ปัญหาเรื่องเท้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในคลินิคเบาหวาน โรงพยาบาลองครักษ์

ทัศนีย์ รวีภควัต*

บทคัดย่อ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหาเรื่องเท้าที่พบบ่อยและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดแผลที่เท้าในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลองครักษ์. การศึกษาเป็นแบบไปข้างหน้าในผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลองครักษ์ ในช่วงเดือน เมษายน ๒๕๕๑ - กันยายน ๒๕๕๑ จำนวน ๓๗๒ คน โดยตรวจเท้าผู้ป่วยร่วมกับเก็บข้อมูลปัจจัยเสี่ยงต่างๆ จากแฟ้มเบาหวานของผู้ป่วย. ประชากรศึกษาเป็นผู้ป่วยชาย ๑๑๕ คน และหญิง ๒๕๗ คน, อายุเฉลี่ย ๕๙.๔ ปี ระยะเวลาเป็นเบาหวานเฉลี่ย ๖.๖ ปี. ผู้ป่วยร้อยละ ๒.๒ ถูกตัดเท้า (นิ้วเท้า ๕ คน, ตัดขาใต้เข่า ๓ คน). ปัญหาที่เท้ามี ๔ กลุ่มได้แก่ ปัญหาทางผิวหนังร้อยละ ๕๕.๙, ปัญหาทางระบบประสาทร้อยละ ๔๗.๓, ปัญหาทางกล้ามเนื้อร้อยละ ๒๘.๘ และปัญหาทางหลอดเลือดร้อยละ ๙.๗. ผู้ป่วยร้อยละ ๘๘.๔ เคยได้รับการอบรมเรื่องการดูแลเท้า, แต่ที่ปฏิบัติตามมีเพียงร้อยละ ๒๕.๓ มีผู้ป่วยที่สวมรองเท้าเหมาะสมมีร้อยละ ๑๓.๔ และมีผู้ป่วยเพียงร้อยละ ๓ เท่านั้นที่สวมถุงเท้า. ผู้ป่วยได้รับการแบ่งกลุ่มผู้ป่วยตามความเสี่ยงต่อการถูกตัดเท้าเป็น ๔ กลุ่ม ดังนี้ ผู้ป่วยร้อยละ ๒๖.๓ ที่เสี่ยงต่อการถูกตัดเท้ามากที่สุด ผู้ป่วยร้อยละ ๔.๖ ตรวจพบว่ากำลังเป็นแผล และร้อยละ ๒๗.๒ มีประวัติเคยเป็นแผลที่เท้า. ความเสี่ยงของการมีแผลที่เท้าได้แก่ เพศชาย, สูบบุหรี่, ภาวะเท้าชา, มีหนังเท้าหนา, ภาวะหลอดเลือดเสื่อม, ระยะเวลาเป็นเบาหวานนาน, และผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการฉีดอินสุลิน.

คำสำคัญ: *ปัญหาเท้าเบาหวาน, แผลเท้าเบาหวาน, ปัจจัยเสี่ยงการตัดเท้า*

Abstract **Foot Problems and Related Factors in Diabetic Patients: A Study at Ongkarak Hospital, Nakhon Nayok Province**

Tassanee Raweepakawat*
**Ongkarak Hospital, Nakhon Nayok Province*

This prospective study was conducted to determine the prevalence of foot problems and related factors for foot ulcer among 372 diabetic patients who attended the diabetic clinic at Ongkarak Hospital, Nakhon Nayok Province, in the period April-September 2008. The subjects comprised 115 male patients and 257 female patients; their mean age was 59.4 years and the mean duration of their diabetes mellitus was 6.6 years. A total of 2.1 percent (n=8) of the all reported cases had undergone lower extremity amputation. Foot problems were evaluated and categorized as dermatological, neurological, musculoskeletal and vascular, for which the proportions were 55.9, 47.3, 28.8, 9.7 percent, respectively. About 50 percent of the patients had skin and nail problems; 88.4 percent of them had at least once been given foot education, but only 25.3 percent of them had followed proper foot care procedures; 13.4 percent wore properly fitting shoes for diabetic patients, and only 3 percent of the patients wore socks. Based on risk factors for further lower extremity amputation, the subjects fell into four groups: 26.3 percent had a very high risk for having further amputation; 27.2 percent had a history of foot ulcer; those with current ulcer were 4.6 percent of the total. The risk factors of patients who had a history of foot ulcer were male sex, smoking, peripheral neuropathy, callus formation, peripheral vascular disease, long duration of diabetic mellitus (DM) and regular uses of insulin.

Key words: *diabetic foot problems, diabetic foot ulcer, related factors*

**โรงพยาบาลองครักษ์ จังหวัดนครนายก*

ภูมิหลังและเหตุผล

แม้ว่าวิทยาการด้านการแพทย์จะเจริญก้าวหน้าขึ้นมาก มีการคิดค้นยารักษาโรคเบาหวานที่มีคุณภาพดีขึ้น แต่ปัญหาการถูกตัดขาจากเบาหวานมิได้มีจำนวนลดลง การถูกตัดขาเป็นภาวะที่น่ากลัวสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดลง, เป็นภาระต่อครอบครัวและสังคม รวมทั้งต้องสูญเสียทรัพยากรด้านการแพทย์ และงบประมาณของประเทศเป็นจำนวนมหาศาลในการดูแลรักษา.

ปัญหาเรื่องเท้าพบบ่อยในผู้ป่วยเบาหวาน เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานมีปัญหาความเสื่อมของระบบประสาท โดยเฉพาะเส้นประสาทบริเวณปลายเท้าทำให้สูญเสียประสาทรับความรู้สึก และอาจมีปัญหาของหลอดเลือดที่บริเวณปลายเท้าทำให้เลือดมาเลี้ยงที่เท้าน้อยลง รวมถึงภูมิต้านทานลดลง. เมื่อมีแผลแล้วจะเกิดการอักเสบติดเชื้อง่าย. นอกจากนี้ปัจจัยที่เสริมให้เกิดปัญหามากขึ้นคือความผิดรูปของเท้า ความผิดปรกติของเล็บ และการสวมรองเท้าที่ไม่เหมาะ ร่วมกับภาวะเท้าชาทำให้เท้าของผู้ป่วยเบาหวานมีหนังหนาขึ้นง่ายต่อการเกิดแผล[๑,๒], ซึ่งประมาณร้อยละ ๒๐ ของผู้ป่วยเบาหวานจะมีประวัติเคยเป็นแผลที่เท้า[๓-๕]. แผลที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวานเหล่านี้ส่วนหนึ่งลุกลามทำให้ถูกตัดขา. อัตราการถูกตัดขาในผู้ป่วยเบาหวานมีตั้งแต่ ๒.๑ ถึง ๑๓.๗ รายต่อ ๑,๐๐๐ คนต่อปี[๕] ซึ่งสูงกว่าคนที่ไม่เป็นเบาหวานถึง ๑๐ เท่า. ระดับที่ถูกตัดบ่อยคือนิ้วเท้า, ขาระดับใต้เข่า, ระดับเหนือเข่า และกลางฝ่าเท้าตามลำดับ. ภายหลังการตัดขาพบว่ามากกว่าร้อยละ ๕๐ จะถูกตัดขาอีกข้างภายใน ๒-๓ ปี และ ๒ ใน ๓ จะเสียชีวิตภายใน ๕ ปี[๓,๕] นอกจากนี้พบว่าร้อยละ ๘๐ ของผู้ถูกตัดขามีแผลนำมาก่อน. อัตราการถูกตัดเท้าจะลดลงได้ถึงร้อยละ ๔๐-๘๐ ถ้ามีการร่วมมือในการดูแลเท้าอย่างถูกต้องโดยทีมงานสหสาขามุ่งเน้นการตรวจคัดกรองเท้าเบาหวานรวมถึงการให้การศึกษาเกี่ยวกับการดูแลเท้า, การสวมรองเท้าที่ถูกต้อง, การตรวจพบแผลตั้งแต่ระยะเริ่มต้น และได้รับการรักษาทันท่วงที[๑-๖].

โรงพยาบาลองครักษ์เป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด ๖๐ เตียง มีคลินิกเบาหวาน ซึ่งดูแลผู้ป่วยระยะเริ่มต้นที่ตรวจพบผู้ป่วยเบาหวานเมื่อเดือนกันยายน ๒๕๕๑ มีจำนวน ๑,๐๗๙ คน. ในคลินิกเบาหวานมีโครงการดูแลผู้ป่วยอย่างครบวงจรไม่ว่าจะเป็นการอบรม, เรื่องการดูแลสุขภาพทั่วไป, การกินอาหาร, การปฏิบัติตัวอย่างถูกต้อง รวมไปถึงการดูแลเท้า. ผู้ป่วยส่วนใหญ่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลเท้าแล้ว แต่ในพ.ศ. ๒๕๕๑ ยังคงพบผู้ป่วยถูกตัดนิ้วเท้า ๑ คน ถูกตัดขาใต้เข่า ๒ คน. ในจำนวนนี้ ๑ คน มีภาวะติดเชื้อแทรกซ้อนทำให้เสียชีวิต.

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจคัดกรองปัญหาเท้าที่พบบ่อยและสำรวจการดูแลเท้าของผู้ป่วยเมื่ออยู่บ้าน รวมทั้งแบ่งกลุ่มผู้ป่วยตามความเสี่ยงต่อการถูกตัดเท้าดังตารางที่ ๑[๔,๕,๗] ทำให้สามารถเน้นการดูแลไปยังผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงก่อนได้. ผลการศึกษานี้จะเป็นแนวทางที่สำคัญในการปรับปรุงคุณภาพในการดูแลเท้าผู้ป่วยเบาหวานเพื่อป้องกันการสูญเสียอวัยวะต่อไป.

ระเบียบวิธีศึกษา

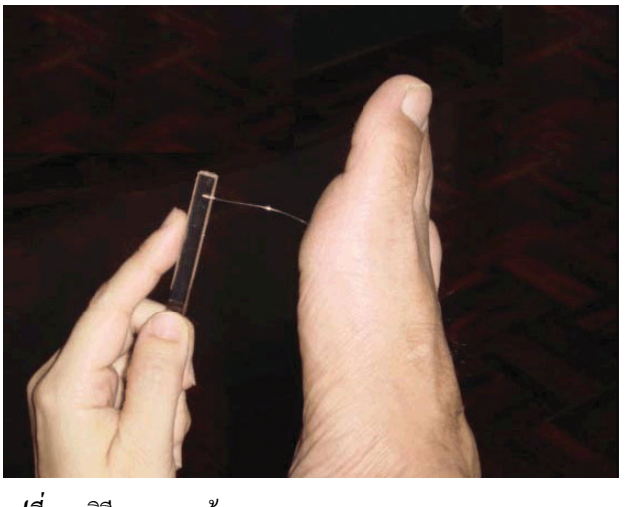
การวิจัยเป็นแบบศึกษาไปข้างหน้า ในผู้ป่วยเบาหวานที่มารับการรักษาในคลินิกเบาหวาน ในช่วงเดือนเมษายน-กันยายน ๒๕๕๑ ที่สมัครใจและสะดวกในการเข้ารับการตรวจเท้าจำนวน ๓๗๒ คน. ผู้ตรวจซักประวัติการเป็นแผลที่เท้า การถูกตัดเท้า การดูแลเท้าตามคำแนะนำที่เคยได้รับ. หลังจากนั้นทำการตรวจดูลักษณะเท้าผิดรูป, การเป็นแผลในปัจจุบัน, ตรวจ

ตารางที่ ๑ ความเสี่ยงต่อการถูกตัดเท้า

ระดับ	ภาวะ
ระดับต่ำ (๐)	ไม่มีภาวะเท้าชา
ระดับปานกลาง (๑)	มีภาวะเท้าชาอย่างเดียว
ระดับสูง (๒)	มีภาวะเท้าชาร่วมกับเท้าผิดรูปหรือปัญหาหลอดเลือดแดงส่วนรอบ
ระดับสูงมาก (๓)	เคยมีแผลที่เท้า หรือเคยถูกตัดเท้าหรือมีแผลขาดเลือดไปเลี้ยง

ผิวหนัง, ตรวจเล็บ, ตรวจความเหมาะสมของรองเท้าที่สวม ซึ่งควรเป็นรองเท้าที่มีรูปร่างและขนาดที่พอเหมาะกับเท้า, พื้นด้านในนุ่มเข้ากับรูปเท้า และมีสายรัดส้นเท้า[๑,๕,๘]. การคลำตรวจหลอดเลือดแดง dorsalis pedis และ posterior tibial ถ้าคลำได้เบาหรือคลำไม่ได้ ถือว่าผิดปรกติ. การตรวจความรู้สึกที่เท้าใช้อุปกรณ์ monofilament ๑๐ กรัมตรวจ ๔ จุด คือที่บริเวณใต้นิ้วโป้งเท้า ๑ จุด, บริเวณหัว metatarsal ชิ้นที่ ๑, ๓, ๕ ที่ละ ๑ จุด (รูปที่ ๑ และ ๒). ถ้าสูญเสียความรู้สึกแม้เพียง ๑ จุด ถือว่ามีภาวะเสื่อมทางระบบประสาท. การตรวจกล้ามเนื้อเท้า ทำโดยให้ผู้ป่วยกางและหุบนิ้วเท้า. ศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมจากแฟ้มเบาหวานของผู้ป่วยในเรื่องระยะเวลาการเป็นเบาหวาน, ค่าดัชนีมวลกายของผู้ป่วย, ประวัติสูบบุหรี่, ชนิดการรักษา, จำนวนครั้งในการรับความรู้เรื่องการดูแลเท้า, โรคที่พบร่วม เช่น ความดันโลหิตสูง, ภาวะเลือดมีไขมันเกิน, โรคตา, ภาวะไตเสื่อมสภาพ, โรคหลอดเลือดสมอง, โรคหัวใจขาดเลือด.

รูปที่ ๑ ตำแหน่งฝ่าเท้าที่ตรวจความรู้สึก ๔ จุด



รูปที่ ๒ วิธีการตรวจด้วย monofilament

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาเป็นความถี่ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและความถี่ของตัวแปรระหว่างกลุ่มที่เคยเป็นแผลที่เท้ากับไม่เคยเป็นแผลที่เท้า ใช้ Pearson Chi-square และการทดสอบทีอิสระ โดยถือว่ามีนัยสำคัญที่ระดับ ๐.๐๕.

ผลการศึกษา

ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาแสดงในตารางที่ ๒ - ๗.

ปัญหาเรื่องเท้าที่พบบ่อยที่สุดเป็นปัญหาผิวหนังและเล็บ. ผู้ป่วยร้อยละ ๔๓.๓ มีปัญหาผิวแห้งแตก. ปัญหาเรื่องเล็บพบร้อยละ ๔๖.๒ โดยพบเล็บหนามากที่สุด (ร้อยละ ๒๗.๗). ผู้ป่วยภาวะเท้าชาพบร้อยละ ๔๑.๑. ปัญหากล้ามเนื้อและข้อที่พบมากที่สุดคือข้อแข็ง (ร้อยละ ๑๕.๑). ภาวะเท้าวิรูปพบเท้าชาร์คอตร้อยละ ๑.๙. ปัญหาหลอดเลือดแดงส่วนรอบเสื่อมพบร้อยละ ๙.๗.

ผู้ป่วยที่ศึกษาถูกตัดเท้า ๘ คน (ตัดนิ้วเท้า ๕ คน ตัดขาใต้เข่า ๓ คน). การศึกษานี้แบ่งผู้ป่วยตามความเสี่ยงต่อการถูกตัดเท้าเป็น ๔ กลุ่ม[๒,๕] พบผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงมากต่อการถูกตัดเท้าร้อยละ ๒๖.๓ (ตารางที่ ๕). ในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลองครักษ์มีการอบรมเรื่องการดูแลเท้าผู้ป่วยเบาหวานเสมอ พบว่าผู้ป่วยร้อยละ ๘๘.๔ เคยได้รับการอบรมอย่างน้อย ๑ ครั้ง แต่มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ ๒๕.๓ ที่ปฏิบัติตามคำแนะนำ, ผู้ป่วยที่สวมรองเท้าเหมาะสมมีร้อยละ ๑๓.๔ และพบผู้ป่วยที่สวมถุงเท้าเพียงร้อยละ ๓ เท่านั้น (ตารางที่ ๗).

เนื่องจากประวัติการเคยเป็นแผลที่เท้าเป็นสาเหตุสำคัญ

ตารางที่ ๒ ข้อมูลทั่วไปของประชากรตัวอย่างที่ศึกษา

	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	๑๑๕	๓๐.๕
หญิง	๒๕๗	๖๕.๑
ช่วงอายุ (ปี)		
≤ ๔๐	๒๐	๕.๔
> ๔๐-๕๐	๕๘	๑๕.๖
> ๕๐-๖๐	๑๐๑	๒๗.๑
> ๖๐	๑๕๓	๕๑.๕
การสูบบุหรี่		
ไม่สูบ	๒๗๕	๗๕.๐
สูบ	๕๕	๑๔.๘
เคยสูบ	๓๘	๑๐.๒
ค่าดัชนีมวลกาย		
ต่ำกว่ามาตรฐาน (<๑๘.๕)	๑๒	๓.๒
มาตรฐาน (๑๘.๕-๒๔.๕๕)	๑๓๑	๓๕.๒
น้ำหนักเกิน (๒๕-๒๕.๕๕)	๑๔๗	๓๕.๕
อ้วน (>๓๐)	๘๒	๒๒.๑

ตารางที่ ๓ ข้อมูลทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง

	จำนวน	ร้อยละ
ชนิดเบาหวาน		
ชนิดที่ ๑ (พึ่งอินสุลิน)	๑๐	๒.๗
ชนิดที่ ๒ (ไม่พึ่งอินสุลิน)	๓๖๒	๕๗.๓
ระยะเวลาการเป็นโรค (ปี)		
≤ ๑	๒๓	๖.๒
> ๑-๕	๑๘๕	๕๐.๘
> ๕-๑๐	๘๐	๒๑.๕
> ๑๐-๒๐	๖๘	๑๘.๓
> ๒๐	๑๒	๓.๒
การรักษา		
ยากิน	๒๔๑	๖๔.๗
อินสุลิน	๓๒	๘.๖
ยากินและยาฉีดอินสุลิน	๗๕	๒๐.๒
คุมอาหาร	๒๔	๖.๕
ระดับ HbA1c * (ร้อยละ)		
คุมดี (≤ ๖.๕)	๑๖๕	๔๕.๔
คุมไม่ดี (> ๖.๕)	๒๐๓	๕๔.๖
โรคความดันโลหิตสูง		
พบ	๑๘๓	๔๕.๒
ไม่พบ	๑๘๕	๕๐.๘
ภาวะเลือดมีไขมันเกิน		
พบ	๒๔๗	๖๖.๔
ไม่พบ	๑๒๕	๓๓.๖
โรคหัวใจขาดเลือด		
พบ	๕๕	๑๕.๕
ไม่พบ	๓๑๓	๘๔.๑
โรคหลอดเลือดสมอง		
พบ	๑๔	๓.๘
ไม่พบ	๓๕๘	๕๖.๒
ภาวะเท้าชา		
พบ	๑๕๓	๔๑.๑
ไม่พบ	๒๑๕	๕๘.๕
ภาวะหลอดเลือดแดงส่วนรอบเสื่อม		
พบ	๓๖	๕.๗
ไม่พบ	๓๓๖	๕๐.๓
ภาวะไตเสื่อม		
พบ	๕๓	๑๔.๒
ไม่พบ	๓๑๕	๘๕.๘
ภาวะจอตาเสื่อม		
พบ	๒๒	๕.๕
ไม่พบ	๓๕๐	๕๔.๑

***สมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๐**

ของการถูกตัดเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน[๓,๙-๑๑] จึงศึกษาปัจจัยเสี่ยงในการเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานดังแสดงในตารางที่ ๗ พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน (ค่าพี < ๐.๐๕) คือ เพศชาย, ระยะเวลาเป็นเบาหวานนาน, สูบบุหรี่, ใช้อินสุลินฉีด, เท้าชา, หนังเท้าหนาและหลอดเลือดแดงส่วนรอบเสื่อม.

วิจารณ์

ปัญหาเรื่องเท้าที่พบบ่อยในผู้ป่วยเบาหวานที่คลินิคโรงพยาบาลองครักษ์มากกว่าครึ่งเป็นปัญหาเรื่องผิวหนังและเล็บ. ผิวแห้งเป็นปัญหาที่พบบ่อยและนำไปสู่ปัญหาผิวแตก (ร้อยละ ๔๓.๓) เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานมักมีการเสื่อมของประสาทอัตโนวัติ เชื้อแบคทีเรียสามารถเข้าทางผิวที่แตกเป็นร่องและนำไปสู่การติดเชื้อเป็นแผล[๑,๒]. ปัญหาเรื่องเล็บพบในผู้ป่วย

ตารางที่ ๔ ปัญหาเรื่องเท้าที่พบในกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น ๔ ระบบ

ระบบ (ร้อยละ)*		ราย	ร้อยละ*
๑. ผิวหนังและเล็บ ๒๐๘ คน (๕๕.๙)	ปัญหาผิวหนัง	๑๘๓	๔๙.๒
	ผิวแห้ง	๑๐๕	๒๘.๒
	ผิวแตก	๕๖	๑๕.๑
	เชื้อราผิวหนัง	๒๒	๕.๙
	ปัญหาเล็บ	๑๗๒	๔๖.๒
	เล็บหนา	๑๐๓	๒๗.๗
	เชื้อราที่เล็บ	๓๖	๙.๗
	เล็บขบ	๑๓	๓.๕
	เล็บยาวเกินไป	๒๐	๕.๔
	หนังเท้าหนา	๖๒	๑๖.๗
	มีแผลที่เท้า	๑๗	๔.๖
๒. ประสาท ๑๗๖ คน (๔๗.๓)	เท้าอ่อนแรง	๔๔	๑๑.๘
	เท้าชา	๑๕๓	๔๑.๑
๓. กล้ามเนื้อและข้อ ๑๐๗ คน (๒๘.๘)	ข้อแข็ง	๕๖	๑๕.๑
	นิ้วเท้าจิกงอ	๒๓	๖.๒
	Bunion / Hallux valgus	๑๐	๒.๗
	เท้าชาร์คอต	๗	๑.๙
	เท้าแบน	๑๑	๓.๐
๔. หลอดเลือด ๓๖ คน (๙.๗)	คลำหลอดเลือดแดง posterior tibial ได้เบาลงหรือไม่ได้	๒๗	๗.๓
	คลำหลอดเลือดแดง dorsalis pedis ได้เบาลงหรือไม่ได้	๒๓	๖.๒

***จากจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ๓๗๒ คน**

ตารางที่ ๕ การแบ่งกลุ่มผู้ป่วยตามความเสี่ยงต่อการถูกตัดเท้า

ระดับความเสี่ยง	คำจำกัดความ	ราย	ร้อยละ
ต่ำ	ไม่มีเท้าชา	๑๙๘	๕๓.๒
ปานกลาง	มีเท้าชาอย่างเดียว	๔๔	๑๑.๘
สูง	มีเท้าชาร่วมกับเท้าผิดรูปหรือหลอดเลือดแดงส่วนรอบเสื่อม	๓๒	๘.๗
สูงมาก	มีประวัติแผลที่เท้า/ถูกตัดเท้า/เนื้อตาย	๙๘	๒๖.๓

ตารางที่ ๖ ความถี่ของการรับความรู้เรื่องการดูแลเท้าและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย

	จำนวน	ร้อยละ
การรับความรู้เรื่องการดูแลเท้า		
ความถี่		
๐ ครั้ง	๔๓	๑๑.๖
๑ ครั้ง	๙๘	๒๖.๓
๒ ครั้ง	๑๐๗	๒๘.๘
๓ ครั้ง	๗๓	๑๙.๖
๔ ครั้ง	๔๒	๑๑.๓
๕ ครั้ง	๙	๒.๔
สวมถุงเท้า	๑๑	๓.๐
สวมรองเท้าเหมาะสม	๕๐	๑๓.๔
ตัดเล็บถูกต้อง	๑๙๗	๕๓.๐
การดูแลเท้า		
ดูแล	๙๔	๒๕.๓
ไม่ดูแล	๒๗๘	๗๔.๗

ร้อยละ ๔๖.๒ ส่วนใหญ่เป็นปัญหาเล็บแข็งและหนาร้อยละ ๒๗.๗. ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุจึงมีปัญหาในการดูแลเท้าเนื่องจากสายตาไม่ดี สภาพร่างกายไม่พร้อม. ผู้ป่วยร้อยละ ๘๘.๔ ได้รับคำแนะนำในการดูแลเท้าแล้ว แต่มีเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่ปฏิบัติตาม สอดคล้องกับการศึกษาที่โรงพยาบาลบางบ่อ[๘]. การศึกษาครั้งนี้พบว่ามีผู้ป่วยถูกตัดเท้า ๘ คน ส่วนใหญ่ (๕ คน) เป็นการตัดนิ้วเท้า และพบผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการถูกตัดเท้าสูงมาก ๙๖ คน (ร้อยละ ๒๖.๓) ซึ่งน้อยกว่าคลินิกเท้าเบาหวานของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์[๔] ที่พบถึงร้อยละ ๔๗.๓. ผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรได้รับคำแนะนำและติดตามอย่างใกล้ชิดและควรสาธิตการดูแลเท้าที่ถูกต้อง เพราะจากผลการศึกษาพบว่าคำแนะนำอย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะทำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนพฤติกรรม ไม่ว่าจะเป็นการตัดจมูกเล็บที่พบสูงถึงร้อยละ ๔๗, การสวมรองเท้าที่ไม่เหมาะสมพบร้อยละ ๘๖.๖ (ส่วนใหญ่สวมรองเท้าแตะ). เนื่องจากประเทศ

ตารางที่ ๗ ข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยที่เคยเป็นและไม่เคยเป็นแผลที่เท้า

ข้อมูล	เคยมีแผลที่เท้า จำนวน ๑๐๑ คน	ไม่เคยมีแผลที่เท้า จำนวน ๒๗๑ คน	ค่าพี
เพศชาย (ความถี่/จำนวน)	๔๒/๑๑๕	๗๓/๑๑๕	๐.๐๐๗
เพศหญิง (ความถี่/จำนวน)	๕๙/๒๕๗	๑๙๘/๒๕๗	๐.๑๐๐
อายุ (ค่าเฉลี่ย 95%CI)	๕๗.๗(๔๕.๒-๗๐.๒)	๖๐.๑(๔๘.๒-๗๒.๐)	๐.๔๑๐
ดัชนีมวลกาย (ค่าเฉลี่ย 95%CI)	๒๖.๑(๒๑.๒-๓๑.๐)	๒๖.๙(๒๒.๓-๓๑.๕)	๐.๖๗๔
ระยะเวลาเป็นเบาหวาน (ค่าเฉลี่ย 95%CI)	๗.๗(๑.๐-๑๔.๔)	๖.๓(๐.๘-๑๑.๖)	๐.๐๑๓
สูบบุหรี่ (ความถี่/จำนวน)	๓๕/๑๐๑	๕๘/๒๗๑	๐.๐๐๙
ใช้ยาฉีดอินสุลิน (ความถี่/จำนวน)	๔๐/๑๐๑	๖๗/๒๗๑	๐.๐๐๕
HbA1c (ช่วงความเชื่อมั่น 95%)	๗.๑(๔.๖-๙.๖)	๖.๙(๓.๑-๑๐.๓)	๐.๐๙๔
ภาวะเท้าชา (ความถี่/จำนวน)	๗๕/๑๐๑	๗๘/๒๗๑	<๐.๐๐๑
ภาวะไตเสื่อม (ความถี่/จำนวน)	๑๑/๑๐๑	๔๒/๒๗๑	๐.๒๕๘
ภาวะจอประสาทตาเสื่อมจากโรคเบาหวาน (ความถี่/จำนวน)	๗/๑๐๑	๑๕/๒๗๑	๐.๖๑๒
ภาวะหลอดเลือดแดงส่วนรอบเสื่อม (ความถี่/จำนวน)	๑๙/๑๐๑	๑๗/๒๗๑	<๐.๐๐๑
โรคหัวใจขาดเลือด (ความถี่/จำนวน)	๑๖/๑๐๑	๔๓/๒๗๑	๐.๐๙๕
โรคเลือดมีไขมันเกิน (ความถี่/จำนวน)	๖๑/๑๐๑	๑๘๖/๒๗๑	๐.๑๓๕
โรคหลอดเลือดสมอง (ความถี่/จำนวน)	๓/๑๐๑	๑๑/๒๗๑	๐.๖๒๔
หนังเท้าหนา (ความถี่/จำนวน)	๒๔/๑๐๑	๓๘/๒๗๑	๐.๐๒๕
เท้าวิรูป (ความถี่/จำนวน)	๑๐/๑๐๑	๔๑/๒๗๑	๐.๑๙๒

ไทยเป็นเมืองร้อนและเป็นวัฒนธรรมของคนไทยที่มักเดินเท้าเปล่าในบ้าน จึงพบผู้ป่วยที่สวมถุงเท้าเพียงร้อยละ ๓ สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฏฐิยา ตันติศิริวัฒน์และคณะ[๔].

เนื่องจากมีรายงานว่าการเป็นแผลที่เท้าเป็นสาเหตุสำคัญของการถูกตัดเท้าของผู้ป่วยเบาหวาน[๓,๙-๑๑] จึงศึกษาดังผลการศึกษาแสดงในตารางที่ ๖ พบว่าปัจจัยเสี่ยงการเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน (ค่าพี <๐.๐๕) คือเพศชาย, ระยะเวลาเป็นเบาหวานนาน, การสูบบุหรี่, การใช้อินสุลิน, ภาวะเท้าชา, หนังเท้าหนา, และภาวะหลอดเลือดแดงส่วนรอบเสื่อม. ระยะเวลาในการเป็นเบาหวานที่นานมีผลต่อการเสื่อมของประสาทและหลอดเลือดส่วนรอบทำให้เกิดแผลง่าย. การใช้อินสุลินสะท้อนถึงการคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี (ในการศึกษานี้กลุ่มผู้ป่วยที่เคยเป็นแผลที่เท้ามีระดับ HbA1c สูงกว่ากลุ่มที่ไม่เคยเป็นแผลแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ). สภาพหนังเท้าหนาสัมพันธ์กับการเกิดเท้าชาทำให้ง่ายต่อการเกิดแผล. จากการศึกษาของพัลลภ ลิ่วนำวงศ์ลาภ[๘] พบว่าการแช่เท้าร่วมกับการขูดหนังที่หนาออกทำให้ระดับความชาลดลงอย่างมีนัยสำคัญ. การสูบบุหรี่พบในผู้ป่วยชายมากกว่าหญิง (ชาย ๗๑ คน หญิง ๒๒ คน) และเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหลอดเลือดแดงส่วนรอบเสื่อมซึ่งทำให้เป็นแผลที่เท้าง่ายแต่หายยาก.

ปัจจัยเสี่ยงการเกิดแผลที่เท้าอีกประการหนึ่งคือภาวะเท้าผิดรูป เนื่องจากมีแรงกดมากขึ้นในบริเวณที่ผิดรูป เช่น บริเวณนิ้วเท้าที่จิกงอ[๑,๕]. แต่จากการศึกษานี้ไม่พบว่าภาวะเท้าผิดรูปเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับแผลที่เท้า อาจเนื่องจากจำนวนผู้ป่วยที่มีเท้าผิดรูปในการศึกษานี้มีเพียง ๕๑ คน จึงควรต้องเก็บตัวอย่างเพิ่มเติมและศึกษาต่อไป.

จากการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่สูบบุหรี่มีโอกาสเกิดแผลที่เท้ามากกว่าผู้ป่วยที่ไม่สูบบุหรี่ จึงเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ต้องเพิ่มความระมัดระวังป้องกัน และต้องอธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัวเห็นความสำคัญของการเลิกสูบบุหรี่. ผู้ป่วยที่กำลังเป็นแผลควรนัดติดตามดูแผลจนแผลหาย. กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการถูกตัดเท้าควรได้รับคำแนะนำเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลเท้า, การใช้รองเท้าที่เหมาะสม และควรนัดผู้ป่วยมาเข้าคลินิกเท้าเพื่อรับการสาธิตการดูแลเท้าอย่างถูกต้อง.

เอกสารอ้างอิง

๑. Caputo GM, Cavanagh PR, Ulbret JS, Gibbons GW, Karchmer AW. Assessment and management of foot disease in patients with diabetes. N Engl J Med 1994;331:854-60.

๒. Al-Maskari F, El-Sadig M. Prevalence of risk factors for diabetic foot complications. BMC Family Practice 2007;8:220-33.

๓. สิริเนตร กฤติยาวงศ์, ฉัตรประอร งามอุโฆษ, ยุพิน เบ็ญจสุรัตน์วงศ์, เพชร รอดอารีย์, รัตนา ลีลาวัฒนา, ณัฐพงษ์ โฆษชุณหนันท์, และคณะ. Thailand Diabetes Registry Project: prevalence and risk factors associated with lower extremity amputation in Thai diabetics. จดหมายเหตุทางแพทย์ ๒๕๔๕; ๘๕: เอส ๔๓-๔๗.

๔. ณัฏฐิยา ตันติศิริวัฒน์, ศิริพร จันทร์ฉาย. Common foot problems in diabetic foot clinic. จดหมายเหตุทางแพทย์ ๒๕๕๑;๕๑:๑๐๕๗-๑๐๑.

๕. ศิริพร จันทร์ฉาย. การดูแลเท้าเบาหวาน: การป้องกันการถูกตัดขา. จุฬาลงกรณ์เวชสาร ๒๕๔๘;๔๕:๑๗๓-๘๘.

๖. Nather A. Team approach for diabetic foot problems. Malaysian Ortho J 2007;1:770-6.

๗. Patout CA Jr, Birke JA, Horswell R, William D, Cerise FP. Effectiveness of a comprehensive diabetes lower-extremity amputation prevention program in a predominantly low-income African-American population. Diabetes Care 2000;23:1339-42.

๘. พัลลภ ลิ่วนำวงศ์ลาภ. การดูแลเท้าผู้ป่วยเบาหวานเพื่อป้องกันการถูกตัดขาโรงพยาบาลบางบ่อ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข ๒๕๕๐;๓-๔(เสริม ๒):๓๔๖-๕๒.

๙. Mayfield JA, Reiber GE, Sanders LJ, Janisse D, Pogach LM. Preventive foot care in people with diabetes. Diabetes Care 1998;21:2161-77.

๑๐. Boulton AJ, Meneses P, Ennis WJ. Diabetic foot ulcer: a frame work of prevention and care. Wound Rep Regen 1997;7:7-16.

๑๑. Consensus development conference on diabetic foot wound care: 7-8 April 1999, Boston, Massachusetts. American Diabetes Association. Diabetes Care 1999;22:1354-60.