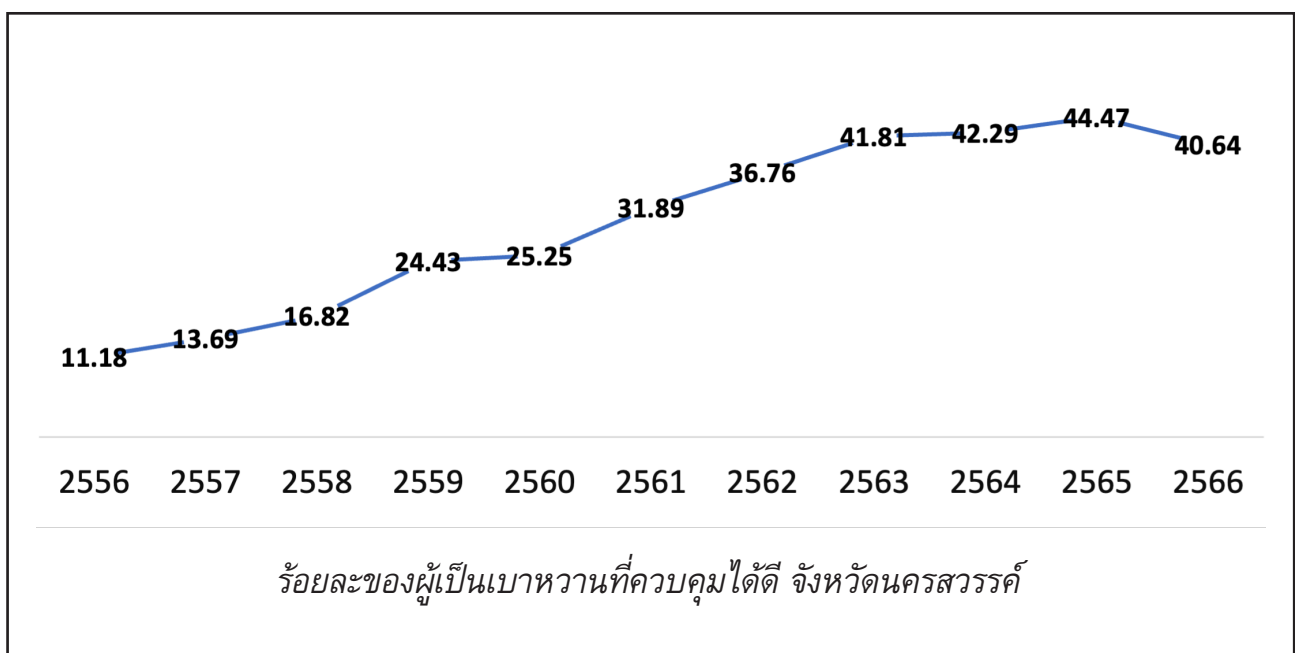
ข้อมูล PNC

#	รายงาน	แสดงข้อมูล
0	เมนูเสริม - การค้นหาบุคคลที่ถูกริเริ่มด้วยโรคติดต่อ	
1	1 ร้อยละผู้ป่วยเบาหวาน type 1 ที่ได้รับการตรวจ Creatinine จำแนกตามกลุ่มอายุ	
2	2 ร้อยละผู้ป่วยเบาหวาน type 2 ที่ได้รับการตรวจ Creatinine จำแนกตามกลุ่มอายุ	
3	3 ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ อายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ไม่ได้รับการคัดกรอง NCD screen แต่ถูกริเริ่มด้วยเบาหวาน	
4	4 ร้อยละผู้ป่วยเบาหวาน type 2 อายุ < 65 ปี ไม่มีโรคร่วม มีค่า HbA1c < 7%	
5	5 ร้อยละผู้ป่วยเบาหวาน type 2 อายุ >= 65 ปี หรืออายุ < 65 ปี และมีโรคร่วม (MI Stroke ESRD) มีค่า HbA1c <= 8%	
6	6 ร้อยละผู้ป่วยเบาหวาน type 1 ได้ตรวจ HbA1c มีค่า HbA1c < 7.5% และ >= 10%	
7	7 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน type 2 HbA1c >=10 ได้รับการฉีดอินซูลิน	

ยุทธศาสตร์ที่ 4 HR management
เน้นการจัดการจำนวนบุคลากรที่ทำงานในระบบ รวมถึงการฝึกอบรมเพิ่มเติมความรู้ให้แก่ ผู้จัดการ รายกรณี และผู้ช่วยผู้จัดการรายกรณี

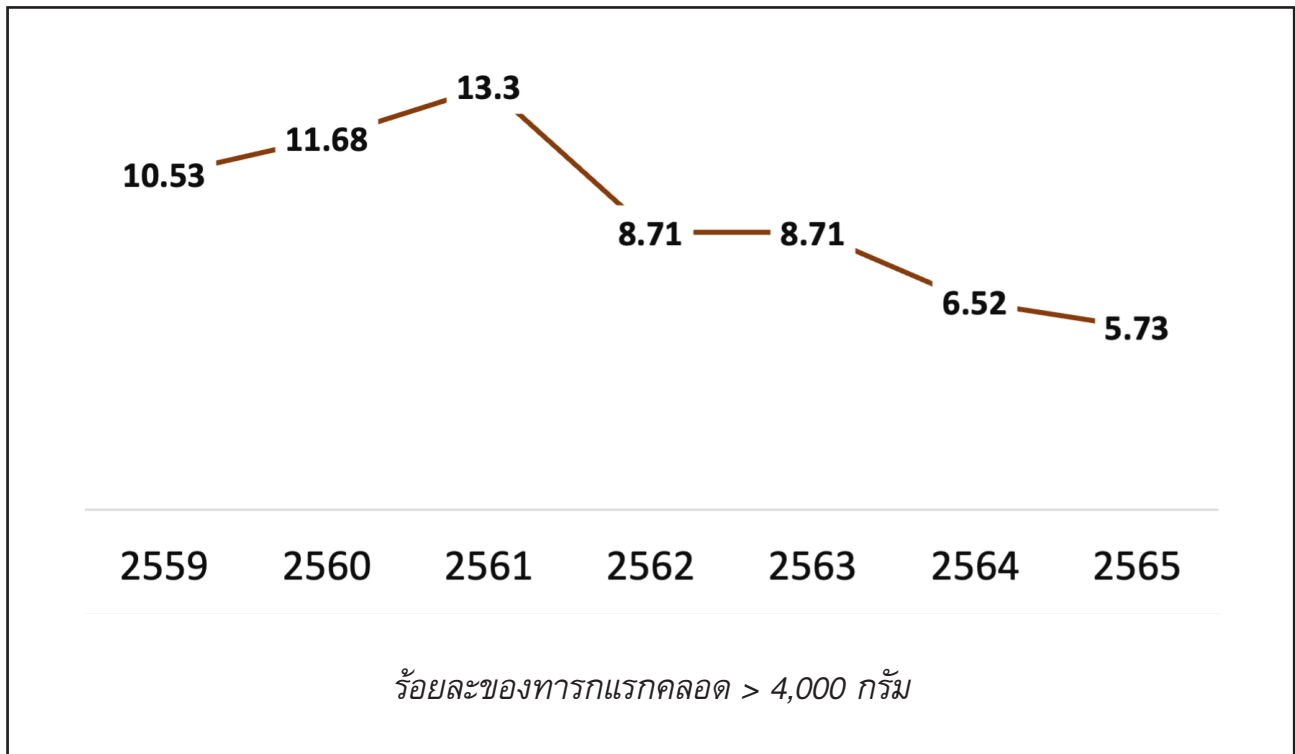
การเปลี่ยนแปลงด้านผลลัพธ์ของการรักษา

จากการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน แบบเครือข่ายระดับจังหวัด ผลการรักษาผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ดีขึ้นดังจะเห็นได้จากจำนวนร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมได้ดีที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2559 และควบคุมได้ดีมากกว่าร้อยละ 40 ในปี 2563



สำหรับผู้เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ สามารถลดการเกิดทารกน้ำหนักแรกคลอดมากกว่า 4,000 กรัม ได้จากร้อยละ 13.3 ในปี 2561 เหลือร้อยละ 5.73 ในปี 2565 ส่วนผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 1

สามารถควบคุมโรคได้ (HbA1c <7.5%) และควบคุมโรคได้ดีขึ้น (HbA1c ลดลงอย่างน้อย 1%) เป็นร้อยละ 71.88 (23 รายจาก 32 ราย)



ดังที่ได้กล่าวแล้วว่าเบาหวานเป็นโรคที่มีความซับซ้อนมากขึ้น การรักษาจำเป็นต้องอาศัยทีมสหวิชาชีพในการดูแลรักษา เครือข่ายโรคเบาหวานที่ดีจึงเป็นเครื่องมือสำคัญที่จะทำให้การดูแลรักษา มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น สามารถแบ่งปันทรัพยากรในเครือข่ายได้อย่างทั่วถึง และ

สามารถช่วยให้บุคลากรผู้ให้การรักษาในเครือข่ายได้รับการพัฒนาทั้งด้านความรู้และประสบการณ์ การดูแลผู้ป่วยไปพร้อมๆ กัน เพิ่มศักยภาพของทีมให้แข็งแกร่งขึ้น และเพิ่มคุณภาพในการดูแล ผู้เป็นเบาหวานได้อย่างครอบคลุมทุกมิติ



2 นาทีกับเปลวเทียน

พญ.อารยา กองผิว
โรงพยาบาลปาไลเมโมเรียล

จาก DE สู่ NCDsE

พวกเราผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน (Diabetes Educator) รวมกันเป็นชมรมตั้งแต่ พ.ศ. 2541 ต่อมาเป็น สมาคมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน เรามีภารกิจให้ความรู้แก่ผู้เป็นเบาหวาน เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว

โรคเบาหวานนี้เป็นเพียงหนึ่งในอีกหลายโรคที่อยู่ในกลุ่มโรคไร้เชื้อเรื้อรัง Non Communicable Diseases :NCDs ซึ่งทบทวนแล้ว พบว่าเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต ถึงร้อยละ 74 ของการเสียชีวิตทั้งหมด ทั้งในประเทศไทยและทั่วโลก แบ่งเป็น ร้อยละ 33 จากโรคหัวใจ ร้อยละ 18 จากโรคมะเร็ง ร้อยละ 7 จากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร้อยละ 3.9 จากโรคระบบสมองและประสาท

เบาหวานยังเป็นต้นเหตุของโรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง รวมถึงไตวายในที่สุด

ทั่วโลกมีผู้เสียชีวิต 41 ล้านคน ในปี 2563 เรียกว่า ทุก 2 วินาที มีผู้เสียชีวิตจาก NCDs ประเทศไทยของเราเสียชีวิต 44 คน ต่อ ชั่วโมง จาก NCDs

ด้วยเหตุนี้ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มโรค NCDs จึงมาทบทวนปัจจัยเสี่ยง ที่ทำให้เกิดโรค พบ 5 ประเด็นสำคัญ คือ

1. ขาดความรู้เรื่องอาหาร
2. ขาดการออกกำลังกาย
3. มีการเสพนิกโคติน
4. ดื่มแอลกอฮอล์
5. มลภาวะในอากาศ

หลังจากนั้นคณะผู้เชี่ยวชาญ มุ่งมั่นเอาชนะความเสี่ยงทั้ง 5 ประการ แล้วนำมารวบรวมเป็นระบบเรียกว่า “**เรื่องวิถีชีวิตของประชาชน**” ปัจจุบันประเทศไทยมีการก่อตั้งสาขาวิชาเวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Medicine) มีการฝึกอบรมเป็นหลักเกณฑ์ และมีการสอบเพื่อวุฒิบัตรด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตโดยเฉพาะ

วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันและรักษาโรค NCDs อย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยการปรับวิถีชีวิต พวกเราผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน ย่อมคุ้นเคยกับโครงการ DM Prevention Program (DPP) มาแล้วว่า สามารถลดอัตราการเกิดโรคเบาหวาน รายใหม่ได้ และนำมาเป็นเกณฑ์ชี้วัดความสามารถในการดูแลกลุ่มผู้เป็นเบาหวาน (KPI) ของแต่ละโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการ

เมื่อวันที่ 20-21 กรกฎาคม 2566 เครือข่ายวิชาชีพแพทย์เพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ



ภายใต้แพทยสมาคมแห่งประเทศไทยฯ ได้จัด
อบรม National NCDs and Lifestyle Medicine
Summit ขึ้น รวมผู้สนใจมีแพทย์พร้อมสหวิชาชีพ
จำนวน 202 ท่าน เป็นกิจกรรมครั้งแรก ได้รับการ
ตอบรับอย่างดีเยี่ยม

วิทยากรหลักท่านหนึ่ง คือ รศ.นพ.ภูดิท
เตชาดิวัฒน์ ผู้อำนวยการหลักสูตรนักรับ
ระดับสูงด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต และผู้อำนวยการ
สำนักงานสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่ง
ประเทศไทย ได้สรุปหลักสำคัญ 6 ประการของ
เวชศาสตร์วิถีชีวิต ดังนี้

1. ความรู้เรื่องการรับประทานอาหารสุขภาพ
2. การออกกำลังกายเป็นประจำ
3. การจัดการความเครียด
4. การนอนหลับให้เพียงพอ
5. การหลีกเลี่ยงยาสูบและแอลกอฮอล์
6. ความสัมพันธ์ทางสังคมเชิงบวก

วิทยากรที่มาแบ่งปันความรู้ในวันดังกล่าว
มีดังนี้

1. พญ.วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์ เครือข่ายวิชาชีพ
แพทย์เพื่อการบริโภคยาสูบ
2. รศ.นพ.เพชร รอดอารีย์ นายกสมาคม
โรคไม่ติดต่อไทย
3. ศ.พญ.ชนัญญา บุญยศิริพันธ์ กรรมการ
สมาคมแพทย์โรคหัวใจ

4. ดร.นพ.อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์
รองผู้อำนวยการโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค

5. ดร.สง่า ดามาพงษ์ ที่ปรึกษากรมอนามัย
กระทรวงสาธารณสุข

6. นพ.สมพงษ์ ชัยโอภาานนท์ ผู้ทรงคุณวุฒิ
กรมอนามัย

7. นพ.อดุล บัณฑุกุล นายกสมาคมจากการ
ประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมแห่งประเทศไทย

8. รศ.พญ.เริงฤดี ปธานวนิช ศูนย์วิจัยติดตาม
และเฝ้าระวังอุตสาหกรรมยาสูบ

9. ดร.วศิน พิพัฒน์ฉัตร นักวิชาการเครือข่าย
นักจัดการปัจจัยเสี่ยง

10. ผศ.กรองจิต วาทีสาชกกิจ ที่ปรึกษามูลนิธิ
รณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่

11.รศ.ดร.อรสา พันธุ์ภักดี เครือข่ายพยาบาล
เพื่อการควบคุมยาสูบแห่งประเทศไทย

มีการหารือว่า ประเทศไทยควรจัดฝึกอบรม
ผู้ให้ความรู้ด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง NCDs Educator
ให้มาเป็นหลักในการให้ความรู้แก่ประชาชน
โดยจัดให้เป็นสาขาวิชาชีพหนึ่ง ที่จะมีความก้าวหน้า
ในวิชาชีพได้ต่อไป

พวกเรา DE ควรเข้าร่วมในงานนี้เป็นกลุ่มแรก
โปรดเตรียมตัวได้ ณ บัดนี้



แสงเทียน

The Diabetes Educator Newsletter

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

รายนามที่ปรึกษาสมาคม

ศ.เกียรติคุณ นพ.เทพ หิมะทองคำ
 พญ.อารยา กองผิว
 รศ.พญ.สุนิตย์ จันทรประเสริฐ
 พญ.เกษณา เตกาญจนวนิช
 ผศ.(พิเศษ) พญ.รัญญา เชษฐากุล
 ศ.คลินิก นพ.วีระศักดิ์ ศรีนนทการ

บรรณาธิการ จดหมายข่าวแสงเทียน กองบรรณาธิการ จดหมายข่าวแสงเทียน

ศ.พญ.สมลักษณ์ จึงสมาน
 ศ.พญ.สิริมนต์ ธีวตระกูล ประเทืองธรรม
 ผศ.ดร.รุ่งระวี นาวิเจริญ
 รศ.พญ.พิมพ์ใจ อันทามณ์
 พญ.ณิชกานต์ หลายชูไทย
 พว.สารภี พุดมคง
 นางศัลยา คงสมบูรณ์เวช

ที่ปรึกษากองบรรณาธิการ

รายนามคณะกรรมการบริหาร

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------|
| ผศ.ดร.วัลลา ตันตโยทัย | นายกสมาคม |
| ศ.พญ.สิริมนต์ ธีวตระกูล ประเทืองธรรม | อุปนายกสมาคมคนที่ 1 |
| นางสาวจรัสพรรณ ศรีพัฒน์พงษ์ | อุปนายกสมาคมคนที่ 2 |
| รศ.พญ.ทิพาพร ธาระวานิช | ประธานฝ่ายวิชาการ |
| นางสาวจัตรวรา อารีวุฒิ | เลขาฝ่ายวิชาการ |
| พว.กฤษฎา ประสาทแก้ว | เลขาธิการ |
| พว.ณัฐภัสสร เดิมขุนทด | แครดิทียูก |
| พญ.พรรณทิพย์ ตันตวงษ์ | กรรมการฝ่ายประชาสัมพันธ์ |
| นายแพทย์เอกลักษณ์ วโนทยาโรจน์ | กรรมการฝ่ายทะเบียน |
| รศ.พญ.พิมพ์ใจ อันทามณ์ | กรรมการฝ่ายปฏิคม |
| ศ.พญ.สมลักษณ์ จึงสมาน | กรรมการ |
| ผศ.ดร.รุ่งระวี นาวิเจริญ | กรรมการ |
| พญ.ณิชกานต์ หลายชูไทย | กรรมการ |
| พว.อมรรัตน์ สุขะกุล | กรรมการ |
| พว.รัตนาภรณ์ จีระวัฒน์ | กรรมการ |
| นายแพทย์สงวนศักดิ์ เสียงเรืองแสง | กรรมการ |
| พว.สารภี พุดมคง | กรรมการ |
| นางสาวอมรรัตน์ หทัยเดชะดุขุฎี | กรรมการ |