

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความชุก ความรุนแรง และปัจจัยเสี่ยงของความผิดปกติ ของเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน ที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

บุบผา ลาภทวี*, วริยา วชิราวัธนัน** , ทิพาพร ธาระวานิช***

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์	เพื่อศึกษาความชุก ความรุนแรง และปัจจัยเสี่ยงของความผิดปกติที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน
วิธีดำเนินการวิจัย	กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาวิจัย เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๑ และ ๒ ที่ได้รับการวินิจฉัยไม่น้อยกว่า ๑ ปี ทั้งเพศหญิงและชาย จำนวน ๑๘๐ คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ทำการศึกษาแบบภาคตัดขวาง โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ และตรวจร่างกาย
ผลการวิจัย	ความชุกของความผิดปกติที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานเท่ากับร้อยละ ๔๘.๓ ซึ่งประกอบด้วยความผิดปกติของผิวหนังและเล็บเท้าสูงสุด คิดเป็นร้อยละ ๖๗.๗๘ รองลงมา คือ ความผิดปกติที่หลอดเลือดส่วนปลาย ร้อยละ ๕๙.๔๕ ความผิดปกติในระบบประสาทส่วนปลาย คิดเป็นร้อยละ ๕๕ และความผิดปกติของรูปร่างเท้า ร้อยละ ๕.๕๖ เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยเสี่ยงพบว่าระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานนานกว่า ๑๐ ปี (OR = ๕.๕๕, ๙๕%CI = ๒.๕๐-๑๐.๕๙) การสูบบุหรี่ (OR = ๓.๗๖, ๙๕%CI = ๑.๖๔-๘.๖๓) ประวัติเคยเป็นแผลที่เท้า (OR = ๓.๕๕, ๙๕%CI = ๑.๙๑-๖.๕๙) การมีภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน (OR = ๒.๘๓, ๙๕%CI = ๑.๓๐-๖.๑๓) เป็นปัจจัยเสี่ยงของความผิดปกติที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน ส่วนการได้รับยาแอสไพรินสัมพันธ์กับความผิดปกติที่ลดลง (OR = ๒.๐๖, ๙๕%CI = ๑.๑๔-๓.๗๓)
สรุปผลการวิจัย	ความผิดปกติที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานพบได้บ่อย โดยมีปัจจัยเสี่ยง คือ ได้รับการวินิจฉัยโรคมานาน สูบบุหรี่ มีประวัติเคยเป็นแผลที่เท้า และผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ส่วนผู้ที่รับประทานยาแอสไพรินอย่างสม่ำเสมอ พบว่าลดโอกาสพบความผิดปกติที่เท้า ดังนั้นผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวควรได้รับการตรวจเท้าอย่างละเอียด เพื่อนำไปสู่การป้องกันการเกิดแผลที่เท้าในอนาคต
คำสำคัญ:	ความผิดปกติของเท้า, เบาหวาน, โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

* โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

** คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

*** โครงการจัดตั้งภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ โรคนี้มีสถิติของการเกิดโรคเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ^๑ หากควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดีจะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ความผิดปกติที่เท้าเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญอย่างหนึ่งซึ่งเกิดจากการเสื่อมของระบบประสาทและหลอดเลือด ทำให้อัตราความเร็วในการนำสัญญาณประสาทลดลง การรับรู้สัมผัสลดลงหรือหายไป^๒ ซึ่งการเสื่อมของหลอดเลือดและเส้นประสาทมักปรากฏอาการมาที่เท้า ทำให้การรับรู้สัมผัสบริเวณเท้าลดลง เกิดอาการชา เมื่อผู้ป่วยเดินสะดุดของแข็งหรือเหยียบของมีคมจึงไม่รู้สึกรู้ตัว เกิดเป็นแผลง่าย นอกจากนี้การที่หลอดเลือดส่วนปลายตีบ ทำให้เท้าขาดเลือดกลายเป็นเนื้อตายได้^๓ เมื่อเกิดการติดเชื้อที่แผล ร่วมกับการที่ผู้ป่วยไม่ได้ดูแลใส่ใจเท้า ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีโอกาสถูกตัดขาได้มากกว่าคนปกติถึง ๔๐ เท่า^๔

ในประเทศสหรัฐอเมริกาประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ที่ถูกตัดขาเป็นผู้ป่วยเบาหวาน จากสถิติของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จังหวัดปทุมธานี ปี พ.ศ. ๒๕๔๖ มีผู้ป่วยเบาหวานที่เกิดแผลที่เท้าและเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลทั้งสิ้น ๘๗ รายและในจำนวนนี้ถูกตัดนิ้วเท้าและ/หรือขาตอนล่าง คิดเป็นร้อยละ ๓๔.๔๕^๕ ดังนั้นเพื่อเป็นการเสริมสร้างสุขภาพเท้าและป้องกันไม่ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานเกิดแผลที่เท้า อันจะส่งผลให้อัตราการนอนโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและภาวะทุพพลภาพจากการสูญเสียอวัยวะลดลง ผู้วิจัยจึงทำการศึกษา ความชุก ความรุนแรง และปัจจัยเสี่ยงของความผิดปกติที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อนำผลวิจัยไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการป้องกันการเกิดความผิดปกติที่เท้าทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วิธีการศึกษาวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ทำการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross sectional study) เกณฑ์คัดเลือก คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๑ หรือ ๒ ที่ได้รับการวินิจฉัยอย่างน้อย ๑ ปี และมารับการตรวจรักษาที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลธรรมศาสตร์

เฉลิมพระเกียรติ ระหว่างเดือนเมษายน - มิถุนายน ๒๕๕๐ จำนวน ๑๘๐ คน เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัย โดยใช้แบบสัมภาษณ์ ตรวจร่างกาย เช่น การคลำชีพจรที่เท้า ตรวจความสะอาดของผิวหนัง เล็บ และความผิดปกติของรูปร่างเท้า วัด ankle brachial index (ABI) เพื่อประเมินภาวะหลอดเลือดแดงส่วนปลาย โดยวัดค่า Ankle Systolic Pressure ทารด้วย Brachial Systolic Pressure โดยใช้เครื่อง Doppler Ultrasound ตรวจ monofilament เพื่อประเมินการรับรู้ความรู้สึกที่เท้า โดยการใช้ 5.07 (10 gm) Semmes - Weinstein Monofilament และลงข้อมูลในแบบบันทึกสถานะเท้าของผู้ป่วยเบาหวาน โดยคำจำกัดความของความผิดปกติที่เท้า คือ ความผิดปกติของผิวหนัง เล็บเท้า รูปร่างเท้า เช่น บาดแผลที่เท้า ผิวหนังบาง/แตก/เป็นมันเงา เล็บหนา/ขบ/อักเสบ/เป็นหนอง และเชื้อรา ส่วนภาวะหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบ จะวินิจฉัยหาก ABI มีค่าน้อยกว่า ๐.๕๑ สำหรับความผิดปกติของระบบประสาทส่วนปลาย ประเมินโดย Monofilament หากผู้ป่วยสูญเสียความรู้สึกอย่างน้อย ๑ ใน ๑๐ จุด ถือว่ามีความผิดปกติของระบบประสาทส่วนปลาย การวิจัยนี้ผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ และผู้ป่วยทุกรายต้องลงลายมือชื่อในแบบคำยินยอมวิจัย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปสถิติทางสังคมศาสตร์ สถิติที่ใช้ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละอัตราไคสแควร์ และค่าความหนักแน่นของความสัมพันธ์ (OR) ที่ระดับความเชื่อมั่น ๕๕%

ผลการวิจัย

จากการรวบรวมกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษานที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จำนวน ๑๘๐ คน พบว่าร้อยละ ๖๖.๑ เป็นเพศหญิง มีอายุมากกว่า ๔๐ ปี ถึงร้อยละ ๕๕ ส่วนใหญ่จบประถมศึกษา ร้อยละ ๔๖.๑ ไม่ได้ประกอบอาชีพ หรือมีอาชีพรับจ้างประมาณร้อยละ ๒๐ สูบบุหรี่ (ตารางที่ ๑)

พื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ ๑ จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = ๑๘๐)

ข้อมูลส่วนบุคคล		จำนวน (ร้อยละ)
เพศ		
	หญิง	๑๑๕ (๖๖.๑)
	ชาย	๖๕ (๓๓.๙)
อายุ		
	๑๕ - ๓๕ ปี	๘ (๔.๔)
	๔๐ - ๕๕ ปี	๕๕ (๕๕)
	๖๐ ปีขึ้นไป	๓๓ (๔๐.๖)
ระดับการศึกษา		
	ไม่ได้ศึกษา	๔๐ (๒๒.๒)
	ประถมศึกษา	๘๓ (๔๖.๑)
	มัธยมศึกษา	๓๐ (๑๖.๗)
	อนุปริญญา/อาชีวศึกษา	๑๑ (๖.๑)
	ปริญญาตรี/เทียบเท่า	๑๒ (๖.๗)
	สูงกว่าปริญญาตรี	๔ (๒.๒)
อาชีพ		
	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	๖๖ (๓๖.๗)
	ค้าขาย	๑๕ (๘.๓)
	เกษตรกร	๗ (๓.๙)
	รับจ้าง	๕๗ (๓๑.๗)
	พนักงานโรงงานอุตสาหกรรม	๗ (๓.๙)
	รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	๑๖ (๘.๘)
	อื่นๆ	๘ (๔.๔)
การสูบบุหรี่		
	ไม่สูบบุหรี่หรือเลิกสูบแล้ว มากกว่า ๕ ปี	๑๔๖ (๘๑.๑)
	สูบบุหรี่	๓๔ (๑๘.๙)

ตารางที่ ๒ จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = ๑๘๐)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
ชนิดของโรคเบาหวาน	
เบาหวานชนิดที่ ๑	๗ (๓.๙)
เบาหวานชนิดที่ ๒	๑๗๓ (๙๖.๑)
ระยะเวลาการเป็นเบาหวาน	
น้อยกว่า ๕ ปี	๔๑ (๒๒.๘)
๕ - ๑๐ ปี	๗๖ (๔๒.๘)
มากกว่า ๑๐ ปี	๖๓ (๓๕)
ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน	
มีภาวะแทรกซ้อน	๑๔๒ (๗๘.๙)
ความดันโลหิตสูง	๑๒๗ (๗๐.๖)
ภาวะแทรกซ้อนทางตา*	๓๑ (๑๗.๒)
ภาวะแทรกซ้อนทางไต**	๒๘ (๑๕.๖)
ภาวะแทรกซ้อนระบบหัวใจและหลอดเลือด	๑๕ (๑๐.๖)
ประวัติการเกิดแผลที่เท้า	
ไม่เคยเกิดแผลที่เท้า	๘๒ (๔๕.๖)
เคยเกิดแผลที่เท้า	๙๘ (๕๔.๔)
ผลการประเมินสภาวะเท้า	
ปกติ	๕๓ (๕๑.๗)
ผิดปกติ	๘๗ (๔๘.๓)
ระดับไขมันแอลดีแอลคอเลสเตอรอล	
ควบคุมได้ตามเป้าหมาย (< ๑๐๐ มก./ดล.)	๕๐ (๕๐)
ควบคุมไม่ได้ตามเป้าหมาย (≥ ๑๐๐ มก./ดล.)	๕๐ (๕๐)
ระดับน้ำตาลในเลือด	
ควบคุมได้ตามเป้าหมาย (< ๑๓๐ มก./ดล.)	๖๒ (๓๔.๔)
ควบคุมไม่ได้ตามเป้าหมาย (≥ ๑๓๐ มก./ดล.)	๑๑๘ (๖๕.๖)
ระดับฮีโมโกลบินเอวันซี	
ควบคุมได้ตามเป้าหมาย (ร้อยละ < ๗)	๒๒ (๑๒.๒)
ควบคุมไม่ได้ตามเป้าหมาย (ร้อยละ ≥ ๗)	๑๕๘ (๘๗.๘)
การได้รับยาแอสไพริน	
ได้รับยาสม่ำเสมอ	๕๑ (๕๐.๖)
ไม่เคยได้รับยาหรือได้รับยาไม่สม่ำเสมอ	๘๙ (๔๙.๔)

* ประเมินจากผลการตรวจจอตา โดยจักษุแพทย์ให้การวินิจฉัยว่า มีโรคจอตาเหตุเบาหวาน

** ประเมินจากผลการตรวจอัลบูมินในปัสสาวะ ≥ ๓๐ มก./ดล. อย่างน้อยสองในสามครั้ง และ/หรือมีค่าครีเอตินินในเลือด ≥ ๑.๕ มก./ดล.

จากตารางที่ ๒ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็น เบาหวานชนิดที่ ๒ มีระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานเฉลี่ย 8.71 ± 4.88 (๑-๒๕) ปี พบภาวะแทรกซ้อนของ โรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ ๗๘.๕ โดยภาวะแทรกซ้อนที่ พบมากที่สุด คือ ความดันโลหิตสูง มากกว่าครึ่งหนึ่งของ กลุ่มตัวอย่างเคยมีประวัติการเกิดแผลที่เท้า (ร้อยละ ๕๔.๔)

ระดับน้ำตาลในเลือดโดยเฉลี่ย คือ 15.2 ± 5.1 ($14-26.1$) มก./ดล. ไนมันแอลดีแอลคอเลสเตอรอล 105 ± 37 ($43-137$) มก./ดล., ระดับฮีโมโกลบินเอวันซี ร้อยละ 8 ± 0.8 ($5-15$) พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนมาก ยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาล ระดับไขมันในเลือด และ ฮีโมโกลบินเอวันซีให้ได้ตามเป้าหมายจากการตรวจร่างกาย พบว่า ความชุกของผู้มีความผิดปกติที่เท้า ร้อยละ ๔๘.๓ ซึ่งโดยส่วนใหญ่เป็นความผิดปกติที่ผิวหนัง และเล็บเท้า หลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบ หรือความผิดปกติในระบบ ประสาทส่วนปลาย รายละเอียดดังตารางที่ ๓

ความสัมพันธ์ของปัจจัยเสี่ยงด้านต่าง ๆ กับความผิดปกติ ที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดความผิดปกติ ที่เท้า พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผิดปกติที่เท้า ในผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความ เชื่อมั่นร้อยละ ๕๕ เรียงจากปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุดไป น้อยที่สุด ได้แก่ ผู้มีระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวาน ≥ 10 ปี ขึ้นไป การสูบบุหรี่ ผู้มีประวัติเคยเกิดแผลที่เท้า ผู้ไม่เคยได้รับยาแอสไพริน/หรือได้รับยาไม่สม่ำเสมอ และ การตรวจพบภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังของโรคเบาหวาน เมื่อ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังของโรค เบาหวาน เช่น ความดันโลหิตสูง ภาวะแทรกซ้อนทางตา ภาวะแทรกซ้อนทางไต และภาวะแทรกซ้อนระบบหัวใจ และ หลอดเลือด พบว่ามีความสัมพันธ์กับความผิดปกติที่เท้า อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ ๕๕ อาจเนื่องมาจากอาสาสมัครส่วนใหญ่พบภาวะแทรกซ้อน เรื้อรังของโรคเบาหวานไม่นาน ทำให้ยังไม่ส่งผลให้เกิดความ ผิดปกติที่เท้าซึ่งต้องใช้ระยะเวลาที่ยาวนาน รายละเอียด ดังตารางที่ ๔

ตารางที่ ๓ จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความผิดปกติที่เท้า ($n = 150$)

สภาวะเท้า	จำนวน (ร้อยละ)
ผิวหนังและเล็บเท้าผิดปกติ*	๑๒๒ (๖๗.๓๓)
ภาวะหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบ**	๑๐๗ (๕๕.๕๕)
ความผิดปกติในระบบประสาทส่วนปลาย***	๕๕ (๕๕)
เท้าผิดรูป	๑๐ (๕.๕๖)

หมายเหตุ * ผิวหนังและเล็บเท้าผิดปกติ เช่น ผิวแห้ง เชื้อราที่ง่ามนิ้วเท้า หรือเล็บ หูด หรือ ตาปลา

** หลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบประเมินจาก ABI < ๐.๕๑

*** ความผิดปกติในระบบประสาทส่วนปลาย ประเมินจาก monofilament

ตารางที่ ๔ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงด้านต่างๆ กับความผิดปกติที่พบในผู้ป่วยเบาหวาน (n = ๑๘๐)

ปัจจัยเสี่ยง	Crude OR	๙๕%CI	P-value
เพศหญิง	.๗๐๖	.๓๗๕-๑.๓๑๕	.๒๗๒
อายุ ≥ ๕๐ ปีขึ้นไป	๒.๕๓๑	.๕๗๕-๑๔.๕๒๕	.๑๗๗
ปัจจุบันสูบบุหรี่	๓.๗๖***	๑.๖๔-๘.๖๓	.๐๐๑
ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวาน ≥ ๑๐ ปี	๕.๕๕***	๒.๕๐-๑๐.๕๕	.๐๐๐
มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังของโรคเบาหวาน	๒.๘๓**	๑.๓๐-๖.๑๓	.๐๐๗
เคยเกิดแผลที่เท้า	๓.๕๕***	๑.๕๑-๖.๕๕	.๐๐๐
ระดับไขมัน แอลดีแอล ≥ ๑๐๐ มก./ดล.*	.๘๘	.๔๕-๑.๕๗	.๖๖
ระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าเป้าหมาย (≥ ๑๓๐ มก./ดล.)*	.๗๕	.๔๐-๑.๓๘	.๓๕
ระดับฮีโมโกลบินเอวันซีสูงกว่าเป้าหมาย ($\geq$ ร้อยละ ๗)*	๑.๓๓	.๕๔-๓.๒๕	.๕๓
ได้รับยาแอสไพรินอย่างสม่ำเสมอ	๒.๖**	๑.๑๔-๓.๓๗	.๐๑๗

* อ้างอิงจาก ADA 2009

** หมายถึง มีนัยสำคัญที่ระดับนัยสำคัญ < .๐๑

*** หมายถึง มีนัยสำคัญที่ระดับนัยสำคัญ < .๐๐๑

อภิปรายผล

ความชุกของความผิดปกติที่พบในผู้ป่วยเบาหวาน (ประเมินจากความผิดปกติของผิวหนัง เล็บเท้า รูปร่างเท้า หลอดเลือดแดงที่ขาตึบ หรือความรู้สึกที่ระบบประสาทส่วนปลายลดลง) พบร้อยละ ๔๘.๓ ประกอบด้วยความผิดปกติของผิวหนังและเล็บเท้ามากที่สุด รองลงมา คือ ภาวะหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบ และความผิดปกติในระบบประสาทส่วนปลาย ความผิดปกติดังกล่าวเป็นปัจจัยที่นำไปสู่การเป็นแผลที่เท้าหรือถูกตัดขา^๖ ส่วนปัจจัยเสี่ยงของการเกิดความผิดปกติที่พบในการศึกษานี้ ได้แก่ ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวานตั้งแต่ ๑๐ ปีขึ้นไป ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานที่หลอดเลือดขนาดเล็กหรือใหญ่ ประวัติการเกิดแผลที่เท้า และการสูบบุหรี่ อธิบายได้หากระยะเวลาในการเป็นโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น โอกาสที่จะมีภาวะแทรกซ้อนจากหลอดเลือดขนาดเล็กและขนาดใหญ่จะเพิ่มขึ้น อาการเท้าชา ตามองไม่เห็น หรือหลอดเลือดส่วนปลายตีบ จะทำให้มีโอกาสเกิดแผลที่เท้าได้ อันจะนำไปสู่การถูกตัดเท้าในที่สุด ข้อมูลที่ได้สอดคล้องกับงานวิจัยในอดีต^{๗-๙} นอกจากนี้พบ

ว่าการได้รับแอสไพรินอย่างสม่ำเสมอสามารถลดโอกาสเกิดความผิดปกติที่เท้าลงได้ ๒.๖ เท่า อาจเนื่องจากแอสไพรินสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่หลอดเลือดขนาดใหญ่ได้^{๑๐} และเป็นหนึ่งในการรักษาภาวะหลอดเลือดส่วนปลายตีบสำหรับระดับน้ำตาลและไขมันในเลือดไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลที่เท้า อาจเนื่องจากอาสาสมัครส่วนใหญ่ควบคุมน้ำตาลได้ไม่ดีเมื่อประเมินจากเอวันซีและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่นำมาวิเคราะห์เป็นผลเลือดครั้งสุดท้าย จึงไม่สามารถที่จะบอกการควบคุมโดยเฉลี่ยได้

โดยสรุปความผิดปกติที่พบในผู้ป่วยเบาหวานพบได้บ่อย โดยมีปัจจัยเสี่ยง คือ ระยะเวลาการเป็นเบาหวานนานกว่า ๑๐ ปี การมีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังของเบาหวาน มีประวัติเคยเป็นแผลที่เท้า และการสูบบุหรี่ ส่วนปัจจัยที่ป้องกันการเกิดความผิดปกติที่เท้า ได้แก่ การรับประทานยาแอสไพรินอย่างสม่ำเสมอ ผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวควรได้รับการตรวจประเมินอย่างละเอียด เพื่อการป้องกันการเกิดแผลที่เท้า อันจะนำไปสู่การสูญเสียอวัยวะในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

๑. กองสถิติสาธารณสุข สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: สำนักงานนโยบายและแผนกระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๔๔.
๒. กิตติ อังสุสิงห์. ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเบาหวาน. ใน วรวิทย์ นิธิยานนท์, คัทรี ชัยชาญวัฒนกุล, สุภาวดี ลิขิตมาสกุล และชนิกา ตูจินดา (บรรณาธิการ), คู่มือประกอบการให้ความรู้โรคเบาหวาน. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์, ๒๕๓๓:๕๖-๖๕.
๓. ชัยชาญ ดีโรจนวงศ์. Diabetic foot ulcer. ในโรคต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิซึม สำหรับเวชปฏิบัติทั่วไป ๒. วิทยา ศรีดามา, บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ: ยูนิคัฟ-ลิเคชั่น, ๒๕๓๓:๑๑-๒๐.
๔. เทพ หิมะทองคำ. โรคแทรกซ้อนของเบาหวาน. ใน ความรู้เรื่องเบาหวาน ฉบับสมบูรณ์. รัชตะ รัชตะนาวัน และธิดา นิงสานนท์, บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ: วิทย์พัฒน์, ๒๕๔๕.
๕. งานเวชระเบียน. สถิติผู้ป่วยเบาหวาน. ปทุมธานี : งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ, ๒๕๔๖ ก.
๖. สิริเนตร กฤตยาวงศ์ และคณะ. ความชุกและปัจจัยเสี่ยงต่อการถูกตัดเท้าในผู้ป่วยเบาหวานไทย. วารสารจดหมายเหตุทางการแพทย์. ๘๕, ๒๕๔๕:๔๓-๘.
๗. Humphery LL, Palumbo PJ, Betters MA, et al. The contribution of noninsulin-dependent diabetes to lower extremity amputation in community. Arch Intern Med 1994;154:885-92.
๘. ศักดิ์ชัย จันทอมรกุล และชนิกา สุระสิงห์ชัยเดช. การดูแลสุขภาพเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน. กรุงเทพฯ: โครงการอบรมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน ครั้งที่ ๑ โรงพยาบาลเทพธารินทร์, ๒๕๔๕.
๙. Moss SE, Klein R, Kline BE. The 14-year incidence of lowerextremity amputations in a diabetic population. The Wisconsin Epidemiologic Study of Dia betic Retinopathy. Diabetes Care 1999;22:951-9.
๑๐. Minuz P, Patrignani P, Gaino s, et al. Determinants of platelet activation in human essential hypertension. Hypertension 2004;43: 64-70.

Abstract

The prevalence, severity and risk factors of foot abnormalities in patients with diabetes mellitus at Thammasat University hospital

Buppha Laptavee*, Wariya Wachirawat**, Thipaporn Tharavanij***

* Thammasat University Hospital

** Faculty of Nursing, Burapha University

*** Faculty of Medicine, Thammasat University

Objective: The purpose of this study was to examine the prevalence, severity and risk factors of foot abnormalities in subjects with diabetes mellitus.

Methods: A cross sectional study was performed in 180 subjects with diabetes mellitus; Type I and II who had diabetes more than one year. Questionnaires and physical examination were done. Foot abnormalities were defined as one of any abnormalities; skin and nail abnormalities, foot structure peripheral vascular disease and peripheral neuropathy. The prevalence of foot abnormalities in patients with diabetes mellitus was 48.3%, which were skin and nail abnormalities (67.78%), peripheral neuropathy (59.45%), peripheral vascular disease (55%) and foot structure abnormalities (5.56%). Positive risks of foot abnormalities are smoking (OR 3.76, 95%CI = 1.64-8.63), long diabetes duration (OR 5.55, 95%CI = 2.90-10.59), complication of diabetes mellitus (OR = 2.83, 95%CI = 1.30-6.13) and previous foot ulcer (OR 3.55, 95% CI = 1.91-6.59). Current aspirin usage is a negative risk (OR 2.6, 95%CI = 1.14-3.73).

Conclusion: Smoking, long diabetes duration, complication of diabetes mellitus and previous foot ulcer are positive risks of foot abnormalities while current aspirin usage is a negative risk. Subjects with these risks should be aggressively evaluated and followed - up in order to prevent foot ulcer.

Key words: Foot abnormalities, diabetes mellitus, Thammasat University Hospital