

รายงานกรณีศึกษา

การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีแผลเรื้อรังที่เท้าและโรคร่วม

โสมอุษา หงษ์ร้อน พย.บ.

งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลเกาะช้าง

E-mail : somusa2521@hotmail.com

บทคัดย่อ

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 70 ปีมีโรคประจำตัว Non- Insulin Dependent Diabetes Mellitus type 2, Diabetes foot, Hypertension มาโรงพยาบาลตามนัดคลินิกโรคเรื้อรัง และล้างแผลเบาหวานที่นิ้วชี้เท้าข้างขวาเรื้อรังมาประมาณ 2 เดือน วันที่ 23 พฤศจิกายน 2566 เดินทางโดยขับรถสามล้อพ่วงข้างมาเอง เดินเขย่งเท้าขวา ไม่ใช่เครื่องช่วยพยุง หน้านิ้วชี้ขวามีแผลจากจะมีอาการปวดแผลที่เท้าขวาเมื่อเท้าจรดพื้น ประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.7°C ชีพจร 80 ครั้ง/min. อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/min. ความดันโลหิต 138/77 mmHg. ออกซิเจนปลายนิ้ว 98 % ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC ปกติ และ FBS 91 mg/dl. HbA1c 5.7 mg/dl. BUN 18 mg/dl. Creatinine 0.7 mg/dl. eGFR 65 ml/min/1.73 m². มีอัตราการกรองของไตลดลงเริ่มเข้าสู่โรคไตเรื้อรังระยะ 2 แนะนำการรับประทานอาหารที่เหมาะสม ตรวจร่างกาย มีสายตายาวไม่สวมแว่นหูตึง สนทนาต้องใช้เวลา เล็บเท้ามีคราบดินติดทั้ง 2 ข้าง ผิวแห้ง ส้นเท้าแตก ใต้ฝ่าเท้าด้านนอกมีหนังหนาแข็ง (callus) เล็บเท้า 2 ข้างหนา (Dystrophic calcification) หัวแม่เท้า 2 ข้าง เอียงเข้าผิดรูป (Hallux valgus) ทดสอบการรับความรู้สึกที่เท้าด้วย Monofilament ผล Positive 2 ข้าง แผลนิ้วชี้เท้าขวาเส้นผ่าศูนย์กลางขนาด 5 cm. ขอบเรียบ ลึกถึงชั้นผิวหนัง ก้นแผลซิด Discharge สีเหลืองเป็นก้อน 4 ผืน กลิ่นไม่เหม็น สวมรองเท้าหนังนิ่ม ชอบสวมเพราะรู้สึกสะดวก ผู้ป่วยมีรองเท้าผู้ป่วยเบาหวาน (offloading shoes) ตัดที่โรงพยาบาลตราด แต่ไม่ชอบสวมใส่เพราะยุ่งยาก อยู่บ้านไม่ได้ล้างเท้าบ่อย ไม่เคยตรวจเท้าด้วยตนเอง รู้สึกกังวลกลัวถูกตัดนิ้วอยากเดินได้เหมือนเดิม และถามถึงแผล การหายของแผล ได้สอนการดูแลเท้า ตรวจเท้า แนะนำใช้รองเท้าเบาหวาน แนะนำให้บอกญาติช่วยเหลือกิจวัตร คอยรับส่ง ไม่ใช่รถสามล้อพ่วงข้างเพื่อป้องกันอุบัติเหตุและอาจเกิดการกำเริบของแผลได้ถ้าถูกกระแทกขณะขับขี่ สีหน้าดูคลายกังวลลง หลังล้างแผลๆแดงดี ส่งพบแพทย์คลินิกโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยได้ รับประทานยาเดิมและอีก 3 เดือน ติดตามการกรองของไต ติดตามผู้ป่วยมาทำแผล พบลักษณะแผลของผู้ป่วยดีขึ้นเรื่อย ๆ แผลแคบลง จำนวน discharge ที่ซึมผ้า gauze น้อยลง ไม่มีกลิ่นเหม็น ลักษณะแผลและเท้าก่อนทำแผลในแต่ละครั้งสะอาด ไม่มีคราบดินหรือฝุ่น จากผู้ป่วยมีการใส่รองเท้าเบาหวาน ที่ทำ off loading ไว้ทำให้แผลไม่ถูกกดทับขณะเดินลงน้ำหนัก ครอบครัว(บุตรสาว)ให้ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยขับรถมาส่งพบแพทย์ตามนัด ผู้ป่วยยังมีการเดินเขย่งเท้าขวาและกังวลเรื่องแผล กลัวถูกตัดนิ้วจากพบผู้ป่วยเป็นแบบเดียวกันและถูกตัดนิ้วไปแล้ว ได้พูดคุยให้ผู้ป่วยคลายวิตกกังวล แนะนำญาติในดูแลกิจวัตรและหากิจกรรมที่เบี่ยงเบน ส่งพบนักกายภาพบำบัดทำ Strengthening exercise และยืม Walker ส่งข้อมูลทีมเยี่ยมบ้านเพื่อวางแผนการดูแลแผลแดงดี ไม่มีเนื้อตายเพิ่ม ใช้ Walker คล่องแคล่ว พูดคุยกับกับเจ้าหน้าที่และผู้ป่วยรายอื่นมากขึ้น สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ FBS 91-122 mg/dl จำหน่ายออกจากกรดูแลแบบการจัดการรายกรณี วันที่ 19 ธันวาคม 2566 รวมระยะเวลาที่รับไว้ในความดูแล 26 วัน จำนวน 4 ครั้ง

บทนำ

โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus, DM) เป็นภาวะความผิดปกติที่เกิดจากการเผาผลาญ (Metabolism) เป็นโรคที่พบได้ในประชากรทุกประเทศทั่วโลก ก่อให้เกิดปัญหาเรื้อรังทางสุขภาพ เพราะไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ อีกทั้งยังถ่ายทอดทางพันธุกรรม ปัจจุบันโรคเบาหวานเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรถึง 41 ล้านคนทั่วโลก หรือคิดเป็นร้อยละ 71 ในปี พ.ศ. 2565 ประเทศไทยพบมีผู้ป่วยเบาหวานถึง 537 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 9.5 ของประชากร 90 % เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 และมีเพียง 1 ใน 4 หรือร้อยละ 26.3 เท่านั้นที่สามารถควบคุมโรคไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ (คู่มือแนวทาง NCD Clinic Plus, 2565).

ข้อมูลสถิติจากระบบ Health Data Center จังหวัดตราด พบผู้ป่วยเบาหวานเข้ารับการรักษาเพิ่มขึ้นในทุกปี ปีพ.ศ 2564-พ.ศ.2566 มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวาน 1,892, 1952 และ 2,043 คน ตามลำดับ สอดคล้องกับข้อมูลสถิติจากระบบเดียวกันของโรงพยาบาลเกาะช้าง ปีพ.ศ. 2564-พ.ศ.2566 มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับการรักษาเพิ่มขึ้น 469,494 และ 501คน เช่นกัน เป็นโรคเรื้อรังที่มีจำนวนมากเป็นอันดับ 2 รองจากโรคความดันโลหิตสูง ในปี พ.ศ. 2566 อำเภอเกาะช้างมีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานร้อยละ 13.78 คน จากประชากรทั้งหมด 3,634 คน ร้อยละ 6.18 เป็นเบาหวานที่มีโรคร่วม ซึ่งร้อยละ 3.59 ของผู้มีโรคร่วมจะมีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ตา ไต และเท้า ผู้ป่วยจะถูกส่งไปรักษาต่อยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพมากกว่า และรับการรักษาต่อเนื่อง ยกเว้นผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้าจะถูกส่งกลับมาดูแลผลที่โรงพยาบาลเกาะช้าง จำนวน 4 ราย ทบทวนข้อมูลพบว่าผู้ป่วย 1 ใน 4 ราย ที่มีภาวะแทรกซ้อนแผลที่เท้าที่รักษาหาย ต้องสูญเสียอวัยวะ(ตัดนิ้วเท้า) ใช้เวลาในการรักษานานถึง 195 วัน มีค่าใช้จ่ายในการรักษา 178,600 บาท และยังพบว่าผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทุกด้าน เช่น ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง การพบปะผู้คนและเข้าสังคมน้อยลง มีความเครียดจากความเจ็บป่วยและภาระหน้าที่ ความสามารถในการประกอบอาชีพลดลง ทำให้มีปัญหาด้านเศรษฐกิจตามมา ทั้งนี้ภาวะแทรกซ้อนแผลที่เท้าสามารถป้องกันได้ ผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้ชีวิตที่ดีอีกครั้งได้ ด้วยทักษะความรู้ ความชำนาญในการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ การตรวจคัดกรอง และให้คำแนะนำในการดูแลเท้าและแผลที่เท้าอย่างถูกต้องเหมาะสม (Health Data Center, 2566).

พยาธิสภาพ

โรคเบาหวานเป็นภาวะผิดปกติที่เกิดจากการเผาผลาญ (Metabolism) ก่อให้เกิดระดับน้ำตาลเลือดสูงขึ้น ความผิดปกติเกิดมาจากการทำงานของฮอร์โมนที่ชื่อว่า อินซูลิน (Insulin) ซึ่งโดยปกติแล้วร่างกายของเราจำเป็นต้องมีอินซูลิน เพื่อนำน้ำตาลในกระแสเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายเมื่ออินซูลินลดลง จะทำให้ร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลที่อยู่ในกระแสเลือดไปใช้ได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ หากเป็นโรคเบาหวานระยะเวลานานจะทำให้เกิดการทำลายและมีผลเสียต่ออวัยวะต่าง ๆ ที่สำคัญคือ ตา ไต เส้นประสาท หัวใจ และหลอดเลือด ก่อให้เกิดปัญหาเรื้อรังทางสุขภาพ เพราะไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ อีกทั้งโรคเบาหวานสามารถถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้ (จิราภรณ์ ชิมโสม,2020) โดยแบ่งชนิดของโรคออกได้ดังนี้

1. โรคเบาหวานชนิดที่ 1 หรือชนิดพึ่งฮอร์โมนอินซูลิน (Insulin Dependent Diabetes Mellitus, IDDM) บางครั้งเรียกว่า "เบาหวานในเด็ก" เพราะมักพบในผู้ที่มีอายุน้อย เกิดจากภูมิคุ้มกันของร่างกายทำลายเซลล์ที่สร้างอินซูลินในตับอ่อน ร่างกายหยุดการสร้างอินซูลิน น้ำตาลก็ไม่สามารถเข้าไปในเซลล์เพื่อให้พลังงานได้ จึงตกค้างในเลือด และมีอาการของภาวะกรดคั่งในเลือด ถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีจะช็อกหมดสติจากภาวะกรดคั่งในเลือด อาการที่เกิดขึ้นนี้มักเป็นอย่างรุนแรงและเกิดขึ้นได้อย่างกะทันหันดังนั้นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 จึงจำเป็นต้องฉีดอินซูลิน เพื่อควบคุมน้ำตาลในเลือดระยะยาว



2. โรคเบาหวานชนิดที่ 2 หรือชนิดไม่พึ่งอินซูลิน (Non- Insulin Dependent Diabetes Mellitus, NIDDM) หรือที่รู้จักกันว่าเป็น “เบาหวานในผู้ใหญ่” เนื่องจากพบได้บ่อยในผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป สาเหตุที่แท้จริงยังไม่ทราบชัดเจน มีส่วนเกี่ยวข้องกับพันธุกรรม ภาวะน้ำหนักตัวมาก การขาดการออกกำลังกาย และวัยที่เพิ่มขึ้น เซลล์ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ยังคงมีการสร้างอินซูลิน แต่ทำงานไม่เป็นปกติเนื่องจากมีภาวะดื้อต่ออินซูลิน ทำให้เซลล์ที่สร้างอินซูลินค่อยๆ ถูกทำลายไป บางคนเริ่มมีภาวะแทรกซ้อนโดยไม่รู้ตัว การรักษาด้วยการรับประทาน และบางรายต้องใช้อินซูลินชนิดฉีด เพื่อควบคุมน้ำตาลในเลือด

3. โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Gestational diabetes mellitus) หญิงที่ไม่เคยเป็นเบาหวานมาก่อน และเกิดตรวจพบระดับน้ำตาลสูงถึงขั้นเบาหวาน อาจจะรักษาด้วยการฉีดยา หรือโดยการควบคุมอาหารขณะตั้งครรภ์ สาเหตุไม่ทราบแน่ชัดแต่เชื่อว่าเกิดจากรก (placenta) สร้างฮอร์โมนเพื่อการเจริญเติบโตของทารก ฮอร์โมนนี้ทำให้ความไวต่ออินซูลินลดลง เกิดภาวะ insulin resistance ทำให้น้ำตาลในเลือดสูงขึ้น เมื่อคลอดแล้ว ระดับน้ำตาลในเลือดจะลดลง

4. โรคเบาหวานชนิดอื่น ได้แก่ โรคเบาหวานที่เกิดจากความผิดปกติทางพันธุกรรมที่ทราบชนิดชัดเจน โรคของตับอ่อน ความผิดปกติของฮอร์โมน ยา หรือสารเคมี และอื่นๆ

สาเหตุการเกิดโรคเบาหวาน

1. พันธุกรรม สาเหตุหลักของผู้ป่วยเบาหวาน คือ พันธุกรรม พบว่าประมาณหนึ่งในสามของผู้ป่วยโรคเบาหวานมีประวัติญาติเป็นเบาหวาน ลักษณะยีนส์ของการเป็นเบาหวานเป็นลักษณะทางพันธุกรรม

2. ความอ้วน เป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดโรคเบาหวานเนื่องจากจะทำให้เซลล์ของร่างกายตอบสนองต่อฮอร์โมนอินซูลินทำหน้าที่ได้ลดน้อยลง อินซูลินจึงไม่สามารถพาน้ำตาลเข้าสู่เซลล์ได้ดีเหมือนเดิม

3. อายุ เมื่ออายุมากขึ้นอวัยวะต่างๆ ย่อมต้องเสื่อมลง รวมทั้งตับอ่อนที่มีหน้าที่สังเคราะห์และผลิตฮอร์โมนอินซูลิน ก็จะทำหน้าที่ได้ลดลงจึงเป็นสาเหตุหนึ่งของโรคเบาหวาน

4. ตับอ่อนไม่สมบูรณ์ เกิดจากการที่ตับอ่อนได้รับการกระทบกระเทือนหรือเกิดอุบัติเหตุที่มีผลกระทบต่อตับอ่อน รวมทั้งอาจเกิดจากโรค เช่น ตับอ่อนอักเสบเรื้อรังจากการดื่มสุรามากเกินไป

5. การติดเชื้อไวรัสบางชนิด เมื่อเข้าสู่ร่างกายแล้วมีผลข้างเคียงในการเกิดโรค เช่น คางทูม หัดเยอรมัน

6. ยาบางชนิด มีผลต่อการเกิดโรคเบาหวาน เช่น ยาขับปัสสาวะ ยาคุมกำเนิด เนื่องจากทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นได้ จึงควรปรึกษาแพทย์ก่อนใช้ยา โดยเฉพาะเมื่อต้องใช้ยาติดต่อกันนานๆ

7. ภาวะการตั้งครรภ์ เนื่องจากฮอร์โมนหลายชนิดที่รกสังเคราะห์ขึ้นมานั้น มีผลยับยั้งการทำงานของฮอร์โมนอินซูลิน ผู้ที่ตั้งครรภ์จึงเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน โดยเฉพาะผู้ที่มียีนส์เบาหวานอยู่ในร่างกายมาก จึงต้องได้รับการดูแลจากแพทย์อย่างใกล้ชิด

8. สิ่งแวดล้อม เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคเบาหวาน ได้แก่ การติดเชื้อ ต่อมในตับอ่อนถูกทำลายโดยพิษของเชื้อโรค หรือถูกทำลายด้วยสาเหตุอื่น เช่น ภาวะทุพโภชนาการ

9. การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินจะเพิ่มมากขึ้น ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงย้ายที่อยู่ใหม่ หรือเปลี่ยนแปลงความเป็นอยู่ไปสู่ชีวิตที่ทันสมัย รวมทั้งอาหารที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เมื่อมีการอพยพไปสู่แหล่งใหม่

10. การออกแรงทำงานของร่างกายลดน้อยลง

11. ภาวะทุพโภชนาการ เนื่องจากขาดอาหารโปรตีน

12. ความเครียดที่รุนแรงและยาวนาน ทำให้มีผลต่อฮอร์โมนที่เกี่ยวข้องกับการใช้คาร์โบไฮเดรต และอินซูลินที่สร้างขึ้น (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2561)

อาการของโรคเบาหวาน ที่พบได้บ่อยคือ

1. ปัสสาวะบ่อยและมากโดยเฉพาะในเวลากลางคืน และอาจจะพบว่าปัสสาวะมีมดตอม เนื่องจากเมื่อน้ำตาลในกระแสเลือดมากกว่า 180 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร น้ำตาลจะถูกขับออกทางปัสสาวะทำให้น้ำถูกขับออกมากขึ้น จึงมีอาการปัสสาวะบ่อยและเกิดการสูญเสียน้ำ
2. ผู้ป่วยจะหิวน้ำบ่อยเนื่องจากต้องทดแทนน้ำที่ถูกขับออกทางปัสสาวะ
3. อ่อนเพลีย น้ำหนักลดเกิดจากร่างกายไม่สามารถใช้น้ำตาล จึงย่อยสลายส่วนที่เป็นโปรตีนและไขมันออกมา
4. ผู้ป่วยจะกินเก่งหิวเก่ง แต่น้ำหนักจะลดลงเนื่องจากร่างกายนำน้ำตาลไปใช้เป็นพลังงานไม่ได้ จึงมีการสลายพลังงานจากไขมันและ โปรตีนจากกล้ามเนื้อ
5. อาการอื่นๆ ที่อาจเกิดได้แก่การติดเชื้อ แผลหายช้า คันตามผิวหนัง มีการติดเชื้อราโดยเฉพาะอย่างยิ่งบริเวณช่องคลอดของผู้หญิง
6. เห็นภาพไม่ชัด ตาพร่ามัวต้องเปลี่ยนแว่นบ่อย ทั้งนี้อาจจะเป็นการเปลี่ยนแปลงสายตา เช่น สายตาสั้น ต้อกระจก
7. ชาไม่มีความรู้สึก เจ็บตามแขนขา หย่อนสมรรถภาพทางเพศ เนื่องจากน้ำตาลสูงนานๆ ทำให้เส้นประสาทเสื่อม เกิดแผลที่เท้าได้ง่าย เพราะไม่รู้สึกรู้หาย
8. อาเจียน

การวินิจฉัยโรค

1. ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ในคนปกติระดับน้ำตาลในเลือดจะคงที่ คือประมาณ 80 –110 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร โดยระดับน้ำตาลก่อนรับประทานอาหารเข้าจะมีค่าประมาณ 70-115 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร เมื่อรับประทานอาหาร ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นแต่จะไม่เกิน 140 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร แต่หากตรวจพบหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมง ระดับน้ำตาลที่สูงเกิน 140 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร อย่างน้อย 2 ครั้งขึ้นไปก็ถือว่าผู้นั้นเป็น "เบาหวาน"
2. ตรวจระดับน้ำตาลในปัสสาวะ ไตของคนเรามีความสามารถกรองน้ำตาลได้ประมาณ 180-200มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ฉะนั้นหากร่างกายมีน้ำตาลในเลือดสูงกว่าระดับนี้ ไตก็จะไม่สามารถกรองน้ำตาลเอาไว้ได้ น้ำตาลส่วนที่เกินออกมาเหล่านั้นก็จะถูกขับออกมากับปัสสาวะ กรณีที่ตรวจพบว่ามีน้ำตาลปนออกด้วยนั้น ย่อมแสดงว่าผู้นั้นป่วยเป็นโรค เบาหวาน
3. ตรวจระดับไขมันในเลือด การตรวจเลือดนั้นนอกจากวัดระดับน้ำตาลในเลือดแล้วยังต้องตรวจวัดระดับของโคเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ ว่ามีปริมาณสูงเกินไปหรือไม่ร่วมด้วย
4. ตรวจหา ฮีโมโกลิน เอ วัน ซี (Hb A1 C) เพื่อหาค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือด 2-3 เดือนที่ผ่านมา การตรวจด้วยวิธีนี้จะใช้หลังการรักษาแล้วเพื่อตรวจผลของการควบคุมโรค ค่าปกติคือน้อยกว่า 6.0 mg% แสดงว่าสามารถควบคุมโรคได้ดี

การรักษาโรคเบาหวาน

จุดมุ่งหมายของการควบคุมโรคคือ การทำให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่สภาพปกติทางด้านร่างกายเท่าที่จะทำได้ เพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตได้อย่างปกติ ดังนั้นการรักษาโรคเบาหวานจะต้องอาศัยการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย

และการใช้ยา ซึ่งทั้งนี้ต้องการกำลังใจ ความร่วมมือจากญาติพี่น้องหรือผู้ดูแลด้วย การใช้ยารักษาจะเริ่มเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้บรรลุเป้าหมายด้วยการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย การใช้ยาจึงมีความสำคัญมากต่อชีวิตผู้ป่วยเบาหวาน ในปัจจุบันซึ่งมีวิถีชีวิตที่แตกต่างจากในอดีตโดยทั่วไปแพทย์จะให้ยาที่เหมาะสมคือ ออกฤทธิ์ไม่แรงและหมดฤทธิ์เร็ว เริ่มจากขนาดยาต่ำ ๆ ก่อน มีวิธีการใช้ยาที่ง่ายและเกิดผลข้างเคียงน้อยที่สุด อย่างไรก็ตามผู้ป่วยที่ใช้ยาจะต้องควบคุมอาหารและออกกำลังกายร่วมด้วยเสมอผู้ป่วยจะต้องใช้ยาตลอดชีวิตเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลและอาการของโรคเบาหวานตามเป้าหมายที่กำหนด ปัญหาจึงอยู่ที่ว่าจะทำอย่างไรผู้ป่วยจึงจะอยู่กับโรคเบาหวานและการใช้ยาอย่างมีความสุข

ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน

1. โรคแทรกซ้อนเฉียบพลัน ได้แก่ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) โดยจะพบว่าน้ำตาลในเลือดมักต่ำกว่า 60 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร, ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและโลหิตเป็นพิษ (Hyperglycemia) พบสองลักษณะคือภาวะกรดในเลือดสูง และภาวะน้ำตาลในเลือดสูงโดยไม่มีกรด

2. โรคแทรกซ้อนเรื้อรัง ได้แก่โรคแทรกซ้อนทางตา, โรคแทรกซ้อนทางไต (Diabetic nephropathy), โรคแทรกซ้อนหัวใจและหลอดเลือดแดง, โรคแทรกซ้อนทางระบบประสาทส่วนปลาย (Diabetic neuropathy), โรคแทรกซ้อนที่เท้า

แผลที่เท้าผู้ป่วยเบาหวาน (Diabetic Foot)

คำจำกัดความ

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ได้ให้นิยามคำว่า เท้าเบาหวาน (Diabetic foot) หมายถึง กลุ่มอาการของเท้าที่เกิดจากปลายประสาทเสื่อม เส้นเลือดส่วนปลายตีบตัน และการติดเชื้อ ซึ่งก่อให้เกิดบาดแผลและนำไปสู่การสูญเสียการทำงานหรือการถูกตัดขาได้ เมื่อพูดถึงปัญหาเท้าเบาหวานมักหมายความรวมถึงปัญหาทุกชนิดที่เกิดขึ้นที่เท้าของผู้เป็นเบาหวาน (อัจฉรา สุวรรณาคินทร, 2559)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดแผลที่เท้า

1. ปัจจัยด้านพยาธิสภาพ ได้แก่

1.1 ปลายประสาทเสื่อม (Peripheral neuropathy) เป็นสาเหตุสำคัญและพบได้บ่อยมากอุบัติการณ์และความรุนแรงจะเพิ่มขึ้นตามอายุและระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน ความเสื่อมที่เกิดขึ้นมีดังนี้ ประสาทควบคุมกล้ามเนื้อเสื่อม (Motor neuropathy) ประสาทรับความรู้สึกเสื่อม (Sensory neuropathy) ทำให้ผู้เป็นเบาหวานมีการรับรู้ความรู้สึกผิดปกติไป อาจเจ็บปวดหรือมีอาการเท้าชา ขาดการรับรู้ไม่รู้สึก ไม่สามารถรับรู้ภัยอันตรายที่เกิดขึ้นจากของแหลมคม ความร้อน/เย็น ตลอดจนแรงกดทับที่ผิดปกติ ประสาทอัตโนมัติเสื่อม (Autonomic neuropathy) ผลิตเหงื่อน้อยลงผิวขาดความชุ่มชื้น มีผลให้เลือดไปเลี้ยงที่กระดูกและผิวหนังผิดปกติ ทำให้แผลหายช้า

1.2 ความผิดปกติของหลอดเลือดส่วนปลาย (Peripheral Vascular Disease, PVD) เป็นสาเหตุสำคัญอันดับสองในผู้ที่เป็นเบาหวานมานาน มักจะมีปัญหาหลอดเลือดร่วมด้วย หลอดเลือดฝอยสูญเสียการควบคุมการไหลเวียนโลหิตอัตโนมัติ เพิ่มทางลัดของเลือดแดงและเลือดดำเลือดจะไปเลี้ยงบริเวณที่บาดเจ็บน้อยลง ทำแผลหายยาก ส่วนความผิดปกติในหลอดเลือดขนาดใหญ่จะเกิดคราบไขมัน ทำให้เส้นเลือดแดงตีบแข็งเกิด การอุดตันเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อน้อยลง หรือเนื้อเยื่อขาดเลือด (Gangrene) และแผลลุกลามได้

1.3 แรงกดทับและกลไกการบาดเจ็บของเท้า (Foot stress) เป็นเวลานาน ตำแหน่งที่มักพบว่า มีหนึ่งด้านเกิดขึ้นคือบริเวณหัวกระดูกฝ่าเท้ากดลงกับพื้น โดยเฉพาะ หัวกระดูกฝ่าเท้าของนิ้วหัวแม่เท้า นิ้วชี้ และนิ้วก้อย มักจะมีเท้าชาไม่รู้สึกเจ็บ ผู้เป็นเบาหวานจะยังคงใช้เท้าเดินต่อไปทำให้หนึ่งด้านซึ่งเสมือนก้อนกรวดก้อนใหญ่จะกดเนื้อเท้าจนเนื้อใต้หนึ่งด้านแตกเป็นแผลออกมา สามารถแบ่งตามชนิดของแรง และกลไกการบาดเจ็บของเท้าได้ ดังนี้ 1)แรงกระทำที่รุนแรงและเฉียบพลัน (High-pressure penetrating injury) 2) แรงกระทำปานกลางที่เกิดเป็นระยะๆ (Moderate-pressure repetitive injury) 2) แรงชนิดนี้เกิดจากการเดินในชีวิตประจำวัน 3)แรงกดทับเล็กน้อยที่เกิดต่อเนื่องเป็นระยะเวลาานาน (Low-pressure continuous- injury) 4)การติดเชื้อ (Infection)

2. ปัจจัยด้านโครงสร้างเท้า ลักษณะเท้าผิดปกติที่พบบ่อยคือ

2.1 นิ้วเท้าหงิก (Claw toe) เกิดจากการเสื่อมของระบบประสาทส่วนปลาย พบมี Extension ของข้อ Metatarsophalangeal และมี Flexion ของข้อ Interphalangeal เป็นผลให้ fat pad ที่รองรับบริเวณฝ่าเท้า ด้านหน้าเลื่อนไปข้างหน้า จึงเกิดแรงกดต่อ Metatarsal head มากกว่าปกติ การที่นิ้วเท้าหงิกงอลงพื้นทำให้เกิดการเสียดสีเป็นผลให้เกิดแผลบริเวณ First metatarsal head และส่วนหลังนิ้วเท้าเนื่องจากเสียดสีกับรองเท้า

2.2 นิ้วเท้ารูปค้อน (Hammer toe) พบมีข้อ Distal interphalangeal ยึดออก และ ข้อ Proximal interphalangeal งอเข้า ส่วนใหญ่จะเกิดกับนิ้วที่สองซึ่งอยู่ใกล้กับนิ้วหัวแม่เท้า ทำให้ เกิดการกระจายน้ำหนักผิดปกติบริเวณฝ่าเท้าส่วนหน้า

2.3 นิ้วหัวแม่เท้าเกออก (Hallux valgus หรือ Bunion) หมายถึง การผิดรูป และการ เหลื่อม (Subluxation) ของข้อ Metatarsophalangeal ของนิ้วหัวแม่เท้า ทำให้บริเวณฐานของนิ้วหัว แม่เท้าปูดออกด้านในโดยมีการเกออกของนิ้วหัวแม่เท้า และมีการเกเข้าของกระดูกฝ่าเท้าอันที่ ๑ เป็นลักษณะสำคัญ

2.4 นิ้วหัวแม่เท้าเกเข้าด้านใน (Hallux varus) เป็นความผิดปกติของนิ้วหัวแม่เท้าที่บริเวณ Metatarsophalangeal

2.5 ลักษณะปลายเท้าชี้ลงพื้น (Equinus deformity) เป็นความผิดปกติบริเวณข้อเท้า เกิดจากเอ็นร้อยหวายตึง หรือมีการหดรั้งทำให้มีการลงน้ำหนักที่ฝ่าเท้าส่วนหน้ามากขึ้นกว่าปกติ

2.6 เท้าชาร์โคต์ (Charcot's foot) เกิดจากความผิดปกติของระบบประสาท ส่วน Sympathetic nerve ทำให้หลอดเลือดเล็กๆ ในเท้าขยายตัว ต่อมาเหงื่อไม่ทำงาน เท้ามีลักษณะอุ่น บวม และแห้ง เนื่องจากการไหลเวียนเลือดเร็วมาก ทำให้เซลล์รับอาหารน้อยลง และเกิดภาวะกระดูกบางได้ ร่วมกับมีความผิดปกติของเส้น ประสาทควบคุมกล้ามเนื้อทำให้เกิดการผิดรูปของเท้า การกระจายน้ำหนักลงบนเท้าจึงผิดปกติ ทำให้เกิดการบาดเจ็บของกระดูกและข้อ นอกจากนี้ยังมีการ สูญเสียหน้าที่ของเส้นประสาทรับรู้ความรู้สึกทำให้มีการบาดเจ็บต่อไปเรื่อยๆ โดยผู้เป็นเบาหวานไม่สามารถรับรู้ได้ จึงเกิดการบาดเจ็บต่อกระดูก และข้อซ้ำแล้วซ้ำอีก

2.7 ลักษณะข้อโคนนิ้วติดแข็ง (Stiff metatarsophalangeal joint) ส่วนใหญ่เกิดจากการเสื่อมของข้อ จากการใช้งานทำให้การลงน้ำหนักฝ่าเท้าในขณะเดินผิดปกติ เกิดเป็นหนึ่งด้านและแตกเป็นแผลได้ในที่สุด

2.8 การถูกตัดนิ้วเท้าหรือขา (Amputation) ทำให้การกระจายการรับน้ำหนัก บริเวณฝ่าเท้าเปลี่ยนไป จากธรรมชาติทั้งในขณะที่ยืนและเดิน บริเวณที่รับน้ำหนักและ/หรือมีการเสียดสีมากจะเกิดหนึ่งด้าน และมีโอกาสแตกเป็นแผลได้

3. ปัจจัยด้านความผิดปกติของเล็บเท้า

- 3.1 เล็บม้วน (Involved nail)
- 3.2 เล็บหนา (Dystrophic calcification)
- 3.3 เล็บชบ (Ingrown toenail)
- 3.4 เชื้อราที่เล็บ (Onychomycosis)

4. ปัจจัยด้านพฤติกรรมกรดูแลเท้า สัมพันธ์กับการเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดแผลที่เท้า มักพบปัญหาคือ ด้านการดูแลรักษาความสะอาดผิวหนัง ,ด้านการตรวจเท้าทุกวัน ,ด้านการป้องกันการเกิดแผลที่เท้า, ด้านการส่งเสริมการไหลเวียนของเลือดบริเวณเท้า

5. ปัจจัยด้านอื่น ๆ ที่มีผลต่อการเกิดแผลที่เท้าของผู้เป็นเบาหวาน พบว่าเพศชายมีโอกาสดูตัดขาจากการเกิดแผลที่เท้ามากกว่าเพศหญิง, อายุมาก, มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลมากกว่าอายุน้อย, การสูบบุหรี่, มีประวัติแผลที่เท้ามาก่อน เป็นเบาหวานมานาน และ ระดับน้ำตาลในเลือดสูง เป็นต้น

ชนิดของแผลที่เท้าในผู้เป็นเบาหวาน แบ่งได้เป็น 3 ชนิดหลัก

1. แผลปลายประสาทเสื่อม (Neuropathic ulcer) เป็นชนิดที่พบบ่อยที่สุด เกิดจากการที่เส้นประสาทส่วนปลายเสื่อมจากเบาหวาน การเสื่อมของเส้นประสาทรับความรู้สึก ส่วนใหญ่ทำให้เท้าชา เกิดแผลโดยไม่รู้ตัว และการละลายการดูแล การเสื่อมของเส้นประสาทสั่งการ ทำให้กล้ามเนื้อเท้าอ่อนแรง สูญเสียสมดุล เป็นผลให้เท้าผิดรูปและมีการกระจายการรับน้ำหนักที่เท้าผิดปกติ ลักษณะการผิดรูปที่พบบ่อย คือ นิ้วเท้าจิกงอ (Claw toes) และ เท้าชาร์โคท (Charcot's foot) การเสื่อมของระบบประสาทอัตโนมัติทำให้การหลั่งเหงื่อลดลง เป็นผลให้ผิวหนังที่เท้าแห้งและเกิดการแตกเป็นแผลง่าย

2. แผลขาดเลือด (Ischemic ulcer) เป็นแผลที่เกิดจากการมีหลอดเลือดแดงของขาตีบตัน ส่วนใหญ่เกิดขึ้นกับหลอดเลือดแดงส่วนปลายขนาดเล็ก การขาดเลือดมักเกิดที่บริเวณน่อง ข้อเท้า เท้า และนิ้วเท้า ผู้เป็นเบาหวานที่มีหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบอาจเกิดแผลขาดเลือดขึ้นที่ส่วนใดส่วนหนึ่งของขาหรือเท้า แม้จะได้รับการบาดเจ็บและมีแผลเกิดขึ้นเพียงเล็กน้อยก็ตาม แผลที่เกิดขึ้นนี้จะหายยาก เนื่องจากมีเลือดมาเลี้ยงไม่เพียงพอ ลักษณะของแผลขาดเลือดในระยะแรกมักจะเกิดบริเวณนิ้วเท้า ต่อมามีการลุกลามขึ้นมาถึงเท้า ขอบแผลเรียบ ก้นแผลซีด ไม่มีเลือดออก และอาจมีการตายของนิ้วเท้าข้างเคียงด้วย

3. แผลติดเชื้อ (Infective ulcer) เกิดจากการบาดเจ็บเพียงเล็กน้อยหรืออาจเกิดจากแผล ชนิดใดชนิดหนึ่งที่กล่าวมาข้างต้นแล้วมีการอักเสบเกิดขึ้น การติดเชื้อที่เกิดขึ้นในระยะแรกจะพบเฉพาะบริเวณผิวหนังและชั้นไขมันที่อยู่ข้างใต้ในส่วนที่มีบาดแผลเกิดเป็นหนองเรียกว่า (Superficial abscess) และอาจมีการอักเสบลุกลามไปถึงทางเดินน้ำเหลืองทำให้มีการบวมแดงโดยรอบบาดแผล อวัยวะข้างเคียง และทางเดินน้ำเหลือง (Cellulitis) การติดเชื้อ จะลุกลามอย่างรวดเร็ว ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการถูกตัดขา หรือสูญเสียชีวิตได้

ผลกระทบจากแผลที่เท้าของผู้เป็นเบาหวาน

ด้านร่างกาย เกิดผลกระทบต่อความสามารถของบุคคลในการ เคลื่อนไหวและการประกอบกิจวัตรประจำวัน เช่น การแต่งกาย การประกอบอาชีพ การเคลื่อนไหว และอาจเกิดอุบัติเหตุได้ง่ายจากการเสียสมดุลในการทรงตัว

ด้านจิตใจ ผู้ที่เป็นเบาหวานต้องมีภาระในการดูแลเท้า และเอาใจใส่เป็นพิเศษมากขึ้น ประกอบกับความทุกข์ทรมานที่ได้รับจากอาการและอาการแสดงของโรค รักษาไม่หายขาด และทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่นำไปสู่ความพิการ สูญเสียการทำงานที่ของร่างกายหลายด้านจึงนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้

ด้านสังคมและเศรษฐกิจ แผลทำให้ผู้เป็นเบาหวานเกิดความรู้สึกว่า ตนเองแตกต่างจากบุคคลอื่น ไม่มั่นใจในตนเองเมื่อเข้าสู่สังคม ในรายที่เกิดการสูญเสียขาและเท้า อาจหลีกเลี่ยงการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม ขาดความมั่นใจวางตัวไม่ถูก เกิดปัญหาในการสร้างสัมพันธ์กับผู้อื่น ไม่ยอมเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในสังคม

การประเมิน ผู้ป่วยเบาหวานต้องได้รับการตรวจเท้าอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ประกอบด้วย

1. การซักประวัติ ควรซักประวัติผู้ป่วยเบาหวาน เช่น การเคยมีแผลที่เท้าหรือถูกตัดขา เท้า หรือนิ้วเท้า การสูบบุหรี่ ระยะเวลาในการเป็นโรคเบาหวานระดับน้ำตาลในเลือด การเกิดแผลที่เท้า

2. การประเมินลักษณะเท้าภายนอก โดยสังเกตดูรูปเท้าที่มีลักษณะเท้าผิดปกติ เช่น มีเท้าแบน นิ้วเท้างอ จิกพื้น นิ้วหัวแม่เท้าเก การอ่อนแรงหรือลีบฝ่อของกล้ามเนื้อเท้า และการหนาตัวของผิวหนังทำให้มีโอกาสเกิดแผลที่เท้า ส่วนความผิดปกติของระบบประสาทอัตโนมัติเสื่อมจะตรวจพบผิวหนังแห้งผิวหนังแตกและเกิดแผลได้ ถ้าตรวจพบผิวหนังบริเวณเท้าอุ่น บวมแดง อาจมีการติดเชื้อภายในข้อเท้าร่วมด้วยหรือมีการทำลายกระดูกเท้าและเกิดข้อต่อเท้าอักเสบเรื้อรังต้องส่งปรึกษาแพทย์เพื่อให้ได้รับการรักษาแก้ไขภาวะดังกล่าว

3. การประเมินการรับรู้ความรู้สึกที่เท้า โดยการตรวจด้วย Semmes-Weinstein Monofilament ขนาด 5.07 (10 กรัม) แต่ละบริเวณนิ้วหัวแม่เท้า 1 จุด และบริเวณหน้าเท้าจำนวน 3 จุด ได้แก่ ใต้นิ้วหัวแม่เท้า ใต้นิ้วกลางของเท้า และใต้นิ้วก้อยของเท้า หากการรับรู้ความรู้สึกครบทั้ง 4 จุดถือว่าปกติ แต่ถ้าตรวจพบการรับรู้ความรู้สึกผิดปกติ อย่างน้อย 1 ตำแหน่งแปลผลว่าเท้าของผู้ป่วยเบาหวานสูญเสีย protective sensation

ตำแหน่งของแผล เช่น แผลบริเวณฝ่าเท้าจะได้รับแรงกดอยู่ตลอดเวลา ทำให้แผลหายช้าและจะกลายเป็นแผลเรื้อรังที่ใช้เวลาในการรักษานานขึ้น

ขนาดของแผล เป็นการวัดขนาดของแผลวัดความกว้าง ความยาว ความลึก เพื่อประเมินและติดตามการหายของแผลที่เท้า

สารคัดหลั่งออกจากแผล ประเมินลักษณะ ชนิด จำนวนสี และกลิ่นของสารคัดหลั่ง โดยแผลที่เกิดการติดเชื้อจะมีเนื้อตายและสารคัดหลั่งจะมีปริมาณมากและมีกลิ่นเหม็น

ขอบแผล ประเมินขอบแผลจะช่วยทำให้แผลที่เท้าหายเร็วขึ้น พยาบาลจึงควรตัดเนื้อตายออก

การติดเชื้อ สังเกตอาการปวดแผลที่เท้าและขอบแผลที่เท้ามีลักษณะแดงและมีสารคัดหลั่งปริมาณมาก ลักษณะขุ่นเป็นหนองและมีกลิ่นเหม็นมากสามารถสรุปขั้นตอนการประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลที่เท้า

การจัดการแผล

1. แผลที่เท้าจากเส้นปลายประสาทเสื่อม (neuropathic ulcer) แผลที่เท้าจากเส้นปลายประสาทเสื่อมเป็นแผลที่พบบ่อยที่สุด โดยจะเกิดบริเวณตำแหน่งส่วนหน้าเท้าของโคนนิ้วทั้งห้า ลักษณะแผลจะมีรูปร่างกลมๆ ตรงกลางเป็นหลุมลึก และขอบแผลจะมีผิวหนังหนาตัวขึ้นแผลเส้นปลายประสาทเสื่อมจะไม่ค่อยเจ็บ ยกเว้นมีการติดเชื้อร่วมด้วย

หลักการรักษา การลดแรงกดที่แผล ประกอบด้วย

- การลดแรงกดที่แผล ประกอบด้วย การใส่เฟือกหุ้มเท้า การสวมรองเท้าชนิดพิเศษชนิดครึ่งเดียว หรือให้คำแนะนำวิธีการลงน้ำหนักบางส่วนที่เท้าเช่น การให้นอนพัก จำกัดการยืน เดิน การใช้รถเข็น การใช้ไม้เท้าค้ำยัน โดยพยาบาลมีบทบาทเป็นผู้ประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ หรือนักกายภาพบำบัด เพื่อพิจารณาตามความเหมาะสมกับผู้ป่วยเบาหวานในแต่ละราย

- การทำความสะอาดแผล ควรเลือกใช้ sterile normal saline หรือ Hydrogels มีลักษณะเป็นเจลใส ซึ่งมีน้ำเป็นส่วนผสมอยู่ด้วย ช่วย rehydration แผลเพื่อไม่ให้แผลแห้งจนเกินไป

- การป้องกันการเกิดแผลซ้ำ พยาบาลควรให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยเบาหวานแต่ละราย โดยเฉพาะการสวมใส่รองเท้าที่เหมาะสมในการช่วยลดแรงกด หรือการใช้อุปกรณ์พองผ้าเท้าเพื่อแก้ไขแรงกดที่เกิดขึ้นบนฝ่าเท้า

2. แผลที่เท้าจากการขาดเลือด (Ischemic ulcer) ส่วนใหญ่เกิดบริเวณส่วนปลายของนิ้วเท้าทั้งห้าทำให้เลือดไปเลี้ยงเท้าลดลง ส่งผลให้แผลไม่พบชีพจรที่เท้า ถ้าคลำชีพจรบริเวณหลังเท้าไม่ได้ ควรส่งปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทำความสะอาดแผล ควรเลือกใช้ sterile normal saline หรือ Hydrogels มีลักษณะเป็นเจลใส ซึ่งมีน้ำเป็นส่วนผสมอยู่ด้วย ช่วย rehydration แผลเพื่อไม่ให้แผลแห้งจนเกินไป การป้องกันการเกิดแผลซ้ำ ควรให้คำแนะนำ ในการส่งเสริมการไหลเวียนของเลือดที่มาเลี้ยงขาและเท้า โดยการหลีกเลี่ยงการนั่งไขว่ห้าง หรือนั่งพับเพียบ ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง และควรบริหารเท้าอย่างน้อยวันละ 30 นาที

3. แผลที่เท้าที่มีการติดเชื้อ (Infected ulcer) สังเกตการบวมเพื่อดูว่ามีหนองออกจากแผลหรือไม่ หากเป็นแผลติดเชื้อ จะมีหนองไหลออกจากปากแผลหรือจากการกดบริเวณที่บวมแดงรอบแผล การทำความสะอาดแผลต้องกดไล่หนองบริเวณที่อยู่ไกลมาที่ปากแผลทุกครั้ง บริเวณปากแผลอาจตรวจพบเนื้อตายได้ ควรเลือกใช้ sterile normal saline ร่วมกับการตัดชิ้นเนื้อที่ตายออกและเลือกใช้วัสดุปิดแผลที่เหมาะสม รวมถึงปรึกษาแพทย์ในการให้ยาปฏิชีวนะที่ครอบคลุมเชื้อโรคต่อไป

การส่งเสริมการหายของแผลที่เท้า

1. การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ถ้าระดับน้ำตาลในเลือดสูงจะทำให้การทำงานของเม็ดเลือดขาวลดลง ส่งผลต่อกระบวนการหายของแผลที่เท้าช้าลง โดยหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลเป็นส่วนผสม ผลไม้กวน ผลไม้แช่อิ่ม ควรรับประทานประเภทผักก้าน ผักใบ ผักใบเขียวทุกชนิด และควรรับประทานทุกวัน เพราะเป็นอาหารที่แคลอรีต่ำ และมีใยอาหารสูงทำให้การดูดซึมน้ำตาลช้าลง ส่วนอาหารประเภทข้าวแป้ง ควรรับประทานในปริมาณที่เหมาะสมกับการทำกิจกรรมในแต่ละวัน

2. ส่งเสริมสารอาหารมีผลต่อกระบวนการหายของแผลที่เท้า สารอาหาร โปรตีน คาร์โบไฮเดรต วิตามิน และเกลือแร่

3. การส่งเสริมสภาวะสุขภาพจิต ความวิตกกังวลจะส่งผลต่อการหายของแผลได้ เพราะความวิตกกังวลจะหลัง ให้มีการคัดหลั่ง Glucocorticoids ซึ่งจะยับยั้งการสังเคราะห์ Collagen และการสร้าง Granulation tissue ซึ่งจะส่งผลให้กระบวนการหายของแผลช้าลงได้ (อรรถสิทธิ์ ศรีสุบัติและสุริพร คนละเอียด, 2552)

การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน

1. การประเมินความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน

1.1 การซักประวัติ (ประวัติการแพทย์) ประวัติโรคประจำตัวที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคเบาหวานได้แก่ ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูงและหลอดเลือดหัวใจ ประวัติการมีญาติสายตรงเป็นโรคเบาหวานประวัติการตั้งครรภ์หรือเคยคลอดบุตรที่มีน้ำหนักตัวแรกเกิดเกิน 4 กิโลกรัม

1.2 การประเมินภาวะโภชนาการ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย (BMI) การวัดรอบเอวน้อยกว่า 90 เซนติเมตรในผู้ชายและ 80 เซนติเมตรในผู้หญิง

1.3 การประเมินความรู้ รูปแบบการรับประทานอาหาร ประเมินวิถีการดำเนินชีวิตรวมทั้งการออกกำลังกาย ประเมินความตระหนักและแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

2. การพยาบาลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคเบาหวาน พยาบาลประเมินผู้มีภาวะก่อนเกิดโรคเบาหวานแบบองค์รวม คำนึงถึงความต้องการเป็นสำคัญและตอบสนองต่อความต้องการนั้น การพยาบาลที่สำคัญ คือ การให้ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพและเทคนิคการปรับพฤติกรรมต่างๆ ดังนี้ (ยัวร์ตัน มวงเงิน, 2562).

2.1 โภชนาบำบัดทางการแพทย์ช่วยลดอัตราการเกิดโรคเบาหวาน

2.2 ทักษะที่จำเป็นในการช่วยปรับพฤติกรรมมารับประทานอาหาร

3. การออกกำลังกายและเพิ่มกิจกรรมทางกาย จะสามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานได้ ประมาณร้อยละ 58 ภายใน 3-4 ปี การไม่ออกกำลังกายหรือเคลื่อนไหวร่างกายน้อย อาจทำให้เกิดภาวะดื้ออินซูลิน การสร้าง ความตระหนักและสร้างแรงจูงใจเป็นกระบวนการที่กระตุ้นหรือผลักดันให้บุคคลเกิดพฤติกรรม เพื่อให้บรรลุเป้าหมายจนเกิดผลลัพธ์ที่ต้องการ

4. การประเมินผลเพื่อติดตามพฤติกรรมและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จากผลลัพธ์ทางคลินิก (FBS,HBA1C) และดัชนีภาวะสุขภาพอื่นๆ เช่น น้ำหนักตัว เสนรอบเอว ความดันโลหิต เป็นการประเมินผลเพื่อช่วยให้ แนวทางที่วางแผนไว้บรรลุเป้าหมาย

โรคความดันโลหิตสูง

คำจำกัดความ

หมายถึง ภาวะที่ค่าความดันโลหิตต่อผนังของหลอดเลือดแดงมีค่าสูงเกินกว่าค่าปกติ โดยค่าความดันตัวบนหรือค่าความดันโลหิตขณะที่หัวใจบีบตัว (systolic blood pressure [SBP]) มีค่าเท่ากับหรือมากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ ค่าความดันโลหิตตัวล่างหรือค่าความดันโลหิตขณะที่หัวใจคลายตัว (diastolic blood pressure [DBP]) มีค่าเท่ากับหรือมากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท

พยาธิสรีรวิทยาของโรคความดันโลหิตสูง

เกิดจากการมีแรงต้านทานการไหลเวียนโลหิตในร่างกายเพิ่มขึ้น ทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น ในขณะที่ปริมาณโลหิตที่ถูกส่งออกจากหัวใจต่อนาทียังคงปกติ มีหลักฐานอธิบายสาเหตุว่าในผู้สูงอายุบางคนที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง (prehypertension) จะมีปริมาณของโลหิตที่ถูกส่งออกมาจากหัวใจต่อนาทีสูง อัตราการเต้นของหัวใจสูง และแรงต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลายยังคงปกติ

สาเหตุโรคความดันโลหิตสูงสามารถแบ่งชนิดตามสาเหตุได้ดังนี้

1. โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (essential hypertension) หรือโรคความดันโลหิตสูงชนิดปฐมภูมิ (primary hypertension) พบได้มากที่สุดประมาณร้อยละ 90 - 95 ของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด จะไม่พบสาเหตุของการเกิดโรคที่แน่ชัด แต่มีข้อสันนิษฐานว่าอาจเกิดได้จากปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายปัจจัยร่วมกัน อาทิเช่นการถ่ายทอดทางพันธุกรรม สิ่งแวดล้อม และพฤติกรรม

2. โรคความดันโลหิตสูงชนิดทราบสาเหตุ หรือโรคความดันโลหิตสูงชนิดทุติยภูมิ (secondary hypertension) พบประมาณร้อยละ 5 - 10 ของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมดจะพบสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงอย่างแน่ชัด ได้แก่ การมีความผิดปกติที่ไตหรือหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงไต การมีความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ ความผิดปกติของหลอดเลือด ความผิดปกติของระบบประสาท และการใช้ยาหรือสารเคมีบางชนิด

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง

1. ภาวะความดันโลหิตปกติ (normal) เป็นภาวะที่มีค่าความดันโลหิตขณะที่หัวใจบีบตัว น้อยกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันโลหิตขณะที่หัวใจคลายตัวน้อยกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท
2. ภาวะความดันโลหิตสูงเล็กน้อย (mild hypertension) เป็นภาวะที่มีค่าความดันโลหิต ขณะที่หัวใจบีบตัว 140 - 159 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันโลหิตขณะที่หัวใจคลายตัว 90 - 99 มิลลิเมตรปรอท
3. ภาวะความดันโลหิตสูงปานกลาง (moderate hypertension) เป็นภาวะที่มีค่าความดันโลหิตขณะที่หัวใจบีบตัว 160 - 179 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันโลหิตขณะที่หัวใจคลายตัว 100 - 109 มิลลิเมตรปรอท
4. ภาวะความดันโลหิตสูงรุนแรง (severe hypertension) เป็นภาวะที่มีค่าความดันโลหิตขณะที่หัวใจบีบตัวเท่ากับหรือมากกว่า 180 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันโลหิตขณะที่หัวใจคลายตัวเท่ากับหรือมากกว่า 110 มิลลิเมตรปรอท

อาการและอาการแสดง

1. ปวดศีรษะ อาการปวดศีรษะจากโรคความดันโลหิตสูงพบได้ไม่บ่อยนัก โดยทั่วไปจะปวดตึงบริเวณท้ายทอย ต้นคอ มีอาการวิงเวียนศีรษะโดยเฉพาะเวลาตื่นนอนในตอนเช้าและจะทุเลาลงเอง อาจมีอาการคลื่นไส้ ตาพร่ามัว ซึ่งอาการเหล่านี้มักเกิดขึ้นเมื่อความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้นมากในภาวะวิกฤติและเกิดขึ้นทันทีทันใด
2. ปวดศีรษะแบบไมเกรน (migraine) หรือปวดศีรษะข้างเดียว อาการปวดศีรษะแบบไมเกรนกับโรคความดันโลหิตสูงพบว่ามีความสัมพันธ์กัน โดยผู้ที่เป็โรคความดันโลหิตสูงจะเป็นไมเกรนมากกว่าคนปกติ และผู้ที่เป็ไมเกรนก็จะพบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าคนปกติรวมทั้งผู้ที่มีอาการปวดศีรษะข้างเดียวกั้มักพบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าคนปกติ
3. เลือดกำเดาไหล เป็นอาการที่พบไม่บ่อย ในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปี ขึ้นไป หากมีเลือดกำเดาไหล ส่วนมากถ้าไม่พบสาเหตุของโรคภายในโพรงจมูก ก็มักจะพบว่าเกิดจากการมีความดันโลหิตที่เพิ่มสูงขึ้น
4. อาการอื่นๆ ที่อาจพบ ได้แก่ อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย นอนไม่หลับ ใจสั่น อาจชัก หมดสติ เป็นอัมพาต และอาจเสียชีวิตได้

ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง

1. สมอง มักเกิดจากภาวะหลอดเลือดในสมองตีบหรือแตก เนื่องจากการมีความดันโลหิตสูงเป็นเวลานาน จะส่งผลให้ผนังหลอดเลือดในสมองหนาและแข็งตัว เกิดการตีบจนอุดตัน
2. ตา มักเกิดภาวะจอประสาทตาเสื่อม เนื่องจากความดันโลหิตที่สูงจะส่งผลให้หลอดเลือดแดงภายในลูกตาดเกิดการหนาตัวโดยในระยะแรกจะตีบ เกิดความดันในหลอดเลือดภายในลูกตาเพิ่มขึ้น จากนั้นจะแตกออกทำให้มีเลือดออกบริเวณจอตา เกิดการเสื่อมของจอประสาทตา ส่งผลให้เกิดอาการตามัวลงจนตาบอดได้
3. ไต เมื่อความดันโลหิตสูงอยู่นาน จะส่งผลให้หลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงไตมีผนังหนา เกิดการแข็งและตีบ ทำให้เลือดไปเลี้ยงไตได้ไม่พอ อีกทั้งเกิดการแข็งตัวของหลอดเลือดฝอยตรงบริเวณหน่วยไต (glomerular capillary) ส่งผลให้เกิดความผิดปกติของอัตราการกรองไต การกำจัดของเสียลดลง ของเสียที่เป็นสารพิษจะคั่งอยู่ในร่างกาย
4. หัวใจภาวะที่มีความดันโลหิตสูงนานๆ จะส่งผลให้หัวใจบีบตัวแรงขึ้นเพื่อต่อต้านความดันโลหิตที่เพิ่มสูงขึ้น กล้ามเนื้อหัวใจก็จะปรับตัวโดยการเพิ่มความหนาของผนังกล้ามเนื้อหัวใจจนเสื่อมลง เกิดอาการเลือดคั่งในปอด และเกิดภาวะหัวใจวาย
5. หลอดเลือด ภาวะความดันโลหิตที่สูง จะส่งผลให้ผนังหลอดเลือดเกิดการหนาตัวแข็งตัว หลอดเลือดขาดความยืดหยุ่น ตีบและอุดตัน



การรักษา

1. การควบคุมโรคความดันโลหิตสูงโดยใช้ยาลดความดันโลหิต การควบคุมโรคความดันโลหิตสูงโดยใช้ยาลดความดันโลหิต อาจใช้แบบยาเดี่ยวหรือยาร่วมกันก็ได้ ยาลดความดันโลหิตที่นิยมใช้ในปัจจุบันจะมี 4 กลุ่มหลัก ได้แก่

1.1 กลุ่มยาขับปัสสาวะไทอะไซด์ (thiazide-type diuretic)

1.2 กลุ่มยาด้านแคลเซียม (calcium channel blockers)

1.3 กลุ่มยาด้านการทำงานของเอนไซม์แองจิโอเทนซินคอนเวอร์ติง (angiotensin converting enzyme inhibitors)

2. การควบคุมโรคความดันโลหิตสูงโดยไม่ใช้ยาหรือการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต

2.1. การใช้อาหารควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง

2.2. ลดการรับประทานอาหารเค็มจัด อาหารหมักดองเค็ม ผงชูรส น้ำปลาหรืออาหารที่มีเกลือโซเดียมสูง โดยรับประทานให้น้อยกว่า 100 มิลลิโมล ต่อ วัน

2.3. เพิ่มการรับประทานอาหารที่มีส่วนประกอบของโปแตสเซียมแคลเซียม และแมกนีเซียม จะมีประสิทธิภาพในการลดค่าความดันโลหิตขณะที่หัวใจบีบตัว (systolic blood pressure)

2.4. ลดการบริโภคอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวและคอเลสเตอรอลสูง

3. การควบคุมน้ำหนัก ถือเป็นวิธีการที่จะส่งผลให้ค่าความดันโลหิตโดยเฉพาะในคนอ้วนลดลงควบคู่กับการออกกำลังกาย

3.1. การออกกำลังกาย ควรปฏิบัติควบคู่ไปกับการควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกายที่จะสามารถช่วยควบคุมความดันโลหิตได้นั้น เน้นการเพิ่มประสิทธิภาพในการใช้ออกซิเจน และทำอย่างสม่ำเสมอ

3.2. การงดหรือลดการดื่มแอลกอฮอล์ดื่มน้ำหรือ

3.3. การจัดการความเครียด ความโกรธ ความหดหู่ ความเศร้าหมอง

3.4. การรับประทานยาลดความดันโลหิตและการไปตรวจตามนัดของแพทย์อย่างสม่ำเสมอ

การพยาบาล

1.การพยาบาลผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูงวิกฤต (Hypertensive emergency) ความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 200/110 มม.ปรอท มีภาวะอันตรายผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉินโรงพยาบาล อาจต้องได้รับยาทางหลอดเลือดดำ เพื่อปรับระดับความดันให้ลดลงในช่วงเวลาที่เหมาะสม

2.การพยาบาลผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูงเร่งด่วน (Hypertensive urgency) ความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 180/100 แต่ไม่เกิน 200/110 มม.ปรอท ผู้ป่วยควรได้รับยาลดความดันชนิดรับประทาน

3.การพยาบาลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 แต่ไม่เกิน 180/100 มม.ปรอท สามารถให้การักษาแบบผู้ป่วยนอก ดูแลให้มาตามนัดคลินิกโรคความดันโลหิต และเสริมทักษะการดูแลตนเองในเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร และแนะนำให้สังเกตอาการผิดปกติเช่น หน้ามืด เวียนศีรษะเป็นลมให้มาพบแพทย์

4.ดูแลส่งเสริมทักษะการดูแลตนเอง ให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เช่น การวัดความดันด้วยตนเองที่บ้าน (Home BP) และลงบันทึก ลดน้ำหนักในผู้ที่มีน้ำหนักเกิน ปรับรูปแบบการบริโภคอาหาร และจำกัดปริมาณเกลือและโซเดียมในอาหาร ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

ระยะเวลาดำเนินการ

วันที่รับไว้ดูแล 23 พฤศจิกายน 2566

วันที่จำหน่ายจากการดูแล 19 ธันวาคม 2566



รวมระยะเวลารับไว้ในความดูแล 26 วัน ติดตามอาการ 4 ครั้ง

ประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

ลักษณะทั่วไป: ชายไทยรูปร่างสมส่วน น้ำหนัก 71 Kg. ส่วนสูง 177 cm. BMI ปกติ 22.66 กก./ม.² มีผิวดำแดง ลักษณะสีหน้าอิดโรย พูดคุยสนทนารู้เรื่อง

ศีรษะ: ศีรษะได้รูป เส้นผมสีหงอกขาวเส้นดำมีประปราย ผมบาง หนังศีรษะไม่มีตุ่มหนอง

ไพบนา: เท้าทั้งสองข้าง ไม่ผิดปกติ ไม่มีก้อน Maxillary sinus กดไม่เจ็บ

ผิวหนังและเล็บ: มือและเล็บมือสะอาด ไม่มีบาดแผล เท้า 2 ข้างมีคราบดินติดตามซอกเล็บเล็กน้อย ผิวหนังแห้ง ส้นเท้าแตกทั้ง 2 ข้าง ไม่มีสะเก็ดลอก ไม่มีเชื้อราที่ผิวหนังและง่ามนิ้ว ไม่พบเนื้อตายสีคล้ำ (gangrene) พบมีผิวหนังหนา (callus) และแข็งที่ใต้ฝ่าเท้าด้านนอก ไม่พบตาปลา (corn) ที่บริเวณนิ้วเท้าหรือจุดอื่น ปริมาณขนขึ้นน้อยทั้ง 2 ข้าง เล็บตัดสั้น ไม่มีการอักเสบหรือเล็บขบ เล็บที่หัวแม่เท้า 2 ข้างหนาตัว (Dystrophic calcification) ไม่องุ่นนิ้วหัวแม่เท้า 2 ข้างมีลักษณะเอียงเข้าผิดปกติ (Hallux valgus) สามารถงอหุบนิ้วได้ตามบอก ทดสอบการรับรู้ความรู้สึกด้วย Monofilament 4 จุด ผล Positive ผู้ป่วยตอบไม่ได้ที่ตำแหน่งใต้หัวแม่เท้า 2 ข้าง ที่นิ้วชี้เท้าข้างขวามีแผลเปิดเส้นผ่าศูนย์กลางขนาด 5 cm. ลึกลงถึงชั้นผิวหนัง Discharge สีเหลืองซึ่มเปื้อนก๊อส 4 ผืน แผลมีลักษณะขอบเรียบกันแผลขีดไม่มีเลือดซึม คลำชีพจรที่ Dorsalis pedis artery และ Posterior tibial artery ได้ชัดเจน

ตา: เยื่อぶตาไม่ซีด รูม่านตาเท้ากันทั้ง 2 ข้าง สายตายาว ไม่โตสวมแว่น

หู: ไพบรูปร่างปกติเท้ากัน 2 ข้าง หูตึงฟังเสียงได้ยินไม่ชัดเจน ต้องพูดเสียงดังขึ้นเล็กน้อย ไม่พบตอม น้ำเหลืองหลังหูโต

จมูก: ลักษณะปกติ รูจมูกสองข้างมีขนาดสมดุลไม่มีบาดแผล ไม่บวม ไม่มี polyp กดไม่เจ็บ

ปากและช่องคอ: ริมฝีปากสีน้ำตาล ไม่เขียวไม่คล้ำ ไม่มีเหงือกอักเสบ ทอนซิลไม่โต คอไม่แดง

ลำคอ: ไพบรอยด์คล้ำไม่ได้โต คอไม่แข็ง เคลื่อนไหวได้ปกติ ไม่มีเส้นเลือดดำที่คอโป่ง

ระบบทางเดินหายใจและทรวงอก: อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/min. ลักษณะและการขยายตัวของทรวงอกสมมาตร เสียงลมหายใจผ่านปอดเท้ากันทั้งสองข้าง ไม่มีเสียงผิดปกติ

ระบบหัวใจและหลอดเลือด: ผู้ป่วยสามารถนอนราบได้ ไม่มีการโป่งพองของเส้นเลือดบริเวณคอ ปลายมือปลายเท้าไม่เขียว ไม่ซีดเย็น อัตราการเต้นของชีพจรสม่ำเสมอ 80 ครั้ง/min. ความแรงของชีพจรปกติ ความดันโลหิต 138/77 mmHg. ฟังเสียงหัวใจ ไม่มี murmur

ระบบทางเดินอาหารและท้อง: ไม่ปวดท้อง ไม่มีท้องอืด เส้นเลือดดำที่หน้าท้องปกติ กดไม่หน้าท้องคล้ำไม่ได้กอน ตับม้ามไม่โต เสียงลำไส้ปกติ Bowel Sound 7 ครั้ง/min.

ระบบประสาท: ทำตามคำบอกได้ รู้สึกตัวดีพูดคุยรู้เรื่อง Glasgow Coma Score E4M6V5 การเคลื่อนไหวร่างกายปกติไม่มีแขนขาอ่อนแรง

ระบบทางเดินปัสสาวะ/สืบพันธุ์: ปัสสาวะออกเองได้ สีเหลืองใส อวัยวะสืบพันธุ์ไม่มีสิ่งคัดหลั่ง

กล้ามเนื้อและกระดูก: การเคลื่อนไหวของขอเท้าปกติ ปลายนิ้วชี้เท้าข้างขวาลงน้ำหนักไม่ได้เนื่องจากมีแผล ผู้ป่วยเดินเขย่งเท้าขวาและเอนตัวทางซ้าย กระดูกสันหลังไม่โค้งงอ กล้ามเนื้อไม่ลีบ

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ผลการตรวจนับเม็ดเลือด (Complete Blood Count :CBC) 23 พฤศจิกายน 2566 เวลา 8.40 น.

รายการตรวจ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ	การแปลผล
WBC	7,280 cell/cu.mm	4,000-10,000 cell/cu.mm	ปกติ
HCT	38 %	37.7-53.7%	ปกติ
Neutrophil	63 %	50-70%	ปกติ
Lymphocyte	32 %	20-40%	ปกติ
Eosinophil	4 %	0-5%	ปกติ
Platelet Count	240,000 cell/cu.mm	140,000 – 400,000 cells/ul	ปกติ
Normocytosis	Normol		ปกติ

ผลการตรวจวิเคราะห์ชีวเคมีในเลือด (Biochemistry) และ น้ำตาลในเลือด

23 พฤศจิกายน 2566 เวลา 8.40 น.

รายการตรวจ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ	การแปลผล
BUN	18 mg/dl	6-20 mg/dl	ปกติ
Creatinine	0.7 mg/dl	0.51-0.95 mg/dl	ปกติ
eGFR	65 mg/dl	90-120 ml/min/1.73 m ²	ต่ำผิดปกติ
FBS	91 mg/dl	70-100 mg/dl	ปกติ
HbA1C	5.7 mg%	6 mg%	ปกติ

การวิเคราะห์

ผลการตรวจพบว่าผู้ป่วยมีอัตราการกรองของไต eGFR (estimated glomerular filtration rate) 65 ml/min/1.73 m² ค่า Creatinine 0.7 mg/dl แสดงว่าการกรองของไตลดลงต่ำกว่าค่าปกติเล็กน้อย เกิดจากผู้ป่วยสูงอายุ 70 ปี เป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่เข้ารับรักษาต่อเนื่อง หากการเจาะติดตามผล 3 ครั้งไม่เพิ่มขึ้น สามารถวินิจฉัยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2 ได้

วินิจฉัยของแพทย์

Non- Insulin Dependent Diabetes Mellitus type 2, Hypertension, Diabetes foot (โรคเบาหวานชนิดที่ 2, ความดันโลหิตสูง, แผลเบาหวานที่เท้า)

สรุปขอวินิจฉัยทางการแพทย์จากการรับไว้ในการดูแลครั้งที่ 1

1. มีแผลเบาหวานที่เท้าเรื้อรังเนื่องจากขาดความรู้และความตระหนักในการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง
2. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลงเนื่องจากมีปัญหาการทรงตัวและมีแผลที่นิ้วชี้เท้าข้างขวา
3. ผู้ป่วยมีภาวะวิตกกังวลเนื่องจากกลัวสูญเสียอวัยวะและการทรงตัว
4. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานเพิ่มเนื่องจากผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุและมีโรคร่วม
5. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม เนื่องจากเท้าข้างขวามีแผลและลงน้ำหนักได้ไม่ปกติ
6. เสี่ยงต่อการติดเชื้อแผลเบาหวานที่นิ้วชี้เท้าขวา

ขอวินิจฉัยทางการแพทย์ที่ 1 มีแผลเบาหวานที่เท้าเรื้อรังเนื่องจากขาดความรู้ในการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยให้ประวัติว่าไม่ได้ทำความสะอาดเท้า ล้างเท้า ตามคำแนะนำ
2. ผู้ป่วยให้ประวัติว่าไม่เคยตรวจเท้า ขอบสวมใส่รองเท้าแบบนิ้วหนีบเพราะสะดวก และเร็ว
3. ผู้ป่วยให้ประวัติว่ามีรองเท้าที่ตัดเฉพาะผู้ป่วยเบาหวาน (offloading shoes) ใส่บ้างไม่ใส่บ้าง ตามแต่

กิจกรรม

4. ผู้ป่วยมีประวัติการมาล้างแผลไม่สม่ำเสมอ บาง visit บันทึกลักษณะแผลและผ้าก๊อชว่าเปียกเป็นอนึ่งกลิ่นเหม็น
 5. นิ้วชี้เท้าข้างขวามีแผลเปิดเส้นผ่าศูนย์กลางขนาด 5 เซนติเมตรลึกถึงชั้นผิวหนัง ขอบเรียบ ก้นแผลซีด ไม่มีเลือดซึม Discharge สีเหลืองซึมเปื้อนก๊อช 4 ผืน
- วัตถุประสงค์** เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลตนเองขณะเกิดแผลเบาหวานที่เท้า

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสามารถดูแลและล้างเท้าได้อย่างถูกต้อง
2. ผู้ป่วยสามารถตรวจเท้าดูแลสุขภาพเท้าได้อย่างถูกต้อง
3. ใส่รองเท้าที่เหมาะสม ไม่ใส่รองเท้าแตะแบบนี้
4. ใส่รองเท้าตลอดเวลาทั้งในบ้านและนอกบ้าน
5. ผู้ป่วยสามารถตอบวิธีการดูแลตนเองขณะเกิดแผลเบาหวานเรื้อรังที่เท้าได้ถูกต้อง (โดยการสอบถาม)
6. แผลที่เท้าไม่แสดงอาการลุกลามเพิ่มเติม

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลทำความสะอาดแผลให้สะอาดวันละครั้งที่โรงพยาบาลเกาะช้าง อธิบายถึงผลดีของการทำแผลอย่างต่อเนื่องทุกวัน และผลเสียจากการไม่ทำแผลให้ผู้รับทราบเข้าใจ
2. สอนและให้ความรู้เรื่องการล้างเท้าที่ถูกต้อง ทำความสะอาดเท้าด้วยน้ำสะอาดและสบู่อ่อนทุกวัน หรือทันทีทุกครั้งที่เท้าเปียก เช็ดเท้าและเช็ดซอกนิ้วให้แห้ง ระวังผิวหนังถลอกเป็นแผล ห้ามแช่เท้าในน้ำ
3. สอนและสาธิตการตรวจเท้า สำรองเท้า เล็บเท้า สังเกตแผล รอยแดงรอยช้ำบวม หนังด้านแข็ง หรือการมีเล็บขบให้กับผู้ป่วยเข้าใจ ให้ทำเป็นส่วนหนึ่งของกิจวัตรประจำวัน หากมองไม่ชัดให้ใช้กระจกสะท้อนส่องดู หรือให้บุตรสาวช่วยตรวจให้แน่ใจว่าไม่มีสิ่งผิดปกติ
4. แนะนำไม่ให้ใส่รองเท้าแตะประเภทสปีระหว่างนิ้วเท้า ให้สวมใส่รองเท้าเฉพาะผู้ป่วยเบาหวาน (offloading shoes) ลดแรงกดของเท้าที่โรงพยาบาลตราดตัดให้ ปรับขนาดให้เหมาะสมก่อนก้าวเดิน และแนะนำให้ใส่รองเท้าตลอดเวลาทั้งในบ้านและนอกบ้านเพื่อป้องกันการเดินเตะหรือเหยียบสิ่งแปลกปลอม
5. ประเมินความรู้การดูแลเท้าในชีวิตประจำวัน (โดยการสอบถาม)

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามการดูแลและล้างเท้าได้อย่างถูกต้อง
 2. ผู้ป่วยและสามารถตรวจเท้าดูแลสุขภาพเท้าได้อย่างถูกต้อง
 3. ผู้ป่วยเข้าใจและตอบข้อดีข้อเสียของการใช้รองเท้าเฉพาะผู้ป่วยเบาหวานที่โรงพยาบาลตราดตัดให้ได้
- บ้าน
4. ผู้ป่วยบอกว่าจะหารองเท้านุ่มๆเดินในบ้านและสวมใส่ให้รู้สึกชิน
 5. ผู้ป่วยตอบคำถามถึงวิธีการดูแลตนเองขณะเกิดแผลเบาหวานเรื้อรังที่เท้าได้ถูกต้องทุกข้อ เช่นหากมีไข้ต้องมาพบแพทย์ ผ้าก๊อชเปียกต้องทำแผลใหม่ทันที
 6. แผลหลังทำสะอาดดี ไม่มีเลือดซึม ไม่พบเนื้องอกตาย และภาวะลุกลาม

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลงเนื่องจากมีปัญหาการทรงตัวและมีแผลที่นิ้วชี้เท้าข้างขวา

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยให้ประวัติว่าไม่สามารถทำอะไรได้เองเหมือนแต่ก่อนเพราะยืนกับเดินไม่สะดวก
2. ผู้ป่วยให้ประวัติว่าบางครั้งยืนตรงไม่ได้ร่างกายโยกเอนไปเองกลัวจะล้มสักวัน
3. ผู้ป่วยขับรถสามล้อพวงข้างมาทำแผลเองที่โรงพยาบาลทุกวัน
4. ผู้ป่วยเขย่งเท้าข้างขวาเดินด้วยเท้าซ้าย ไม่มีไม้เท้าค้ำพยุง
5. นิ้วชี้เท้าข้างขวามีแผลเปิดเส้นผ่าศูนย์กลางขนาด 5 เซนติเมตร พันก๊อสปิดแผล

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างครบถ้วน
2. เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุและพลัดตกหกล้ม

เกณฑ์การประเมินผล

1. กิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติอย่างครบถ้วน
2. ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม

กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำผู้ป่วยในการงดการปฏิบัติกิจวัตรที่มีความเสี่ยง และแนะนำผู้ป่วยบอกญาติในการช่วยเหลือดูแลการทำกิจวัตรประจำวันนั้นแทน เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ
2. แนะนำผู้ป่วยจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านให้สะอาดเป็นระเบียบไม่เปียกชื้น ของใช้จัดวางให้ง่ายต่อการหยิบใช้สอย ไม่มีสิ่งกีดขวางทางเดิน แสงสว่างเพียงพอเหมาะสม สามารถใช้สอยพื้นที่ในบ้านได้อย่างปลอดภัย
3. แนะนำผู้ป่วยให้ใช้เครื่องพยุงร่างกายที่เหมาะสม ไม่เขย่งหรือเดินด้วยเท้าข้างที่ไม่มั่นคง เพื่อป้องกันการหกล้ม
4. แนะนำผู้ป่วยในการลดความเร็วในการเคลื่อนไหว เดินหรือเคลื่อนไหวร่างกาย ทำช้าๆ ให้มั่นคงเพื่อป้องกันการหกล้ม และอุบัติเหตุ
5. ดูแลให้ผู้ป่วยใส่รองเท้าทั้งในและนอกบ้าน ดูแลแนะนำให้สวมรองเท้าป้องกันการถูกทิ่มตำได้และนุ่มสบายเท้า และควรได้รับการตรวจสอบประสิทธิภาพในการกั้นลื่นอย่างสม่ำเสมอ
6. แนะนำผู้ป่วยบอกญาติให้ช่วยเหลือส่งผู้ป่วยไปทำธุระนอกบ้านเช่น มาโรงพยาบาลทำแผล ไม่ควรให้ผู้ป่วยขับรถสามล้อพวงข้างโดยไม่จำเป็น เพราะอาจเกิดอุบัติเหตุที่รุนแรงกับผู้ป่วยได้

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่างครบถ้วน
2. ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุหรือพลัดตกหกล้มร่างกายไม่พบรอยถลอกหรือฟกช้ำ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3. ผู้ป่วยมีภาวะวิตกกังวลเนื่องจากกลัวสูญเสียอวัยวะและการทรงตัว

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบ่นว่าเป็นแผลนานแล้ว จะหายเมื่อไหร่ กลัวต้องตัดนิ้ว แล้วยืนไม่มั่นคงเหมือนเดิม
2. ผู้ป่วยเล่าว่าอยู่บ้านพูดกับลูกเสมอว่าสักวันตนเองอาจเดินไม่ได้แล้ว พอลูกบอปปวยๆและมีสีหน้าท่าที่กังวลลูกก็บอกให้ทำใจ
3. ขณะทำแผลผู้ป่วยขอลูกขึ้นนั่งเสมอ เพื่อที่จะได้มองแผล และถามว่า “แผลดีขึ้นบ้างหรือไม่” “สงสัยผมต้องตัดนิ้วแล้วกระมัง”
4. สีหน้าเป็นกังวลมากขึ้นขณะพยาบาลทำแผลหรือแจ้งความคืบหน้าของแผลแก่ผู้ป่วย
5. ผู้ป่วยบอกว่ามีแผลเบาหวานที่นิ้วชี้เท้าข้างขวาตั้งแต่เดือนกันยายน 2566

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่น บอกว่าคลายความวิตกกังวลลง
2. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการดูแลภาวะสุขภาพมากขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยด้วยท่าทีที่เป็นมิตร ยิ้มแย้มแจ่มใส
2. ให้ความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอยู่ได้แก่ สาเหตุ อาการและอาการแสดงของโรค แผนการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยที่ได้รับ และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาพยาบาล ให้มากที่สุด
3. อธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบถึงพยาธิสภาพความเปลี่ยนแปลงของการดำเนินของโรค ระหว่างดีขึ้นกับแย่ลง เพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลรักษาในรูปแบบอื่น เช่น มีข้อกำหนดใดบ้างที่แพทย์ต้องตัดอวัยวะ นิ้วเท้าหรือเท้า หลังตัดผู้ป่วยจะมีรูปแบบชีวิตเป็นแบบใด ผู้ป่วยจะได้ประเมินสถานการณ์ ค่อยๆรับรู้การดำเนินของโรคของตนเอง ปรับตัวและลดความวิตกกังวล
4. สอบถามความรู้สึกและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดคุยและระบายความในใจ ปลอดภัยกับผู้ป่วยและรับฟังด้วยท่าทางที่สงบไม่แสดงอาการรีบร้อน
5. ใช้เวลาผู้ป่วยในการซักถามปัญหาหรือข้อสงสัยต่างๆและตอบข้อซักถาม ของผู้ป่วยด้วยความเต็มใจ
6. ให้คำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตนให้เหมาะสม เช่น การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม การรับประทานยาที่ถูกเวลา ถูกขนาด รับประทานยาสม่ำเสมอ ไม่ขาดยา แนะนำการออกกำลังกายที่ถูกต้อง และการทำแผลพบแพทย์ตามนัด เพื่อช่วยให้โรคไม่ลุกลามแทรกซ้อน
7. แนะนำญาติให้หากิจกรรมที่เหมาะสมให้ผู้ผู้ป่วยทำได้เพียงเบนความวิตกกังวล แนะนำให้พาผู้ป่วยไปพบผู้ป่วยโรคเบาหวานที่รักษาประสบความสำเร็จเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดแรงบันดาลใจและลดความวิตกกังวลลดลง
8. พูดคุยอธิบายเกี่ยวกับการดำเนินการหายของแผลของผู้ป่วย เปิดภาพแผลของผู้ป่วยก่อน-หลัง ประเมินการหายของแผลพร้อมกับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยคลายกังวล
9. ส่งผู้ป่วยไปงานกายภาพบำบัดเพื่อ Strengthening exercise สอนการเคลื่อนไหวร่างกาย เดิน ยืน นั่ง ที่ถูกวิธี และรับอุปกรณ์ช่วยพยุงร่างกายคอกอลูมิเนียม 4 ขา (Walker Stick)

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่แสดงความวิตกกังวลเพิ่ม สีหน้าสดชื่นขึ้น
2. ญาติบอกว่าผู้ป่วยได้คุยกับคนที่รอคิวตรวจเป็นเบาหวาน พูดคุยแลกเปลี่ยนแล้วผู้ป่วยบอกว่ายังดีกว่าเขาเยอะมาก ตายยังดีมองเห็นชัด บอกว่าตนผิดปกติแต่มีแผลอย่างเดียว
3. ผู้ป่วยรับและใช้คอกอลูมิเนียม 4 ขา (Walker Stick) ได้อย่างคล่องแคล่ว

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานเพิ่มเนื่องจากผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ และมีโรคร่วม

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ อายุ 70 ปี สายตาวัว หูตึง
2. ผู้ป่วยเล่าว่าตรวจพบโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน เมื่อปี พ.ศ. 2552
3. ตรวจพบค่า eGFR 65 ml/min/1.73 m². แสดงการกรองของไตลดลงต่ำกว่าค่าปกติเล็กน้อย



4. ผลการตรวจเท้า Monofilament ผล Positive ทั้ง 2 ข้าง
5. ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน ยกของหนักไม่ได้ ทรงตัวไม่ดีและเดินเขย่งเท้า

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยเข้าใจ สามารถบอกแผนการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง
2. ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการรักษาต่อเนื่องและมาตรวจตามนัด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มโดยเฉพาะภาวะแทรกซ้อนที่เท้าของผู้ป่วย
2. ลดความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าจากโรคประจำตัว

กิจกรรมการพยาบาล

วางแผนการดูแลผู้ป่วยเมื่ออยู่ที่บ้าน แบบ D-Method

1. D Diagnosis สอนความรู้เรื่องโรค การป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่ม และการป้องกันอาการกำเริบของโรคประจำตัว วางแผนร่วมกันกับทีมเยี่ยมบ้านโรงพยาบาลเกาช้างและญาติ ในการดูแลปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเมื่อจำหน่ายออกจากการดูแลอยู่ที่บ้าน
2. M Medicine อธิบายไต่ญาติและผู้ป่วยรับทราบที่ต้องรับประทานโรคประจำตัว ให้ถูกต้องต่อเนื่องไม่ขาดยา เพื่อควบคุมโรคไม่ให้เกินภาวะแทรกซ้อน
3. E Environment การจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านเหมาะสมเน้นความปลอดภัยในการทำกิจวัตรประจำวัน ระวังการเกิดอุบัติเหตุในผู้ป่วย รวมถึงการจัดหาเครื่องอำนวยความสะดวกที่จำเป็นเช่นไม้เท้า โทรศัพท์ กริ่ง สัญญาณขอความช่วยเหลือ ให้เพียงพอพร้อมใช้ เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ
4. T Treatment อธิบายไต่ญาติและผู้ป่วยสังเกตอาการผิดปกติของตนเอง เช่น ไซสูง แผลมีหนองออกมากขึ้น มีกลิ่นเหม็น เท้าบวม มีแผลเพิ่ม ให้รีบมารักษาที่โรงพยาบาล และมีอาการฉุกเฉิน เช่น ปัสสาวะไม่ออก บวมตามร่างกาย เจ็บอก เหงื่อออกตัวเย็น ความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงลดลง ให้ติดต่อเบอร์โทรศัพท์ฉุกเฉิน 1669
5. H Health แนะนำการส่งเสริมสุขภาพตนเองตามสภาวะสุขภาพและวัย เน้นการออกกำลังกายเบา ๆ การแกว่งแขนขา ยืดเหยียด นวดกระตุ้นการไหลเวียน การนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพออย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง การทำความสะอาดร่างกายให้สะอาดอยู่เสมอโดยป้องกันการเปียกเปื้อนแผลและผ้าปิดแผล ดูแลผิวหนังไม่ให้แห้งกร้านตดเล็บด้วยความระมัดระวัง และตรวจเท้าเป็นกิจวัตรประจำวัน
6. O Outpatient อธิบายให้เห็นความสำคัญของการมาทำแผลทุกวันทั้งที่โรงพยาบาลจนกว่าแผลจะหาย และการตรวจตามนัดของคลินิกโรคเรื้อรัง ซึ่งแพทย์นัดตรวจติดตามอาการ วันที่ 19 มกราคม 2567 แนะนำให้งดน้ำและอาหาร 6 ชั่วโมง เพื่อตรวจระดับน้ำตาลในเลือด หากมีอาการ ผิดปกติ ให้รีบมาโรงพยาบาลจนถึงวันนัดตรวจได้และเมื่อมีอาการฉุกเฉิน ให้ติดต่อ เบอร์โทรศัพท์ 1669
7. D Diet การรับประทานอาหารเช้าครบ 5 หมู่ รับประทานอาหารเช้าตรงเวลา ควรเป็นอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูงและไต ที่สามารถรับประทานได้ เพื่อเพิ่มการหายของแผลควรรับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูงเช่นเนื้อสัตว์ ไข่ขาว และนมรสจืด จนกว่าแผลจะหายดี
8. ส่งข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยให้ทีมเยี่ยมบ้านโรงพยาบาลเกาช้างวางแผนการดูแลหลังจำหน่าย ได้รับการเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามอาการต่อเนื่อง

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติเข้าใจในการปฏิบัติตัว สามารถบอกแผนการดูแลตนเองที่บ้านไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานเพิ่มได้อย่างถูกต้อง
2. สามารถบอกเรื่องยา การรับประทานยาในแต่ละมื้อ ได้อย่างถูกชนิดและจำนวน

3. สามารถบอกชนิดของอาหารได้ถูกต้อง คือ จืด ไม่หวาน ไม่มัน ลดอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตและแป้ง ทานให้ครบ 5 หมู่ และเพิ่มอาหารที่มีโปรตีนสูงไปซ่อมแซมแผล
4. สามารถบอกอาการผิดปกติ เช่น ไช หนองซึ่มมากขึ้นที่แผลและมีกลิ่นเหม็น ใส่ส้นหึ่งออกตัวเย็น ซึ่มใหญ่ติดต่อกับเบอร์ โทรศัพท์ 1669 เพื่อมารักษาโรงพยาบาลและสามารถมากอนเวลาที่แพทย์นัดได้
5. ผู้ป่วยและญาติรับทราบว่าเป็นที่แพทย์นัดทำแผลทุกวันที่โรงพยาบาล และนัดรักษาต่อเนื่องโรงเรือรั้งครั้งต่อไป ในวันที่ 19 มกราคม 2567
6. ทีมเยี่ยมบ้านได้รับข้อมูลผู้ป่วยวางแผนเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 วันจันทร์ 4 ธันวาคม 2566

ขอวินิจฉัยทางการแพทย์ที่ 5. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม เนื่องจากเท้าข้างขวามีแผลและลงน้ำหนักได้ไม่ปกติ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบอกว่าชอบทำกิจกรรมต่างๆด้วยตนเองบางอย่างทำไม่ถนัดยังคงทำอยู่
2. ญาติบอกว่า บางกิจกรรมห้ามแล้วผู้ป่วยยังอยากทำ
3. ผู้ป่วยทรงตัวไม่มั่นคงเดินลงน้ำหนักเท้าข้างขวาไม่ได้ เท้า 2 ข้างมีรูปเท้าลักษณะ Hallux valgus

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม

เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม

กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำญาติให้จัดบ้านให้เหมาะสม สะอาด ปลอดภัย จัดวางของใช้ให้สะดวกในการใช้สอย
2. แนะนำผู้ป่วยวางเครื่องช่วยพยุงคอกอลูมิเนียม 4 ขา (Walker Stick) ไว้ใกล้มือเสมอ ไม่ประมาทใช้ทุกครั้งที่มี การก้าวเดินทำกิจกรรม และตรวจสอบอุปกรณ์ช่วยพยุงให้มีความแข็งแรง ซ่อมบำรุงให้ใช้งานได้อย่างปลอดภัย
3. ส่งข้อมูลเพิ่มเติมให้ทีมเยี่ยมบ้านออกแบบจัดบ้านให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปลอดภัย
4. แนะนำญาติผู้ป่วยติดกริ่งเรียกในจุดที่สำคัญ เช่น ห้องน้ำ ห้องครัว และห้องนอน เพื่อขอความช่วยเหลือ
5. แนะนำผู้ป่วยในการฝึกกล้ามเนื้อแขนขาตามที่นักกายภาพสอน เพื่อให้กล้ามเนื้อแข็งแรงทนต่อกิจกรรมได้ตามสุขภาพและวัย

การประเมินผล

ญาติดูแลจัดบ้านให้ผู้ป่วยมีมุมนั่งเล่นที่รวมอุปกรณ์ที่จำเป็นไว้ใกล้มือบริเวณหน้าบ้าน ผ้าเช็ดเท้าในบ้าน ญาติเปลี่ยนให้มีน้ำหนักไม่ลื่นง่าย ติดตั้งราวจับพยุงตัวในห้องน้ำ จัดเก้าอี้อาบน้ำให้ผู้ป่วยนั่งและทำราววางขาพาดขณะอาบน้ำไว้เพิ่มเติมด้วย ญาติติดกระดิ่งไว้ที่เครื่องช่วยพยุง (Walker) ให้ผู้ป่วยได้ใช้เมื่อต้องขอความช่วยเหลือ ญาติทำกายบริหารแขนขาได้ตามที่นักกายภาพสอน

ขอวินิจฉัยทางการแพทย์ที่ 6. เสี่ยงต่อการติดเชื้อแผลเบาหวานที่นิ้วชี้เท้าขวา

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยให้ประวัติว่ามีแผลเบาหวานที่เท้ามานาน 2 เดือน
2. มีคราบดินติดที่ผ้าก๊อซ ผู้ป่วยไม่ทำความสะอาดทำให้สะอาดอยู่เสมอ
3. นิ้วชี้เท้าข้างขวามีแผลเปิดเส้นผ่าศูนย์กลางขนาด 5 เซนติเมตรลึกถึงชั้นผิวหนัง ขอบเรียบ ก้นแผลซีด

ไม่มีเลือดซึม Discharge สีเหลืองซึ่มเปื้อนก๊อซ 4 ผืน

วัตถุประสงค์ เพื่อให้แผลเบาหวานดำเนินการหายดี ไม่มีการติดเชื้อ



เกณฑ์การประเมินผล

1. สามารถดูแลแผลให้สะอาดระหว่างวันได้
2. แผลที่เท้าไม่แสดงอาการลุกลามเพิ่มเติม

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลทำความสะอาดแผลให้สะอาดปราศจากเชื้อวันละครั้งที่โรงพยาบาลเกาะช้าง
2. แนะนำการดูแลแผลระหว่างวันให้สะอาด หากเปียกชื้นให้ดูแลทำแผลใหม่ทันที อธิบายเข้าใจถึงผลดีของการทำแผลอย่างต่อเนื่องทุกวัน
3. แนะนำการดูแลผิวหนังรอบแผลและเท้า การนวดกระตุ้นการไหลเวียน

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามเรื่องการดูแลแผลที่บ้านได้อย่างถูกต้อง
2. แผลแดงดี ไม่พบเนื้อตาย มี Discharge สีเหลืองเปื้อน gauze 1 ผืน ขนาดเล็กลงเส้นผ่าศูนย์กลาง 2 cm. แพทย์ตรวจลักษณะแผลเปรียบเทียบกับภาพแผลก่อนหน้าแผลดีขึ้น ไม่มีไข้ สัญญาณชีพปกติ

การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

1. ใช้เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าและโรคร่วมได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยปลอดภัย
2. เป็นเอกสารข้อมูลในการศึกษาค้นคว้าของบุคลากรทางด้านสาธารณสุข นักศึกษา และประชาชนที่สนใจ

ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีแผลเรื้อรังที่เท้าและโรคร่วม 1 ราย รับไว้ในความดูแล ตั้งแต่วันที่ 23 พฤศจิกายน 2566 วันที่จำหน่ายออกจากความดูแลวันที่ 19 ธันวาคม 2566 รวมระยะเวลารับไว้ในความดูแล 26 วันติดตามอาการ 4 ครั้ง

ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีแผลเรื้อรังที่เท้าและโรคร่วม ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตประจำวัน อาจติดเชื่อรุนแรงเสียชีวิต และสูญเสียอวัยวะ ได้รับการรักษาพยาบาลที่ถูกต้องตามมาตรฐาน ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะผิดปกติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ไม่ติดเชื้อ ไม่สูญเสียอวัยวะและทุพพลภาพและดำรงชีวิตตามปกติที่บ้านได้ มีระบบการส่งต่อข้อมูลเยี่ยมบ้าน และระบบนัดติดตามเพื่อให้ผู้ป่วยมารับการรักษาตามนัดเนื่องผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในการได้รับและมีความรู้ที่จะกลับไปดูแลตนเองต่อที่บ้านได้

บรรณานุกรม

- กรมควบคุมโรคไม่ติดต่อ. (2565) คู่มือแนวทางNCD Clinic Plus.
สืบค้นจากhttps://ddc.moph.go.th/dncd/journal_detail.php?publish=12226
- จิราภรณ์ ชินโสม. (2020). การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิด Diabetic Ketoacidosis (DKA) : กรณีศึกษา.chaiyaphum medical journal, 2020(40), 115-132.
สืบค้นจาก <https://thaidj.org/index.php/CMJ/article/view/9587>
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2558). แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป. สืบค้นจาก <https://www.thaihypertension.org/files/GL%20HT%202015.pdf>
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2561). โรคเบาหวานคืออะไร.
สืบค้นจาก <https://www.dmthai.org/new/index.php/sara-khwam-ru/sahrab-bukhkhlt-thawpi/health-information-and-articles/health-information-and-articles-2561/2018-diabetes-31>
- ยุวรัตน์ มวงเงิน. (2562). คู่มือการพยาบาลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตในผู้ใหญ่ที่มีภาวะก่อนเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2. สืบค้นจาก www2.si.mahidol.ac.th/division/nursing/sins/attachments/article/772/Nursing%20Guide%20Behavior%20modification%20in%20adults%20with%20prediabetes%20type%202%20diabetes.pdf
- อัจฉรา สุวรรณาคินทร์. (2559). คู่มือ:การดูแลทำเพื่อป้องกันการเกิดแผลในผู้ป่วยเบาหวาน.
สืบค้นจาก <https://www2.si.mahidol.ac.th/division/nursing/sins/index.php/manual/251-manual-2560-11>
- อรรถสิทธิ์ ศรีสุบัติและสุรีพร คนละเอียด. (2552). แนวทางการดูแลทำในผู้ป่วยเบาหวาน. (พิมพ์ครั้งที่2). ม.ป.ท.:บริษัทโอวิทย์ประเทศไทยจำกัด
- Health Data Center. (2566). ผลการดำเนินงานNCD Clinic Plus.
สืบค้นจาก <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>