บทที่ 10

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาการขับถ่าย

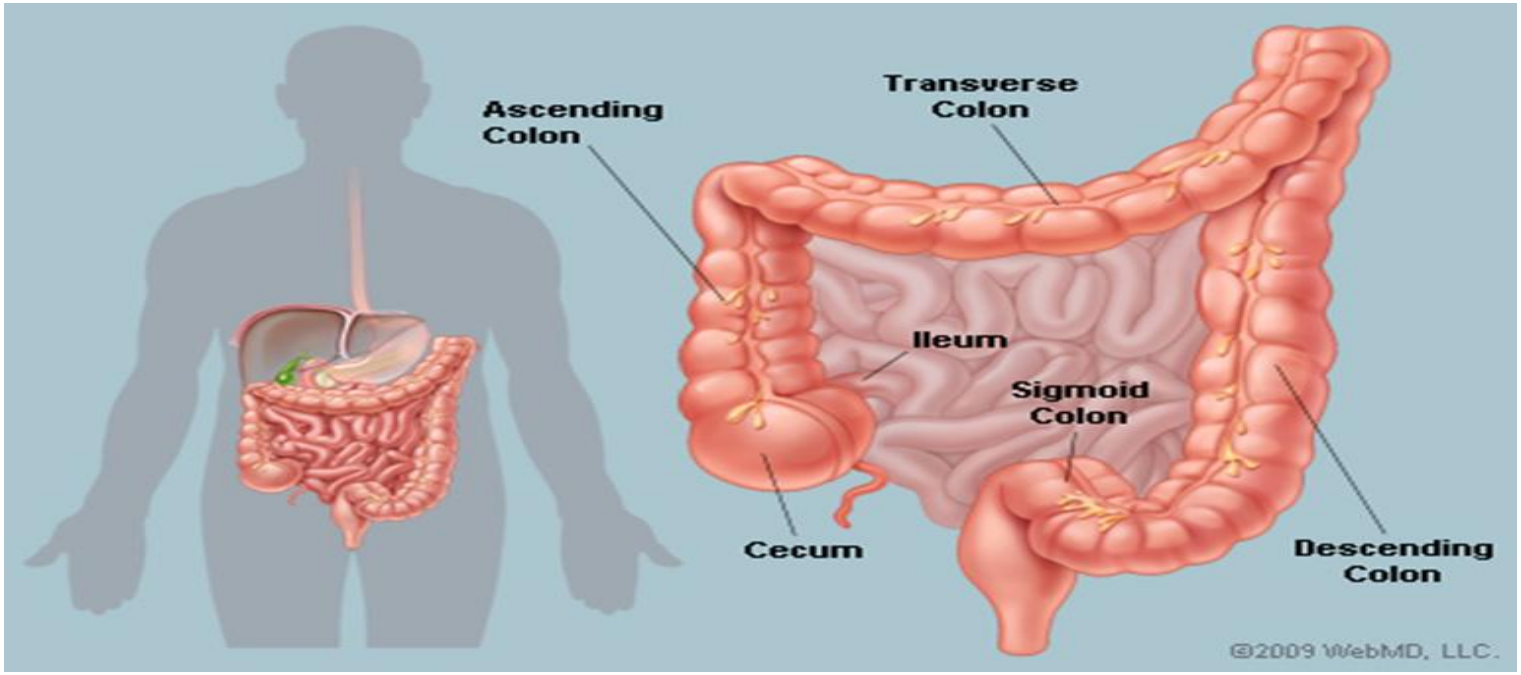
Ulcerative colitis ,CA colon, anal fistula, hemorrhoid

อาจารย์จุฑารัตน์ ผู้พิทักษ์กุล

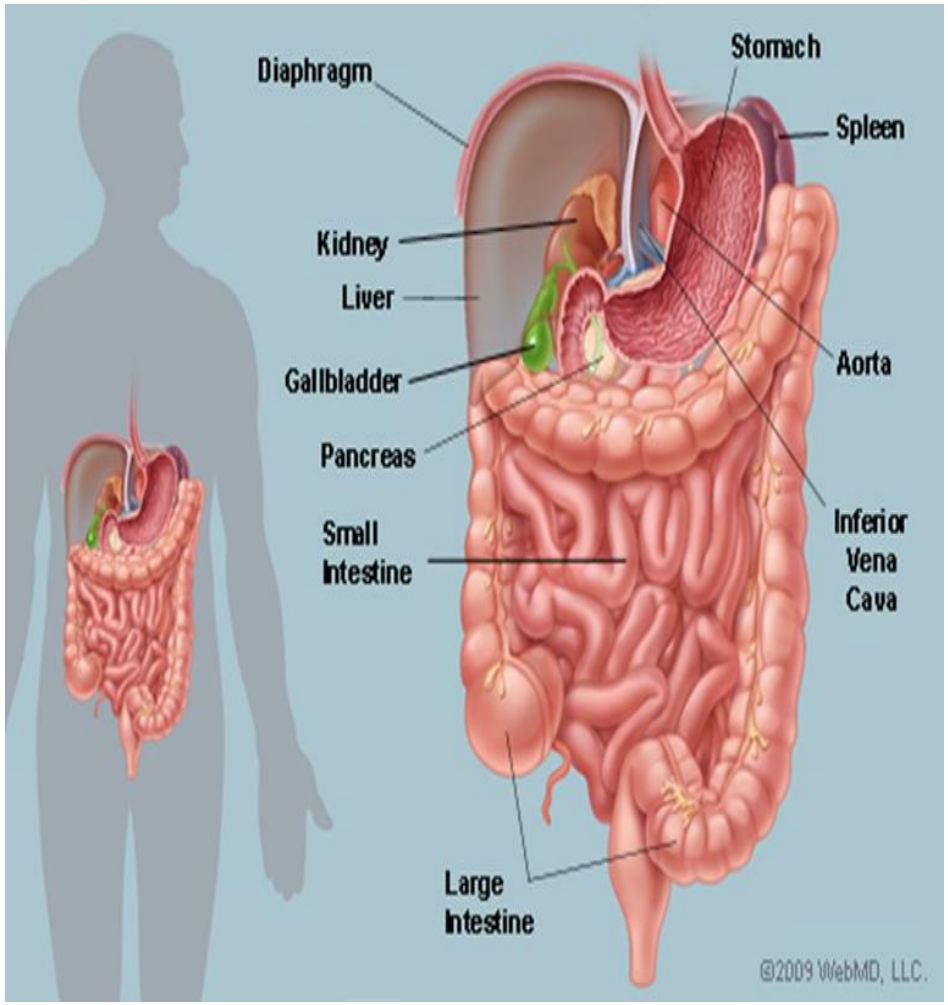
การพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพเกี่ยวกับการขับถ่ายอุจจาระ

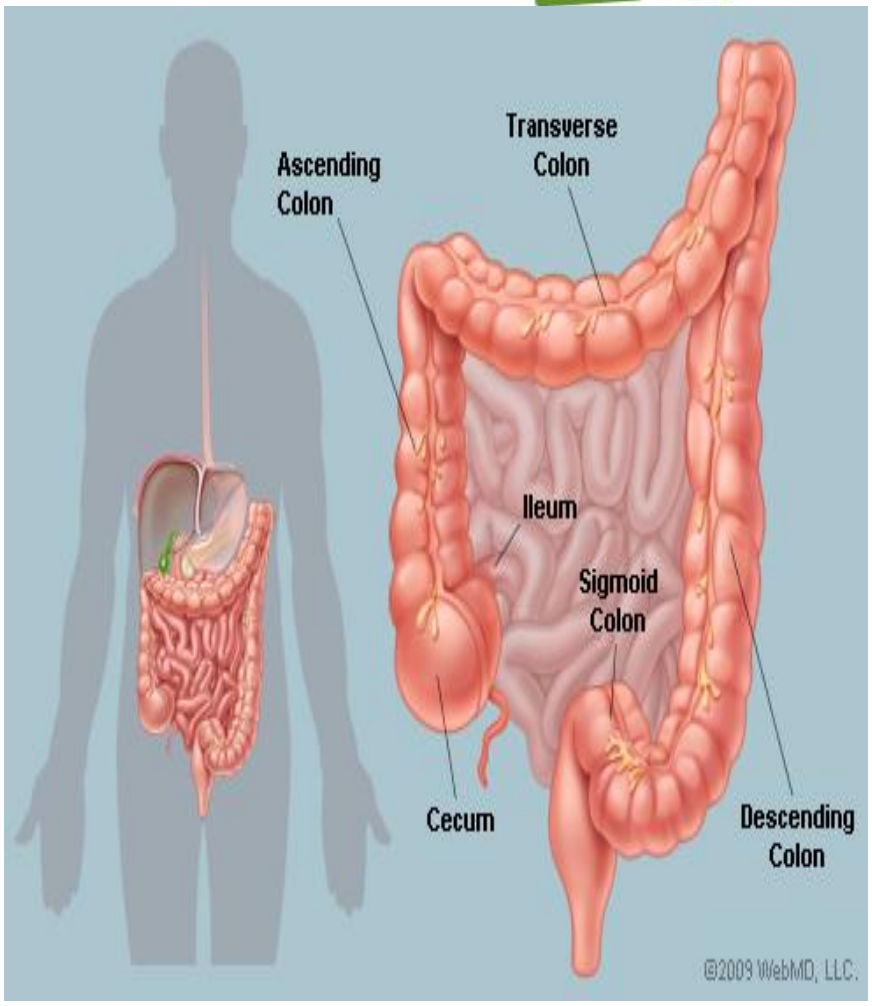
มะเร็งลำไส้

(Carcinoma of Colon)



มะเร็งลำไส้ Carcinoma of Colon





Rectum

มะเร็งลำไส้ Carcinoma of Colon

ความรู้เกี่ยวกับลำไส้ใหญ่ (Large Intestine or Colon) และทวารหนัก (Rectum)

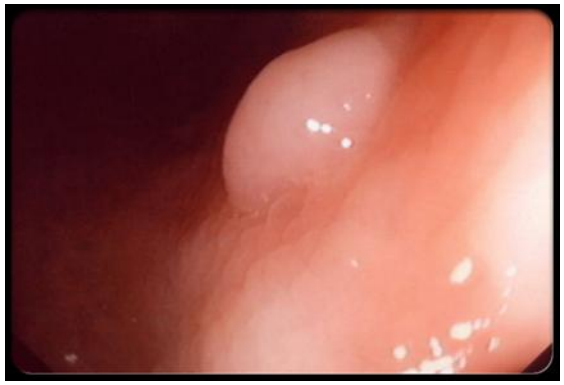
- ลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นส่วนหนึ่งของระบบ
- ช่วยระบายหรือกำจัดกากอาหาร/ของเสียออกจากร่างกาย ลำไส้ใหญ่เป็นส่วนของระบบทางเดินอาหาร (Gastro-intestinal duct/GI) ต่อจากลำไส้เล็ก (small intestine) มีขนาดใหญ่ และยาวประมาณ

มะเร็งลำไส้ Carcinoma of Colon

ความรู้เกี่ยวกับลำไส้ใหญ่ (Large Intestine or Colon) และทวารหนัก (Rectum)

- ช่วยขับเคลื่อนของเสียในทางเดินอาหารจากลำไส้เล็กไปสู่ทวารหนักซึ่งมีความยาวประมาณ [redacted] ลำไส้เล็กจะดูดสารอาหารจากอาหารที่รับประทานเข้าไป ส่วนที่เหลือจากการดูดซึมสารอาหารแล้วจะผ่านไปสู่ลำไส้ส่วน Caecum ไปสู่ส่วนของลำไส้ใหญ่/colon ซึ่งจะดูดซึมสารน้ำจากของเสียขณะกำลังลำเลียงลงสู่ส่วนล่าง
- ทวารหนัก ซึ่งอาจดูดซึมสารพิษหรือสารที่มีอันตรายได้ ซึ่งระยะทางที่ยาวนั้นทำให้โอกาสในการดูดซึมกลับของสิ่งต่างๆ เกิดขึ้นได้มาก

มะเร็งลำไส้ Carcinoma of Colon



สาเหตุ

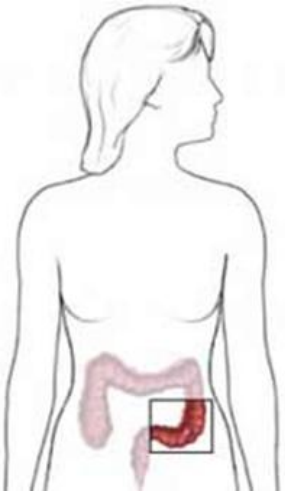
อายุมากกว่า 50 ปี

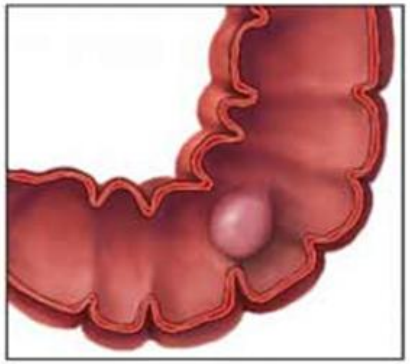
การรับประทานอาหารไขมันสูง

ผู้ป่วยที่เป็นโรคลำไส้อักเสบบ่อย ๆ (Ulcerative colitis)

ผู้ป่วยที่มีประวัติครอบครัวเป็นมะเร็ง

ผู้ที่มี polyps ในลำไส้ใหญ่





Colon polyp

อาการและอาการแสดง มะเร็งลำไส้

Carcinoma of Colon

อาการของลำไส้ใหญ่อุดตันคือ ท้องอืด แน่นท้องตลอดเวลา ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน รู้สึกปวดเบ่งตลอดเวลา หรือรู้สึกว่าถ่ายอุจจาระไม่สุด

น้ำหนักลด อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร

อาการและอาการแสดง

ลักษณะอุจจาระเล็กกว่าปกติคล้ายแท่งดินสอซึ่งเกิดจากมีการอุดตันบางส่วน

มีเลือดออกทางทวารหนัก ท้องผูกสลับกับท้องเดิน

ข้อใดเป็นการวินิจฉัย มะเร็งลำไส้ Carcinoma of Colon

ประวัติส่วนตัวและประวัติครอบครัว และการตรวจร่างกาย การใช้นิ้วตรวจทางทวารหนั

proctosigmoidoscopy หรือ noscopy/sigmoidoscope

การสวนแบเรียม (barium enem

การตัดชิ้นเนื้อไปตรวจ (biopsy)

ายภาพรังสีคอมพิวเตอร์ (CT scan)

carcino embryonic antigen (CEA)

การตรวจหาเลือดในอุจจาระ

มะเร็งลำไส้ Carcinoma of Colon

การสวนแบเรียม (barium enema)

The barium is released into the rectum

ADAM.

การรักษามะเร็งลำไส้ Carcinoma of Colon

การแบ่งระยะของโรคมะเร็งลำไส้ มี Carcinoma of Colon มีกี่ Stage

5

4

3

2

การแบ่งระยะของโรคมะเร็งลำไส้ Carcinoma of Colon Stage 3 คือ

มะเร็งในระยะเริ่มต้น มะเร็งอยู่เฉพาะผิวของลำไส้

มะเร็งในระยะเริ่มต้น มะเร็งอยู่เฉพาะผิวของลำไส้

มะเร็งแพร่ออกนอกลำไส้แต่ยังแพร่ไม่ถึงต่อมน้ำเหลือง

มะเร็งไปต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียง แต่ยังไม่แพร่ไปยังอวัยวะอื่น

การแบ่งระยะของโรคมะเร็งลำไส้

Carcinoma of Colon

- **Stage 0** มะเร็งในระยะเริ่มต้น มะเร็งอยู่เฉพาะผิวของลำไส้
- **Stage 1** มะเร็งอยู่เฉพาะผนังลำไส้ ยังไม่แพร่ออกนอกลำไส้
- **Stage 2** มะเร็งแพร่ออกนอกลำไส้แต่ยังแพร่ไม่ถึงต่อมน้ำเหลือง
- **Stage 3** มะเร็งไปต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียง แต่ยังไม่แพร่ไปยังอวัยวะอื่น
- **Stage 4** มะเร็งแพร่ไปอวัยวะอื่นโดยมากไปยังตับและปอด
- **Recurrent** เป็นมะเร็งซ้ำหลังจากได้รับการรักษาแล้ว

การรักษามะเร็งลำไส้ Carcinoma of Colon ข้อใดผิด

การผ่าตัด

Colostomy

การให้เคมีบำบัด

การให้รังสีรักษา

Biological therapy

การผ่าตัด

Craniotomy

ข้อใดไม่ใช่การพยาบาล มะเร็งลำไส้

Carcinoma of Colon

ลดความเจ็บปวดและ
ความไม่สุขสบาย
ลดความกลัวและความวิตกกังวล

ดูแลให้ได้รับออกซิเจน

ป้องกันการติดเชื้อ
ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการผ่าตัด

ป้องกันการขาดสารน้ำ
สารอาหาร และ Electrolyte

การดูแลบุคคลที่มีรูทวารเทียม (Colostomy)

- รูทวารเทียม (Colostomy) หมายถึง การผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกมาทางหน้าท้อง เพื่อเป็นทางออกของอุจจาระและเปลี่ยนทิศทางของกากอาหารที่ถูกขับออกจากร่างกาย บริเวณรูเปิดลำไส้ส่วนที่โผล่ออกมาจากหน้าท้องเรียกว่า “Stoma” จะมีขนาดเล็ก กลม สีชมพูและเรียบ คาดด้วย mucous membrane คล้ายกับในช่องปาก ไม่มีกล้ามเนื้อที่อยู่ในอำนาจจิตใจซึ่งควบคุมการขับถ่าย และไม่มีประสาทสัมผัสส่วนปลายที่รับความรู้สึกเจ็บปวด

Photo D
End Stoma

ข้อใดไม่ใช่ข้อบ่งชี้ในการทำ Colostomy

ริดสีดวงทวาร (hemorrhoid)

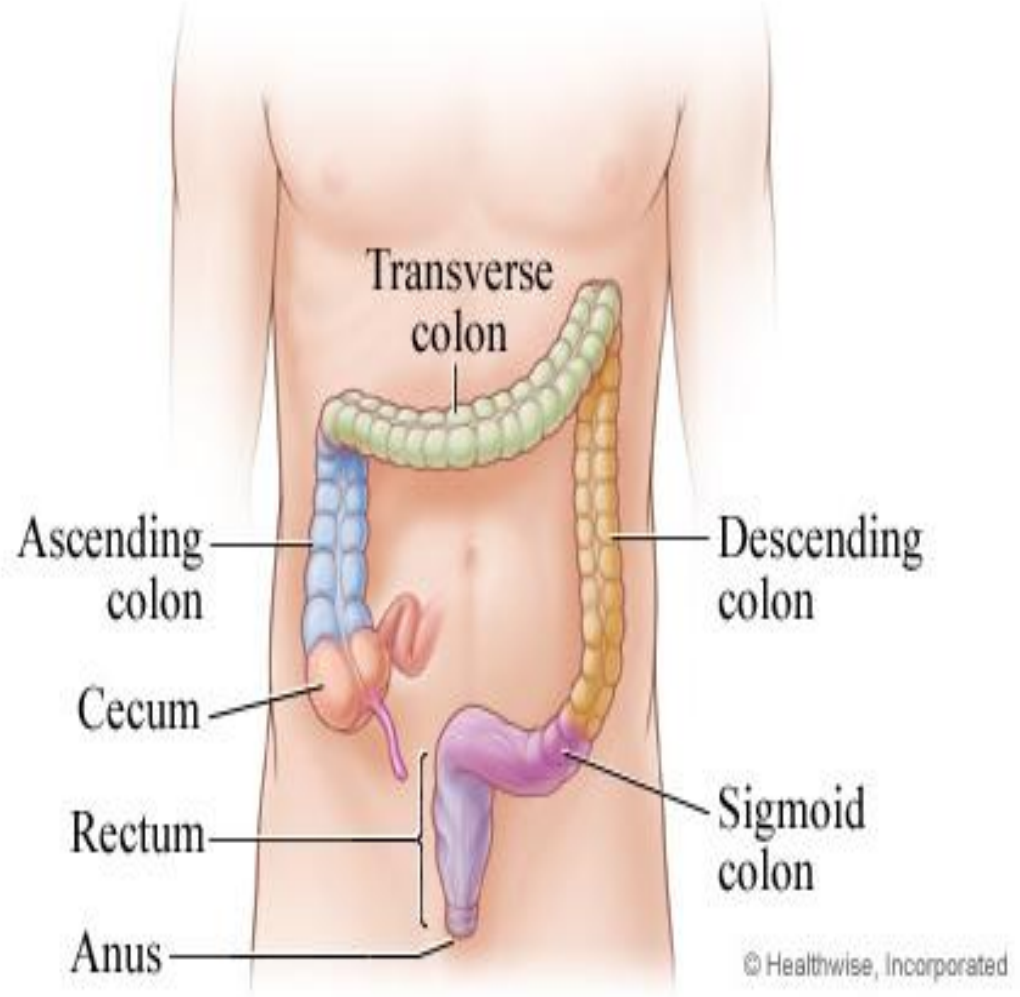
ลำไส้มีความผิดปกติตั้งแต่กำเนิด เช่น imperforated anus, constrictive anus

ลำไส้ได้รับอันตราย เช่น จากการถูกยิง ถูกแทง ฯลฯ ลำไส้มีการทะลุหรือมีการติดเชื้อ เช่น ulcerative colitis ฯลฯ

ลำไส้ส่วนล่างมีการอุดตัน/**มะเร็งของลำไส้ เช่น carcinoma of rectum หรือ sigmoid colon**

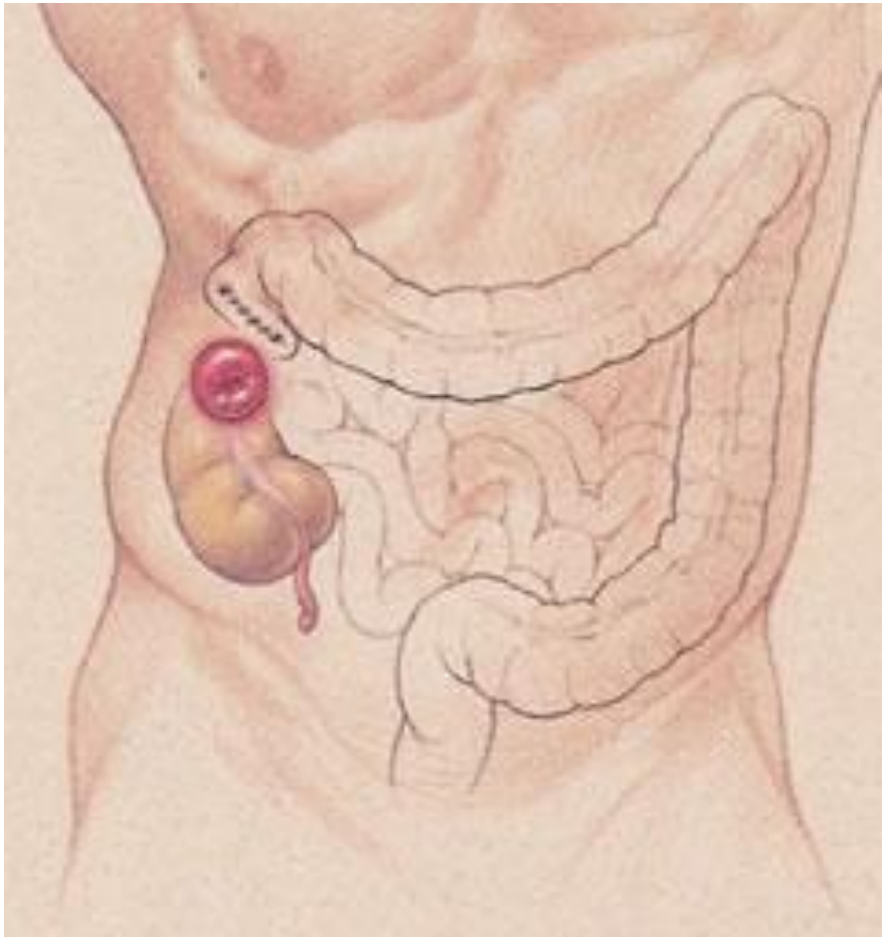
ชนิดของ Colostomy

- ชนิดชั่วคราว (temporary colostomy)
- ชนิดถาวร (permanent colostomy)



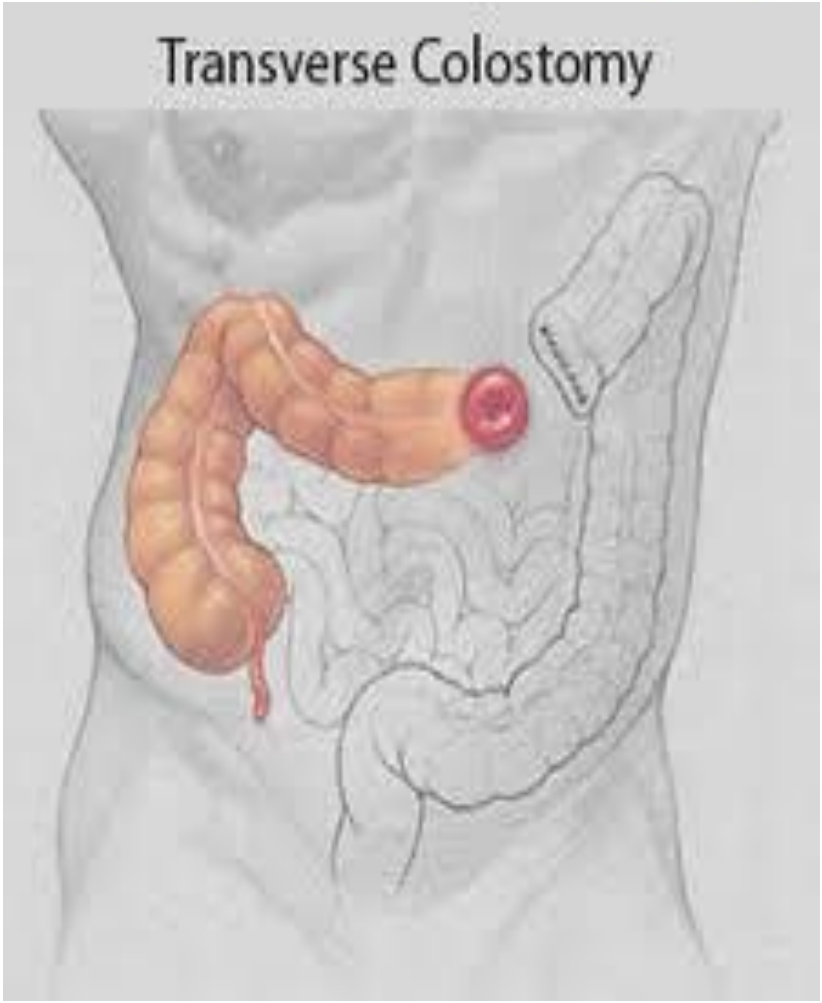
ตำแหน่งของการทำ colostomy

- ascending colostomy



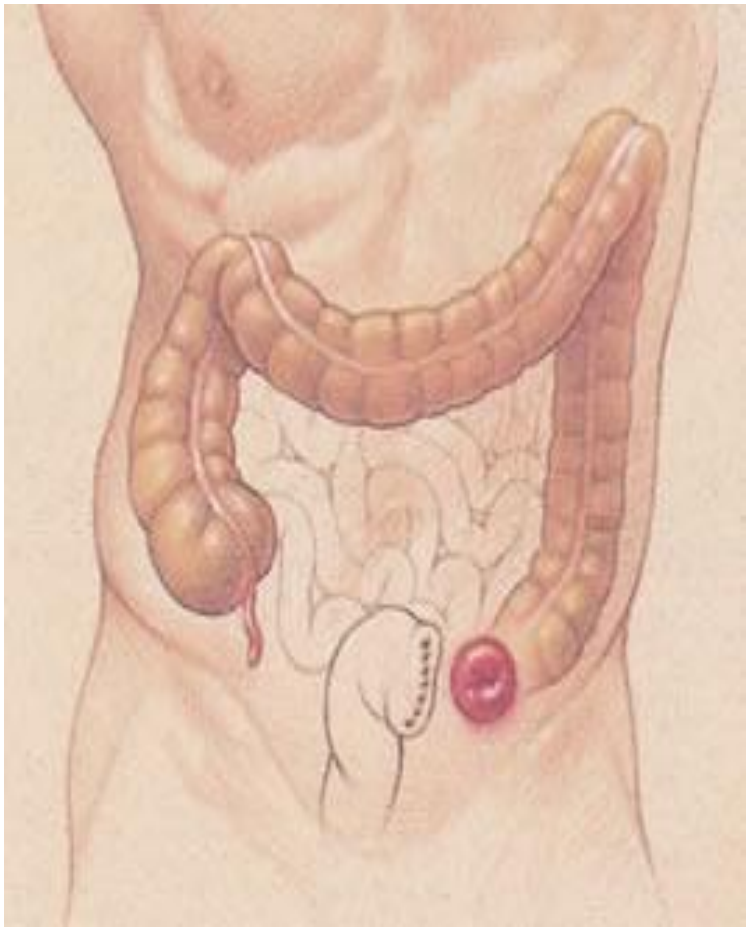
ตำแหน่งของการทำ colostomy

- transverse colostomy



ตำแหน่งของการทำ colostomy

- descending colostomy หรือ sigmoid colostomy



ชนิดของรูเปิดลำไส้

- double barreled colostomy

Double-barrel Colostomy

SmartDraw

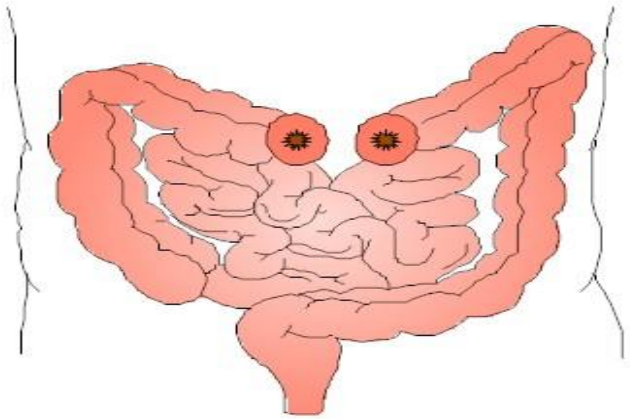
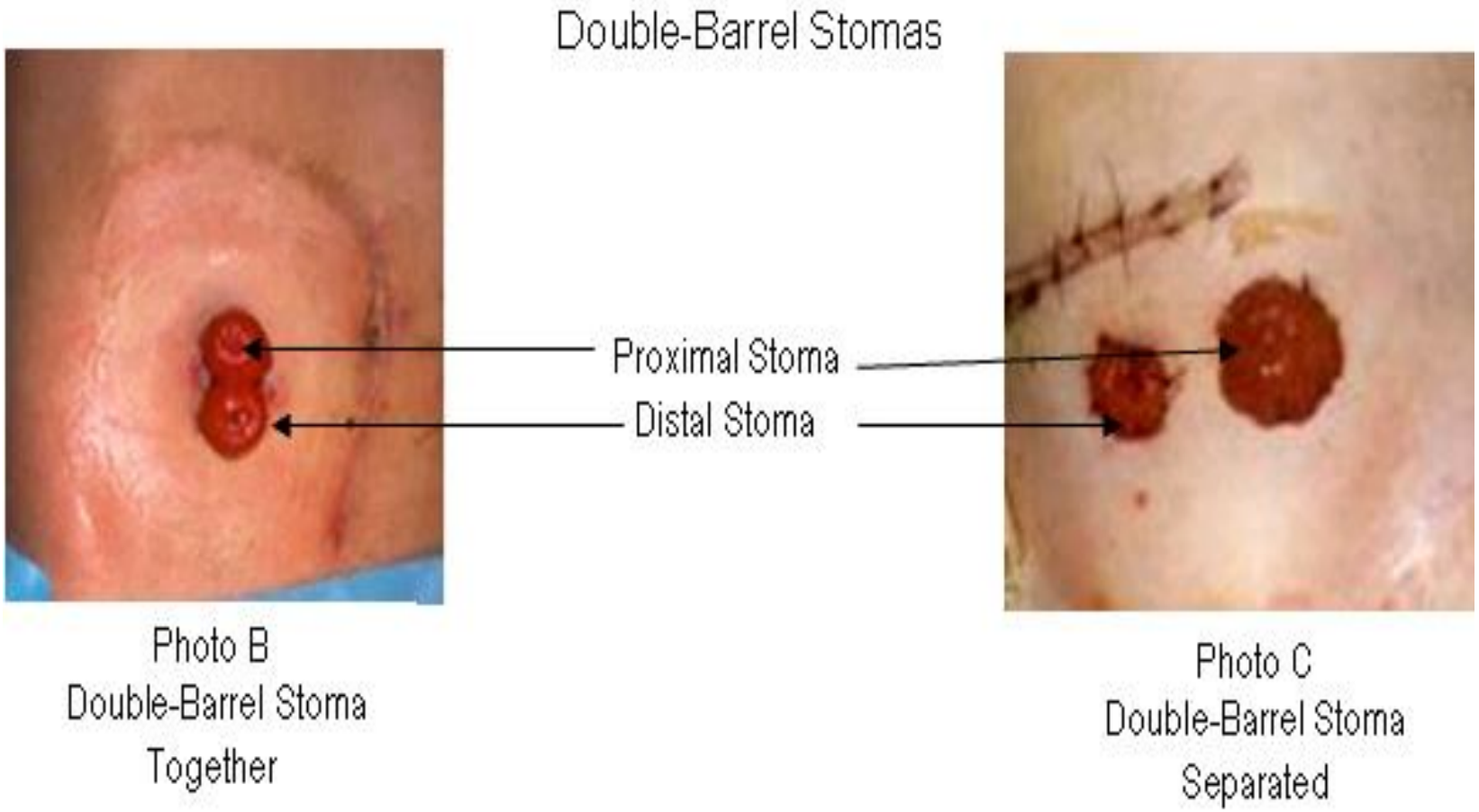


Illustration of intestinal tract of lower abdomen with a double-barrel colostomy created in the transverse portion of the colon.

LifeART Collection Images Copyright © 1989-2003 by Lippincott Williams & Wilkins, Baltimore, MD

double barreled colostomy



ชนิดของรูเปิดลำไส้

- **loop colostomy**

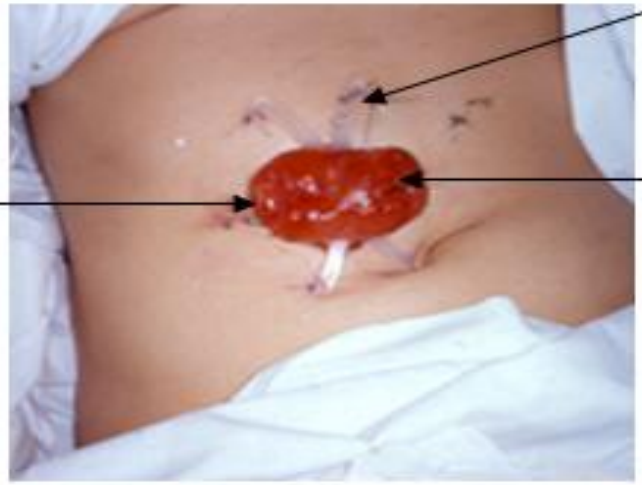


Photo E
Loop Stoma with Ostomy Bridge

ชนิดของรูเปิดลำไส้

- **Single barreled**

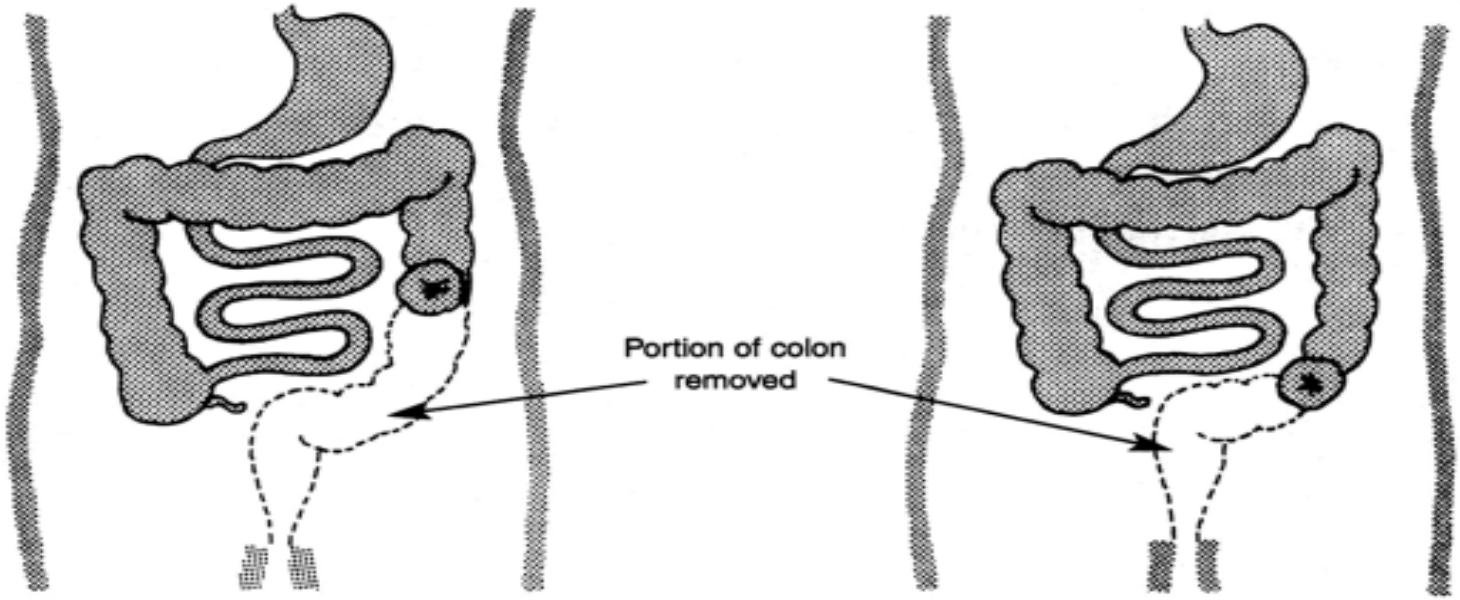


Figure 6
Descending colostomy

Figure 7
Sigmoid colostomy

การทำแผล Colostomy

- การเตรียมเครื่องใช้
- **ชุดทำแผลที่มีถ้วยใส่ แอลกอฮอล์ 70% และ N.S.S.**
- **ถุงมือ 1 คู่ ใช้สำหรับผู้ป่วยที่มีอุจจาระเหลวออกมามาก**
- **colostomy bag**
- **Zinc paste หรือ Zinc oxide paste เช่น Stomahesive ชนิดแผ่น ป้องกันผิวหนังมิให้สัมผัสกับอุจจาระโดยตรง ทำให้ผิวหนังเกิดการระคายเคือง หรือเป็นแผลเล็กน้อยลง**
- **Tr. Benzion ในกรณีที่ใช้ colostomy bag ชนิดที่ใช้แล้วทิ้ง เพื่อให้พลาสเตอร์ติดได้ดีขึ้น**
- **ชามรูปไตหรือถุงกระดาษสำหรับใส่ผ้าก๊อซและสำลีที่ใช้แล้ว**

colostomy bag

Stomahesive ชนิดแผ่น

Stomahesive ชนิดครีม

ขั้นตอนการทำแผล

- แจ้งให้ผู้ป่วยทราบ อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ เพื่อลดความวิตกกังวลและร่วมมือดีขึ้น
- เตรียมเครื่องใช้มาที่เตียง
- กั้นม่าน
- จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าทีที่สบาย ในระยะแรกหลังผ่าตัดควรจัดให้อยู่ในท่านอนก่อน ต่อไปถ้าผู้ป่วยแข็งแรงขึ้นก็ให้อยู่ในท่านั่ง ควรเปิดเผยเฉพาะบริเวณที่ต้องการทำความสะอาดเท่านั้น
- ล้างมือให้สะอาด
- วางถุงกระดาษหรือชามรูปไตไว้ใกล้ตัว
- เปิดชุดทำแผล

ขั้นตอนการทำแผล

- ดึง colostomy bag ออกทิ้งในชามรูปไตหรือถุงกระดาษที่เตรียมไว้
- ใส่ถุงมือ เพื่อความสะดวกในการทำแผลและป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค
- ใช้ผ้าก๊อซหรือกระดาษทิชชูเช็ดอุจจาระที่อยู่บริเวณรูเปิดลำไส้หรือรอบ ๆ เปิดลำไส้ออกให้หมด
- ใช้คีมคีบ 1 ตัวในชุดทำแผล หยิบสำลีชุบน้ำเกลือล้างแผลโดยเช็ดบริเวณรูเปิดลำไส้จนสะอาด ขณะทำความสะอาดแผล สังเกตสีของรูเปิดลำไส้ด้วย ปกติควรจะมีสีชมพู กลมและเรียบ โผล่ขึ้นมาเหนือผิวหนังประมาณ $\frac{1}{2}$ - 1 นิ้ว หากพบว่ามีสีม่วงคล้ำหรือดำ แสดงว่าขาดเลือดไปเลี้ยงหรือมีสีซีด ควรรายงานให้แพทย์ทราบ

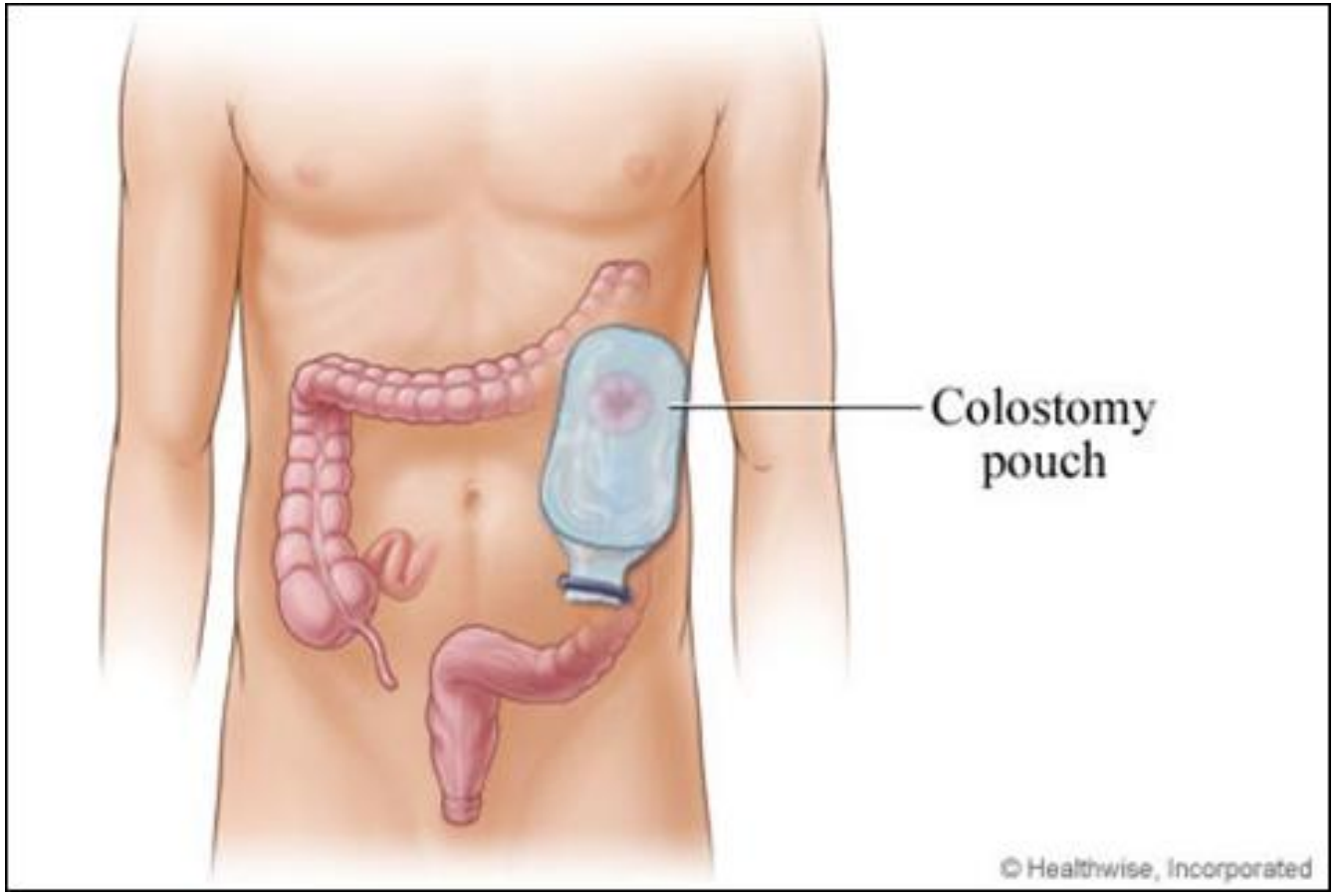
ขั้นตอนการทำแผล

- ใช้คีมคีบสำลีชุบแอลกอฮอล์ 70% เช็ดผิวหนังรอบ ๆ รูเปิดลำไส้จนสะอาดโดยเช็ดจากด้านในออกสู่ด้านนอก ไม่เช็ดกลับมาในกรณีที่ผิวหนังบริเวณนั้นมีรอยถลอกหรือเป็นแผลให้ใช้สำลีชุบน้ำเกลือล้างแผลทำความสะอาดผิวหนังแทนแอลกอฮอล์
- ทาบริเวณผิวหนังรอบ ๆ รูเปิดลำไส้ด้วย stomahesive cream หรือ zinc oxide หรือ zinc paste
- ในกรณีที่ใช้ colostomy bag ชนิดที่ติดพลาสเตอร์ให้ทาบริเวณผิวหนังที่จะติดพลาสเตอร์ด้วย Tr.Benzoin ทิ้งไว้สักครู่ให้น้ำยาแห้ง หรือในกรณีที่ใช้ skin barrier ให้ตัดช่องบนแผ่นให้มีขนาดใกล้เคียงกับรูเปิดลำไส้และติดแผ่นให้แนบสนิทกับผิวหนังรอบรูเปิดลำไส้

ขั้นตอนการทำแผล

- ปิด Colostomy bag ลงไปให้พอดีกับขนาดรูเปิดลำไส้ ระวังอย่าให้มีการกดทับรูเปิดลำไส้ เนื่องจากจะทำให้เนื้อเยื่อบริเวณรูเปิดลำไส้เกิดการระคายเคืองได้ ถ้าใช้ skin barrier ด้วยก็ให้วางช่องของถุง colostomy ให้ตรงกับกรอบวงกลมของ skin barrier นั้น แล้วใช้นิ้วค่อย ๆ กดให้ลงร่องพอดี จากนั้นลองกระตุกถุงลงด้านล่าง เพื่อให้แน่ใจว่าถุงติดแน่นแล้ว
- หลังจากทำความสะอาดแผล ควรดูแลความสะอาดของเตียงนอนผู้ป่วยด้วย และเก็บเครื่องใช้ทำความสะอาดให้เรียบร้อย
- ล้างมือให้สะอาด
- บันทึกผลการทำความสะอาดแผล colostomy ลงใน nurse’s note เกี่ยวกับวันและเวลาที่ทำความสะอาด จำนวน สี ลักษณะของอุจจาระ ลักษณะของรูเปิดลำไส้และผิวหนัง รอบ ๆ รูเปิดลำไส้

การปิด Colostomy bag



การสวนล้างลำไส้ (colostomy irrigation) มี 2 ชนิด

- การสวนล้างลำไส้โดยใช้ Syringe (irrigation by syringe or bulb syringe)
- การสวนล้างลำไส้โดยการสวน (irrigation by enema)

การเตรียมเครื่องใช้

- irrigating set (หรือหม้อสวนขนาด 2 ลิตร พร้อมสายยาง)
- สายยางสำหรับสวนล้างลำไส้ โดยปกติใช้สายยางสำหรับสวนปัสสาวะเบอร์ 16-26 Fr. หรือ irrigating tip ซึ่งจะใช้ขนาดใดนั้นขึ้นอยู่กับขนาดของรูเปิดลำไส้
- น้ำยาสำหรับสวนล้างลำไส้จำนวน 1000 - 2000 ซี.ซี. อาจใช้น้ำเกลือปราศจากเชื้อ น้ำสบู่หรือน้ำประปาที่อุณหภูมิประมาณ 100 - 105*F (41 * C) แต่การใช้น้ำประปาอาจจะมีการดูดซึมของน้ำผ่านเยื่อบุลำไส้ทำให้เกิดความไม่สมดุลของน้ำในร่างกายได้ และการใช้น้ำเย็นอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการปวดท้องแบบบีบ ๆ คล้ายเป็นตะคริวได้

การเตรียมเครื่องใช้

- น้ำยาที่ใช้หล่อลื่น เช่น K - Y jelly
- ชามรูปไตที่สะอาด 1 ใบ
- ถุงกระดาษ 1 ใบ สำหรับใส่ผ้าก๊อซและสำลีที่ใช้แล้ว
- ผ้ายางขวางเตียง 1 ผืน
- ถาดสี่เหลี่ยมสำหรับใส่เครื่องใช้ 1 ถาด
- หม้อนอน 1 ใบ
- ชุดทำแผล 1 ชุด หรือรถทำแผลที่มีเครื่องใช้และน้ำยาครบตามต้องการ
- ถุงมือ 1 คู่
- Colostomy bag
- เสาแขวนน้ำเกลือ 1 อัน ในรายที่ใช้หม้อสวน
- กระปุกน้ำยาแช่คีมคีบยาว 1 ชุด

วิธีการสวนล้างลำไส้โดยใช้ syringe

- แจ้งให้ผู้ป่วยทราบ อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงวิธีการทำและประโยชน์ที่ได้รับ เพื่อให้ความร่วมมือดีขึ้น
- เตรียมเครื่องใช้ใส่ถาดให้พร้อม นำมาที่เตียง
- กั้นม่าน
- ปูผ้ายางขวางเตียง
- จัดให้ผู้ป่วยนั่งหรือนอนชิดขอบเตียงโดยให้อยู่ใน sermiFowler's หรือ Fowler's position อาจให้ผู้ป่วยทำในห้องส้วม โดยนั่งบนโถส้วมหรือเก้าอี้ใกล้โถส้วม เปิดผ้าเฉพาะบริเวณที่ต้องการทำ

วิธีการสวนล้างลำไส้โดยใช้ syringe

- ล้างมือให้สะอาด
- เปิด irrigating set ด้วย aseptic technique
- ใช้คีมคีบยาวหยิบ syringe ใน irrigating set ออกจากชามรูปไตนำมาวางบนผ้าที่ใช้ห่อข้างชามรูปไต
- เทน้ำสบู่หรือน้ำเกลือล้างแผลในชามรูปไต
- วางชามรูปไตสะอาดให้แนบชิดกับโค้งของลำตัวผู้ป่วย และผู้ป่วยช่วยถือไว้
- ใช้คีมคีบยาวหยิบผ้าก๊อซ 1 ผืน วางบนผ้าห่อข้าง ๆ syringe และบีบ K - Y jelly ลงบนผ้าก๊อซ กะจำนวนพอประมาณที่จะหล่อลื่นได้
- ใช้คีมคีบยาวหยิบสายยางสำหรับสวนล้างลำไส้ออกจากกระดาษห่อที่ฉีกปลายวางลงบนผ้าห่อ

วิธีการสวนล้างลำไส้โดยใช้ syringe

- ดึง colostomy bag ออกทิ้งในภาชนะที่ใส่ก๊อซ หรือสำลีที่ใช้แล้วในรถทำแผลหรือถุงกระดาษที่เตรียมไว้
- ใส่ถุงมือ แกะผ้าห่อ syringe ออกวาง syringe บนชามรูปไตที่อยู่ในผ้าห่อ
- ใช้มือจับสายยางสำหรับสวนล้างลำไส้และทำสายยางให้ลื่นโดยการทาด้วย K - Y jelly ที่เตรียมไว้
- ใช้มือข้างที่ถนัดจับสายยางสำหรับสวนล้างลำไส้ และค่อย ๆ สอดสายยางเข้าไปทางรูเปิดลำไส้ลึกประมาณ 2 - 6 นิ้วฟุต บางรายอาจใส่ลึกกว่านี้ได้ การใส่สายยางควรใส่เข้าไปอย่างนุ่มนวลแต่มั่นคง และขณะใส่ให้หมุนสายยางโดยใช้นิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้เพื่อช่วยให้ใส่ง่ายขึ้นและต้องระมัดระวังในการใส่สายยางเพราะอาจทำให้ลำไส้ได้รับภยันตรายหรือมีการทะลุได้ หลังจากใส่สายยางแล้ว ให้ใช้มืออีกข้างหนึ่งจับสายยางไว้

วิธีการสวนล้างลำไส้โดยใช้ syringe

- ใช้มือข้างที่ถนัดถือ syringe ดูดน้ำเกลือปราศจากเชื้อหรือน้ำสบู่ที่ใช้ใส่เข้าไปในลำไส้ประมาณ 500 ซี.ซี. น้ำยาที่เข้าไปจะกระตุ้นลำไส้ให้มีการเคลื่อนไหวแบบบีบรูดมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยสามารถขับถ่ายอุจจาระออกมาได้ บางรายอาจต้องการใช้น้ำยาถึง 1500 - 2000 ซี.ซี. ควรปล่อยให้น้ำยาไหลลงตามแรงโน้มถ่วงของโลก
- ขณะทำสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงด้วย ถ้าผู้ป่วยรู้สึกปวดท้องแบบบีบ ๆ คล้ายตะคริวอาจเนื่องจากปล่อยน้ำยาให้ไหลลงเร็วเกินไป หรือน้ำยาเย็นเกินไป ควรหยุดทำสักครู่เมื่ออาการปวดท้องทุเลาลงจึงเริ่มทำใหม่โดยปล่อยให้น้ำยาไหลเข้าช้า ๆ ถ้าอาการปวดไม่หายไปใน 2 - 3 นาทีแรกให้หยุดทำและรายงานแพทย์

วิธีการสวนล้างลำไส้โดยใช้ syringe

- ดึงสายยางออกเพื่อให้อุจจาระไหลออกมาสู่ชามรูปไต ถ้าน้ำยาและอุจจาระออกน้อยอาจใส่สายยางใหม่และใช้ syringe ช่วยดูดน้ำยาและอุจจาระ
- ให้เริ่มทำตั้งแต่ข้อ 16 - 19 ใหม่จนน้ำยาที่ออกมามีลักษณะใส อาจใช้เวลาประมาณ 30 นาที ถึงหนึ่งชั่วโมง
- หลังจากสวนล้างเสร็จให้ทำแผล colostomy ด้วย
- จัดให้ผู้ป่วยในท่าที่สบาย ดูแลความสะอาดของเตียงนอน เก็บของใช้ทำความสะอาดให้เรียบร้อย
- ล้างมือให้สะอาด
- บันทึกผลลงใน nurse’s note

วิธีการสวนล้างลำไส้โดยการสวน

- แจ้งให้ผู้ป่วยทราบ
- เตรียมเครื่องใช้ให้พร้อมนำไปที่ห้องน้ำหรือที่เตียงผู้ป่วย
- ในกรณีที่ผู้ป่วยไปห้องน้ำเองได้ ให้นั่งบนโถส้วมในห้องน้ำ ถ้าผู้ป่วยอยู่ที่เตียงให้นอนชิดขอบเตียง
- แขวนหม้อสวนที่ใส่น้ำยาให้สูงจากระดับรูเปิดของลำไส้ประมาณ 18 - 24 นิ้วฟุต
- ล้างมือให้สะอาด
- หล่อลื่นสายยางสำหรับสวนล้างลำไส้ หรือ irrigating tip ด้วย K - Y jelly
- ปล่อยน้ำยาให้ไหลออกมาตามสายยางจนถึง irrigating tip หรือสายยางสำหรับสวนล้างลำไส้ เพื่อไล่อากาศออกให้หมด

วิธีการสวนล้างลำไส้โดยการสวน

- สอดสายยางสำหรับสวนล้างลำไส้ หรือ irrigating tip เข้าไปในรูเปิดของลำไส้ ประมาณ 2-6 นิ้วฟุต สำหรับ irrigating tip จะสอดเข้าไปประมาณ 1 นิ้วฟุตเท่านั้น ซึ่งจะช่วยป้องกันการเกิดการทะลุของลำไส้ได้ดี
- ปล่อยน้ำยาให้ไหลลงตามแรงโน้มถ่วงของโลกช้า ๆ ประมาณ 500 ซี.ซี. ขณะทำถ้ามีอาการปดท้องแบบบีบ ๆ คล้ายเป็นตะคริว เนื่องจากลำไส้มีการหดตัวมาก ให้แขวนหม้อสวนต่ำลงและลดอัตราการไหลของน้ำให้ช้าลง
- ทำเช่นเดียวกับข้อ 19 - 24 ในวิธีแรก

ข้อควรจำในการสวนล้างลำไส้

- การสวนล้างลำไส้นั้นมักจะทำในรายที่ต้องถ่ายอุจจาระออกทางหน้าท้องตลอดชีวิตไม่ค่อยทำในรายที่มี colostomy แบบชั่วคราว
- การใส่สายยางที่ลึกเกินไป และใส่ด้วยความไม่ระมัดระวังอาจทำให้มีน้ำคั่งค้างในลำไส้และเนื้อเยื่อของลำไส้ได้รับอันตรายทำให้มีเลือดออกหรือลำไส้เกิดการทะลุได้
- น้ำยาที่ใช้สำหรับสวนล้างลำไส้นั้นควรมีความอุ่นพอดีไม่ร้อนเกินไป

การดูแลบุคคลที่มีรูทวารเทียม

- การดูแลความสะอาดบริเวณ stoma และผิวหนังรอบ ๆ รูเปิดลำไส้
- การรับประทานอาหาร
- การออกกำลังกาย
- การฝึกหัดการขับถ่ายอุจจาระให้ออกเป็นเวลา
- การดูแลทางด้านจิตใจ

คำแนะนำสำหรับผู้ป่วยและญาติ

- แนะนำวิธีการดูแลรูเปิดลำไส้ และการทำความสะอาดผิวหนังรอบ ๆ รูเปิดลำไส้
- การฝึกหัดการขับถ่าย และการออกกำลังกาย
- การรับประทานอาหาร
- การมีเพศสัมพันธ์
- ผู้ป่วยสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ

ภาวะแทรกซ้อน หรืออาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์

- การตายของรูเปิดและการหดตัว
- การทำลายของผิวหนังรอบ ๆ รูเปิดลำไส้
- รูเปิดตีบ (stoma Stricture)
- รูเปิดยื่น (Peristoma hernia และ Prolapse)
- ท้องเสียรุนแรง อุจจาระเหม็นผิดปกติ
- รูเปิดของลำไส้บวม มีสีคล้ำ หรือเลือดออกมาก
- ท้องผูกไม่ถ่ายอุจจาระแน่นท้อง ท้องอืด อาเจียน

การตายของรูเปิดและการหดตัว

การทำลายของผิวหนังรอบ ๆ รูเปิดลำไส้

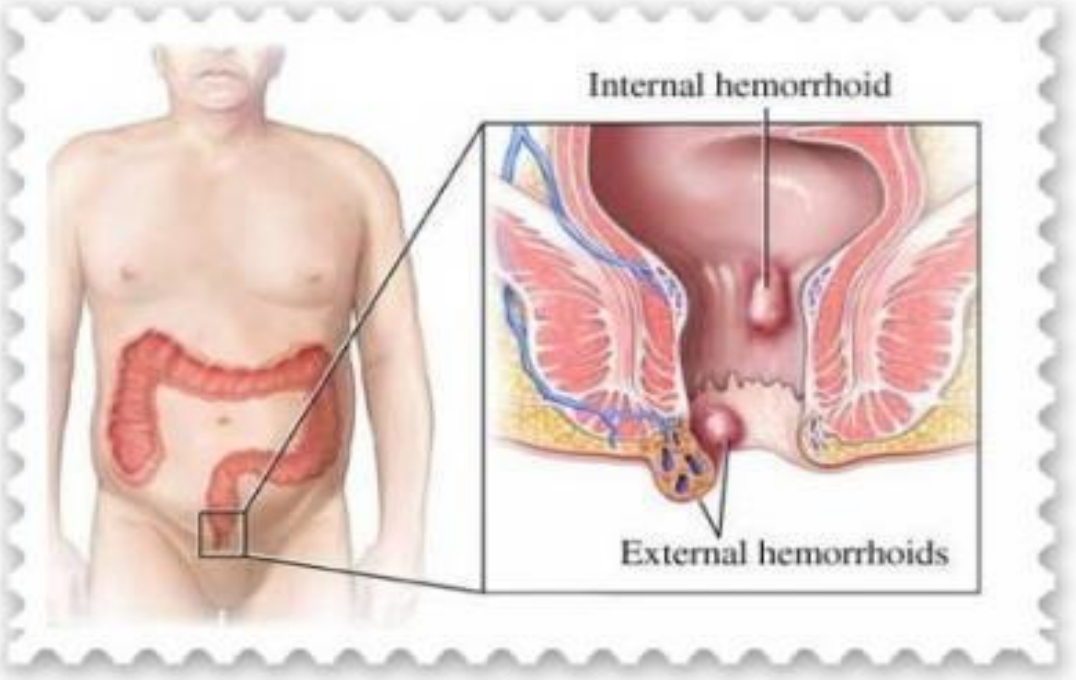
ข้อใดเป็นProlapse Colostomy

Prolapse Colostomy

Peristoma hernia

stoma Stricture

ริดสีดวงทวาร (hemorrhoid)



- เป็นการยืดขยายอย่างถาวรของหลอดเลือดดำที่ทวารหนัก หลอด เลือดดำขยายและอยู่ภายในของไส้ตรง เรียกว่า “Internal hemorrhoid” ถ้าอยู่ในส่วนปลายของช่องทวารหนัก เรียก “External hemorrhoid”

ข้อใดไม่ใช่ อาการริดสีดวงทวาร (hemorrhoid)

ปวดท้องมาก คลื่นไส้อาเจียน

มีการอักเสบของริดสีดวงจะทำให้มีอาการปวดตลอดเวลา

ถ่ายอุจจาระมีเลือดปน

บริเวณทวาร ปวดเวลาถ่ายอุจจาระ

อาการริดสีดวงทวาร (hemorrhoid)

- เริ่มด้วยอาการคันบริเวณทวาร ปวดเวลาถ่ายอุจจาระ บางครั้งอาจถ่ายอุจจาระมีเลือดปน หากมีการอักเสบของริดสีดวงจะทำให้มีอาการปวดตลอดเวลา

ข้อใดคือการวินิจฉัย ริดสีดวงทวาร (hemorrhoid)

การตรวจร่างกาย

การใช้นิ้วตรวจทางทวารหนัก

proctosigmoidoscopy

ประวัติส่วนตัวและประวัติครอบครัวและ

colonoscopy/sigmoidoscope

การสวนแบเรียม (barium enema)

การตัดชิ้นเนื้อไปตรวจ (biopsy)

การถ่ายภาพรังสีคอมพิวเตอร์ (CT scan)

carcino embryonic antigen (CEA)

การตรวจหาเลือดในอุจจาระ

ระยะของริดสีดวงทวารหนักชนิดภายในมีกี่ระยะ

5

4

3

2

ระยะของริดสีดวงทวารหนักชนิดภายในระยะที่ 2 คือข้อใด

ผู้ป่วยมักมีอาการเลือดสด ๆ ออกมาภายหลังการถ่ายอุจจาระ แต่ไม่มีก้อนเนื้อยื่นออกมาเวลาถ่ายอุจจาระ จะเห็นหัวริดสีดวงได้โดยการส่องกล้องเข้าไปดูภายในทวารหนักเท่านั้น

หัวริดสีดวงทวารหนักจะโผล่ออกมาเวลาเบ่งถ่ายอุจจาระ และจะหดกลับเข้าไปเองภายหลังการถ่ายอุจจาระแล้ว ผู้ป่วยอาจมีอาการคันบริเวณทวารหนัก หรือมีมูกแฉะบริเวณทวารหนักร่วมด้วย

จะมีหัวริดสีดวงทวารหนักโผล่ออกมาเวลาเบ่งถ่ายอุจจาระ ไอ จาม ยกของหนักหรือออกกำลังกาย แล้วไม่กลับเข้าไปเอง ต้องใช้นิ้วมือดันกลับเข้าไป ผู้ป่วยมักมีอุจจาระปนเปื้อนติดอยู่บริเวณทวารหนักตลอดเวลา

มีหัวริดสีดวงโผล่ออกมาตลอดเวลา ไม่สามารถดันกลับเข้าไปได้ ผู้ป่วยจะเจ็บปวดมาก หัวริดสีดวงทวารหนักจะบวม อักเสบ บางครั้งมีแผลจากการเสียดสีกับเสื้อผ้า

ระยะของริดสีดวงทวารหนักชนิดภายใน

ระยะที่ 1 ผู้ป่วยมักมีอาการเลือดสด ๆ ออกมาภายหลังการถ่ายอุจจาระ แต่ไม่มีก้อนเนื้อยื่นออกมาเวลาถ่ายอุจจาระ จะเห็นหัวริดสีดวงได้โดยการส่องกล้องเข้าไปดูภายในทวารหนักเท่านั้น

ระยะที่ 2 หัวริดสีดวงทวารหนักจะโผล่ออกมาเวลาเบ่งถ่ายอุจจาระ และจะหดกลับเข้าไปเองภายหลังการถ่ายอุจจาระแล้ว ผู้ป่วยอาจมีอาการคันบริเวณทวารหนัก หรือมีมูกแฉะบริเวณทวารหนักร่วมด้วย

ระยะของริดสีดวงทวารหนักชนิดภายใน

- ระยะที่ 3 จะมีหัวริดสีดวงทวารหนักโผล่ออกมาเวลาเบ่งถ่ายอุจจาระ ไอ จาม ยกของหนักหรือออกกำลังกาย แล้วไม่กลับเข้าไปเอง ต้องใช้นิ้วมือดันกลับเข้าไป ผู้ป่วยมักมีอุจจาระปนเปื้อนติดอยู่บริเวณทวารหนักตลอดเวลา
- ระยะที่ 4 มีหัวริดสีดวงโผล่ออกมาตลอดเวลา ไม่สามารถดันกลับเข้าไปได้ ผู้ป่วยจะเจ็บปวดมาก หัวริดสีดวงทวารหนักจะบวม อักเสบ บางครั้งมีแผลจากการเสียดสีกับเสื้อผ้า

ข้อใดไม่ใช่การพยาบาลริดสีดวงทวาร (hemorrhoid)

ให้รับประทานอาหารอ่อน รส ไม่จัด และมีกากอาหารน้อย แช่ก้นด้วยน้ำอุ่น (hot sitz bath)

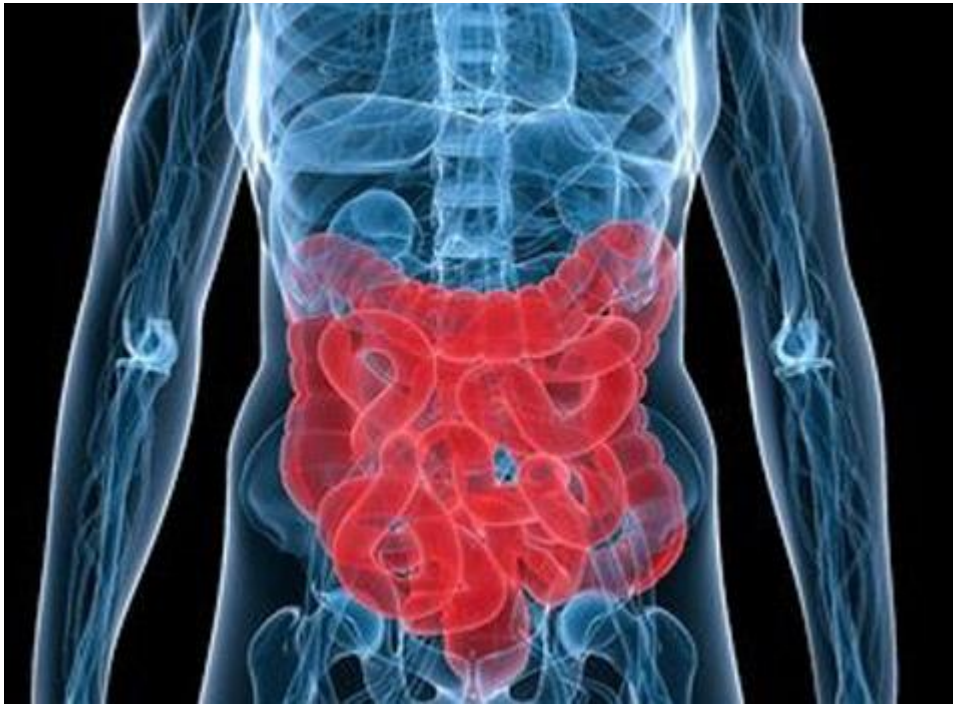
ทายาแก้ปวดเฉพาะที่ (benzocine of steroid) การให้ยา การฉีดยาที่หัวริดสีดวง และการยิงยางรัดหัวริดสีดวง

ถ้าเป็นมากต้องรักษาด้วยการผ่าตัด (hemorrhoidectomy)

ป้องกันการขาดสารน้ำ สารอาหาร และ Electrolyte

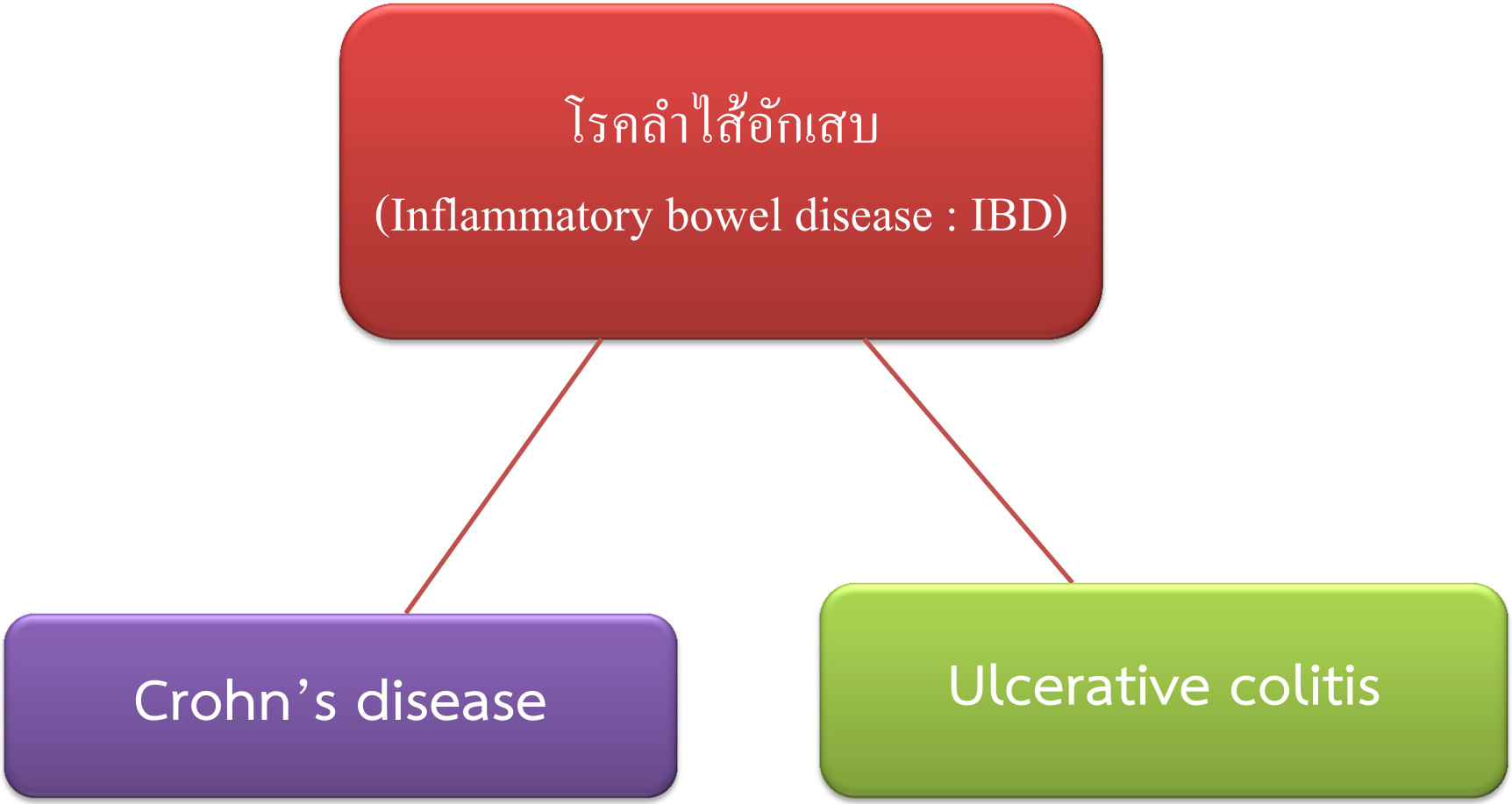
โรคลำไส้อักเสบ

(Inflammatory bowel disease : IBD)



โรคลำไส้อักเสบ

(Inflammatory bowel disease : IBD)



โรคลำไส้อักเสบ

(Inflammatory bowel disease : IBD)

- เป็นโรคที่ยังไม่มีชื่อไทยอย่างเป็นทางการ แต่จากอาการของโรคสามารถเรียกรวมๆ ได้ว่า “ลำไส้อักเสบเรื้อรัง” เนื่องจากลักษณะอาการแสดงจะคล้ายกับโรคลำไส้อักเสบเฉียบพลันที่มักเกิดจากการติดเชื้อไวรัส ปรสิต หรือพยาธิ ซึ่งสามารถรักษาให้หายได้ด้วยยาปฏิชีวนะ

อาการของโรค Crohn's disease และ ulcerative colitis

- ส่วนใหญ่จะมีความคล้ายคลึงกัน คือ **ปวดเกร็งในช่องท้อง กดเจ็บ ท้องเสีย ถ่ายวันละหลายรอบ** ในรายที่เป็นมากอาจถ่ายมากกว่า 10 ครั้งต่อวัน รวมทั้งต้องตื่นมาถ่ายกลางดึก ในบางรายอาจมี**เลือดปนมากับอุจจาระ มีไข้ เหนื่อย เพลีย โลหิตจาง** และ**น้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุ** ทำให้การพิจารณาอาการเพียงอย่างเดียวอาจวินิจฉัยแยกโรคได้ลำบาก

ลักษณะของโรค Crohn's disease และ ulcerative colitis สามารถจำแนกได้ดังนี้

	Crohn's disease	Ulcerative colitis
ตำแหน่งของโรค	เกิดในระบบทางเดินอาหารส่วนใดก็ได้ตั้งแต่ปากถึงทวารหนัก แต่โดยมากมักเกิดที่ลำไส้เล็กส่วนปลายและลำไส้ใหญ่ส่วนต้น	เกิดในลำไส้ใหญ่เท่านั้น
ลักษณะของโรค	มีลักษณะที่แตกต่างกัน 3 ลักษณะคือ • ผนังลำไส้อักเสบบวมคล้ายฝี มี • ลักษณะตะปุ่มตะป่ำจนช่อง • ภายในลำไส้แคบลง และอาจ • กลายเป็นลำไส้อุดตันได้ • ผนังลำไส้อักเสบเป็นแผลลึกจน • ทะลุไปอวัยวะอื่นที่อยู่ติดกัน • การอักเสบกระจายทั่วไปในลำไส้	เกิดขึ้นเฉพาะที่ผนังลำไส้เท่านั้น ผู้ป่วยมักมีอาการร่วมอื่นๆ เช่น ข้ออักเสบ ตาอักเสบ ตับอักเสบ เป็นต้น

ลักษณะของโรค Crohn's disease และ ulcerative colitis สามารถจำแนกได้ดังนี้

โรค	Crohn's disease	ulcerative colitis
ลักษณะ	ความหนาของผนังลำไส้เกิดเป็นแกรนูโลมา (Granuloma) ส่วนใหญ่บริเวณส่วนท้ายของลำไส้เล็ก (Terminalileum) อาจพบได้บริเวณอื่นๆ เช่น ลำไส้เล็กส่วนดูโอดีนัม (Duodenum) เจจูนัม (jejunum), ลำไส้ใหญ่ (Colon) และกระเพาะอาหาร	เป็นภาวะเรื้อรังจะมีการอักเสบตลอดลำไส้ตรง และลำไส้ใหญ่ (Colon) โรคจะมีลักษณะเป็นๆ หายๆ และมีการกำเริบเป็นระยะ เป็นโรคที่พบบ่อยในบ้านเรา ส่วนใหญ่มีสาเหตุจากการติดเชื้อ โดยทั่วไปจะเรียกว่าโรคบิด ที่สำคัญได้แก่ซิเกลโลซิส (Shigel¬losis) ซาลโมเนลลา (Salmonella) และอะมีบ้า (Amoebiasis)

ลักษณะของโรค Crohn's disease และ ulcerative colitis สามารถจำแนกได้ดังนี้

โรค	Crohn's disease	ulcerative colitis
อุบัติการณ์สาเหตุ	ลำไส้เล็กอักเสบเกิดได้ทุกวันแต่พบได้บ่อยช่วงอายุ 30 ปีแรก พบได้ทั้งสองเพศเท่าๆ กัน ยังไม่ทราบสาเหตุของโรคถึงแม้นจะมีทฤษฎีสนับสนุนว่ามีสาเหตุจากพื้นฐานทางพันธุกรรม มีแนวโน้มเกิดในครอบครัว พบมากในชนชาวยิว สำหรับประเทศไทยพบน้อย	การอักเสบของลำไส้ใหญ่เป็นโรคที่เกิดในรัยรุ่น และผู้ใหญ่วัยต้นพบในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปี ถึง 60 ปี พบได้สูงสุดในวัย 15-20 ปี และช่วงอายุ 55-60 ปี รองลงมา เพศหญิงและชาย พบได้พอๆ กัน พบมากในชนชาติยิว สำหรับประเทศไทยมีรายงานน้อย

ลักษณะของโรค Crohn's disease และ ulcerative colitis สามารถจำแนกได้ดังนี้

โรค	Crohn's disease	ulcerative colitis
พยาธิสภาพ	การบวมและมีลักษณะแดงและมีปุ่มแกร¬นูลลา (Granular spote) ต่อมน้ำเหลืองใต้ผิว (Submucosa) จะโตขึ้น มองเห็นต่อมน้ำเหลือง (Peyer's patches) ในเยื่อบุลำไส้เล็ก มีแผลเรื้อรังและรอยฉีก (Ulceration with granulomas and fissures) รอยฉีกผนังของลำไส้เล็กจะมีการตั่งและหนาตัวขึ้นทางผ่านของโพรงของลำไส้ (Lumen) จะแคบลง เยื่อบุผิวจะบวมแดงมีคอบเบลอร์สโตน (Cobblerstone) ปรากฏขึ้น และในระยะต่อมาผนังของลำไส้จะกลายเป็นผังผืดอย่างถาวรหนาตัวและแคบลง	ลำไส้ใหญ่ส่วนซิกมอยด์ (Sigmoid Colon) มีแผลบริเวณเยื่อบุและมีเลือดออกบริเวณที่มีการอักเสบ จะพบเซลล์เม็ดเลือดขาว (Poly¬morphonuclear leukocytes) ลิมโฟซัยท์ (Lymphocyts) และเม็ดเลือดแดงและเกิดเป็นหนองอยู่ตรงกลาง (Crypt Abscesses) ทำให้เกิดเป็นแผลเล็กๆ ถ้าโรคดำเนินต่อไปถึงลำไส้ใหญ่ (Colon) และกินบริเวณกว้างทำให้เกิดการบวมและลำไส้ใหญ่จะหนาตัวขึ้น แผลอาจจะทะลุและ เกิดเป็นฝี ถ้าเป็นเรื้อรังจะมีเยื่อพังผืดเกิดขึ้น ผนังจะหนาขึ้นลำไส้ตีบแคบลง พื้นที่ในการดูดซึมจะลดลง

1. การรักษาด้วยยา

- ให้กินและทางหลอดเลือด เช่น สารน้ำ เกลือแร่ วิตามิน และในรูปอาหารของอาหารที่ให้ทางหลอดเลือดดำ (Hyperalimentaion)
- การพักผ่อน
- การรักษาทางด้านจิตใจ (Psychotherapy) เช่น มีหน้าที่รับผิดชอบมากเกินไป มีปัญหาทางครอบครัว บางครั้งการปรึกษา จิตแพทย์ก็เป็นเรื่องจำเป็น และยาประเภทสงบระงับ (Tranquillizer)
- อาหาร ควรให้อาหารอ่อนหลีกเลี่ยงอาหารมัน อาหารทอด เครื่องเทศและอาหารสลัด และความเป็นอาหารชนิดที่มีกากน้อย (Low residue diet) เพราะอาจทำให้เกิดการอุดตันของลำไส้

1. การรักษาด้วยยา

- ยาปฏิชีวนะควรหลีกเลี่ยง เพราะจะทำลายแบคทีเรียทั้งหลายที่มีอยู่ตามปกติในร่างกาย (Normal flora) แต่ถ้าผู้ป่วยมีการอักเสบมาก มีไข้สูง มีแผลในลำไส้มากมายอาจให้ยาปฏิชีวนะที่มีฤทธิ์กว้างขวาง (Broad spectrum antibiotics)
- ให้ซัลฟาซาลาซีน (Sulphasalazine) เช่น ซาลาโซไพริน(Suiazopyrine) หรือ อะซัลฟิดิน (Azulfidine) ยานี้ช่วยทำให้โรคหายขาด (Remission) ขนาด 0.5 มิลลิกรัม วันละ 4 ครั้ง ผลข้างเคียงน้อย เช่น คลื่นไส้ อาเจียน รับประทานอาหารไม่ได้อ่อนเพลีย แต่ระวังการเกิดภาวะเลือดจาง (Hemolyticanemia) โดยเฉพาะในผู้ที่มีการพร่องเอ็นไซม์ (G_6 PD deficiency)

1. การรักษาด้วยยา

- คอร์ติโคสเตอรอยด์ (Corticosteroid) เพื่อลดการอักเสบที่รุนแรง ในระยะเฉียบพลัน อาจให้ในรูปของเพรดนิโซโลน (Prednisolone) คอร์ดิโซน (Cortisone) หรือ ACTH ก็ได้ อาจจะให้กิน ฉีดเข้ากล้าม ฉีดเข้าหลอดเลือด หรือสวนเก็บทางทวารหนัก ขนาดที่ให้นั้นขึ้นกับความรุนแรงของโรค ส่วนใหญ่ประมาณ 20-60 มิลลิกรัม/วัน
- ยาต้านอาการท้องเดิน (Antidiarrheal drug) ต้องให้อย่างระมัดระวัง เพราะอาจเกิดปัญหาทำให้เกิดการพองของลำไส้ (Toxic megacolon) หรือการอุดตันของลำไส้

2. การรักษาทางศัลยกรรม

- **การรักษาทางศัลยกรรมทำ (Proctocolectomy)** และ ileostomy หรือ Ileocolic anastomosis,colectomy และ ileostomy ขึ้นอยู่กับ
- 2.1 การรักษาทางยาไม่ได้ผล ร่างกายทรุดโทรม อาการรุนแรงมากหลังจากรักษาทางยาอย่างเต็มที่แล้ว
- 2.2 โรคแทรกซ้อน ผู้ป่วยตกเลือดมากๆ ลำไส้ทะลุ หรือมีอาการพองตัวของลำไส้ (Toxic megacolon) หรือการอุดตัน
- 2.3 อัตราเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็ง ขึ้นกับระยะเวลาที่เป็นยิ่งนานเกิน 10 ปี อัตราการเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นปีละร้อยละ 2 หลังจากมีอาการตั้งแต่ 10-19 ปี และต่อไปจะเพิ่มขึ้นปีละ 5.8 %
- เนื่องด้วยโรคทั้งสองนี้มีความคล้ายคลึงกัน จึงได้เปรียบเทียบความคล้ายคลึงและความแตกต่าง

ข้อใดไม่ใช่การตรวจวินิจฉัยลำไส้อักเสบ

ประวัติและอาการของโรค เช่น ถ่ายเป็นเลือดสดๆ เป็นครั้งคราว หรือท้องเสียเป็นปกติ

การตรวจอุจจาระ เพื่อแยกการอักเสบของทวารหนักที่เกิดจากการติดเชื้ออักเสบ (Ulcerative colitis)

การสวนสารแบเรี่ยม (Barium enema)

การถ่ายภาพรังสีคอมพิวเตอร์ (CT scan)

carcino embryonic antigen (CEA)

การตรวจหาเลือดในอุจจาระ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลลำไส้อักเสบข้อใด ถูกต้อง

การเปลี่ยนแปลงของภาวะโภชนาการ : ได้รับสารอาหารและน้ำน้อยกว่าที่ร่างกายต้องการ เนื่องจากการบีบตัวของลำไส้มากเกินและการดูดซึมที่ลำไส้ลดลง มีการท้องเสีย คลื่นไส้ และมีอาการปวดท้อง

มีภาวะของปริมาณสารน้ำในร่างกายลดลง เนื่องจากการคลื่นไส้อาเจียน ตกเลือดในทางเดินอาหาร และท้องเดิน

ไม่สามารถมีกิจกรรมได้ตามปกติ เนื่องจากร่างกายต้องได้รับการพักผ่อนเพื่อลดการเคลื่อนไหวของลำไส้

มีการเปลี่ยนแปลงของการขับถ่ายท้องเดินเนื่องจากมีการอักเสบของลำไส้

การพยาบาลลำไส้อักเสบข้อใด ไม่ถูกต้อง

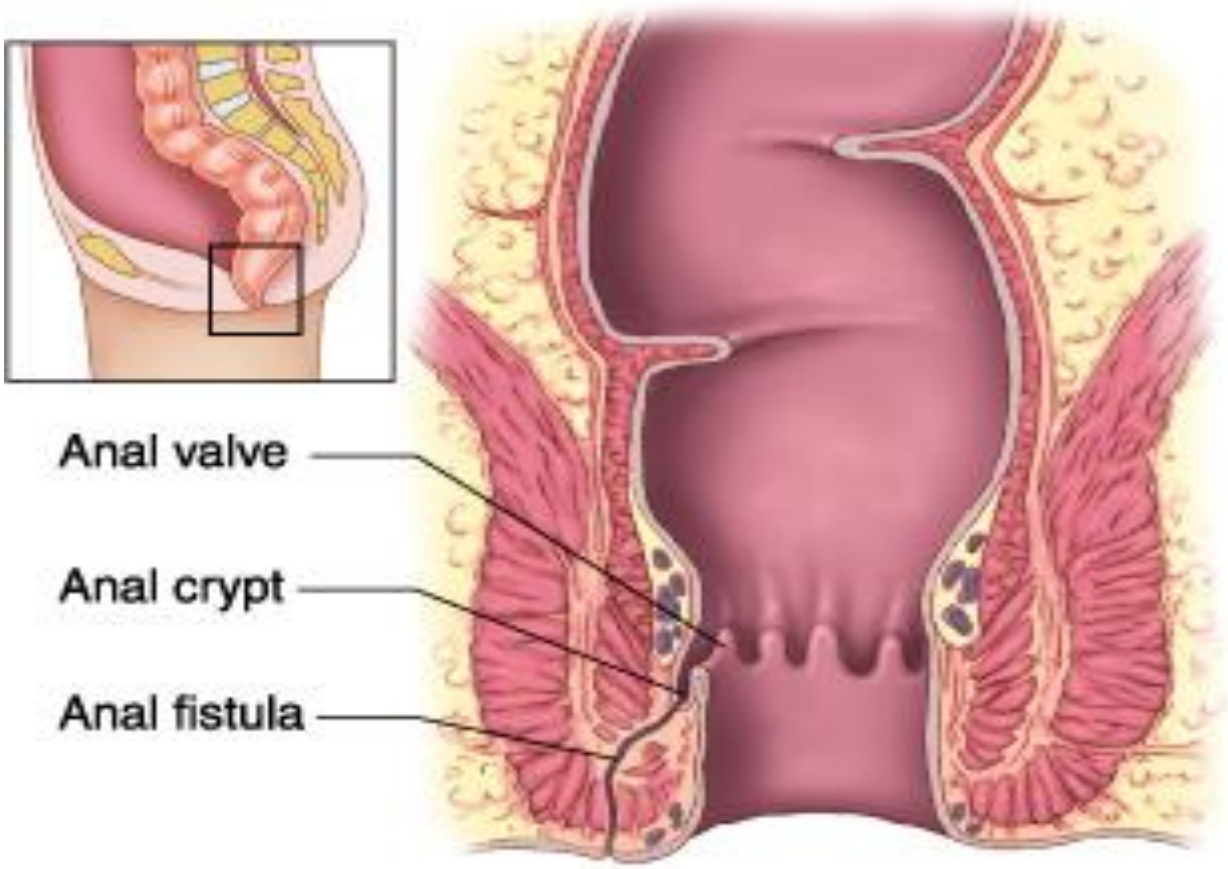
ควรให้ อาหารที่ไม่ระคายเคืองและมีแคลอรี่ โปร[illegible]เกลือแร่สูง ได้แก่ โกโก้ ช็อคโกแลต น้ำมะนาว และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ชั่งน้ำหนักตัว สัปดาห์ละ 2 ครั้ง เพื่อประเมินภาวะโภชนาการที่เปลี่ยนแปลง

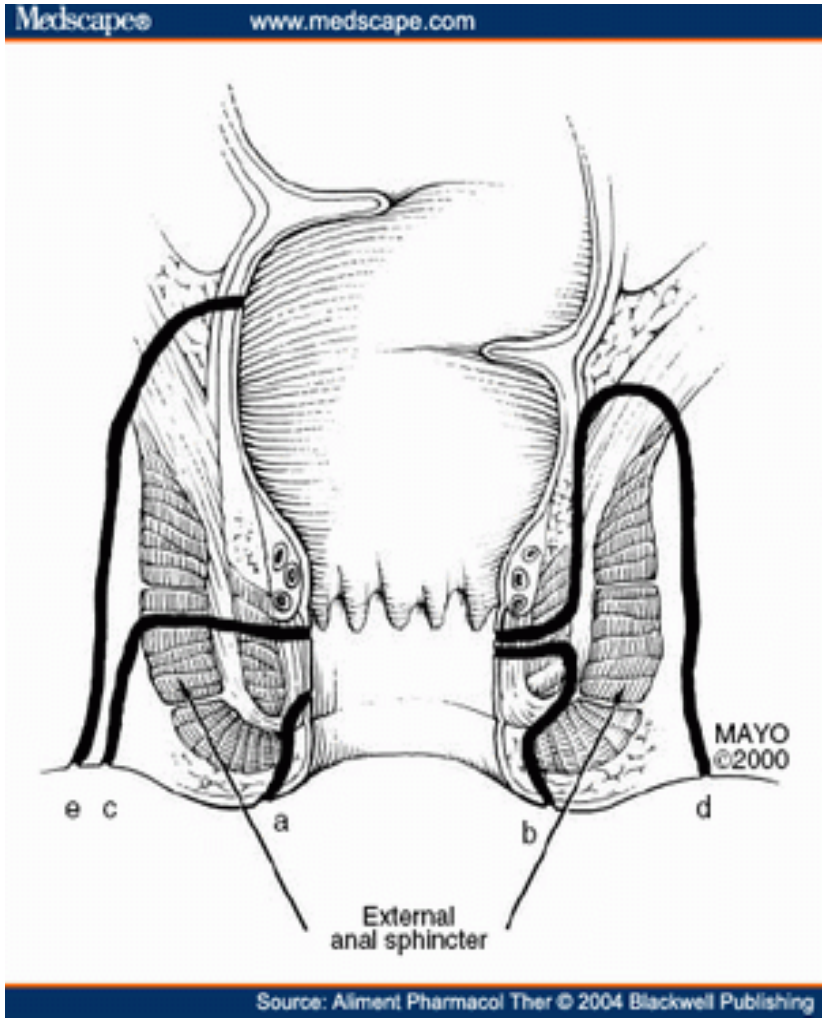
กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้รับอาหารและน้ำทางปากเพราะการกินจะกระตุ้นรีเฟลกซ์กระเพาะอาหารและลำไส้ทำให้เกิดถ่ายอุจจาระ

หลีกเลี่ยงอาหารที่มีกากหรือเครื่องดื่มเย็นๆ และดื่มน้ำระหว่างมื้ออาหาร งดเว้นอาหารที่ทำให้เกิดก๊าซ และระคายเคือง เช่น หอม กะหล่ำปลี

โรคฝีคัณฑสูตร
(Anal fistula หรือ Fistula-in-ano)



โรคฝีคัณฑสูตร (Anal fistula หรือ Fistula-in-ano)



a and b = Intersphincteric fistula

C = Transphincteric fistula

D = Suprasphincteric fistula

E = Extrasphincteric fistula

โรคฝีคัณฑสูตร

(Anal fistula หรือ Fistula-in-ano)

- โรคฝีคัณฑสูตร (Anal fistula หรือ Fistula-in-ano) คือ โรคที่ด้านในของทวารหนักเกิดมีรูขึ้นมา ซึ่งรูนี้เป็นเส้นทางที่จะไปเชื่อมต่อกับผิวหนังภายนอกบริเวณแก้มก้น

ฝีคัณฑสูตรเกิดได้อย่างไร

- โรคฝีคัณฑสูตร คือ เกิดจากการติดเชื้อของต่อมภายในทวารหนัก ทำให้มีเชื้อแบคทีเรีย อุจาระ และของเสียหมักหมม เกิดเป็นฝีหนอง หนองที่มีปริมาณมากขึ้นก็จะค่อยๆเซาะไปตามชั้นของกล้ามเนื้อของทวารหนัก ฝีคัณสูตรทะลุมาชั้นของผิวหนังที่อยู่บริเวณรอบๆทวารหนัก จนกระทั่งหนองแตกทะลุออกสู่ภายนอก กลายเป็นเส้นทางเชื่อมต่อระหว่างช่องในทวารหนักกับผิวหนัง เรียกว่า

สาเหตุอื่นๆที่ทำให้เกิดเป็น Fistula นอกจากการเป็นฝีแล้ว ได้แก่

- เป็นโรคลำไส้อักเสบเรื้อรังชนิด Crohn disease ulcerative colitis
- แผลรอยแยกขอบทวารหนัก (แผลปริขอบทวารหนัก)
- การติดเชื้อเอชไอวี
- ติดเชื้อซิฟิลิส
- ติดเชื้อวัณโรค
- ติดเชื้อแบคทีเรียบางชนิด เช่น Actinomycosis หรือ Chlamydia
- เป็นโรคมะเร็งทวารหนัก หรือโรคมะเร็งผิวหนังบริเวณรอบปากทวารหนัก
- เคยได้รับการฉายรังสีรักษาบริเวณท้องน้อยและทวารหนัก
- หรือเคยได้รับอุบัติเหตุบริเวณทวารหนัก หรือผ่าตัดเป็นต้น
- เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น หนองใน

อาการของโรคฝีคัณฑสูตร

- [redacted]งบริเวณแก้มก้น หรือบริเวณขอบรูทวารหนัก
- มี[redacted]ซึมออกมาจากรูที่ผิวหนัง
- บางครั้งอาจมี[redacted] หรือเป็นหนอง
- บางครั้งมีอาการ[redacted]รอบๆรูที่ผิวหนังนี้ได้
- และผิวหนังรอบๆรู อาจเกิดการ[redacted]

การแบ่งชนิด

- **1.Intersphincteric fistula** เป็นชนิดที่พบได้บ่อยที่สุด เริ่มต้นจากการอักเสบที่ต่อมผลิตเมือก แล้วกลายเป็นฝหนอง abscess ที่บริเวณ intersphincteric space (คือบริเวณที่อยู่ระหว่างกล้ามเนื้อหูรูดชั้นในและชั้นนอก) ถ้าเซาะลงล่างไปทางปากทวารหนัก หรือได้รับการเซาะของหนอง ก็จะเกิดเป็น fistula. ที่บริเวณใกล้ปากทวาร อาจคลำได้เป็น tract แข็งๆชี้เข้าไปทางรูเปิดด้านในด้วย ลักษณะของ fistula ชนิดนี้ ฝคัณฑสูตรชนิดนี้สา มารถใช้นิ้วตรวจคลำหาได้ค่อนข้างง่าย

การแบ่งชนิด

- **2.Transphincteric fistula** พบบ่อยรองลงมาจากชนิด intersphincteric fistula ชนิดนี้หนองจะเซาะผ่านทั้ง internal และ external sphincter ก่อนจะแตกออกมาสู่ผิวหนังด้านนอก ความสูงของ tract ต่างๆกันจึงทำให้อาจคลำได้หรือคลำไม่ได้ tract จากทางด้านนอกก็ได้ การใช้นิ้วตรวจคลำหาเส้นทางของฝชนิดนี้จะทำได้ค่อนข้างยาก

การแบ่งชนิด

- **3.Suprasphincteric fistula** พบได้น้อย fistula จะเซาะตาม intersphincteric space ขึ้นสูงไป supralevator space จากนั้น fistula tract จะกัดเซาะทะลุผ่าน levator ani ลงมาแตกออกที่ผิวหนังเป็น external opening ดังนั้น fistula ชนิดนี้จะ involve กล้ามเนื้อหูรูดทั้งหมดที่มีอยู่ การคลำตรวจหาเส้นทางของฝชนิดนี้ทำได้ค่อนข้างยากเช่นกัน

การแบ่งชนิด

- **4.Extrasphincteric fistula** เป็นชนิดที่พบได้น้อย อาจเกิดจาก transphincteric fistula ที่กัดเซาะทะลุ levator ani ผ่าน supralevator space แล้วแตกเข้าสู่ rectum นอกจากนี้ยังอาจเกิดจากสาเหตุอื่นๆ เช่น traumta, rupture diverticulitis, inflammatory bowel disease เป็นต้น

การวินิจฉัยโรคฝีคัณฑสูตร

ประวัติ:

ผู้ที่เป็นโรคนี้จะให้ประวัติมีหนองหรือน้ำเหลืองไหล หรือเลือด หรืออุจาระ ออกมาที่ผิวหนังรอบทวารหนัก ทำให้เกิดอาการคัน รู้สึกระคายเคือง ปวดเวลาถ่ายอุจาระ

การวินิจฉัยโรคฝีคัณฑสูตร

การตรวจ:

ตรวจผิวหนังใกล้ๆกับทวารหนักเพื่อหาตุ่มนูน สีออกแดงขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางเล็กกว่า 1 เซนติเมตร ซึ่งเป็นรูเปิดและอาจจะตรวจพบมีหนองหรือน้ำเหลืองไหลเมื่อบีบ ร่วมกับการสอดนิ้วมือเข้าไปตรวจในทวารหนัก เพื่อหารูเปิดภายในของทวารหนัก และทิศทางของช่องทางเชื่อมต่อ การกดและรูดช่องทวารหนักอาจจะช่วยให้น้ำเหลืองไหลซึมออกมาสังเกตได้ง่ายขึ้น

การการตรวจพิเศษโรคฝีคัณฑสูตร

- โดยการใช้กล้องส่องเข้าไปเพื่อหาตำแหน่งของรูเปิดภายในทวาร Colonoscope
- การ[redacted]ลำไส้ใหญ่ตามความจำเป็น
- การตรวจ x-rays (computed tomography or CT), และการตรวจ ultrasonography) ตามความจำเป็น

การรักษาโรคฝีคัณฑสูตร แบ่งออกเป็น

- การรักษาฝีหนองในระยะก่อนที่จะเป็นฝีคัณฑสูตร คือ [redacted] เพื่อระบายหนองออก ร่วมกับการให้[redacted]ยาแก้ปวดลดไข้ รวมทั้งการดูแลทำความสะอาดบริเวณทวารหนัก การใช้[redacted] ประคบช่วยลดอาการบวมและอาการปวด ฝีที่ระบายหนองออกแล้ว มีโอกาสกลายเป็นฝีคัณฑสูตรได้ประมาณ 40-50%
- การรักษาฝีคัณฑสูตร ในผู้ป่วยที่ไม่ได้มีอาการใดๆปรากฏ แต่ตรวจพบรูเปิดและเส้นทางเชื่อมต่อโดยบังเอิญจากการตรวจทวารหนักด้วยสาเหตุอื่นๆ ไม่ต้องให้การรักษา

สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการต้องให้การรักษาโดยการผ่าตัด ซึ่งมีหลายเทคนิควิธี ได้แก่

1. Fistulotomy ใช้ยาชาฉีดเข้าไขสันหลัง หรือการดมยาสลบ ทำโดยการใส่ตัวนำทาง Probe เข้าไปที่รูเปิดที่ผิวหนังจนกระทั่งไปโผล่ออกที่รูเปิดภายในทวารหนัก แล้วใช้มีดหรือจี้ไฟฟ้ากรีดเปิดเส้นทางเชื่อมต่อทั้งเส้นทางให้ทะลุออกสู่ภายนอก แล้วใช้ curette หรือจี้ทำลายตลอดความยาวของ tract เปิดแผลไว้ซึ่งปกติจะหายภายใน 4-5 สัปดาห์ เนื้อเยื่อจึงจะขึ้นมาจนเต็มแผล วิธีนี้จะใช้กับฝีคัณฑสูตรชนิด intersphincteric fistula ไม่มีผลเสียต่อการกลั้นอุจจาระ แต่อาจมีปัญหาด้านกลั้นผายลมได้ไม่ดี

สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการต้องให้การรักษาโดยการผ่าตัด ซึ่งมีหลายเทคนิควิธี ได้แก่

2. Seton ligationวิธีการเริ่มต้นเหมือนการทำ fistulotomy คือตัดส่วนของ lower internal sphincter แต่เนื่องจากมีการ involve external sphincter ด้วยจึงต้องใช้วิธีรัดส่วนของ external sphincter วัสดุรัดจะค่อยๆตัดให้ขาดใช้เวลาประมาณ 8 สัปดาห์ โดยไม่ทำให้เสียFunction ของ external sphincte วิธีนี้เหมาะสำหรับฝีชนิดใช้สำหรับ

2. Seton ligation เหมาะสำหรับฝีชนิด

- Complex fistulas (high transsphincteric, suprasphincteric, extrasphincteric)or ฝีคัณฑสูตรที่มีหลายเส้นทางเชื่อมต่อหลายเส้นทาง (multiple fistulas)
- ผู้ที่เป็นซ้ำหลังการรักษา
- ฝีคัณฑสูตรในผู้หญิงที่มีรูเปิดอยู่ด้านบนต่อรูทวารหนัก
- ผู้ป่วยที่การหดรัดตัวของกล้ามเนื้อหูรูดไม่ดี
- Patients with Crohn disease or patients who are immunosuppressed
- ฝีคัณฑสูตรในผู้ป่วยโรคลำไส้อักเสบเรื้อรัง

Fistulectomy

- Fistulectomy วิธีนี้ใช้ในผู้ป่วยกลุ่มเดียวกับผู้ป่วยกลุ่มที่ใช้ Seton ligation ยกเว้นในผู้ป่วยโรคลำไส้อักเสบเรื้อรัง วิธีการรักษาคล้ายกับ Fistulotomy แต่จะตัดส่วนของเส้นทางเชื่อมต่อ fistula tract ออกไปด้วย แล้วตามด้วยการใช้เนื้อเยื่อบางส่วนจากลำไส้ตรง (Rectum) มาปิดแผลและเย็บซ่อมกล้ามเนื้อหูรูด

โรคแทรกซ้อนของโรคฝีคัณฑสูตร

<u>ความรุนแรงและผลข้างเคียงของฝีคัณฑสูตร คือ</u>

- ช่องทางเชื่อมต่ออุดตัน และกลายเป็นฝีหนอง เชื้อโรคอาจลุกลามเข้าสู่กระแสเลือด ทำให้เกิด ภาวะ
- การผ่าตัดแต่ละวิธีมีโอกาสที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ ม่ได้
- ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดรักษาไปแล้ว อีก

ผู้ป่วยโรคฝีคัณฑสูตรควรพบแพทย์ เมื่อมีอาการดังต่อไปนี้

- มีฝีหนองเกิดขึ้นบริเวณใกล้ๆ[redacted]
- [redacted]แก้มก้น หรือบริเวณขอบรูทวารหนัก มีน้ำเหลืองซึมออกมาจากรูที่ผิวหนัง ซึ่งเป็นอาการของฝีคัณฑสูตร
- มีแผลเรื้อรังบริเวณรอบๆปากทวารหนัก เพื่อแยกว่าไม่ใช่แผลจากโรค[redacted]
- อุจจาระเป็นเลือด เพื่อแยกว่าไม่ใช่แผล[redacted]
- [redacted]แผลมาก
- เมื่อ[redacted]ในอาการ

การป้องกันโรคฝีคัณฑสูตร

- ป้องกันการเกิดแผลบริเวณปากทวารหนักจากสาเหตุต่างๆ ดังกล่าวแล้วในหัวข้อสาเหตุและปัจจัยเสี่ยง ที่ป้องกันได้ เช่น การป้องกันโรคแผลรอยแยกขอบทวารหนัก แผลปริขอบทวารหนัก เป็นต้น
- รับประทานอาหารเพื่อสุขภาพกินผัก และผลไม้เพิ่มมาก เพื่อป้องกัน
- ดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ เพื่อป้องกันอาการท้องผูก

การป้องกันโรคฝีคัณฑสูตร

- ใช้น้ำล้างก้นและใช้ทิชชูที่อ่อนนุ่มในการทำความสะอาดหลังอุจจาระเสมอ เพื่อป้องกัน
- รักษาความสะอาดบริเวณปากทวารหนักเสมอ และควรล้างให้สะอาดทุกครั้งหลังการอุจจาระ เพื่อป้องกัน ในบริเวณปากทวารหนัก และล้างทวารหนักก่อนนอน
- เมื่อมีแผลบริเวณปากทวารหนัก ควรรีบพบแพทย์เพื่อการรักษาแต่เนิ่นๆ ไม่ปล่อยให้แผลเรื้อรังจนเกิดเป็นหนอง