บทที่ 10

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาการขับถ่าย

Ulcerative colitis ,CA colon, anal fistula, hemorrhoid

อาจารย์จุฑารัตน์ ผู้พิทักษ์กุล

วัตถุประสงค์

1. นักศึกษาสามารถบอกความหมาย กายวิภาคและสรีรวิทยาของ การขับถ่ายได้อย่างถูกต้อง

2. นักศึกษาสามารถบอกถึงลักษณะและสาเหตุของความผิดปกติของ การขับถ่ายอุจจาระที่เกิดขึ้น จากUlcerative colitis ,CA colon, anal fistula, hemorrhoid ได้อย่างถูกต้อง

3. นักศึกษาสามารถประเมินผู้ป่วย Ulcerative colitis ,CA colon, anal fistula, hemorrhoid ได้อย่างถูกต้อง

4. นักศึกษาสามารถวางแผนการพยาบาลผู้ป่วย Ulcerative colitis ,CA colon, anal fistula, hemorrhoid ได้อย่างถูกต้อง

กายวิภาคและสรีรวิทยาของการขับถ่ายอุจจาระ

การขับถ่ายอุจจาระ เป็นระบบขับถ่ายของเสียทางลำไส้ มี ความสัมพันธ์ต่อเนื่องโดยตรงกับระบบทางเดินอาหารส่วนต้น นับตั้งแต่ อวัยวะในช่องปาก ซึ่งประกอบด้วย ฟัน ลิ้น และต่อมน้ำลาย สำหรับบดเคี้ยว อาหารให้ ย่อยง่ายขึ้น ลิ้นช่วยรับรสอาหารและคลุกเคล้าอาหารเข้ากับ น้ำลาย ซึ่งเป็นน้ำย่อยชนิดหนึ่ง ทำให้อาหารอ่อนนุ่ม ผ่านหลอดอาหารลง สู่กระเพาะไปยังลำไส้เล็กได้สะดวก ณ ที่นี้อาหารจะถูกย่อยและดูดซึมกาก อาหารและน้ำย่อยที่เหลือจะผ่านลงสู่ลำไส้ใหญ่ ซึ่งมีความยาวประมาณ 5 ฟุต หรือ 1.56 เมตร มีความกว้างกว่าลำไส้เล็ก โดยเฉพาะลำไส้ใหญ่ส่วนที่ เป็นไส้ตัน (cecum) กว้างประมาณ 2.5 นิ้ว ลำไส้ใหญ่ตั้งต้นจากลำไส้เล็ก ส่วนปลาย (ileum) ไปจนถึงทวารหนัก (anus) ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ตอน ดังนี้

1. ไส้ตัน (Cecum) เป็นที่ตั้งต้นของลำไส้ใหญ่ ลักษณะเป็นกระพุ้ง ใหญ่ มีลิ้นซึ่งทำด้วยรอยพับของเยื่อบุลำไส้ (mucous membrane)

การควบคุมการหดตัวของกล้ามเนื้อหูรูด ileccecal valve นี้ถูก ควบคุมโดยรีเฟล็กซ์ (reflex) จากไส้ตัน เมื่อใดก็ตามที่ไส้ตันถูกดันให้ตึง หู รูดก็จะหดแรงขึ้น เป็นการถ่วงเวลาให้อาหารจากลำไส้เล็กส่วนปลายผ่าน ไป สู่ไส้ตันช้าลง รีเฟล็กซ์นี้อาศัยทางเดินประสาทของกลุ่มประสาทไมเอนเทอริก (myenteric plexus) นอกจากนั้น Viscero-Sympathetic reflex หลายอย่างที่เกิดจากการระคายของระบบทางเดินอาหารส่วนอื่น เช่น จากไตหรือจากเยื่อบุช่องท้องจะทำให้หูรูดหดตัวอย่างรุนแรง มีผลทำ ให้อาหารเคลื่อนผ่านทวารลำไส้ใหญ่ช้าไปหรือหยุดเลย ก็ได้

2. โคล่อน (Colon) เป็นส่วนที่ต่อจากไส้ตัน แบ่งออกเป็นตอน ๆ ดังนี้

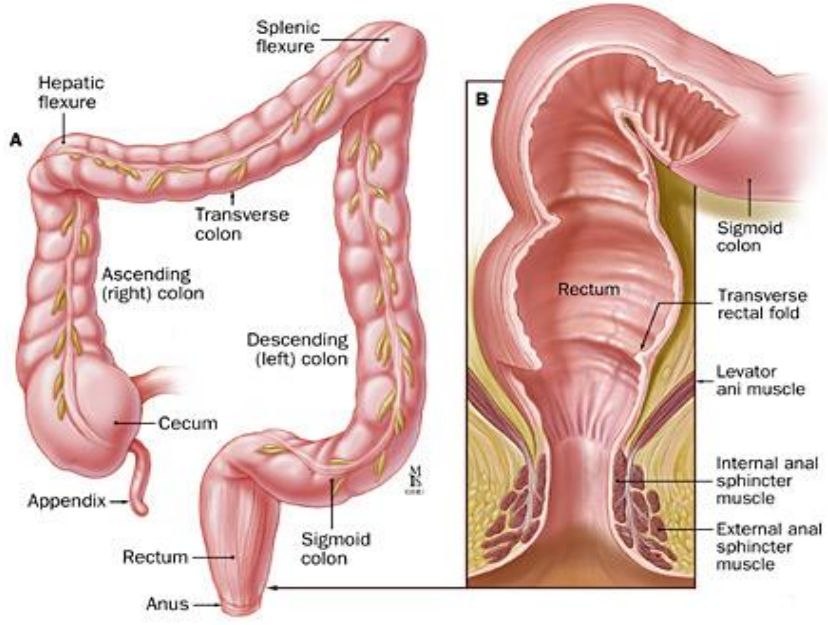
2.1 ลำไส้ใหญ่ส่วนขึ้น (Ascending colon); ลำไส้ใหญ่ที่ต่อจากไส้ตัน ทอดขึ้นข้างบนทางขวาของช่องท้องไปจนถึงพื้นล่างใต้ตับ

2.2 ลำไส้ใหญ่ส่วนขวาง (Transverse colon); ลำไส้ใหญ่ส่วนที่ทอด ขวางช่องท้องไปทางซ้าย แล้วโค้งไปใต้ปลายล่างของม้าม

2.3 ลำไส้ใหญ่ส่วนลง (Descending colon); ลำไส้ใหญ่ส่วนที่ทอดลงมา ข้างล่างซ้ายของช่องท้อง แล้วทอดโค้งคล้ายรูปอักษรตัวเอส (S) เรียกว่า Sigmoid colon

3. ไส้ตรง (Rectum) มีความยาวประมาณ 5 นิ้ว ตรงบริเวณส่วนล่าง มีลักษณะพองโตออกมามาก เพื่อเก็บอุจจาระไว้โดยมีลิ้นช่วยพยุงอยู่ ตำแหน่งที่ตั้งในเพศชายอยู่ข้างหลังกระเพาะปัสสาวะ ในเพศหญิงอยู่ข้าง หลังมดลูก

4. ท่อทวารหนัก (Anal canal) เป็นส่วนปลายล่างของลำไส้ใหญ่ ยาวประมาณ 1-1.5 นิ้ว มีช่องเปิดออกสู่ภายนอกเรียกว่า ปากทวารหนัก (anus) ที่ปากทวารหนักจะมีกล้ามเนื้อหุ้มล้อมเป็นวงอยู่โดยรอบ 2 วง วง ในเรียกว่า หูรูดชั้นใน (internal anal sphincter) วงนอกเรียกว่าหูรูด ชั้นนอก (external anal sphincter) กล้ามเนื้อเหล่านี้มีหน้าที่สำหรับเปิด ให้อุจจาระผ่านออกไปแล้วปิดอย่างเดิม



รูปที่ 1: ลำไส้ใหญ่

ลำไส้ใหญ่ประกอบด้วย 4 ชั้น คือ

1. Serous cost เป็นชั้นนอกหุ้มอยู่เป็นตอน ๆ ในบางส่วนของลำไส้ใหญ่ เท่านั้น ส่วนของปากทวารหนักจะไม่มีชั้นนี้หุ้มอยู่

2. Muscular cost เรียงกันอยู่เป็น 2 ชั้น ชั้นในเรียงกันเป็นวงโดยรอบ (circular layer) ชั้นนอกทอดไปตามยาว แต่รวมแยกกันเป็น 3 แถบ ตั้งต้น จากไส้ตันจนถึงส่วนต้นของไส้ตรง เรียกว่า taeniae coli ซึ่งอาจมองเห็น ด้วย ตาเปล่า ผนังลำไส้ใหญ่ จะเห็นโป่งเป็นกระพุ้งเป็นระยะ ๆ เรียกว่า succulation

3. Submucous cost

4. Mucous cost เป็นชั้นในสุด ไม่มี villi หรือ circular folds มีแต่ intestinal glands ซึ่งจะขับเมือก (mucous) ออกมาเป็นจำนวนมาก

ที่บริเวณลำไส้ใหญ่จะไม่มีการสร้างเอ็นไซม์ (enzyme) จะมีแต่ เฉพาะเซลล์เยื่อเมือกที่บุผนังลำไส้ใหญ่เท่านั้นที่สร้างน้ำเมือกออกมาเป็น จำนวนมาก มีลักษณะข้น ฤทธิ์เป็นด่าง pH 8-8.4 ทำหน้าที่หล่อลื่นกาก อาหารให้เคลื่อนที่ผ่านไปได้สะดวก การที่ลำไส้ใหญ่ไม่มีเอ็นไซม์ เนื่องจากอาหารที่ผ่านกระเพาะมาถึงลำไส้ใหญ่นั้น ส่วนใหญ่จะเป็นกาก อาหารที่เหลวและไม่ย่อยแล้ว แต่ยังมีส่วนที่เป็นน้ำและเกลือแร่มาก

เส้นประสาท (nerves) ที่มาสู่ลำไส้ใหญ่ คือ เส้นประสาทอัตโนมัติที่ แยกมาจาก Mesenteric plexus และ Hypo-gastric plexus

หลอดโลหิตที่มาสู่ลำไส้ใหญ่ คือ แขนงของ Superior mesenteric artery และ Inferior mesenteric artery นอกจากนี้ในส่วนของไส้ตรงยัง ได้รับโลหิตมาจากแขนงของ Hypogastric arteries

การขับกากอาหารของลำไส้ใหญ่

เมื่อมีอาหารในลำไส้ใหญ่ ลำไส้ใหญ่จะเกิดการหดตัวแบบต่าง ๆ เช่นเดียวกับลำไส้เล็กได้แก่

- Haustral churning เป็นการเคลื่อนไหวของลำไส้ใหญ่ที่ทำให้ chyme ถูกผลักไปและกลับทำให้กากอาหารจับเป็นก้อน และน้ำถูก ดูดซึมก่อน
- Peristalsis movement เป็นการเคลื่อนไหวแบบบีบไล่ ทำให้กาก อาหารเคลื่อนที่ไปข้างหน้า
- Mass movement เป็นการเคลื่อนไหวแบบบีบไล่รุนแรง ทำให้กาก อาหารเคลื่อนที่ได้มาก เกิดขึ้น 2-3 ครั้งภายใน 1 ชั่วโมง หลังการ รับประทานอาหาร กากอาหารจะถูกขับเคลื่อนไปเก็บไว้ที่ลำไส้ใหญ่ส่วนลงที่เรียกว่า sigmoid colon และเมื่อมีกากอาหารบางส่วนเคลื่อนลงไปในลำไส้ตรง พร้อมที่จะขับออกทิ้งเป็นอุจจาระรีเฟล็กซ์นี้จะทำให้เกิดความรู้สึกอยาก ถ่ายอุจจาระตามมาด้วย

หน้าที่ของลำไส้ใหญ่

1. ดูดซึมน้ำและอิเล็คโตรลัยต์จากอาหารที่ถูกย่อยแล้ว เช่น โซเดียม และเกลือแร่อื่น ๆ ทีเหลืออยู่ในกาก อาหาร รวมทั้งวิตามินบางอย่างที่สร้างจากแบคทีเรีย ซึ่งอาศัยอยู่ใน ลำไส้ใหญ่ ได้แก่ วิตามินบี รวมวิตามิน K ด้วยเหตุนี้จึงเป็นหนทางสำหรับให้น้ำ อาหารและยาแก่ ผู้รับบริการทางทวารหนักได้

2. ถ่ายระบายกากอาหาร (Waste product) ออกจากร่างกาย

3. ทำหน้าที่เก็บอุจจาระไว้จนกว่าจะถึงเวลาอันสมควรที่จะถ่ายออกนอก ร่างกาย

ปกติอุจจาระหนึ่งในสี่ส่วนจะแข็งและสามในสี่ส่วนจะเป็นน้ำ ส่วนที่เป็น น้ำหนักอุจจาระประมาณ 30% เป็นแบคทีเรียที่ตายแล้ว และ 70% เป็น

ลักษณะปกติของอุจจาระ (Normal Characteristics of stool)

1. ปริมาณ: ปกติมีหลายแบบ ขึ้นอยู่กับปริมาณและประเภทของอาหารที่กิน , อาหารกากใยสูงเพิ่มปริมาณอุจจาระถ้าถ่ายเหลวจำนวนมาก แสดงว่า ลำไส้ใหญ่ส่วนต้นมีปัญหา, อุจจาระบ่อยและปวดทันทีทันใด อาจเกิดความ ผิดปกติบริเวณลำไส้ขาลง (Descending) และของไส้ตรง

2. สี: ปกติเด็กเล็ก สีเหลือง ผู้ใหญ่สีน้ำตาล สิ่งที่ควรคำนึงถึงในการสังเกต ได้แก่ สีน้ำตาลเกิดจาก Stercobilin ซึ่งเป็นส่วนของ Bile pigment ที่สร้าง ในลำไส้, ในเด็กเล็กการเคลื่อนไหวลำไส้เร็วอุจจาระจึงมีสีเหลือง, สีของ อุจจาระขึ้นกับชนิดของอาหารที่กิน, การขาดน้ำดีทำให้อุจจาระเป็นสีขาวหรือสีเทา, อาหารบางอย่างเพิ่มสีของอุจจาระ, การมีเลือดออกในทางเดิน อาหารส่วนต้นอุจจาระเป็นสีดำ , การมีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วน ปลายอุจจาระจะมีเลือดสดปน

3. ความนุ่ม: ปกติ นุ่มกึ่งแข็ง เป็นก้อน สิ่งที่ควรคำนึงในการสังเกตได้แก่ ความนุ่มขึ้นกับสารน้ำอาหารที่รับประทานและการเคลื่อนไหวของ กระเพาะอาหารและลำไส้, ระยะเวลาที่กากอาหารอยู่ในลำไส้ ถ้าไม่นาน อุจจาระจะนุ่มและค่อนข้างเหลว

4. รูปร่าง: ปกติมีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 1 นิ้ว รูปร่างคล้ายท่อ ของลำไส้ สิ่งที่ควรคำนึงในการสังเกตได้แก่ การอุดตันของกระเพาะ อาหารและลำไส้ทำให้ช่องทางหรือท่อตีบแคบลง อุจจาระรูปร่างผอมคล้าย ดินสอ, การเคลื่อนไหวของลำไส้ที่เร็วอุจจาระจะมีลำเล็ก, ถ้าอุจจาระค้าง ในลำไส้นานอุจจาระแข็งคล้ายก้อนหิน

5. จำนวนครั้ง: ปกติมีความแตกต่างกัน สิ่งที่ควรคำนึงในการสังเกตได้แก่ เด็กที่เลี้ยงด้วยนมแม่ขับถ่าย 6-8 ครั้งต่อวัน, เด็กที่เลี้ยงด้วยนมผสม ขับถ่าย 1-3 ครั้งต่อวัน, ผู้ใหญ่ 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์, การขับถ่ายมากครั้ง อาจเกิดจากการเคลื่อนไหวของลำไส้มากกว่าปกติ

6. องค์ประกอบอื่นๆ: กากที่เหลือจากการย่อย สิ่งที่ควรคำนึงในการสังเกต ได้แก่ มีเลือดปนออกมาในอุจจาระ การอักเสบและการติดเชื้อทำ ให้ องค์ประกอบผิดไปจากปกติ เช่น หนอง เลือด ไขมัน พยาธิ ไข่พยาธิ และ เมือก

ความผิดปกติของการขับถ่ายอุจจาระ

ภาวะท้องผูก (Constipation)

ท้องผูกเป็นปัญหาที่พบได้บ่อย เกิดจากการที่ลำไส้มีการเคลื่อนไหว ลดลง เมื่อมีอาการท้องผูก อุจจาระ แห้งแข็ง อัดแน่น การเคลื่อนไหวของ อุจจาระ เป็นไปด้วยความยากลำบาก ทำให้ไม่มีการถ่ายอุจจาระตามปกติ หรือการมีอุจจาระค้างอยู่ในลำไส้ใหญ่ มีอาการถ่ายลำบากเวลาถ่ายใช้ เวลาเบ่งมาก และอาจมีอาการปวดท้อง แน่นอึดอัดท้อง (abdominal distention) ร่วมด้วย อาจกล่าวได้ว่าถ้าถ่าย

อุจจาระน้อยกว่า 3 ครั้ง/ อาทิตย์ ถือว่าท้องผูก แต่ถ้าถ่ายอุจจาระสะดวกคือ อุจจาระนิ่ม ๆ แต่ถ่ายวัน เว้นวัน ถือว่าปกติ อาการท้องผูกพบมากในผู้สูงอายุ ซึ่งนิสัยการถ่าย อุจจาระจะไม่เหมือนกันในแต่ละคน และอาจจะแตกต่างกันในแต่ละเวลาใน คนคนเดียวกันได้

อุจจาระอัดแน่น (Fecal impaction)

เป็นการอัดแน่นของอุจจาระ และกากอาหารในลำไส้ส่วน Sigmoid และลำไส้ตรง อุจจาระจะจับเป็นก้อน ไม่สามารถขับออกได้ มักพบในผู้ป่วย ไม่รู้สึกตัว สับสน ไม่สามารถบอกการขับถ่ายได้ ประเมินได้จากการไม่ ขับถ่ายอุจจาระมากกว่า 2-3 วัน ไม่มีความรู้สึกอยากขับถ่ายอุจจาระ ถ่าย อุจจาระเหลว/ไหลซึมออกมาเอง คลำบริเวณหน้าท้องด้านล่างซ้าย ได้ลำ ก้อนอุจจาระ และตรวจทางทวารหนักคลำได้ก้อนอุจจาระแข็ง อาการอื่นๆ เช่น ท้องอืด ปวดท้องแน่นบริเวณไส้ตรง/ทวารหนัก

ท้องร่วงหรือท้องเสีย (Diarrhea)

สาเหตุเกิดจากการติดเชื้อในทางเดินอาหาร มีพยาธิ ความเครียด การแพ้อาหาร ยา พยาธิสภาพการผ่าตัด อาการที่พบได้แก่ ถ่ายจำนวน

การกลั้นอุจจาระไม่ได้ (Incontinence)

การไม่สามารถควบคุมอุจจาระและแก๊สได้ สาเหตุเกิดจากความ ผิดปกติของการควบคุมกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนัก เช่น การถ่ายอุจจาระบ่อย , อุจจาระเหลวมาก, ความผิดปกติของประสาทไขสันหลัง สมอง กล้ามเนื้อ

การมีแก๊สหรือลมในลำไส้ (Flatulence)

เกิดจากอากาศที่กลืนเข้าไปหรือการย่อยสลายกากอาหารในลำไส้ ใหญ่ เกิดวันละ 1ลิตร จะถูกดูดซึมบางส่วน และเรอ (belching) และผาย ลม (passing of flatus) สาเหตุที่พบมักเกิดจาก ลำไส้มีการอักเสบ , ลำไส้ ไม่มีการเคลื่อนไหวจากการ ได้รับยาสลบ ยาชา หลังผ่าตัดช่องท้อง

ริดสีดวงทวาร (Hemorrhoid)

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

การประเมินปัจจัยพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับการถ่ายอุจจาระ (Guidelines for bowel assessment)

1. การซักประวัติ ควรมีการพูดคุยซักถามผู้ป่วยเกี่ยวกับแบบแผนการ ดำเนินชีวิต การขับถ่ายอุจจาระดังนี้

1.1 สอบถามเกี่ยวกับ การขับถ่ายอุจจาระ ระยะเวลาของการขับถ่ายในช่วงที่ไม่ใช้สิ่งกระตุ้น การขับถ่าย เช่น การดื่มกาแฟ การรับประทานอาหารเช้า การใช้ยาระบาย เป็นต้น

1.2 สอบถามที่เกี่ยวกับการใช้ระบายยาเหน็บ การสวนอุจจาระ

1.3 ประเมินการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับลักษณะของอุจจาระที่เกี่ยวข้องกับ ภาวะท้องเสีย ท้องผูก การเปลี่ยนแปลงรูปร่างสีและกลิ่นของอุจจาระ

1.4 ประเมินสุขนิสัยในการรับประทานอาหาร รับประทานอาหารที่มีกาก หรือไม่ ดื่มเครื่องดื่มที่มีประโยชน์ต่อร่างกายหรือไม่

1.5 มีการออกกำลังกายมากน้อยเพียงใด

1.6 ใช้ยาเมื่อเกิดภาวะท้องผูกหรือทำให้เกิดภาวะท้องเสียหรือไม่

1.7 มีโรคเรื้อรังที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะท้องผูกหรือท้องเสียหรือไม่

1.8 เคยพบว่ามีพยาธิออกมากับอุจจาระหรือไม่

1.9 เกิดภาวะท้องเสียภายหลังดื่มนมหรือผลิตภัณฑ์จากนม ซึ่งอาจเกิดจาก ขาดเอ็นไซม์ย่อมแลคโตส (lactose intolerance)

1.10 เกิดภาวะท้องเสียภายหลังรับประทานผลิตภัณฑ์ที่ทำมาจากข้าวสาลี ซึ่งอาจเป็นเพราะขาดเอ็นไซม์ย่อยพวกข้าวสาลี (sprue intolerance)

1.11 ประวัติการแพ้อาหารเช่น รับประทานอาหารรสจัดให้เกิดอาการปวด ท้อง หรือท้องเสีย

1.12 มีประวัติกลั้นอุจจาระไม่อยู่จากภาวะพร่องของระบบประสาท หรือ อัมพาต

2. การประเมินสภาพร่างกาย (Physical assessment)

2.1 สังเกต รูปร่างของหน้าท้องเมื่อผู้ป่วยอยู่ในท่านอนหงาย

2.2 ฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ (Bowel sound)

2.3 เคาะหาเสียงแก๊สภายในลำไส้

2.4 คลำอย่างเบามือหาก้อนหรืออาการกดเจ็บรอบ ๆ หน้าท้อง

3. การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing diagnosis)

เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลจากการประเมิน การวินิจฉัยการพยาบาล อาจ เขียนได้ดังนี้

1. ท้องผูกเนื่องจากมีการเคลื่อนไหวของลำไส้น้อย

2. ท้องเสียเนื่องจากแพ้อาหารบางชนิดที่รับประทาน

3. มีการกลั้นอุจจาระไม่อยู่ เนื่องจากกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักควบคุมไม่ได้

4. ปวดเนื่องจากมีอาการไม่สุขสบาย ในท้อง

5. การดูแลตนเองบกพร่อง เนื่องจากสุขภาพไม่แข็งแรง

6. มีผลกระทบต่อภาพลักษณ์ (body image) เนื่องจากการกลั้นอุจจาระ ไม่ได้ หรือมีการเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้อง

7. ขาดความรู้ เนื่องจากเกิดภาวะท้องผูกจากการรับประทานอาหารที่มีกาก น้อย ซึ่งการวินิจฉัยการพยาบาลจะเขียนสมบูรณ์มากขึ้น เมื่อมีข้อมูล สนับสนุนที่เป็นเหตุปัจจัยของผู้ป่วยแต่ละคน

โรคลำไส้ใหญ่อักเสบ (ulceratirv colitis)

โรคลำไส้ใหญ่อักเสบ เป็นการเกิดการอักเสบของบาดแผลที่เกิดขึ้นที่ส่วน mucosa ของ colon และทวารหนัก (rectum) มักพบมากในผู้ที่มีอายุระหว่าง 30 – 50 ปี และมักจะก่อให้เกิดมะเร็งของลำไส้ได้บ่อย (Suzamne, 2000)

พยาธิสภาพ

การอักเสบจะเกิดขึ้นบริเวณ mucosa ส่วนบนของ colon ซึ่งมักจะเกิดหลายแผล และมีเลือดออกจากบริเวณอักเสบและจะพบเซลเม็ดเลือดขาวจำนวนมาก ถ้าการอักเสบกินบริเวณกว้างจะทำให้เกิดการบวมและมีการหนาตัวของผนังลำไส้ ซึ่งทำให้ท่อของลำไส้แคบลงพื้นที่ในการดูดซึมจะลดลง

อาการและอาการแสดง

โดยส่วนใหญ่อาการของโรคจะมีทั้งช่วงสงบของโรคและระยะอาการกำเริบ ซึ่งอาการที่พบจะเป็นอาการแสดงของการมีบาดแผลบริเวณลำไส้ กล่าวคือมีอาการถ่ายเหลว ปวดท้อง มีเลือดออกทางทวารหนัก น้ำหนักตัวลดลง มีไข้ อาเจียน ขาดน้ำ ซีด

การรักษา Inflammatory bowel disease

จุดประสงค์หลักคือลดหรือกำจัดการอักเสบ, ลดหรือกดการทำงานที่ไม่พึงประสงค์ของระบบภูมิคุ้มกันและให้ลำไส้ได้พักเพื่อการหายของแผล

1. ดูแลให้งดอาหาร / น้ำทางปาก
2. ให้สารน้ำทดแทนทางหลอดเลือดดำ / ให้สารอาหาร High – protein, high – calorie, vitamin
3. แนะนำหลีกเลี่ยงอาหารที่อาจทำให้ถ่ายเหลว เช่น นม
4. ให้ยา antidiarrhea, antiperistaltic drugs
5. ให้ Sulfonamides (Azulfidine) หรือ sulfisoxazole (Gantrisin) เพื่อต้านการอักเสบ
6. ให้ antibiotics (กรณีพบมี abscess, peritonitis)
7. ACTH (adrenocorticrotropic hormone) และ corticosteroids ก็อาจได้ผลในการรักษาacute inflammatory bowel disease

การรักษาโดยการผ่าตัด (surgical management)

เมื่อการรักษาอย่างอื่นล้มเหลว การผ่าตัดก็จะเป็นทางเลือกเพื่อลดความรุนแรงของโรค ที่นิยมทำคือ

1. Total colectomy with ileostomy

2. segmental colectomy (removal of segment of the colon) with anastomosis (joining of the remaining portion of the colon)

3. subtotal colectomy (ตัดส่วน colon เกือบหมด) with ileorectal anastomosis (ต่อ ileum กับ rectum)

4. Total colectomy with ileoanal anastomosis

แต่ก็มีรายงานว่า มีการกลับเป็นซ้ำอีกหลังผ่าตัด ซึ่งพบได้ ร้อยละ 20 – 40 ภายใน 5 ปี

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและการพยาบาล

1. **การเปลี่ยนแปลงของภาวะโภชนาการ** (ได้รับสารอาหารและน้ำน้อยกว่าที่ร่างกายต้องการ เนื่องจากการบีบตัวของลำไส้มากเกินและการดูดซึมที่ลำไส้ลดลง มีอาการท้องเสีย คลื่นไส้ และมีอาการปวดท้อง)

เหตุผล

ภาวะขาดสารอาหารเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยเหล่านี้ เกิดจากได้รับอาหารน้อย ร่างกายมีความต้องการสารอาหารเพิ่มขึ้น มีการสูญเสียเพิ่มขึ้นจากอุจจาระและอาเจียนทำให้เสียน้ำและเกลือแร่ เป็นผลให้กล้ามเนื้อลีบและบวม การดูดซึมสารอาหารลดลงเนื่องจากการเกิดโรคที่รุนแรงขึ้น หรือการติดเชื้อแบคทีเรียร่วมด้วย จะมีการสูญเสียวิตามินที่ละลายได้ในไขมันทั้งหมด เช่น วิตามินเอ, ดี, อี และ เค การสูญเสียวิตามินเค เป็นเหตุให้ผู้ป่วยมีการตกเลือดมากขึ้น

การจำกัดอาหารเพื่อแก้ไขอาการปวดท้องและท้องเดิน การให้ยาฆ่าเชื้อยาลดการอักเสบเป็นสาเหตุที่ทำให้เบื่ออาหารและปากอักเสบ (stomatitis) ได้ โดยเฉพาะปัญหาโภชนาการและปัญหาเกี่ยวกับการเผาผลาญ เกิดขึ้นจากการที่มีการดูดซึมวิตามินบี 12 และแร่ธาตุอื่น ๆ ลดลง เช่น สังกะสี แคลเซียม แมกนีเซียม และการดูดซึมกลับของเกลือน้ำดีลดลงเช่นกัน

จุดประสงค์ : ผู้ป่วยได้รับสารอาหารและน้ำเพียงพอตามความต้องการของร่างกาย

เกณฑ์การประเมินผล

1. น้ำหนักตัวไม่ลดลงและเพิ่มขึ้น
2. ค่าฮีมาโตคริทเพิ่มขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความรุนแรงของภาวะขาดสารอาหาร เช่น ภาวะซีด บวม อาการอ่อนเพลีย ระดับฮีมาโตคริท (Hct.) โปรตีนในเลือด

2. ให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำทั้งหมด (Total parenteral nutrition) ในผู้ป่วย

ก. ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา

ข. เตรียมผ่าตัด

ค. มีการผ่าตัดลำไส้

เพื่อให้ลำไส้ได้พักโดยกำจัดสารที่จะกระตุ้นการหลั่งสารจากทางเดินอาหาร และไม่ทำให้เกิดก้อนอุจจาระเพิ่มน้ำหนัก มีความสมดุลของไนโตรเจน (positive nitrogen balance) และสามารถทำให้โรคสงบลงชั่วคราว แต่การให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำทั้งหมดได้ผลในลำไส้เล็กอักเสบ มากกว่าลำไส้ใหญ่อักเสบ

3. เมื่อผู้ป่วยได้รับสารน้ำและอาหารทางปากได้ตามปกติ ควรให้อาหารที่ไม่ระคายเคืองและมีแคลอรี่ โปรตีน และเกลือแร่สูง ยกเว้น โกโก้ ช็อคโกเลท น้ำมะนาวและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ อาหารที่จัดให้ควรเป็นอาหารที่คุณภาพสมบูรณ์และไม่มีกากไขมันต่ำ การย่อยส่วนใหญ่จะอยู่บริเวณลำไส้เล็กส่วนเจจูนัม (Jejunum.) ให้จำนวนน้อยแต่เพิ่มจำนวนมากในแต่ละมื้อ อาหารนม ของมัน ของทอด เครื่องเทศ อาหารรสจัด ควรหลีกเลี่ยงอาหารควรเป็นอาหารอ่อน มีกากน้อย

4. ผู้ป่วยที่มีภาวะซีดจากการขาดวิตามินบี 12 และการเสียเลือด การสูญเสียธาตุเหล็ก ซึ่งเกิดจากการรักษาโดยใช้ยาซัลฟาซาลาซีน (Sulfasalazine) ป้องกันโดยการให้ผู้ป่วยได้รับอาหารที่มีโฟเลท เช่น ตับสัตว์ ถั่วเมล็ดต่าง ๆ หรือให้โฟริคแอซิด (Folic acid) แทน

5. ทำความสะอาดช่องปากให้สะอาดอยู่เสมอ เพื่อป้องกันอาการคลื่นไส้ อาเจียน

6. ชั่งน้ำหนักตัว สัปดาห์ละ 2 ครั้ง เพื่อประเมินภาวะโภชนาการที่เปลี่ยนแปลง

7. บันทึกจำนวนสารน้ำที่ร่างกายได้รับและสูญเสียทุกวัน

2. มีภาวะของปริมาณสารน้ำในร่างกายลดลง เนื่องจากการคลื่นไส้ อาเจียน ตกเลือดในทางเดินอาหาร และท้องเดิน

เหตุผล

ผู้ป่วยลำไส้อักเสบ จะมีอาการท้องเดินได้ร้อยละ 65 – 95 มีอาการ อาเจียนได้ถึงร้อยละ 15 – 35 นอกจากนี้ยังมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ดังนั้น ผู้ป่วยจะสูญเสียปริมาตรน้ำออกจากร่างกายได้มาก โดยเฉพาะระยะเฉียบพลัน (Exacerbation)

เกณฑ์การประเมินผล

1. ชีพจรอยู่ในระดับปกติ
2. ปัสสาวะอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่น้อยกว่า 30 มิลลิลิตร / ชั่วโมง
3. ระดับฮีมาโตคริท ไม่ต่ำกว่า 27% เยื่อบุตาขาว เล็บมีสีชมพู

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินภาวะขาดน้ำ ดูผิวหนังและเยื่อบุ ริ้วรอยของผิวหนังที่แห้ง
2. บันทึกจำนวนน้ำที่ร่างกายได้รับและเสียไป (Flow sheet)
3. ชั่งน้ำหนักตัวทุกวัน เพื่อประเมินสภาวะขาดน้ำ
4. ให้สารน้ำและเกลือแร่ทดแทนทางหลอดเลือดดำอย่างรีบด่วนในระยะเฉียบพลันหรือถ้ากินอาหารได้ ไม่คลื่นไส้ อาเจียน ให้ผู้ป่วยดื่มน้ำเกลือแร่ทดแทน
5. ติดตามผลฮีมาโตคริท ถ้าลดลงอย่างรวดเร็วรายงานแพทย์ เพื่อพิจารณาให้เลือดทดแทน
6. สวนคาสายสวนปัสสาวะ เพื่อติดตามผลปริมาณปัสสาวะแต่ละชั่วโมง

3.ไม่สามารถมีกิจกรรมได้ตามปกติเนื่องจากร่างกายต้องได้รับการพักผ่อน เพื่อลดการเคลื่อนไหวของลำไส้

เหตุผล

การพักผ่อนมีความสำคัญ ผู้ป่วยจะได้รับการพักผ่อนมากหรือน้อย อาศัยอาการเป็นหลัก ถ้าอาการกำเริบ (Exacerbation) ถ้าไม่รุนแรง การหยุดงานหรือพักผ่อนอาจทำให้หายเร็วขึ้น ถ้าอาการรุนแรงขึ้นอย่างรวดเร็ว จำเป็นต้องรับไว้ในโรงพยาบาล

จุดประสงค์ : ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือให้ได้รับสุขวิทยาส่วนบุคคลตามปกติ

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนและสุขสบายขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยถึงความจำเป็นในการที่ต้องพักผ่อน

2. ถ้าผู้ป่วยมีไข้ มีพิษในกระแสเลือด (Toxemia) ขับถ่ายบ่อยครั้ง ตกเลือดหรือปวด ให้ผู้ป่วยพักผ่อนบนเตียง
3. ถ้าผู้ป่วยในระยะเฉียบพลัน อ่อนเพลียมาก อาจต้องช่วยเหลือผู้ป่วยในขณะขับถ่าย เสริฟหม้อนอน หรือวางหม้อนอนไว้ใกล้ ๆ หยิบใช้ได้สะดวก
4. ช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน โดยเฉพาะความสะอาดการขับถ่ายผู้ป่วย ลำไส้ใหญ่อักเสบบางคนอาจจะมีฝี หรือฝีคัณฑสูตร หรือรอยแตก (Fissure) บริเวณทวารหนัก จะทำให้ผู้ป่วยมีสิ่งขับหลั่งและไม่สุขสบาย อาการท้องเดินทำให้โรครุนแรงขึ้น พยาบาลควรช่วยเหลือผู้ป่วยโดยทำความสะอาดและเช็ดให้แห้งทุกครั้งที่ขับถ่าย การประคบน้ำอุ่น (warm compresses) จะทำให้แผลหายเร็ว ฝีบริเวณทวารหนักจะหายได้เร็ว ถ้าอาการท้องเดินหาย ภาวะโภชนาการดีขึ้น

4. **มีการเปลี่ยนแปลงของการขับถ่าย ท้องเดินเนื่องจากมีการอักเสบของลำไส้**

เหตุผล

ที่ลำไส้มีการอักเสบจะมีการล้มเหลวของเยื่อบุลำไส้ (colonic mucosa) ในการดูดกลับน้ำและเกลือแร่ น้ำดีและแลคโตส ซึ่งรบกวนในการควบคุมการขับถ่าย เมื่อโรคลุกลามเข้าไปในลำไส้ใหญ่จะทำให้มีผลทำให้ท้องเดินอย่างรุนแรง

จุดประสงค์ : อาการท้องเดินลดลง

เกณฑ์การประเมินผล

จำนวนการขับถ่ายอุจจาระลดลง

กิจกรรมการพยาบาล

1. บันทึกจำนวนครั้งของการขับถ่ายอุจจาระ สังเกตลักษณะ สี และการมีเลือดปน

2. ให้ยาตามแผนการรักษา เช่น ยาต้านท้องเดิน (antidiarrheal) เช่น โลเปราโมค์ ไฮโดรครอไรด์ (Loperamide hydrochloride) ซึ่งดีกว่าไดเฟน ออกซัยเลท (Diphenoxylate) เพราะทำให้อุจจาระรวมตัวเป็นก้อน แต่ก็ต้องระวังโอกาสที่จะเกิดลำไส้อุดตัน (Intestinal obstruction) หรือลำไส้โป่งพอง (Toxic megacolon) อาจจะให้ยาลดการบีบตัวของกล้ามเนื้อ (Antispasmodic) เช่น เบลลาดอนนา (Belladonna) โปรแพนเทรีน โปรไมด์ (Propantheline bromide) อาจจะลดอาการปวด (Prandial pain) และอาการท้องเดิน

3. ให้ยาซัลฟาซาลาซีน (Sulfasalazine) ตามแผนการรักษาฤทธิ์ของยายังไม่ทราบ ระวังอาการข้างเคียงของยา เช่น อาการปวดศีรษะ, อ่อนเพลีย มึนงง ปวด (aching) ปวดท้อง (epigastric distress) เก็บกด (depression) คลื่นไส้และอาเจียน

4. ให้อาหารทางหลอดเลือดดำ (parenteral hyperalimentation) ตามแผนการรักษา เพื่อให้ลำไส้ได้พัก และยังมีผลให้การสร้างภูมิคุ้มกันโรค มีความต้านทานโรคเพิ่มขึ้นแก้ไขภาวะโภชนาการและช่วยลดอาการบวมและอักเสบของลำไส้ และติดตามระวังภาวะแทรกซ้อนจากการให้อาหารทางหลอดเลือดดำ

5. กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้รับอาหารและน้ำทางปาก เพราะการกินจะกระตุ้นรีเฟลกกระเพาะอาหารและลำไส้ทำให้เกิดถ่ายอุจจาระ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะไม่กล้ากินอาหาร ควรจะเป็นอาหารอ่อนย่อยง่ายเพื่อช่วยให้การดูดซึมได้ดีในขณะที่อาหารค้างอยู่ในลำไส้ในเวลาสั้น

6. แนะนำให้ผู้ป่วยดื่มน้ำมากกว่า 6 – 8 แก้วต่อวัน เพราะน้ำจะช่วยให้ลักษณะของอุจจาระนุ่ม ไม่ระคายเคืองลำไส้ และแก้ไขภาวะขาดน้ำ

7. หลีกเลี่ยงอาหารที่มีกากหรือเครื่องดื่มเย็น ๆ และดื่มน้ำระหว่างมื้ออาหาร งดเว้นอาหารที่ทำให้เกิดก๊าซ และระคายเคือง เช่น หอม กระหล่ำปลี หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ กาแฟ และคาร์โบไฮเดรตที่ย่อยยาก เช่น ถั่ว หลีกเลี่ยงนม และผลิตภัณฑ์ของนม

5. ผู้ป่วยและครอบครัวขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา การดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัด

เหตุผล

การขาดความรู้ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความวิตกกังวล กลัวการวินิจฉัยโรคการรักษาความรุนแรงของโรค ทำให้ไม่ร่วมมือในการวางแผนการดูแลตนเอง

จุดประสงค์ : ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ในการดูแลตนเอง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นได้อย่างมีความสุข
2. สามารถดูแลรูเปิดหน้าท้องด้วยตนเอง

กิจกรรมการพยาบาล

1. บอกผู้ป่วยถึงโรคที่เป็นอยู่ การดำเนินของโรค ภาวะแทรกซ้อน การปฏิบัติตนบอกถึงยาที่เขาได้รับ วิธีการให้ และขนาดที่ให้ และควรบอกอาการข้างเคียงของยาเพื่อที่ผู้ป่วยจะได้สังเกต ตนเองได้

2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม ทำความเข้าใจ และช่วยให้ผู้ป่วยตัดสินใจในการวางแผนการดูแลตนเอง ถ้าผู้ป่วยไม่พร้อมในการดูแลตนเอง พยาบาลควรจะสอนผู้ที่จะดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยลำไส้อักเสบในระยะเฉียบพลันต้องการได้รับการดูแลช่วยเหลือในโรงพยาบาล ถ้าอาการไม่รุนแรง ครอบครัวคนใกล้ชิด ศูนย์บริการสาธารณสุขในชุมชนสามารถดูแลได้ เช่น สถานีอนามัย โรงพยาบาล ชุมชน เป็นต้น

3. ผู้ป่วยเหล่านี้มักมีปัญหาทางด้านจิตใจ อาจมาจากปัญหาต่าง ๆ เช่น ปัญหาทางบ้าน ปัญหาครอบครัว ปัญหาเหล่านี้ควรหาทางช่วยเหลือ พูดคุยกับผู้ป่วยเพื่อหาต้นเหตุและแนะแนวทางที่จะลดความตึงเครียดเหล่านี้ เช่น เปลี่ยนงาน การบริหารกายการผ่อนคลาย (progressive relaxation) อาจปรึกษาจิตแพทย์เพื่อพิจารณาการรักษาทางจิต อาจใช้ยาสลบระงับ (tranquillizer) ถ้าจำเป็น

4. การผ่าตัด

4.1 การดูแลก่อนการผ่าตัด

เมื่อแพทย์เห็นความจำเป็นในการผ่าตัด ผู้ป่วยควรเข้าใจ วัตถุประสงค์ของการผ่าตัดและผลที่ได้รับ การปรับตัว ผู้ป่วยควรเข้าใจถึงเหตุผลของการเตรียมลำไส้ก่อนการผ่าตัด

4.1.1 พยาบาลบอกผู้ป่วยถึงขั้นตอนการผ่าตัดและผล

4.1.2 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดถึงความรู้สึกและให้ความมั่นใจแก่ผู้ป่วย

4.1.3 สอนผู้ป่วยให้ดูแลตนเอง ในรายที่ทำการผ่าตัด (ostomy) และสอนการดูแลช่องเปิดของลำไส้ (ostomy pouch)

4.1.4 ผู้ป่วยจำเป็นที่จะต้องรู้ถึงการตรวจวินิจฉัยของแพทย์การถ่ายรังสี การเจาะเลือด การตรวจปัสสาวะ และเจาะเลือดดูการทำงานของตับ การตรวจหาเอนติเจนต่อเซลมะเร็ง (Carcinoembryonic antigen : CEA Titer) เพื่อติดตามการเกิดหรือการแพร่กระจ่ายของมะเร็ง

4.1.5 เตรียมร่างกายก่อนการผ่าตัด โดยเฉพาะลำไส้อย่างน้อย 2 – 3 วัน โดยให้อาหารอ่อนและอาหารเหลวในระยะหลัง และให้ยาระบายและสวนอุจจาระตามแผนการรักษา ให้ยาปฏิชีวนะที่ไม่ดูดซึม เช่น นีโอมัยซิน (Neomycin) หรือคานามัยซิน (Kanamycin) เพื่อลดแบคทีเรียในลำไส้

4.2 การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด

4.2.1 ประเมินสภาพร่างกายและการเปลี่ยนแปลงเคมีในร่างกาย เช่น การถ่ายอุจจาระปัสสาวะ สมดุลของน้ำ เกลือแร่ การไหลเวียนของเลือด ความสุขสบาย ความเจ็บปวด ภาวะโภชนาการ การแลกเปลี่ยนก๊าซ การติดเชื้อ ตำแหน่งของรูเปิดลำไส้แผลผิวหนังรอบ ๆ

4.2.2 หลังผ่าตัดผู้ป่วยสวนคาสายยางจากจมูกสู่กระเพาะอาหารเพื่อป้องกันอาการคลื่นไส้และอาเจียน และการระคาย กดบนแนวผ่าตัดบริเวณหน้าท้อง ผู้ป่วยผ่าตัดลำไส้เล็กมาเปิดหน้าท้อง (ileostomy) หลัง 24 ชั่วโมง ลำไส้จะเริ่มทำงานควรสอนผู้ป่วยในการดูแลรูเปิด

4.2.3 หลังผ่าตัดผู้ป่วยที่มีรูเปิดลำไส้เล็กหน้าท้อง พยาบาลต้องสังเกตรูเปิด (stoma) สี ขนาด ชนิดของรูเปิด (loop or end) ตำแหน่งลักษณะของผิวหนังรูเปิดควรจะมีสีแดง บวมเล็กน้อย ถ้ามีสีอื่น เช่น น้ำเงินเข้มหรือดำ ขนาดของรูเปิดใหญ่ไปต้องรายงานแพทย์ เพราะว่ามีเอนไซม์มากเกินในถุง ถุงจะมีผิวหนังกั้นปิดไว้ ปากถุงจะเล็กกว่ารูเปิด (stoma) 1/8 นิ้ว อุจจาระเข้าไปสะสมอยู่ในถุง จะไม่รั่วออกมาระคายเคืองผิว จนกว่าจะมีจำนวนมากพอ ประมาณ 1/3 จะเต็มถึงจะสามารถรั่วและซึมออกมา ควรจะทำความสะอาดทันทีที่มีการรั่วซึมออกมาของอุจจาระ

4.3 ถ้าผู้ป่วยที่มีรูเปิดของลำไส้ที่หน้าท้อง พยาบาลควรจะประเมิน ความรู้ ความสามารถในการปรับตัว ความรู้สึก และเรื่องเพศสัมพันธ์ ช่วยผู้ป่วยในการดูแลตนเอง แก้ไขความรู้สึกสูญเสีย สนับสนุนให้มีชีวิตตามปกติ

4.4 ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้ ควรสอนผู้ดูแลในการเปลี่ยนถุง การทำความสะอาด จนกว่าผู้ป่วยพร้อมที่จะทำด้วยตนเองได้

4.5 ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ผู้ป่วยควรทำความสะอาดและเปลี่ยนถุงได้เอง สอบถามปัญหาต่าง ๆ ผู้ป่วยอาจจะเช็ดตัวหรืออาบน้ำขณะมีถุงหรือเอาถุงออกก็ได้

4.6 ให้ความมั่นใจแก่ผู้ป่วยถึงการมีกิจกรรมได้ตามปกติยกเว้นการยกของหนักมากกว่า 10 ปอนด์ หรือ 4 กิโลกรัม ควรหลีกเลี่ยง

4.7 ไม่มีอาหารเฉพาะโรค ให้ดื่มน้ำ 8 – 10 แก้วต่อวัน ดื่มน้ำที่สะอาดอาหารที่ควรระวัง คือ อาหารพวกถั่ว ข้าวโพด เห็ด อาหารพวกนี้จะทำให้มีการอุดตันรูเปิด ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อการขาดน้ำและเกลือแร่ เพราะการดูดซึมอาหารพวกนี้ในลำไส้ใหญ่ ซึ่งถูกตัดขาดไปต้องระวัง

4.8 เปลี่ยนถุงก่อนมีเพศสัมพันธ์ หรือสวมถุงคลุมเพื่อจะได้ไม่เห็น เพราะรูเปิดลำไส้หน้าท้องมีผลต่อจิตใจของผู้ป่วยขณะมีเพศสัมพันธ์ ความกลัวจะทำให้ผู้ป่วยลดกิจกรรมทางเพศ และความต้องการทางเพศ ในผู้ป่วยเหล่านี้ควรให้คำปรึกษา

4.9 การดูแลผิวหนังรอบ ๆ รูเปิด การดูแลผิวหนังเป็นเรื่องสำคัญ หลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้เกิดการระคายเคือง ระวังขณะการเปลี่ยนถุง ควรแกะออกช้า ๆ ด้วยความระมัดระวัง

ผู้ป่วยที่มีการอักเสบของลำไส้ หรือได้รับการผ่าตัดระบบทางเดินอาหารใช้เวลาเป็นเดือน เป็นปี หรือตลอดชีวิตจากปัญหาการดูดซึมของสารอาหารที่ไม่เพียงพอ อาจจะมีการวางแผนให้สารน้ำทางหลอดเลือดเมื่อกลับไปบ้าน ผู้ป่วยเหล่านี้ควรได้รับการสอนการดูแลตนเองจนกว่าจะสามารถดูแลตนเองได้ พยาบาลเยี่ยมบ้านควรติดตามให้คำแนะนำผู้ป่วยให้ดูแลตนเองได้และสนับสนุนการไม่พึ่งพาผู้อื่น

โรคฝีคัณฑสูตร (Anal fistula หรือ Fistula-in-ano)

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

สาเหตุหลักเกิดจากการเป็นฝี/แผลรอบๆทวารหนักมาก่อน ผู้ป่วยจะมีอาการปวดบริเวณแก้มก้นหรือขอบปากทวารหนัก มีน้ำเหลืองไหลออกจากรูที่ผิวหนัง หรืออาจเป็นหนองไหลออกมา มีการอักเสบของเส้นทางเชื่อมต่อนี้แบบเป็นๆ หายๆ การรักษาต้องอาศัยการผ่าตัด ซึ่งมีหลายวิธี
โรคฝีคัณฑสูตรพบได้ในทุกเชื้อชาติ โดยอัตราการเกิดโรคประมาณ 9 คนต่อประชากร 1 แสนคน เพศชายพบมากกว่าเพศหญิงประมาณ 2 เท่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะอยู่ในวัยกลางคนไปถึงจนถึงผู้สูงอายุ

ทวารหนักมีลักษณะอย่างไร

ทวารหนัก หรือ Anus หรือ Anal canal คือส่วนที่ต่อมาจากลำไส้ตรง (Rectum) ซึ่งเป็นส่วนปลายของลำไส้ใหญ่ (มีลักษณะตรง จึงได้ชื่อว่า ลำไส้ตรง) และเปิดออกสู่ภายนอก มีความยาวประมาณ 2-3 เซนติเมตร ประกอบไปด้วยชั้นเยื่อเมือกบุผิว (Mucosa) ชั้นใต้เยื่อเมือกบุผิว (Submucosa) และชั้นของกล้ามเนื้อ บริเวณรอยต่อของเยื่อบุผิวระหว่างทวารหนักและลำ ไส้ตรงนั้นเรียกว่า dentate line
ชั้นของกล้ามเนื้อที่อยู่รอบทวารหนักแบ่งออกเป็น 2 ชั้น คือชั้นหูรูดชั้นใน (Internal anal sphincter) และชั้นหูรูดชั้นนอก (External anal sphincter) กล้ามเนื้อของหูรูดชั้นในเป็นชนิดกล้ามเนื้อเรียบ (Smooth muscle คือ กล้ามเนื้อของอวัยวะภายใน) ซึ่งเราไม่สามารถควบคุมการทำงานได้ ส่วนกล้ามเนื้อของหูรูด

ชั้นนอกเป็นกล้ามเนื้อลาย (Striated muscle) ที่เราสามารถควบคุมการบีบหดตัวได้เมื่อต้องการจะถ่ายอุจจาระนั่นเอง

บริเวณทวารหนักจะมีต่อมที่ผลิตเมือก ซึ่งเอาไว้หล่อลื่นเวลาถ่ายอุจจาระ ต่อมเหล่านี้จะมีทั้งชนิดที่อยู่ในชั้นใต้เยื่อเมือกบุผิว และชั้นของกล้ามเนื้อหูรูด โดยต่อมจะอยู่ตรงบริเวณรอย ต่อระหว่างทวารหนักและลำไส้ตรง (Dentate line)

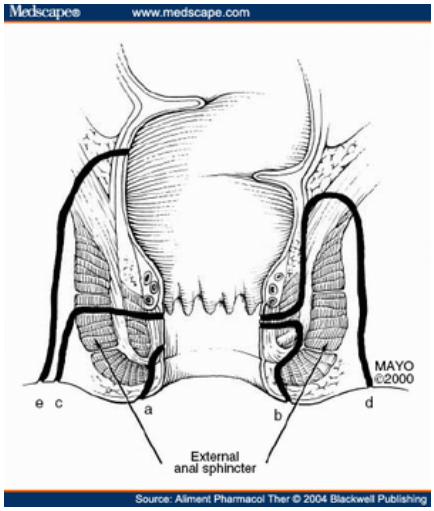
อะไรคือสาเหตุ/ปัจจัยเสี่ยงของโรคฝีคัณฑสูตร

สาเหตุหลักของการเกิดฝีคัณฑสูตร คือ เกิดจากการเป็นฝีหนอง โดยเริ่มจากต่อมผลิตเมือกของทวารหนักเกิดการอุดตัน ทำให้มีโอกาสเกิดการติดเชื้อตามมา เมื่อติดเชื้อก็จะเกิดการอักเสบ และพัฒนากลายเป็นฝีหนองในที่สุด หนองที่มีปริมาณมากขึ้นก็จะค่อยๆเซาะไปตามชั้นของกล้ามเนื้อของทวารหนัก ชั้นของเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง และชั้นของผิวหนังที่อยู่บริเวณรอบๆทวารหนัก จนกระทั่งแตกทะลุออกสู่ภายนอก กลายเป็นเส้นทางเชื่อมต่อระหว่างรูของทวารหนักกับผิวหนัง เรียกว่า Fistula

การศึกษาพบว่า หากมีฝีหนองเกิดขึ้นแล้ว โอกาสที่จะเกิดเป็นช่องทางเชื่อมต่อนั้นมีประมาณ 40-50% สาเหตุอื่นๆที่ทำให้เกิดเป็น Fistula นอกจากการเป็นฝีแล้ว ได้แก่เป็นโรคลำไส้อักเสบเรื้อรังชนิด Crohn disease แผลรอยแยกขอบทวารหนัก (แผลปริขอบทวารหนัก) การติดเชื้อเอชไอวี ติดเชื้อซิฟิลิส ติดเชื้อวัณโรค ติดเชื้อแบคทีเรียบางชนิด เช่น Actinomycosis หรือ Chlamydia เป็นโรคมะเร็งทวารหนัก หรือโรคมะเร็งผิวหนังบริเวณรอบปากทวารหนัก เคยได้รับการฉายรังสีรักษาบริเวณท้องน้อยและทวารหนัก (ผลข้างเคียงและวิธีดูแลตนเองเมื่อฉายรังสีรักษาบริเวณช่องท้อง และ/หรืออุ้งเชิงกราน) มาก่อน หรือเคยได้รับอุบัติเหตุบริเวณทวารหนัก เป็นต้น

โรคฝีคัณฑสูตรมีอาการอย่างไร?

ผู้ป่วยโรคฝีคัณฑสูตร จะมีอาการปวดและบวมบริเวณแก้มก้น หรือบริเวณขอบรูทวารหนัก มีน้ำเหลืองซึมออกมาจากรูที่ผิวหนัง บางครั้งอาจมีเลือดปน หรือเป็นหนอง บางครั้งมีอาการคันรอบๆรูที่ผิวหนังนี้ได้ และผิวหนังรอบๆรู อาจเกิดการอักเสบแดง ช่องทางเชื่อมต่อนี้ บางครั้งอาจเกิดการอุดตันและติดเชื้อขึ้นมา ทำให้เกิดเป็นฝีหนอง ซึ่งผู้ป่วยจะมีอาการบวมและปวดมากที่บริเวณแก้มก้นหรือขอบรู/ปากทวารหนัก หรืออาจมีอาการปวดข้างในทวารหนัก มักมีไข้ร่วมด้วย ฝีหนองเหล่านี้ในที่สุดก็จะเซาะออกสู่ภายนอกผ่านทางผิวหนังบริเวณใกล้รูทวารหนัก ซึ่งอาจเป็นการเซาะมาตามรูเดิม หรือเซาะไปตามทางใหม่ก็ได้ ดังนั้นในผู้ป่วยบางคนอาจมีเส้นทางเชื่อมต่อออกสู่ภายนอกได้หลายทาง แต่ส่วนใหญ่จะมีรูเปิดด้านใน (ภายใน) ของทวารหนักเพียงรูเดียว



a and b=Intersphincteric fistula

c=Transphincteric fistula

d=Suprasphincteric fistula

e=Extrasphincteric fistula

ฝีคัณฑสูตรแบ่งออกเป็น 4 ชนิด โดยแบ่งตามเส้นทางการเชื่อมต่อ ซึ่งจัดแบ่ง โดย A. G. Parks (ศัลยแพทย์ชาวอังกฤษ) จึงเรียกการแบ่งชนิดนี้ว่า Parks classification system คือ

Intersphincteric fistula เป็นชนิดที่พบได้บ่อยที่สุด คือประมาณ 70% เริ่มต้นจากการอักเสบที่ต่อมผลิตเมือก แล้วกลายเป็นฝีหนองที่บริเวณ Intersphincteric space (คือบริเวณที่อยู่ระหว่างกล้ามเนื้อหูรูดชั้นในและชั้นนอก) หลังจากนั้นฝีก็เซาะลงไปยังด้านล่างและเปิดออกสู่ภายนอก บริเวณใกล้ๆกับรูทวารหนัก การเซาะของฝีจนเกิดเป็นทางติดต่อกับภาย นอกนั้น อาจเกิดจากฝีที่แตกเอง หรือเกิดจากการผ่าตัดระบายหนองก็ได้ ฝีคัณฑสูตรชนิดนี้สา มารถใช้นิ้วตรวจคลำหาได้ค่อนข้างง่าย

Transphincteric fistula เป็นชนิดที่พบได้รองลงมา คือประมาณ 25% เริ่มต้นจากการอักเสบของต่อมผลิตเมือกเช่นกัน แต่ฝีหนองที่เกิดจะทะลุผ่านชั้นกล้ามเนื้อหูรูดชั้นนอก ดัง นั้นเมื่อหนองแตกก็จะเซาะผ่านกล้ามเนื้อหูรูดชั้นนอกออกมาสู่ผิวหนังด้านนอกห่างออกไปจากรู /ปากทวารหนักมากกว่าชนิดแรก การใช้นิ้วตรวจคลำหาเส้นทางของฝีชนิดนี้จะทำได้ค่อนข้างยาก

Suprasphincteric fistula เป็นชนิดที่พบได้น้อย คือประมาณ 5% เริ่มต้นจากการอักเสบของต่อมเมือกเช่นกัน และเกิดเป็นฝีหนองที่บริเวณระหว่างกล้ามเนื้อหูรูดชั้นในและชั้น นอก แต่เมื่อหนองแตกออกจะเซาะขึ้นไปด้านบนในตำแหน่งเหนือต่อกล้ามเนื้อหูรูดชั้นนอก และเซาะกลับลงมาเปิดออกสู่ภายนอกที่ผิวหนังซึ่งห่างออกไปจากรู/ปากทวารหนักมากกว่าชนิดแรก การคลำตรวจหาเส้นทางของฝีชนิดนี้ทำได้ค่อนข้างยากเช่นกัน

Extrasphincteric fistula เป็นชนิดที่พบได้น้อยมาก คือประมาณ 1% โดยอาจเกิดจากการเป็นฝีคัณฑสูตรชนิด Transphincteric fistula ก่อน แล้วหนองก็จะกัดเซาะขึ้นไปด้านบนเหนือต่อกล้ามเนื้อหูรูดชั้นนอกและแตกทะลุเข้าตรงส่วนปลายๆของลำไส้ตรง (Rectum) หรืออาจเกิดจากสาเหตุอื่นๆนอกเหนือจากการเป็นฝีหนองตามที่ได้กล่าวไปแล้ว การคลำตรวจหาเส้นทางของฝีชนิดนี้ทำได้ยาก

แพทย์วินิจฉัยโรคฝีคัณฑสูตรได้อย่างไร?

แพทย์วินิจฉัยโรคฝีคัณฑสูตรโดย อาศัยอาการร่วมกับการตรวจร่างกาย โดยการสังเกตหารอยบุ๋ม หรืออาจจะเป็นตุ่มนูนเล็กๆ อยู่ใกล้ๆกับรูทวาร การตรวจหาน้ำเหลืองที่ไหลซึมออกมาร่วมกับการสอดนิ้วมือเข้าไปตรวจในทวารหนักเพื่อหารูเปิดภายในของทวารหนัก และทิศทางของช่องทางเชื่อมต่อ การกดและรูดช่องทวารหนักอาจจะช่วยให้น้ำเหลืองไหลซึมออกมาสังเกตได้ง่ายขึ้น

หากตรวจหารูเปิดภายในทวารหนักไม่เจอ หรือมีรูเปิดภายนอกที่บริเวณผิวหนังหลายรู หรือผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแล้วกลับมาเป็นอีก ต้องอาศัยการตรวจพิเศษเพิ่มเติม ได้แก่ การฉีดสีเข้าในรูและถ่ายเอ็กซเรย์ในท่าต่างๆ และ/หรือการใช้หัวเครื่องตรวจอัลตราซาวน์สอดเข้าไปในรูทวารและตรวจดู หรือตรวจโดยการใช้เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ หรือคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าเอมอาร์ไอ ตรวจภาพช่องท้องน้อย/ทวารหนัก เป็นต้น

การรักษาโรคฝีคัณฑสูตร แบ่งออกเป็น

การรักษาฝีหนองในระยะก่อนที่จะเป็นฝีคัณฑสูตร คือ การผ่าฝีเพื่อระบายหนองออก ร่วมกับการให้ยาปฏิชีวนะ ยาแก้ปวดลดไข้ รวมทั้งการดูแลทำความสะอาดบริเวณทวารหนัก การใช้น้ำอุ่นประคบช่วยลดอาการบวมและอาการปวด ฝีที่ระบายหนองออกแล้ว มีโอกาสกลายเป็นฝีคัณฑสูตรได้ประมาณ 40-50%

การรักษาฝีคัณฑสูตร ในผู้ป่วยที่ไม่ได้มีอาการใดๆปรากฏ แต่ตรวจพบรูเปิดและเส้นทางเชื่อมต่อโดยบังเอิญจากการตรวจทวารหนักด้วยสาเหตุอื่นๆ ไม่ต้องให้การรักษา แต่สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการต้องให้การรักษาโดยการผ่าตัด ซึ่งมีหลายเทคนิควิธี ได้แก่

Fistulotomy ทำโดยการใส่ตัวนำทาง (Probe) เข้าไปที่รูเปิดที่ผิวหนังจนกระทั่งไปโผล่ออกที่รูเปิดภายในทวารหนัก แล้วใช้มีดหรือจี้ไฟฟ้ากรีดเปิดเส้นทางเชื่อมต่อทั้งเส้นทางให้ทะลุออกสู่ภายนอก กลายเป็นแผลเปิด ซึ่งต้องใช้เวลาดูแลรักษาแผลประมาณ 4-5 สัปดาห์ เนื้อเยื่อจึงจะขึ้นมาจนเต็มแผล วิธีนี้จะใช้กับฝีคัณฑสูตรชนิด intersphincteric fistula

Seton ligation วิธีนี้เหมาะสำหรับฝีชนิด Transphincteric fistula, Suprasphincteric fis tula, Extrasphincteric fistula, ฝีคัณฑสูตรที่มีหลายเส้นทางเชื่อมต่อหลายเส้นทาง ฝีคัณฑ สูตรในผู้หญิงที่มีรูเปิดอยู่ด้านบนต่อรูทวารหนัก ฝีคัณฑสูตรในผู้ป่วยโรคลำไส้อักเสบเรื้อรัง และผู้ป่วยที่การหดรัดตัวของกล้ามเนื้อหูรูดไม่ดี วิธีการคือการใช้เส้นไหม เส้นใยที่ทำจากยาง หรือเส้นใยที่หดและยืดได้/อีลาสติก (Elastic) ใส่เข้าไปในเส้นทางเชื่อมต่อแล้วนำปลายทั้ง 2 ปลายของเส้นไหมออกมาผูกรัดที่ด้านนอก หลังจากนั้นทุกๆสัปดาห์ แพทย์จะนัดผู้ป่วยมาเพื่อผูกรัดดึงเส้นไหมให้แน่นขึ้นไปเรื่อยๆ จนในที่สุดเส้นไหมก็จะทำหน้าที่เหมือนใบมีดที่ค่อยๆตัดเนื้อเยื่อออกจนทำลายเส้นทางการเชื่อมต่อให้หายไปได้ โดยรวมจะใช้เวลาประมาณ 6-8 สัปดาห์ วิธีนี้จะคล้ายกับ Fistulotomy นั่นเอง เพียงแต่ใช้เส้นไหมแทน

มีด และใช้เวลาที่นานกว่ามาก ทั้งนี้เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญหากใช้วิธี Fistulotomy ในผู้ป่วยกลุ่มนี้คือ การกลั้นอุจจาระไม่ได้

Fistulectomy with mucosal advancement flap วิธีนี้ใช้ในผู้ป่วยกลุ่มเดียวกับผู้ป่วยกลุ่มที่ใช้ Seton ligation ยกเว้นในผู้ป่วยโรคลำไส้อักเสบเรื้อรัง วิธีการรักษาคล้ายกับ Fistulotomy แต่จะตัดส่วนของเส้นทางเชื่อมต่อออกไปด้วย แล้วตามด้วยการใช้เนื้อเยื่อบางส่วนจากลำไส้ตรง (Rectum) มาปิดแผลและเย็บซ่อมกล้ามเนื้อหูรูด

นอกจากนี้ก็ยังมีผู้คิดค้นเทคนิควิธีใหม่ๆเพิ่มขึ้นมาเรื่อยๆ ได้แก่ การใช้ Fibrin glue ซึ่งเป็นกาวแบบหนึ่ง หรือใช้สารเคมีอื่นๆ ที่มีคุณสมบัติคล้ายกาว เช่น Gore Bio-A fistula plug ฉีดเข้าไปในเส้นทางเชื่อมต่อเพื่อไปปิดเส้นทางนั่นเอง นอกจากนี้ยังมีวิธีอื่นๆ เช่น LIFT technique, VAAFT technique เป็นต้น

ผู้ป่วยฝีคัณฑสูตรที่ยังไม่ได้ผ่าตัดรักษา หากเกิดเป็นฝีหนองกำเริบขึ้นมา ต้องรักษาฝีหนองให้หายก่อนโดยการกรีดผ่าฝีธรรมดาเพื่อระบายหนองออก และให้ยาปฏิชีวนะ เมื่อฝีหนองหายแล้วจึงนำผู้ป่วยไปผ่าตัดรักษาต่อไป

โรคฝีคัณฑสูตรรุนแรงไหม มีผลข้างเคียงอย่างไร

ความรุนแรงและผลข้างเคียงของฝีคัณฑสูตร คือ เมื่อช่องทางเชื่อมต่ออุดตัน และกลายเป็นฝีหนอง เชื้อโรคอาจลุกลามเข้าสู่กระแสเลือดและทำให้เกิดผลข้างเคียง คือภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (ภาวะพิษเหตุติดเชื้อ/ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด) ตามมาได้

การผ่าตัดแต่ละวิธีมีโอกาสที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อน/ผลข้างเคียงที่สำคัญ คือการกลั้นอุจจาระไม่ได้ โดยอัตราการเกิด ขึ้นอยู่กับแต่ละเทคนิควิธี

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดรักษาไปแล้ว มีโอกาสกลับมาเป็นใหม่ได้อีก โดยอัตราการกลับเป็นใหม่ ขึ้นอยู่กับชนิดของฝีคัณฑสูตรและเทคนิควิธีผ่าตัดที่ใช้

การพยาบาล

ผู้ป่วยหลังการผ่าตัดรักษา สามารถให้การรักษาแบบผู้ป่วยนอกได้ โดยผู้ป่วยต้องทำความสะอาดแผลทุกวันด้วย การล้างทำความสะอาดตามแพทย์ผ่าตัดและพยาบาลแนะนำ

1. การแช่ก้นด้วยน้ำอุ่นประมาณ 15 นาที วันละ 2-3 ครั้ง
2. การป้องกันไม่ให้ท้องผูกโดยการรับประทานผักผลไม้ หรือธัญพืชให้เพียงพอ หรือกินใยอาหารสำเร็จรูปเสริม หรือใช้ยาระบาย
3. หลังถ่ายอุจจาระควรล้างทำความสะอาดและซับให้แห้งด้วยทิชชูที่อ่อนนุ่ม
4. การรักษาความสะอาดแผล/ปากทวารหนัก

5. การทำความสะอาดแผล/ปากทวารหนักหลังถ่ายอุจจาระทุกครั้ง ใช้ทิชชูที่อ่อนนุ่ม หรือทิชชูเปียกในการทำความสะอาด แช่ก้นด้วยน้ำอุ่นดังได้กล่าวแล้วและป้องกันอาการท้องผูก และอาการท้องเสีย

6. หากมีฝีหนองเกิดขึ้นบริเวณใกล้ๆรู/ปากทวารหนัก มีอาการปวดและบวมบริเวณแก้มก้นหรือบริเวณขอบรูทวารหนัก มีน้ำ เหลืองซึมออกมาจากรูที่ผิวหนัง ซึ่งเป็นอาการของฝีคัณฑสูตร มีแผลเรื้อรังบริเวณรอบๆปากทวารหนัก อุจจาระเป็นเลือด เจ็บแผลมาก ควรรีบพบแพทย์ เพื่อแยกว่าไม่ใช่แผลจากโรคมะเร็ง

การป้องกันโรคฝีคัณฑสูตร คือ

การป้องกันการเกิดแผลบริเวณปากทวารหนักจากสาเหตุต่างๆดังกล่าวแล้วในหัวข้อสาเหตุ/ปัจจัยเสี่ยง ที่ป้องกันได้ เช่น การป้องกันโรคแผลรอยแยกขอบทวารหนัก แผลปริขอบทวารหนัก เป็นต้น

-กินผัก และผลไม้เพิ่มมาก เพื่อป้องกันอาการท้องผูก ที่การเบ่งอุจจาระเป็นสาเหตุให้เกิดแผลบริเวณปากทวารหนักได้

-ดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว เพื่อป้องกันอาการท้องผูก

-ใช้ทิชชูที่อ่อนนุ่มในการทำความสะอาดหลังอุจจาระเสมอ เพื่อป้องกันการเกิดแผล

-รักษาความสะอาดบริเวณปากทวารหนักเสมอ และควรล้างให้สะอาดทุกครั้งหลังการอุจจาระ เพื่อป้องกันการติดเชื้อในบริเวณปากทวารหนัก

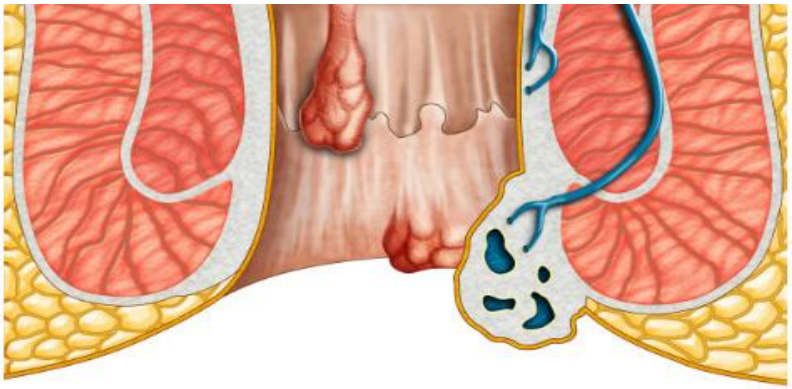
เมื่อมีแผลบริเวณปากทวารหนัก ควรรีบพบแพทย์เพื่อการรักษาแต่เนิ่นๆ ไม่ปล่อยให้แผลเรื้อรังจนเกิดเป็นหนอง

-รักษาสุขอนามัยพื้นฐาน (สุขบัญญัติแห่งชาติ) เพื่อให้มีร่างกายแข็งแรง ลดโอกาสในการติดเชื้อต่างๆ

โรคริดสีดวงทวาร (Hemorrhoids หรือ Piles)

โรคริดสีดวงทวาร (Hemorrhoids หรือ Piles) คือ โรคที่เกิดจากการอักเสบ และ/หรือการบวมของกลุ่มเนื้อเยื่อหลอดเลือด (Vascular structures, เนื้อเยื่อที่ประกอบด้วย หลอดเลือดดำ หลอดเลือดแดง และเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน) ที่อยู่ภายในทวารหนักและรอบๆปากทวารหนัก โดยเนื้อเยื่อกลุ่มนี้มีหน้าที่ช่วยปกป้องเนื้อเยื่อทวารหนักในช่วงมีการขับถ่ายอุจจาระ และช่วยให้ปากทวารหนักปิดสนิทช่วงไม่ปวดถ่ายอุจจาระ ภายในทวารหนัก (ทวารหนักอยู่ต่อจากลำไส้ตรง โดยลำไส้ตรง คือลำไส้ใหญ่ตอนล่างสุด เป็นลำไส้ใหญ่ส่วนที่ต่อกับทวารหนัก) จะมีแนวเส้นที่เรียกว่า เส้นเด็นเทท หรือเส้นเพ็กทิเนท (Dentate line หรือ Pectinate line) ซึ่งเป็นเส้นแบ่งทวารหนักออกเป็นส่วนล่างและส่วน บน ทั้งนี้เมื่อเกิดริดสีดวงทวาร

ในส่วนที่อยู่ใต้ต่อเส้นเด็นเทท เรียกว่า “โรคริดสีดวงภายนอก (External hemorrhoids)” และเมื่อเกิดริดสีดวงทวารเหนือต่อเส้นเด็นเทท เรียกว่า “โรคริดสี ดวงภายใน (Internal hemorrhoids)”
โรคริดสีดวงทวารเป็นโรคพบบ่อยโรคหนึ่ง ในสหรัฐอเมริกาพบผู้ป่วยมีอาการจากโรคนี้ได้ประมาณ 5% ของประชากรผู้ใหญ่ทั้งหมด โดยพบได้สูงในช่วงอายุ 45-65 ปี (อาจพบในเด็ก และในอายุอื่นๆได้ทุกอายุ ทั้งนี้ขึ้นกับสาเหตุ) โดยผู้หญิงและผู้ชายมีโอกาสเกิดโรคได้ใกล้เคียงกัน



โรคริดสีดวงทวารเกิดได้อย่างไร? มีปัจจัยเสี่ยงจากอะไร?

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดโรคริดสีดวงทวาร เกิดจากกลุ่มเนื้อเยื่อหลอดเลือดดังกล่าวได้รับบาดเจ็บ และ/หรือมีการหมุนเวียนโลหิต (เลือด) ไม่ดีจากสาเหตุ/ปัจจัยเสี่ยงต่างๆจนก่อให้เกิดการโป่งพอง บวม อักเสบ หรือเกิดมีลิ่มเลือดในกลุ่มเนื้อเยื่อดังกล่าว ซึ่งสาเหตุ/ปัจจัยเสี่ยงที่พบบ่อย คือ

ท้องผูก ทำให้ต้องเบ่งอุจจาระเป็นประจำ แรงเบ่งจะเพิ่มความดัน และ/หรือการบาดเจ็บในกลุ่มเนื้อเยื่อหลอดเลือด ส่งผลให้หลอดเลือดโป่งพอง หรือหลอดเลือดขอดได้ง่าย

ท้องเสียเรื้อรัง การอุจจาระบ่อยๆจะเพิ่มความดัน และ/หรือการบาดเจ็บต่อกลุ่มเนื้อเยื่อหลอดเลือด เช่นกัน

การนั่งแช่นานๆ รวมทั้งนั่งถ่ายอุจจาระนานๆ จะกดทับกลุ่มเนื้อเยื่อหลอดเลือด จึงเพิ่มความดัน/การบาดเจ็บต่อกลุ่มเนื้อเยื่อหลอดเลือด

อายุ ผู้สูงอายุจะมีการเสื่อมของเซลล์ต่างๆ รวมทั้งของกลุ่มเนื้อเยื่อหลอดเลือด หลอดเลือดจึงโป่งพองได้ง่าย

การตั้งครรภ์ เพราะน้ำหนักของครรภ์จะกดทับลงบนกลุ่มเนื้อเยื่อหลอดเลือด เลือดจึงไหลกลับหัวใจลดลง จึงคั่งอยู่ในหลอดเลือด จึงเกิดหลอดเลือดบวมพองได้ง่าย

โรคอ้วนและน้ำหนักตัวเกิน ส่งผลให้เพิ่มแรงดันในช่องท้องและในอุ้งเชิงกรานสูงขึ้น เลือดจึงคั่งในกลุ่มเนื้อเยื่อหลอดเลือดเช่นเดียวกับในหญิงตั้งครรภ์

การมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก จึงเกิดการกดเบียดทับ/บาดเจ็บต่อกลุ่มเนื้อเยื่อหลอดเลือดส่วนนี้เรื้อรัง จึงมีเลือดคั่งในหลอดเลือด เกิดโป่งพองได้ง่าย

โรคแต่กำเนิดที่ไม่มีลิ้นปิดเปิด (Valve) ในหลอดเลือดดำในเนื้อเยื่อหลอดเลือดซึ่งช่วยในการไหลเวียนเลือด จึงเกิดภาวะเลือดคั่งในหลอดเลือด จึงเกิดหลอดเลือดโป่งพองง่าย อาจจากพันธุกรรม เพราะพบโรคได้สูงกว่า เมื่อครอบครัวมีประวัติเป็นโรคริดสีดวงทวาร

โรคริดสีดวงทวารมีอาการอย่างไร?

อาการพบบ่อยของโรคริดสีดวงภายนอก คือ มีติ่งเนื้อสีชมพูคล้ำออกมาจากปากทวารหนักเมื่อท้องผูก หรือ ท้องเสีย เมื่อมีลิ่มเลือดเกิดในหลอดเลือดที่โป่งพองจะก่ออาการปวด เจ็บ บวม และก่ออาการระคายเคืองบริเวณรอบปากทวารหนัก และอาการคัน แต่มักไม่ค่อยพบมีเลือดออกจากติ่งเนื้อนี้

อาการพบบ่อยของโรคริดสีดวงทวารภายใน คืออุจจาระเป็นเลือด โดยไม่มีอาการปวดเจ็บ อุจจาระมักเป็นเลือดสด ออกหลังอุจจาระสุดแล้ว มักพบเลือดบนกระดาษชำระ เลือดที่ออกจะไม่ปนกับอุจจาระ มักไม่มีมูกปน และมักหยุดได้เอง อาการเหล่านี้จะเป็นๆหายๆ เมื่อเป็นมาก หลอดเลือดจะบวมมาก รวมทั้งเนื้อเยื่อเกี่ยวพันรอบหลอดเลือดจะบวมออกมาถึงปากทวารหนัก เห็นเป็นก้อนเนื้อนิ่ม ปลิ้นโผล่ออกมานอกปากทวารหนัก ซึ่งในภาวะเช่นนี้ จะก่ออาการเจ็บปวดได้ ทั้งนี้ โดยทั่วไปแบ่งความรุนแรงของโรคริดสีดวงภายใน เป็น 4 ระดับตามความรุนแรง ได้แก่

ระดับ 1 หลอดเลือดที่โป่งพอง ยังเกิดอยู่ภายในทวารหนักและลำไส้ตรง

ระดับ 2 หลอดเลือด พร้อมเนื้อเยื่อรอบๆหลอดเลือดปลิ้นโผล่ออกมาที่ปากทวารหนักในขณะอุจจาระ แต่ก้อนเนื้อนี้สามารถกลับเข้าไปภายในทวารหนักได้เองหลังสิ้นสุดอุจจาระ

ระดับ 3 ก้อนเนื้อไม่กลับเข้าภายในทวารหนัก หลังสุดอุจจาระแล้ว แต่สามารถใช้นิ้วดันกลับเข้าไปได้

ระดับ 4 ก้อนเนื้อกลับเข้าไปภายในทวารหนักไม่ได้ ค้างอยู่หน้าปากทวารหนัก ถึงแม้จะใช้นิ้วช่วยดันแล้วก็ตาม ซึ่งระยะนี้ผู้ป่วยจะเจ็บปวดมาก และควรต้องรีบพบแพทย์เป็นการฉุกเฉิน ก่อนที่ก้อนเนื้อจะเน่าตายจากการขาดเลือด

แพทย์วินิจฉัยโรคริดสีดวงทวารได้อย่างไร?

แพทย์วินิจฉัยโรคริดสีดวงทวารได้จาก ประวัติอาการ การตรวจร่างกาย การตรวจบริเวณก้อนเนื้อ/ทวารหนัก และการส่องกล้องตรวจทวารหนักและลำไส้ตรง ในบางครั้งอาจมีการตัดชิ้นเนื้อเพื่อการตรวจทางพยาธิวิทยา เมื่อต้องแยกจากโรคมะเร็ง

รักษาโรคริดสีดวงทวารได้อย่างไร?

แนวทางการรักษาโรคริดสีดวงทวาร ได้แก่ ปรับพฤติกรรมการใช้ชีวิตเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเพิ่มความดันในกลุ่มเนื้อเยื่อหลอดเลือดที่เป็นสาเหตุของโรคริดสีดวงทวาร และการใช้ยาต่างๆ เช่น ยาทาลดอาการคัน ยาเหน็บทวารลดอาการบวม ปวด และยาแก้ปวด เป็นต้น

แต่เมื่อการรักษาในลักษณะประคับประคองไม่ได้ผล การรักษาขั้นต่อไป คือ การรักษาทางศัลยกรรม ที่มีหลายรูปแบบ เช่น การจี้ด้วยไฟฟ้า หรือ เลเซอร์ การฉีดยาเข้าหลอดเลือด เพื่อให้หลอดเลือดยุบแฟบ การผูกหลอดเลือด หรือการผ่าตัดหลอดเลือด ทั้งนี้ ขึ้นกับความรุน แรงของโรค ข้อบ่งชี้ และดุลพินิจของแพทย์

มีผลข้างเคียงจากโรคริดสีดวงทวารอย่างไร?

ผลข้างเคียง (ผลแทรกซ้อน) จากโรคริดสีดวงทวาร ได้แก่ ภาวะกลั้นอุจจาระไม่อยู่ ทั้งนี้เพราะกลุ่มเนื้อเยื่อหลอดเลือด เหล่านี้ มีหน้าที่ช่วยการปิดตัวของหูรูดปากทวารหนักในภาวะไม่อุจจาระ เมื่อเกิดหลอดเลือดโป่งพอง หูรูดปากทวารหนักจึงปิดไม่สนิท จึงเกิดการกลั้นอุจจาระไม่อยู่

ภาวะซีด เมื่อมีเลือดออกจากกลุ่มเนื้อเยื่อหลอดเลือดเรื้อรัง หรือบางครั้งเลือด ออกมากและไม่สามารถหยุดเองได้ ต้องรีบพบแพทย์เป็นการฉุกเฉิน

การติดเชื้อ อาจเกิดเป็นฝี หรือหนองในบริเวณก้นได้ เมื่อกลุ่มเนื้อเยื่อหลอดเลือดปลิ้นออกนอกทวารหนักในระดับ 4 ซึ่งเป็นสาเหตุให้หลอดเลือดขาดเลือด เกิดการเน่าตายของกลุ่มเนื้อเยื่อหลอดเลือด ส่งผลให้เกิดอาการเจ็บ ปวดอย่างมาก ซึ่งจัดเป็นภาวะฉุกเฉินที่ต้องพบแพทย์ เช่นกัน

โรคริดสีดวงทวารรุนแรงไหม?

โรคริดสีดวงทวาร เป็นโรคไม่รุนแรง มักไม่เป็นสาเหตุให้เสียชีวิต แต่เป็นโรคเรื้อรัง ก่ออาการเป็นๆหายเมื่อยังไม่สามารถควบคุมสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงได้จึงส่งผลถึงคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะเมื่อเกิดผลข้างเคียงดังกล่าว

ดูแลตนเองอย่างไร? ควรพบแพทย์เมื่อไร?

การดูแลตนเองเมื่อเป็นริดสีดวงทวาร และการพบแพทย์ ได้แก่ ปฏิบัติตามแพทย์ พยาบาลแนะนำ

1. ใส่ยาทาบริเวณก้น/บริเวณริดสีดวง หรือ เหน็บยาตามแพทย์แนะนำ
2. กินยาต่างๆ รวมทั้งยาแก้ปวดตามแพทย์แนะนำ
3. ดื่มน้ำสะอาดมากๆ อย่างน้อยวันละ 8-10 แก้ว เมื่อไม่มีโรคต้องจำกัดน้ำดื่ม เช่น หัวใจล้มเหลว เพื่อให้อุจจาระอ่อนนุ่ม และขับถ่ายออกได้ง่าย
4. กินผัก ผลไม้ชนิดมีกากใยสูงมากๆ เช่น ฝรั่ง แอบเปิล มะละกอสุก เพื่อป้องกันท้องผูก ฝึกอุจจาระให้เป็นเวลา ไม่กลั้น และไม่เบ่งอุจจาระ

5. นั่งแช่น้ำอุ่นเสมอ อาจเป็นเพียงน้ำอุ่นธรรมดา หรือ น้ำด่างทับทิมอุ่น หรือ อื่นๆ ตามแพทย์/พยาบาลแนะนำ ครั้งละ 10-15 นาที่ วันละประมาณ 2-3 ครั้ง จะช่วยบรรเทาอาการเจ็บปวด และอาการบวมได้ดี

6. เมื่อมีก้อนเนื้อบวมออกมาบริเวณก้น อาจประคบด้วยน้ำเย็น ซึ่งอาจช่วยลดบวมได้

7. ล้างบริเวณก้นด้วยน้ำอุ่น หรือ น้ำสะอาด รักษาให้สะอาดเสมอ แพทย์หลายท่านแนะนำว่าไม่จำเป็นต้องใช้สบู่ แต่ถ้าผู้ป่วยอยากใช้สบู่ ควรเป็นสบู่เด็กอ่อนเพื่อลดการระคายเคืองต่อกลุ่มเนื้อเยื่อหลอดเลือดที่กำลังบวม หรือมีการอักเสบ

8. เมื่ออุจจาระ/ปัสสาวะ ไม่ควรทำความสะอาดด้วยกระดาษชำระที่แข็ง ควรชุบน้ำ หรือ ใช้กระดาษชำระชนิดเปียก (มีขายในท้องตลาดแล้ว)

9. พยายามฝึกไม่เบ่งอุจจาระ

10. ไม่ควรนั่ง หรือ ยืนนานๆ รวมทั้งนั่งส้วมนานๆ ไม่นั่งอ่านหนังสือนานๆขณะอุจจาระ

11. ลดความอ้วน

12. เมื่อเลือดออกมาก ใช้ผ้าขนหนูสะอาดกดบริเวณก้นไว้ให้แน่น ถ้าเลือดไม่หยุด ควรพบแพทย์เป็นการฉุกเฉิน

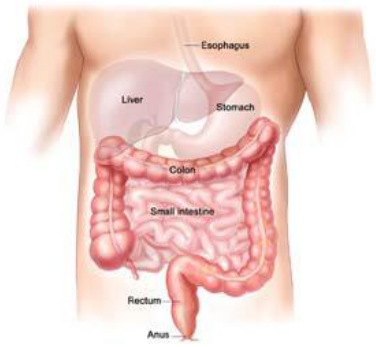
13. พบแพทย์ตามนัดเสมอ และรีบพบก่อนนัดเมื่อมีอาการผิดปกติไปจากเดิม หรือ เมื่ออาการต่างๆเลวลง หรือเมื่อกังวลในอาการ

14. พบแพทย์เป็นการฉุกเฉินเสมอเมื่อ เลือดออกทางก้นไม่หยุด หรือ เมื่อก้อนเนื้อไม่สามารถกลับเข้าไปในทวารได้ อย่าพยายามออกแรงดันก้อนเนื้อ เพราะจะทำให้ก้อนเนื้อได้รับบาดเจ็บและบวมมากขึ้น

วิธีป้องกันริดสีดวงทวาร คือ วิธีการเดียวกับในการดูแลตนเอง ที่สำคัญ ได้แก่ ป้องกันท้องผูกด้วยวิธีต่างๆ

1. ไม่นั่ง ยืนนานๆ ไม่นั่งอ่านหนังสือนานๆขณะอุจจาระ
2. เคลื่อนไหวร่างกายเสมอ
3. ฝึกเข้าห้องน้ำให้เป็นเวลา ไม่กลั้นอุจจาระ และไม่เบ่งอุจจาระ
4. ลดความอ้วน

CA colon มะเร็งลำไส้ใหญ่

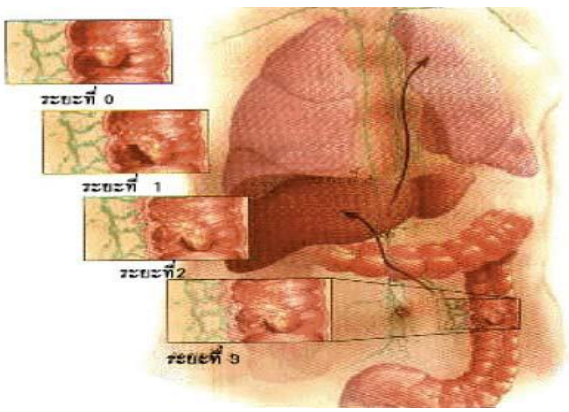


มะเร็งลำไส้ใหญ่ เป็นโรคที่มีอุบัติการณ์สูงในประเทศแถบตะวันตก เช่น สหรัฐอเมริกา และประเทศทางยุโรป ในสหรัฐอเมริกา ประชากรมีโอกาสที่จะเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ตลอดชีวิตประมาณร้อยละ 6 หรือ 1 ต่อ 20 ของประชากร ประมาณการว่ามีผู้ป่วยรายใหม่เกิดขึ้น 138,000 รายต่อปี และจะมีผู้ป่วยเสียชีวิตจากมะเร็งลำไส้ใหญ่ประมาณ 60,000 คนต่อปี

สำหรับประเทศไทย มะเร็งลำไส้ใหญ่ มีอุบัติการณ์ต่ำกว่าประเทศที่พัฒนาแล้ว จากสถิติของสถานวิทยามะเร็ง โรงพยาบาลศิริราชพบว่า มะเร็งลำไส้ใหญ่ มีอุบัติการณ์สูงเป็นอันดับ 4 ในเพศชาย (รองจากมะเร็งตับ ปอด และ ต่อมลูกหมาก) ส่วนในเพศหญิงพบมากเป็นอันดับ 3 (รองจากมะเร็งปากมดลูกและ เต้านม)

ใครมีโอกาสเสี่ยงสูง

ถึงแม้ว่ามะเร็งลำไส้ใหญ่ อาจเกิดขึ้นได้ในทุกอายุ แต่อัตราเสี่ยงของการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ จะสูงขึ้นในผู้สูงอายุ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะถูกวินิจฉัยในช่วงอายุระหว่าง 50-70 ปี นอกจากนี้อัตราเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นในผู้ป่วยที่มีประวัติเป็นโรคลำไส้อักเสบบางชนิด (Crohn's disease และ Ulcerative colitis) ผู้ที่มีประวัติมีติ่งเนื้องอก (Polyp) ในลำไส้ใหญ่ หรือมีประวัติโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ในครอบครัว



อาการของมะเร็งลำไส้ใหญ่

มะเร็งลำไส้ใหญ่จำนวนมากจะไม่มีอาการให้เห็นในระยะแรกๆ จนกว่าตัวเนื้องอกจะมีขนาดค่อนข้างใหญ่ หาก สามารถตรวจพบก้อนเนื้องอกในระยะเริ่มแรกหรือพบในขณะที่เป็นติ่งเนื้องอก (Polyp) ผลการรักษาจะดีและมี โอกาสหายขาดได้ ดังนั้นจึงมีคำแนะนำให้มีการตรวจคัด กรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ตั้งแต่ไม่มีอาการ

อาการของมะเร็งลำไส้ใหญ่ ที่พบบ่อย ได้แก่ อาการ ถ่ายอุจจาระมีมูกปน หรือมีเลือดออกทางทวารหนัก มี การถ่ายอุจจาระที่ผิดปกติเกิดขึ้น เช่น ท้องผูก ท้องเสีย ที่ไม่หายหลังได้รับการรักษา หรือมีท้องผูกสลับท้องเสีย อาการอื่นๆที่อาจจะพบได้คือ น้ำหนักลด เบื่ออาหาร สำหรับมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนต้นอาจตรวจพบว่ามีอาการ ซีดซึ่งเกิดจากการเสียเลือดโดยที่ไม่มีเลือดออกใน อุจจาระให้เห็นได้ด้วยตาเปล่า อาจคลำพบก้อนที่บริเวณ ท้องน้อยด้านขวา ผู้ป่วยบางรายอาจมาพบแพทย์ด้วย อาการของลำไส้อุดตัน ซึ่งจะมีอาการปวดท้อง ท้องอืด อาเจียน และถ่ายอุจจาระ หรือผายลมลดลง

การรักษา

มะเร็งลำไส้ใหญ่ สามารถรักษาโดยการผ่าตัดเอาลำไส้ส่วนที่มีมะเร็งรวมถึงเส้นเลือดและต่อมน้ำเหลืองบริเวณ เนื้องอกออก ในผู้ป่วยส่วนใหญ่ลำไส้จะถูกต่อเข้าหากันใหม่และผู้ป่วยจะสามารถถ่ายอุจจาระทางทวารหนักได้ ตามปกติ โดยปกติการผ่าตัดจะทำผ่านแผลผ่าตัดทางหน้าท้อง ในปัจจุบันศัลยแพทย์สามารถทำการผ่าตัดโดย ใช้ กล้อง(Laparoscopic Surgery) ในผู้ป่วยที่มีเนื้องอกขนาดเล็ก ซึ่งจะทำให้แผลผ่าตัดมีขนาดเล็กลงและ ผู้ป่วยจะมีอาการปวดบริเวณแผลหลังผ่าตัดลดลง

ถ้ามะเร็งเกิดขึ้นที่บริเวณลำไส้ตรงส่วนปลาย หรือทวารหนัก และก้อนเนื้องอกอยู่ในระยะเริ่มแรก การผ่าตัด สามารถทำได้โดยตัดเอาเนื้องอกออกผ่านทางทวารหนัก อย่างไรก็ตามถ้าก้อนเนื้องอกมีขนาดใหญ่และใกล้ปาก ทวารหนักมาก การผ่าตัดอาจจะต้องผ่าตัดเอาทั้งลำไส้ตรงและทวารหนักออกทั้งหมด ทำให้ไม่สามารถต่อลำไส้ เข้าหากันได้ ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงจำเป็นต้องมีลำไส้เทียมมาเปิดที่ผนังหน้าท้องสำหรับการถ่ายอุจจาระ

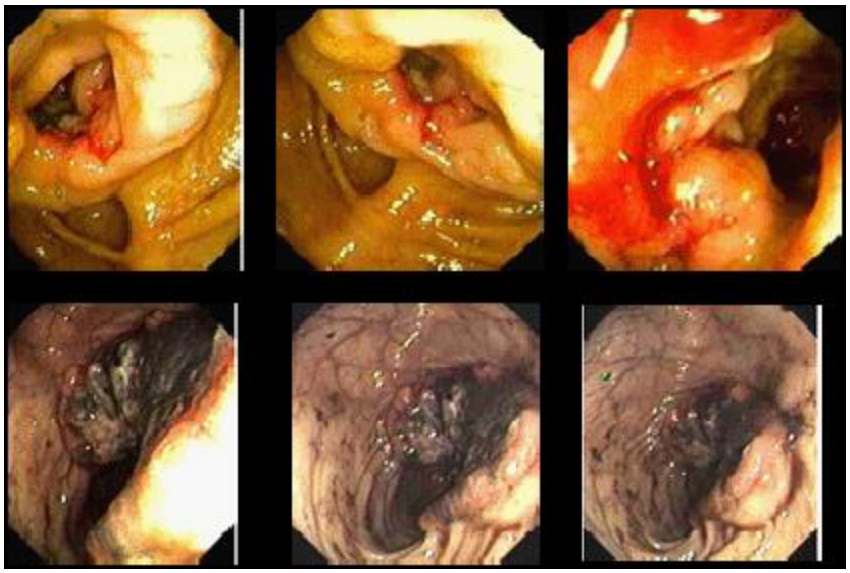
หากตรวจพบว่ามะเร็งกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองแล้ว ผู้ป่วยควรได้รับการรักษาเพิ่มเติมโดยการให้ยาเคมีบำบัด และถ้าเนื้องอกอยู่ในตำแหน่งลำไส้ตรงส่วนปลายหรือทวารหนัก ผู้ป่วยอาจจะต้องได้รับการฉายรังสีเพิ่มเติม

ป้องกันได้หรือไม่

แนวทางการป้องกันโรคนี้คือ ควรรับประทานอาหารที่มีกากใยสูงเช่น ผักและผลไม้ รวมไปถึงอาหารที่มีส่วนประกอบของไขมันต่ำจะช่วยลดการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ลดลง อย่างไรก็ตามเป็นที่ยอมรับว่า การตรวจคัด กรองสามารถป้องกันการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้ ในผู้ที่ไม่มีอาการและไม่มีปัจจัยเสี่ยงควร

เริ่มต้นที่อายุ 50 ปี สำหรับผู้ที่มีประวัติมะเร็งลำไส้ใหญ่ในครอบครัว ควรเริ่มตรวจคัดกรองที่อายุ 40 ปี หรือที่อายุ 5 ปีก่อนอายุของคนในครอบครัวที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ ส่วนผู้ที่มีประวัติเป็นลำไส้อักเสบชนิด Crohn's disease และ Ulcerative colitis หรือ ผู้ป่วยที่มีติ่งเนื้องอกจำนวนมาก (Polyposis Coli) การตรวจอาจเริ่มในอายุที่เร็วขึ้นโดยสามารถปรึกษาแพทย์ของท่านได้

วิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่มีหลายวิธีดังนี้



- การส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) ทุก 5 ถึง 10 ปี หรือ
- ตรวจอุจจาระหาเลือดที่มองไม่เห็นด้วยตาเปล่า (Fecal Occult Blood Test) ทุกปี หรือ
- การส่องกล้องลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย (Sigmoidoscopy) ร่วมกับ การตรวจสวนแป้งลำไส้ใหญ่ (Barium Enema) ทุก 5 ปี

จะเห็นได้ว่าการตรวจคัดกรองมีความสำคัญ เนื่องจากก่อนที่จะเกิดเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ขึ้น จะมีความผิดปกติเริ่มจากการเกิดมีติ่งเนื้องอก (Polyp) ขึ้นมาก่อน ดังนั้นถ้าสามารถส่องกล้องลำไส้ใหญ่และตรวจพบติ่งเนื้องอกได้ตั้งแต่ไม่มีอาการ แพทย์จะสามารถตัดติ่งเนื้องอกผ่านทางกล้อง (Polypectomy) โดยไม่ต้องทำผ่าตัดซึ่งจะเป็นการป้องกันการเกิดเป็นมะเร็งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1) ปริญญา ทวีชัยการ. **ตำรามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เล่ม 1** (TEXTBOOK OF CANCER OF COLON, RECTUM AND ANUS) : 2554
2) สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข. **แนวทางการตรวจคัดกรอง วินิจฉัย และรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง**. โรงพิมพ์พระพุทธศาสนาแห่งชาติ. 2552.

3) มาลิน ปิยะชินวรรณ. **การดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้**. สืบค้นจาก http://www.feidathai.com/?name=knowledge&file=readknowledge&id=263. 2549.
4) ธาราทิพย์ ศุภชลาทิพย์. การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ : กรณีศึกษา. กรุงเทพฯ : โรงพยาบาลราชวิถี. 2541.
5) ชมนาด วรรณพรศิริ. การพยาบาลผู้ใหญ่. กรุงเทพฯ : ธนาเพส. 2551.
6) ไพบูลย์ สุทธิวรรณ.ลำไส้ใหญ่โป่งพองแต่กำเนิด ใน:กุมารศัลยศาสตร์.ไพบูลย์ สุทธิวรรณ บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร เรือนแก้วการพิมพ์, 2536;364-387
7) สุจินดา ริมศรีทอง. **พยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาล เล่ม 1**. 2554.