

ภาวะท้องผูกในผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาล

จารุณี ปลายยอด* RN., M.S.N. (Adult Nursing)

อรสา พันธุ์ภักดี** RN., DNS.

บทคัดย่อ: ภาวะท้องผูก (Constipation) เป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล การเกิดท้องผูกอาจทำให้ปัญหาความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่รุนแรงยิ่งขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจ ปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดท้องผูก ได้แก่ อายุที่มากขึ้น สภาวะของโรค การจำกัดน้ำ การจำกัดการเคลื่อนไหว ความปวด ภาวะซึมเศร้า รวมไปถึงยาที่ได้รับ พยาบาลมักให้ความสนใจปัญหาท้องผูกของผู้ป่วย แต่ในทางปฏิบัติยังขาดการประเมิน การป้องกันและการจัดการกับภาวะท้องผูกอย่างมีแบบแผน การสร้างแนวปฏิบัติที่มีการประเมินความเสี่ยงและการจัดการ กับภาวะท้องผูกของผู้ป่วยจะช่วยลดปัญหาท้องผูกในผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล การประเมินภาวะท้องผูกประกอบด้วย การซักประวัติเกี่ยวกับแบบแผนการขับถ่ายอุจจาระ การตรวจร่างกาย การประเมินสภาวะจิตใจ และการประเมินเกี่ยวกับยาที่ทำให้เกิดท้องผูก แล้วตัดสินว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงระดับน้อย ปานกลาง หรือ มาก เพื่อจัดการให้เหมาะสมกับระดับความรุนแรงของภาวะท้องผูก การจัดการกับปัญหาท้องผูก ประกอบด้วย การดื่มน้ำให้เพียงพอ การออกกำลังกาย การทำกิจกรรม การฝึกการขับถ่ายอุจจาระ การรับประทานอาหารที่มีใยอาหารสูง และการใช้ยาระบายถ้าจำเป็น ต้องใช้ นอกจากนี้การจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม รวมทั้งการแนะนำให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม จะช่วยป้องกันและแก้ไขปัญหาท้องผูก โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่นอนพักในโรงพยาบาล

คำสำคัญ: ภาวะท้องผูก การประเมิน การป้องกัน การจัดการกับปัญหาท้องผูก แนวปฏิบัติ

* พยาบาลประจำการ ทออบิบาลผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลอินทร์บุรี

** รองศาสตราจารย์ งานการพยาบาลอายุรศาสตร์ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ปัญหาท้องผูก

ท้องผูก (Constipation) เป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล การเกิดท้องผูกในผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้ป่วยโรคหัวใจอาจทำให้ปัญหาความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่รุนแรงขึ้นได้ การประเมินแบบแผนการขับถ่ายอุจจาระ การจัดการและการป้องกันการเกิดท้องผูกในผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลจะช่วยลดปัญหาที่ตามมาจากการเบ่งถ่ายอุจจาระ และช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบายขึ้น บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเสนอแนวปฏิบัติในการประเมินผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดท้องผูก และการจัดการเพื่อป้องกันการเกิดท้องผูก รวมทั้งเสนอกรณีตัวอย่างของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีปัญหาท้องผูกและผลที่ตามมา

ท้องผูก หมายถึง การเคลื่อนไหวของลำไส้ น้อยลงทำให้มีการขับถ่ายอุจจาระน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ โดยมีลักษณะอุจจาระแข็ง แห้ง ก้อนใหญ่ ผิดปกติ และถ่ายลำบาก และหรือการมีแรงต้านการเคลื่อนไหวของลำไส้ ทำให้ผู้นั้นต้องออกแรงเบ่งการขับถ่ายอุจจาระ เพิ่มขึ้น (Hinrichs & Huseboe, 2001; ธาณี เมฆะสุวรรณดิษฐ์, 2543) เมื่อเกิดอาการท้องผูกจะทำให้บุคคลรู้สึกไม่สุขสบายมีอาการปวดท้อง ปวดบริเวณก้นหรือทำให้ผู้ที่มิริดสีดวงทวารอยู่มีอาการเพิ่มมากขึ้น

อุบัติการณ์ของการเกิดภาวะท้องผูกค่อนข้างสูง 10% ของประชาชนอเมริกันทั่วไปและ 25% ของผู้สูงอายุต้องประสบกับปัญหาท้องผูก (Hinrichs & Huseboe, 2001) และคนอเมริกันจ่ายเงินสำหรับซื้อยาระบาย ปีละหลายล้านเหรียญ (Camm, 1998) จากการรายงานของ โรมิโร อีแวนส์ เฟลมมิ่ง และฟิลลิปส์ (Romero, Evans, Fleming, & Phillips, 1990) พบว่า 50% ของผู้ใหญ่และผู้สูงอายุในบ้านพักคนชราและ

63% ในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มักมีปัญหาท้องผูก สำหรับในประเทศไทย การศึกษาเรื่องภาวะท้องผูกในผู้สูงอายุไทยที่อาศัยในชุมชนของ สุทธิชัย จิตะพันธกุล ธานี ทวีกิตกุล และจันฉณา ปัญญาชีวิน (2544) พบว่า ร้อยละ 34.5 ของผู้สูงอายุมีปัญหาท้องผูก และร้อยละ 60 ของผู้ที่มีปัญหาท้องผูกตอบว่าอาการท้องผูกรบกวนการใช้ชีวิตในสังคมของตนเอง ครั้งหนึ่งของผู้สูงอายุที่มีปัญหาท้องผูกซื้อยาระบายกินเอง ซึ่งการใช้ยาระบายที่ไม่ถูกวิธีอาจทำให้เกิดปัญหาท้องผูกเรื้อรังได้ ถึงแม้ว่าการศึกษาของสุทธิชัย จิตะพันธกุล และคณะเป็นการศึกษาเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุแต่สะท้อนให้เห็นว่าปัญหา ท้องผูกยังเป็นปัญหาที่สำคัญควรได้รับการป้องกันและแก้ไข

ผู้ป่วยที่รับไว้ในหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤตและหออภิบาลผู้ป่วยโรคหัวใจเกิดปัญหาท้องผูกได้บ่อย เนื่องจากสภาวะความเจ็บป่วยที่รุนแรง ทำให้มีการมุ่งเน้นการดูแลรักษาเพื่อรักษาชีวิตของผู้ป่วยและแก้ไขปัญหาสุขภาพที่สำคัญเร่งด่วนก่อน นอกจากนี้ปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้อง เช่น นิสัยการขับถ่าย และสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยยังเป็นปัจจัยสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาท้องผูก เนื่องจากบุคคลจะขับถ่ายอุจจาระได้นั้นจะต้องอยู่ในสถานที่ที่เหมาะสมและจัดที่นั่งให้ขับถ่ายได้ตามธรรมชาติ เมื่อไม่สามารถอยู่ในสภาพดังกล่าวจะทำให้เกิดการกลั้นอุจจาระ (องอาจ ไพสมทรางกูร, 2538) นอกจากนี้พยาธิสภาพและการรักษาโรคที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคลยังเป็นสาเหตุทำให้เกิดท้องผูกได้ เช่น ผู้ที่เป็นโรคหัวใจถูกจำกัดการทำกิจกรรมการออกแรง การไม่ได้เคลื่อนไหว การจำกัดน้ำและอาหาร มีผลทำให้การเคลื่อนไหวของลำไส้ใหญ่และการกระตุ้นการขับถ่ายอุจจาระลดลงจึงเกิดอาการท้องผูกตามมา

ภาวะท้องผูกในผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาล

พยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤตและหออภิบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ(Coronary Care Unit : CCU) ควรคำนึงถึงการเกิดปัญหาท้องผูกในผู้ป่วย แต่อย่างไรก็ตามพบว่า ยังมีการขาดระบบในการประเมิน และการจัดการเพื่อป้องกันและแก้ปัญหาท้องผูกในระยะเริ่มแรก จึงทำให้เกิดปัญหาท้องผูกในผู้ป่วยและผลที่ตามมาจากการเบ่งถ่ายอุจจาระ

กรณีตัวอย่าง

ปัญหาท้องผูกในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่รับไว้ในหออภิบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ

นาย ส. อายุ 67 ปี อาศัยอยู่ในกรุงเทพฯ ญาตินำส่งโรงพยาบาลเอกชนด้วยปัญหาเจ็บแน่นหน้าอกข้างซ้ายขณะนอนพัก ร่วมกับมีอาการเหงื่อแตกใจสั่น หายใจลำบาก 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล นาย ส. ได้รับการตรวจและวินิจฉัยว่าเป็น Acute inferior wall myocardial infarction และ right ventricular infarction จึงได้รับการรักษาด้วย Thrombolytic agent หลังจากได้ยาผู้ป่วยอาการยังไม่ดีขึ้น ยังคงมีอาการเจ็บหน้าอก และผลทางห้องปฏิบัติการพบว่า มี cardiac enzyme เพิ่มขึ้น จึงส่งต่อมารับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐแห่งหนึ่งในกรุงเทพฯ หลังจากรักษาอยู่ที่โรงพยาบาลเอกชน 2 วัน

นาย ส. แต่งงานมีบุตร 6 คน มีบ้านเป็นของตนเอง อยู่กับภรรยา ปกติ นาย ส. เป็นคนชอบทำกิจกรรม ไม่ชอบอยู่เฉยๆ เดินออกกำลังกายทุกวัน ชอบรับประทานผัก ผลไม้ และดื่มน้ำวันละ 1 - 2 ลิตร จึงไม่มีปัญหาท้องผูก ไม่ได้ใช้ยาอะไรแก้ท้องผูก โรคประจำตัวของนาย ส. คือ เบาหวาน เก๊าท์ และ

หลอดเลือดหัวใจตีบ และมีประวัติเจ็บป่วยด้วยปัญหา Acute anteroseptal wall myocardial infarction เมื่อ 2 ปีก่อน ได้รับการรักษาด้วยการใส่บอลลูนถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ (Percutaneous Transluminal Coronary Angiogram: PTCA) ที่โรงพยาบาลของรัฐแห่งหนึ่ง ผู้ป่วยสบายดีมาตลอดหลังการรักษา

ในการเจ็บป่วยครั้งนี้หลังจากที่ย้ายมารักษาที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ ผู้ป่วยได้รับการทำ coronary angiogram พบว่า มีเส้นเลือดโคโรนารี Left anterior descending artery และ Right coronary artery อุดตัน 100% จึงได้รับการรักษาด้วยการทำ PTCA หลังทำ PTCA ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อน แต่อย่างไรก็ตามจากการตรวจ Echocardiogram พบว่า กล้ามเนื้อหัวใจส่วน ventricle บีบตัวไม่ดี วัดค่า Left Ventricular Ejection Fraction (LVEF) ได้ 38% ซึ่งค่า LVEF ที่น้อยกว่า 45% ผู้ป่วยจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิด ภาวะหัวใจวายได้ (Camm, 1998) หลังทำ PTCA ได้ 1 วัน แพทย์วางแผนจะย้ายผู้ป่วยออกจาก CCU

เช้าวันที่จะย้ายผู้ป่วยออกจาก CCU เวลาประมาณ 06.30 น. ผู้ป่วยบ่นปวดท้องต้องการถ่ายอุจจาระแต่ถ่ายไม่ออก ผู้ป่วยได้รับยาระบาย Milk of Magnesia (MOM) พยาบาลดูแลให้ผู้ป่วยได้ถ่ายอุจจาระบนเตียงพร้อมกับแนะนำผู้ป่วยไม่ให้เบ่งถ่ายแรงมาก แต่การได้รับยา MOM อาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดมวนท้อง ผู้ป่วยจึงเบ่งถ่าย หลังจากนั้นผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยหอบมากขึ้นเรื่อยๆ และเริ่มกระสับกระส่าย การประเมินภาวะออกซิเจนในกระแสเลือดของผู้ป่วยด้วย Pulse oximetry พบว่า Oxygen saturation ลดลงเรื่อยๆ แพทย์พิจารณาใส่ท่อทางเดินหายใจทางปากและใช้เครื่องช่วยหายใจ

จารุณี ปลายยอด และอรสา พันธักดิ์

ชนิดควบคุมด้วยปริมาตรโดยตั้งเครื่องแบบ CMV mode อัตราการหายใจ 16 ครั้ง/นาที FiO_2 1.0 และตั้ง PEEP 5 cmH_2O หลังใช้เครื่องช่วยหายใจอาการของผู้ป่วยไม่ดีขึ้น ยังคงมีภาวะหัวใจวายรุนแรงขึ้น เกิด Acute pulmonary edema และต่อมาความดันโลหิตต่ำลงประมาณ 80/50 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจเร็วขึ้น 140 ครั้ง/นาที เกิด Cardiogenic shock จึงได้รับการรักษาด้วย Inotropic agent และใส่ Intra Aortic Balloon Pump (IABP) เพื่อเพิ่ม cardiac output และเพิ่มการไหลเวียนเลือดสู่หลอดเลือดแดง coronary ซึ่งผู้ป่วยต้องใส่ IABP เป็นเวลา 1 สัปดาห์

ในระหว่างนอนโรงพยาบาลผู้ป่วยมีภาวะสับสนเฉียบพลันเป็นระยะ ๆ ปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีภาวะสับสนเฉียบพลันได้แก่ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุเป็น เบาหวาน อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคยได้รับยากลุ่ม Benzodiazepine และมีภาวะหัวใจล้มเหลวซึ่งทำให้มี Cardiac output ลดลง ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงสมองลดลง เนื่องจากสมองเป็นอวัยวะที่สำคัญและไวต่อการขาดออกซิเจน อาจทำให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้ (Camm, 1998) ผู้ป่วยได้รับการใส่ท่อทางเดินหายใจ 4 ครั้ง จากการที่ผู้ป่วยมีภาวะสับสนเป็นระยะ ๆ ทำให้ผู้ป่วยดึงท่อทางเดินหายใจออกเอง 2 ครั้ง และจากการหย่าเครื่องช่วยหายใจไม่สำเร็จ 2 ครั้ง จึงต้องใส่ท่อ ทางเดินหายใจใหม่หลังจากเอาท่อออก อย่างไรก็ตามเมื่ออาการผู้ป่วยดีขึ้นสามารถถอดท่อทางเดินหายใจออกได้ใน 14 วัน หลังจากเกิดปัญหาท้องผูกและเบ่งถ่ายอุจจาระ

จากกรณีตัวอย่างจะเห็นได้ว่าการเบ่งถ่ายอุจจาระในภาวะท้องผูก ร่วมกับมีพยาธิสภาพของกล้ามเนื้อหัวใจทำให้การบีบตัวของหัวใจลดลง จึงเกิดหัวใจวายเฉียบพลันและถึงขั้นรุนแรงมี cardiogenic shock มีผลกระทบต่อระบบที่รุนแรงคุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วยและทำให้

ต้องรับการดูแลรักษาอยู่ใน CCU นานขึ้น การเบ่งถ่ายอุจจาระในภาวะท้องผูกปัจจัยชักนำที่สำคัญที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจวายเฉียบพลันดังเช่นในกรณีตัวอย่าง เนื่องจากการถ่ายอุจจาระต้องอาศัยการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ การเคลื่อนไหวของลำไส้ใหญ่ รีเฟล็กซ์การถ่ายอุจจาระร่วมกับการเบ่งถ่ายอุจจาระ (ชูศักดิ์ เวชแพทย์, 2520) การเบ่งถ่ายซึ่งอยู่ภายใต้การควบคุมของสมองจะเป็นกลไกอันหนึ่งที่ช่วยให้มีการขับถ่ายอุจจาระเร็วขึ้น การเบ่งจะทำให้เกิดการหายใจลึก ๆ เพื่อทำให้กระบังลมกดต่ำลงมาในช่องท้องในเวลาเดียวกันก็มีการปิดของกลottis (Glottis) พร้อมกับมีการหดตัวของกล้ามเนื้อบริเวณทรวงอกที่ใช้ในการหายใจ และการหดตัวของกล้ามเนื้อหน้าท้องทำให้ความดันในช่องอก และช่องท้องเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ความดันนี้จะกดลงบริเวณลำไส้อย่างแรง ทำให้อุจจาระออกมาเร็วยิ่งขึ้น

การเบ่งถ่ายอุจจาระนั้นเป็นการทำ Valsalva maneuver คือในระยะแรกที่เบ่งถ่ายอุจจาระ ความดันในช่องอกและช่องท้องเพิ่มสูงขึ้น ทำให้ปริมาณเลือดที่กลับสู่หัวใจ (venous return) จะลดลงอย่างมากเมื่อสิ้นสุดการเบ่งถ่ายความดันในช่องอกและช่องท้องลดลง จะทำให้ปริมาณเลือดกลับสู่หัวใจอย่างมาก (venous pooling) ซึ่งเป็นการเพิ่ม preload ขึ้นอย่างรวดเร็ว และหลังจากนั้นเมื่อเข้าสู่ภาวะการหายใจปกติ จะมีการหดตัวของหลอดเลือดแดงซึ่งเป็นการเพิ่มขึ้นของ afterload (Braunwald et al., 2001) การเพิ่มขึ้นของ preload และ afterload มีผลทำให้หัวใจวายได้ เนื่องจากผู้ป่วยมีปัญหากล้ามเนื้อหัวใจตายทำให้การบีบตัวของหัวใจที่ไม่มีประสิทธิภาพอยู่ก่อนแล้ว

ภาวะท้องผูกในผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาล

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดท้องผูก

ผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลมีโอกาสเกิดท้องผูกได้ง่ายเนื่องจากมีปัจจัยเสี่ยงดังต่อไปนี้ (Hinrichs & Huseboe, 2001)

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุที่มากขึ้น คนที่อายุมากกว่า 55 ปีขึ้นไปมีโอกาสเกิดท้องผูก ผู้ที่มีประวัติท้องผูกเรื้อรังอยู่ก่อน รวมทั้งมีประวัติการได้รับยาละลายที่ไม่ถูกต้องมาก่อน ผู้ที่ดื่มน้ำน้อยกว่าวันละ 1,000 มล. รวมทั้งผู้ที่มีอาการอ่อนเพลีย นอนพักอยู่บนเตียงหรือพิการ ทำให้มีการจำกัดการเคลื่อนไหวของร่างกาย จึงเกิดปัญหาท้องผูกตามมา

2. โรคและภาวะที่สัมพันธ์กับการเกิดท้องผูก ได้แก่

- * โรคไต เช่น ไตวาย ภาวะยูรีเมีย
- * โรคทางระบบประสาท เช่น โรคพาร์กินสัน โรคหลอดเลือดสมอง multiple sclerosis
- * โรคของระบบต่อมไร้ท่อ เช่น ผู้ป่วย hypothyroidism ผู้ป่วยเบาหวานโดยเฉพาะผู้ที่มีปัญหา diabetic neuropathy
- * โรคหัวใจ ที่ทำให้มีอาการอ่อนเพลีย การจำกัดการเคลื่อนไหว และการจำกัดน้ำ
- * ความไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์ เช่น ภาวะ acidosis, hypokalemia, hypercalcemia
- * โรคที่ทำให้เกิดความเจ็บปวดบริเวณไส้ตรงและทวารหนัก เช่น ริดสีดวงทวาร แผลแยกบริเวณทวารหนัก ฝีรอบทวารหนัก Diverticular disease มะเร็งลำไส้ใหญ่

3. การได้รับการผ่าตัดบริเวณช่องท้องและบริเวณรอบๆ ทวารหนัก รวมถึงการได้รับการดมยาสลบ

4. ภาวะทางจิตใจและอารมณ์ เช่น ภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้การรับประทานยาบางชนิดทำให้เกิดอาการท้องผูกได้ เช่น ยาแก้ปวด โดยเฉพาะพวก narcotics ยาลดกรด ที่มีส่วนประกอบของ aluminum และ calcium ยาลดความดันโลหิตสูงพวก calcium channel blocker ยารักษาโรค Parkinson ยา antispasmodic ยาต้านความซึมเศร้า (antidepressant) ยาเสริมธาตุเหล็ก (iron supplements) ยาขับปัสสาวะ (diuretic drugs) ยาแก้ชัก (anticonvulsant drugs) (Camm, 1998)

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดท้องผูกในผู้ป่วยที่เป็นกรณีตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ มีโรคประจำตัว คือ เบาหวาน และมีอาการชาที่เท้า ซึ่งแสดงให้เห็นว่ามีความผิดปกติของระบบประสาท (Neuropathy) การนอนในโรงพยาบาลเป็นการเปลี่ยนจากสถานที่ที่คุ้นเคย การนอนถ่ายบนหมอนอนซึ่งเป็นท่าที่ผิดธรรมชาติของการถ่ายอุจจาระ การที่ผู้ป่วยต้องนอนพักบนเตียง (Bed rest) และเป็นโรคหัวใจทำให้มีการจำกัดน้ำ รวมทั้งการรับประทานอาหาร ผัก และผลไม้ลดลง อีกทั้งผู้ป่วยรายนี้มีประวัติว่า ตามปกติเมื่ออยู่ที่บ้านจะถ่ายทุกวันไม่เคยมีปัญหาท้องผูก แต่เมื่อมานอนที่โรงพยาบาลผู้ป่วยไม่ถ่ายอุจจาระมา 3 วัน การมีภาวะท้องผูกทำให้รู้สึกปวดมวนท้องอยากถ่ายอุจจาระซึ่งอาจเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยเบ่งถ่ายได้ (Staab & Hodges, 1996)

การประเมินภาวะท้องผูก

การประเมินภาวะท้องผูกมีความสำคัญในการค้นพบปัญหาท้องผูก ป้องกัน และการแก้ไขภาวะท้องผูกในระยะเริ่มแรก การประเมินภาวะท้องผูกประกอบด้วย (Hinrichs & Huseboe, 2001)

จรรยา ปลายยอด และอรสา พันธักดิ์

1. การซักประวัติการขับถ่ายอุจจาระของผู้ป่วยเกี่ยวกับ แบบแผนการขับถ่ายอุจจาระ ลักษณะของอุจจาระ ประวัติการขับถ่ายอุจจาระ ประวัติการแก้ไข ปัญหาท้องผูก เช่น การใช้ยาระบาย และประวัติเกี่ยวกับการผ่าตัดที่มีผลต่อการทำงานของระบบทางเดินอาหาร

2. การตรวจร่างกาย เพื่อประเมินการเคลื่อนไหวของลำไส้โดยใช้หูฟังฟังบริเวณหน้าท้องของผู้ป่วย การคลำท้องเพื่อตรวจดูว่ามีก้อนในช่องท้องหรือไม่ และการตรวจทางทวารหนักเพื่อประเมินว่ามีอุจจาระอัดแน่นหรือไม่ (Fecal impaction)

3. การประเมินสภาวะจิตใจของผู้ป่วย เพื่อประเมินผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า หรือมีการหลงลืม ที่แสดงถึงภาวะสมองเสื่อม

4. การประเมินเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร และน้ำดื่มที่ผู้ป่วยได้รับใน 3 วัน ที่ผ่านมา

5. การประเมินกิจกรรมการเคลื่อนไหวและการพักผ่อน

6. การประเมินเกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยได้รับซึ่งเป็นยาที่ทำให้เกิดท้องผูก

สำหรับผู้ที่มีการท้องผูกรุนแรง และผู้ที่มีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการถ่ายอุจจาระและการเคลื่อนไหวของลำไส้ที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันหรือถ่ายมีเลือดปน ควรมีการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมโดยเฉพาะผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งลำไส้และทวารหนัก การตรวจวินิจฉัยที่ควรทำเพิ่มเติมได้แก่ การทำ Barium enema, Sigmoidoscopy หรือ Colonoscopy (Camm, 1988)

แบบประเมินความเสี่ยงและการจัดการกับภาวะท้องผูก

ฮินริชและฮิวส์โบว์ (Hinrichs & Huseboe, 2001) ได้สร้างแนวปฏิบัติโดยดัดแปลงมาจากการประเมินความเสี่ยงและการจัดการกับภาวะท้องผูกของผู้ป่วยของคาแรมและไนส์ (Karam & Nies, 1994) แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดท้องผูกประเมินจากการซักประวัติและตรวจร่างกาย (ภาคผนวก ก) จะมีการให้คะแนนในแต่ละปัจจัยเสี่ยง ถ้าคะแนนรวมเป็นลบตั้งแต่ -18 ถึง -6 แสดงว่า ผู้ป่วยนั้นเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาท้องผูกลด คคะแนน -5 ถึง +7 แสดงว่าผู้ป่วยนั้นมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาท้องผูกปานกลาง และถ้าคะแนนรวมเท่ากับหรือมากกว่า + 8 แสดงว่าผู้ป่วยนั้นเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาท้องผูกมาก คาแรมและไนส์ ได้เสนอโปรแกรมการจัดการกับผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดท้องผูกไว้เป็น 3 ระดับ คือ ระดับผู้ที่มีความเสี่ยงน้อย ปานกลางและมาก การจัดการกับปัญหาท้องผูกประกอบด้วย การดื่มน้ำให้เพียงพอ การออกกำลังกาย การทำกิจกรรม การฝึกการขับถ่ายอุจจาระและการรับประทานอาหารที่มีใยอาหารสูง ซึ่งผู้เขียนได้ดัดแปลงชนิดของผักและผลไม้ให้เหมาะสมกับที่มีอยู่ในเมืองไทย ดังแสดงใน ภาคผนวก ข.

การจัดการกับปัญหาท้องผูก

การประเมินปัจจัยเสี่ยงและการตรวจร่างกายผู้ป่วยทำให้พยาบาลวินิจฉัยได้ว่าผู้ป่วยรายนั้น ๆ เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาท้องผูกหรือมีปัญหาท้องผูกแล้ว ฮินริชและฮิวส์โบว์ (Hinrichs & Huseboe, 2001) ได้เสนอแนวทางการจัดการกับปัญหาท้องผูกเป็นลำดับขั้นดังต่อไปนี้

ภาวะท้องผูกในผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาล

ขั้นที่ 1 ขั้นการป้องกัน ได้แก่ การออกกำลังกาย ดื่มน้ำอย่างเพียงพอ และรับประทานอาหารที่มีเส้นใย (Exercise - Fluid - Fiber) การออกกำลังกายทำให้การเคลื่อนไหวร่างกาย ถ้าผู้ป่วยไม่ได้จำกัดการเคลื่อนไหวให้เดินเข้าห้องน้ำหรือเดินรอบเตียงวันละ 2 ครั้ง สำหรับผู้ที่จำกัดการออกกำลังกายให้มิกิจกรรมการเคลื่อนไหวอยู่บนเตียงโดยแนะนำให้ผู้ป่วยยกสะโพก พลิกตัว หรือยกขาทีละข้าง ดูแลให้ดื่มน้ำอย่างเพียงพอ คือมากกว่า 1,000 มล. ต่อวัน ถ้าไม่มีข้อห้าม และดูแลให้รับประทานอาหารที่มีเส้นใยสูง เส้นใยอาหารเมื่อผ่านไปยังลำไส้ใหญ่จะทำให้หน้าที่คล้ายพองน้ำดูดซับน้ำเอาไว้ ทำให้เกิดการรวมตัวของกากอาหารและทำให้อุจจาระนุ่มลงด้วย ซึ่งช่วยให้การขับถ่ายอุจจาระเป็นปกติจึงเป็นการป้องกันการเกิดท้องผูก นอกจากนี้ควรดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานสิ่งที่ผู้ป่วยเคยรับประทานอยู่เป็นประจำ เช่น ผัก ผลไม้ น้ำลูกพรุน นมเปรี้ยว เป็นต้น เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาท้องผูก

ขั้นที่ 2 ขั้นการแก้ไขภาวะท้องผูก ในกรณีที่จัดการตามขั้นที่ 1 แล้วยังเกิดปัญหาท้องผูก ให้จัดการโดยใช้ยาระบายชนิด bulk - forming laxative เช่น รำข้าว (bran), วุ้น (agar), เมล็ดแมงลัก (psyllium seed), สารกึ่งอนุพันธ์ของเซลลูโลส (methylcellulose), ลูกพรุน (prunes), เทียนเกิลด์ทอย (plantago, calcium polycarbohil) 1 - 2 ช้อนโต๊ะ ละลายน้ำ 8 ออนซ์ รับประทานวันละ 3 ครั้ง ยาระบายชนิดนี้จะทำให้มีการรวมตัวของอุจจาระเกิดเป็นอุจจาระชนิดก้อนซึ่งผู้ป่วยจะต้องได้รับน้ำอย่างเพียงพอ มิฉะนั้นอุจจาระจะอัดแน่นและอุดตันลำไส้ได้ (ธานี เมฆะสุวรรณดิษฐ์, 2543; ชื่นจิตร กรองแก้ว, 2544) ยาระบายชนิดนี้จึงไม่เหมาะสมที่จะใช้ใน

ผู้ป่วยโรคหัวใจที่จำกัดน้ำและผู้ป่วยที่ต้องหลีกเลี่ยงการเบ่งอุจจาระ

ขั้นที่ 3 ใช้ยาระบายชนิด stool softeners เช่น docusate sodiam (ชื่อทางการค้า เช่น Colace, Dialose, Surfak) ให้ 100 - 400 มก.ต่อวัน ยาระบายชนิดนี้เหมาะสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจเนื่องจากยาระบายชนิดนี้จะให้ความชุ่มชื้นแก่อุจจาระ ทำให้อุจจาระอ่อนนุ่มไม่แห้ง และยังช่วยเพิ่มการเคลื่อนไหวของลำไส้ ทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องออกแรงเบ่งถ่ายอุจจาระ แต่ควรหลีกเลี่ยงยาระบายที่มีส่วนผสมของเกลือโซเดียมในผู้ที่ต้องจำกัดเกลือเช่นกัน (ชื่นจิตร กรองแก้ว, 2544)

ขั้นที่ 4 ใช้ยาระบายชนิด Osmotic Laxatives ได้แก่ การให้ lactulose 70% liquid solution 30 - 34 ซี.ซี. วันละ 2 ครั้ง หรือ sorbital liquid 15 ซี.ซี. วันละ 3 ครั้ง แล้วให้ magnesium sulfate 10 - 30 ซี.ซี. วันละ 4 ครั้ง ยาระบายนี้ออกฤทธิ์เพิ่มแรงดันออสโมติกช่วยดึงน้ำเข้าสู่ลำไส้ใหญ่ทำให้อุจจาระมีลักษณะอ่อนนุ่มง่ายต่อการขับถ่าย ควรหลีกเลี่ยงยาที่มีส่วนประกอบของเกลือโซเดียมและเกลือฟอสเฟตในผู้ป่วยโรคหัวใจเนื่องจากทำให้เกิดการคั่งของโซเดียมและยาระบายที่มีแมกนีเซียมถ้าใช้ในปริมาณสูงเกินไป อาจทำให้เกิดคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติ (ชื่นจิตร กรองแก้ว, 2544)

ขั้นที่ 5 ใช้ยากระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้ เช่น มะขามแขก (Senna) 0.5 - 2 กรัม วันละ 2 ครั้ง จะกระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้ใหญ่ส่วนปลายช่วยให้อุจจาระถูกขับออกมาได้ (ชื่นจิตร กรองแก้ว, 2544)

ขั้นที่ 6 ใช้ยาเหน็บหรือสวนอุจจาระ (Suppository Enema) เช่น ใช้ Glycerine suppository เหน็บทวารหนักวันละครั้ง หรือใช้ Bisacodyl 5 - 10 มก. เหน็บวันละครั้งหรือสวน

จารุณี ปลายยอด และอรสา พันธักดิ์

อุจจาระด้วย Sodium/Potassium phosphate 133 ซี.ซี. (21.3 กรัม)

ในกรณีที่ปฏิบัติขั้นตอนที่ 1 แล้วยังไม่ถ่ายอุจจาระเป็นวันที่ 3 ให้เริ่มขั้นที่ 2 และอาจปฏิบัติไปจนถึงขั้นที่ 5 ได้ ถ้ายังไม่ถ่ายเป็นวันที่ 4 ให้ปฏิบัติซ้ำตั้งแต่ขั้นตอนที่ 2 จนกระทั่งถึงขั้นตอนที่ 5 แต่ถ้ายังไม่ถ่ายเป็นวันที่ 5 ให้ปฏิบัติในขั้นที่ 6 ได้ทันที

การดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะท้องผูกและจัดการแก้ไขเมื่อเกิดท้องผูกโดยวิธีดังกล่าวข้างต้นแล้วพยาบาลต้องให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาท้องผูก เช่น การอธิบายนให้ผู้ป่วยโรคหัวใจเข้าใจถึงเหตุผลของการห้ามเบ่งถ่ายอุจจาระ การไม่กลั้นอุจจาระ ผลัดผอน เลื่อนการถ่ายอุจจาระออกไปเพราะจะทำให้เกิดท้องผูกได้ (Hinrichs & Huseboe, 2001) พยาบาลควรแสดงท่าทีที่ไม่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกลำบากใจในการขอความช่วยเหลือเรื่องการขับถ่ายอุจจาระ ควรดูแลให้ผู้ป่วยได้ขับถ่ายตามเวลาที่เป็นแบบแผนเดิมของผู้ป่วย ควรจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมและมีความเป็นส่วนตัวเท่าที่จะทำได้ ถ้าผู้ป่วยสามารถนั่งได้ ควรจัดให้นั่งตัวตรงเพื่อช่วยเพิ่มแรงดันในช่องท้องแล้วทำให้ถ่ายอุจจาระง่ายขึ้น หรือให้ผู้ป่วยนั่งส้วมชนิดเก้าอี้ข้างเตียง (bed side commode chair)

สรุป

ท้องผูกเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่ต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตและผู้ป่วยโรคหัวใจ ซึ่งการเกิดภาวะท้องผูกอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดการเจ็บป่วยที่รุนแรงขึ้น เกิดความไม่สุขสบายและต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น และเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น ปัญหาท้องผูกสามารถป้องกันหรือจัดการได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกโดยการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดท้องผูกอย่างเป็นระบบและการให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการเคลื่อนไหว การออกกำลังกาย ดื่มน้ำอย่างเพียงพอ และรับประทานอาหารที่มีเส้นใย รวมทั้งการใช้ยาระบายอย่างเหมาะสมตามลำดับขั้น นอกจากนี้พยาบาลยังมีบทบาทในการให้ข้อมูลกับผู้ป่วยเพื่อป้องกันอันตรายจากการเบ่งถ่าย รวมไปถึงการจัดสภาพแวดล้อมให้กับผู้ป่วยได้ถ่ายอุจจาระอย่างปลอดภัยและเป็นส่วนตัว

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ รศ.ดร.พรณวดี พุฒวัฒน์ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำเกี่ยวกับปริมาณใยอาหารที่มีอยู่ในผักผลไม้ของไทยสำหรับโปรแกรมการจัดการกับผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดท้องผูก ในภาคผนวก ข.

ภาวะท้องผูกในผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาล

ภาคผนวก ก.

การประเมินความเสี่ยงและการจัดการกัภาวะท้องผูกของผู้ป่วย

ชื่อผู้ป่วย..... วันที่ทำการประเมิน

ข้อมูลจากการซักประวัติ (จำนวนคะแนนที่ได้ คือตัวเลขและเครื่องหมายในวงเล็บ)

1. แบบแผนการขับถ่ายที่ผ่านมา (+2)...ถ่าย 1 ครั้ง/วัน; (+1)...ถ่าย 1 ครั้ง ทุก 3 วัน ;
(0)...ถ่ายน้อยกว่า 1 ครั้ง ทุก 3 วัน
2. ลักษณะของการขับถ่าย (ไม่คิดคะแนน)
ลักษณะแข็งมาก.....เป็นก้อนแข็ง.....เป็นก้อนลักษณะนุ่ม.....เหลว
สีดำ.....น้ำตาลเข้ม.....สีน้ำตาล.....สีน้ำตาลอ่อน
จำนวนเล็กน้อยปานกลาง.....มาก
กลิ่นเหม็นผิดปกติไม่มี
.....มี(อธิบาย).....
3. ชนิดของยาระบายที่ใช้
.....น้ำผลไม้ผัก ผลไม้ ยาเม็ดยาสวนยาเหน็บ
4. ผู้ป่วยคิดว่าตนเองเป็นคนมีการถ่ายอุจจาระบ่อยแค่ไหน
5. ประวัติของการเกิดท้องผูกหรือการมีอุจจาระอัดแน่น (fecal impaction)
(-2)ไม่เคย; (0)บางครั้ง; (+1)มีอาการท้องผูกเรื้อรัง;
(+2)มีอุจจาระอัดแน่น
6. ประวัติการใช้ยาระบาย
(-2) น้อยกว่า 1 ครั้งต่อเดือน; (0)เดือนละ 1 ครั้ง; (+1)สัปดาห์ละครั้ง;
(+2)ใช้ทุกวัน
ระบุรายละเอียดเกี่ยวกับการใช้ยาระบาย.....
7. ผู้ป่วยเคยได้รับการผ่าตัดที่มีผลต่อการทำงานของระบบทางเดินอาหารหรือไม่
(-1)ไม่เคย; (+1)เคย
8. ถ่ายอุจจาระครั้งสุดท้ายเมื่อไร
(-1) < 3 วัน; (+1)> 3 วัน; (+2)> 5 วัน

จรรยา ปลายยอด และอรสา พันธักดิ์

การประเมินที่ได้จากการตรวจร่างกาย (จำนวนคะแนนที่ได้ คือตัวเลขและเครื่องหมายในวงเล็บ)

1. การเคลื่อนไหวของลำไส้

(-1)มีการเคลื่อนไหวของลำไส้ปกติ (ประมาณ 5 ครั้ง/นาที);

(+1)มีการเคลื่อนไหวของลำไส้ช้ากว่าหรือมากกว่าปกติ

(น้อยกว่าปกติ หมายถึง น้อยกว่า 5 ครั้ง/นาที; มากกว่าปกติ หมายถึง มากกว่า 30 ครั้ง/นาที)

2. ตรวจพบความแตกต่างในช่องท้อง (ความนุ่มแข็ง) (-1)ไม่มีความแตกต่าง

(+1)มีความแตกต่าง

3. ตรวจพบก้อนในช่องท้อง (-1)ไม่มี; (+1)มีก้อนในช่องท้อง

4. ตรวจพบอุจจาระอัดแน่น (-1)ไม่มี; (+2)มีลักษณะการอัดแน่นของอุจจาระ

การประเมินสภาวะทางจิตใจของผู้ป่วย

1. ในปัจจุบันผู้ป่วยมีลักษณะซึมเศร้าหรือไม่ (-1)ไม่มี; (+1)มี

2. ผู้ป่วยมีอาการของสมองเสื่อม (dementia) หรือไม่ (-1)ไม่มี; (+1)มี

ข้อมูลของการรับประทานอาหารและการได้รับน้ำ

1. การรับประทานอาหารเมื่อ 3 วันที่ผ่านมา

(+2) อาหารเหลวเท่านั้น

(0) อาหารที่มีกากใยเล็กน้อย (เช่น ผัก ผลไม้ที่มีลักษณะอ่อนนุ่ม)

(-2) อาหารที่มีเส้นใยสูง (เช่น ขนมปังที่ผลิตจากเมล็ดข้าว ธัญพืช ผัก ผลไม้)

2. การได้รับน้ำในแต่ละวัน (น้ำที่ไม่ใช่เครื่องดื่มที่อาจเป็นสาเหตุการขับปัสสาวะ เช่น กาแฟ ชา เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์)

(+2) น้อยกว่า 1,500 ซีซี ทุกวัน

(0) มากกว่า 1,500 ซีซี ต่อวัน

(-2) มากกว่า 2,000 ซีซี ต่อวัน

3. การมีกิจกรรมทางกายและการพักผ่อน

(+2) ต้องให้ผู้อื่นช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว (Passive Range of Motion)

(+1) เดินเองได้มากกว่า 50 ฟุตต่อวัน

(0) เดินเองได้น้อยกว่า 50 ฟุตต่อวัน

(-2) มีกิจกรรมทางกายเองได้เต็มที่

ภาวะท้องผูกในผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาล

การได้รับยา

1. รายการยาในปัจจุบันที่อาจเป็นสาเหตุให้เกิดปัญหาท้องผูก

..... ยาแอนตาซิดที่มีส่วนผสมของอลูมิเนียม เกลือไอออน (Iron salts)
..... ยาต้านโคลิเนอร์จิก ยาระบาย (ที่ใช้ผิดวิธี)
..... แคลเซียมคาร์บอเนต ยากลุ่มโอปิออยด์
..... ยาต้านแคลเซียม ฟีนโทอะซีน (Phenothiazines)
..... ยาขับปัสสาวะ ยากล่อมประสาท (Sedative)
..... ยาต้านอาการเศร้ากลุ่มไตรไซคลิก อื่น ๆ

2. รายการยาที่ผู้ป่วยได้รับ (ถ้าได้รับ 2 ชนิด หรือมากกว่า, บวกเพิ่ม 2 คะแนน)

.....

รายการยาที่ทำให้อุจจาระอ่อนตัว และยาระบายที่ผู้ป่วยได้รับเมื่อ 3 วันที่ผ่านมา (ไม่คิดคะแนน)

.....

การพยาบาลอื่นๆ ที่ผู้ป่วยได้รับ

.....

คะแนนรวมทั้งหมด

การแปลผลคะแนน :

คะแนน -18 ถึง -6 ให้เริ่มใช้โปรแกรมสำหรับผู้ที่มีความเสี่ยงน้อย

คะแนน -5 ถึง +7 ให้ใช้โปรแกรมสำหรับผู้ที่มีความเสี่ยงปานกลาง

คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ +8 ให้ใช้โปรแกรมสำหรับผู้ใหญ่ที่มีความเสี่ยงมาก

แบบประเมินนี้ ฮินริชและฮิวส์โบว์ (Hinrichs & Huseboe, 2001) ได้ดัดแปลงมาจากแบบประเมินของคาแรมและไนส์ (Karam & Nies, 1994)

จรรยา ปลายยอด และอรสา พันธักดิ์

ภาคผนวก ข.

โปรแกรมการจัดการกับผู้ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะท้องผูก

โปรแกรมสำหรับผู้ที่มีความเสี่ยงน้อย ให้ปฏิบัติดังนี้

เครื่องดื่มในปริมาณ 1,000 - 2,000 ซีซี.ต่อวัน (รวมเครื่องดื่มอื่นด้วย)

ออกกำลังกาย: ยกขา กางขาออกด้านข้าง ยกสะโพก อย่างละ 10 ครั้ง วันละ 2 ครั้ง

รับประทานอาหารที่มีปริมาณใยอาหารใน 1 วัน: ส้มเขียว 1 ผล, ฝรั่ง หรือมะม่วงดิบ 100 กรัมต่อมื้อ (หรือกล้วยไข่, กล้วยน้ำว้า, กล้วยหอม มื้อละ 1 ผล หรือ มะละกอสุก 1 ชิ้น) เลือกอย่างใดอย่างหนึ่งต่อ 1 มื้อ ดื่มน้ำมะขามเปียก 1 แก้วหรือ น้ำหวานผสมเม็ดแมงลัก 1 แก้ว หรือน้ำลูกพรุน 1 แก้ว ต่อวัน เลือกอย่างใดอย่างหนึ่ง 1 มื้อต่อวันเช่นกัน

ฝึกการถ่ายอุจจาระ: นั่งบนเก้าอี้สำหรับถ่ายอุจจาระข้างเตียงประมาณ 5 - 10 นาที หลังอาหารมื้อเช้า ถ้ายังไม่ถ่ายให้ปฏิบัติในมื้อต่อไป

ทำกิจกรรมการเคลื่อนไหว: เดินด้วยตนเองหรือมีผู้คอยช่วยเหลืออย่างน้อย 5 - 10 เมตร หรือเดินรอบเตียงผู้ป่วย 2 ครั้งต่อวัน

โปรแกรมสำหรับผู้ที่มีความเสี่ยงปานกลาง ให้ปฏิบัติดังนี้

ดื่มน้ำในปริมาณ 1,000 - 2,000 ซีซี.ต่อวัน เช่นเดียวกับโปรแกรมแรก

ออกกำลังกาย : ปฏิบัติเช่นเดียวกับโปรแกรมแรก

รับประทานอาหารที่มีปริมาณใยอาหารใน 1 วัน : รำข้าว 1 ถ้วย และน้ำมะขามเปียกหรือ น้ำหวานผสมเม็ดแมงลัก 1 แก้วหรือน้ำลูกพรุน 1 แก้วต่อวัน อย่างใดอย่างหนึ่ง อาจเพิ่มกล้วย (กล้วยไข่, กล้วยน้ำว้า, กล้วยหอม) มื้อละ 1 ผล หรือมะละกอ 1 ชิ้น อย่างใดอย่างหนึ่งต่อ 1 มื้อ รับประทานอาหารได้ทั้ง 3 มื้อ

ฝึกถ่ายอุจจาระ : ปฏิบัติเช่นเดียวกับโปรแกรมแรก

ทำกิจกรรมการเคลื่อนไหว : ปฏิบัติเช่นเดียวกับโปรแกรมแรก

โปรแกรมสำหรับผู้ที่มีความเสี่ยงมาก ให้ปฏิบัติดังนี้

ดื่มน้ำในปริมาณ 1,000- 2,000 ซีซี. ใน 1 วัน เช่นเดียวกับโปรแกรมแรก

ออกกำลังกาย : ปฏิบัติเช่นเดียวกับโปรแกรมแรก

รับประทานอาหารที่มีปริมาณใยอาหารใน 1 วัน : ถั่วเขียว, ถั่วแดง, ถั่วแดงหลวงต้มน้ำตาลให้เปื่อย 1 ถ้วยและน้ำมะขามเปียก 1 แก้ว หรือ น้ำหวานผสมเม็ดแมงลัก 1 แก้ว หรือน้ำลูกพรุน 1 แก้ว ต่อ 1 วัน เลือกอย่างใดอย่างหนึ่ง หรืออาจเพิ่มผลไม้ เช่น กล้วย มะละกอ ฝรั่ง มะม่วงดิบ อย่างใดอย่างหนึ่ง รับประทานได้ทั้ง 3 มื้อเช่นกัน

ภาวะท้องผูกในผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาล

ฝึกการถ่ายอุจจาระ : ปฏิบัติเช่นเดียวกับโปรแกรมแรก

ทำกิจกรรมการเคลื่อนไหว : ปฏิบัติเช่นเดียวกับโปรแกรมแรก

โปรแกรมนี้ดัดแปลงจาก Protocols for bowel management program ของ คาแรมและไนส์ (Karam & Niles, 1994) และปรับปริมาณและชนิดของใยอาหารให้เข้ากับวิถีชีวิตของคนไทย (ประภาศรี ภูเสถียร อรุวรรณ วลัยพัชรา และรัชณี คงคาอุยฉาย, 2533)

จารุณี ปลายยอด และอรสา พันธักดิ์

เอกสารอ้างอิง

- ชื่นจิตร์ กรองแก้ว. (2544). ยาระบายและยาถ่าย (Laxative and Cathartics). ใน โยชม วงศ์ภูวรักษ์ และพวงค์ เทพอักษร (บรรณาธิการ), *เภสัชวิทยา เล่ม 2*.(หน้า 245-262). กรุงเทพฯ : ประชุมช่าง
- ชูศักดิ์ เวชแพทย์. (2520). *สรีรวิทยา*. กรุงเทพฯ : อักษรสมัย.
- ธานี เมฆะสุวรรณดิษฐ์. (2543). การรักษาอาการท้องผูกด้วยยาระบาย. *คลินิก*, 16 (15), 285 - 293.
- ประกาศรี ภูเสถียร อรุวรรณ วลัยพัชรา และรัชนี้ คงคาจุยฉาย. (2533). โยอาหารในอาหารไทย. *โภชนาการสาร*, 43 - 53.
- สุทธิชัย จิตะพันธกุล ธานี ทวีกิตกุล และจักษณา ปัญญาชีวิน. (2544). ภาวะท้องผูกในผู้สูงอายุไทยที่อาศัยในชุมชน : ความหมายและอัตราความชุก. *วารสารพญามาติยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*, 2(1), 8-17.
- องอาจ ไพรสณตรงกูร. (2538). ท้องผูก ใน กำพล กลั่นกลิ่น บุญหลง ตีวะสมบุรณ์ และองอาจ ไพรสณตรงกูร (บรรณาธิการ), *อาการของโรกระบบทางเดินอาหารที่พบบ่อยและการบำบัด*. กรุงเทพฯ : พี.บี. ฟอเรน บุคส์ เซ็นเตอร์.
- Braunwald, E, et.al. (2001). Disease of central nervous system. In E. Braunwald, et.al.(Eds). *Harrisons Principles of Internal Medicine Volume 2*. 15th ed. New York: McGraw Hill.
- Camm , A.J. (1998). Cardiovascular disease. In P. Kumar & M. Clark. (Eds). *Clinical Medicine*. 4th ed. London : W.B.Saunders. Constipation. Retrieved on June 14, 2005, from <http://digestive.niddk.nih.gov/diseases/pubs/constipation/>
- Hinrichs, M & Huseboe, J.(2001). Research - based protocol management of constipation. *Journal of Gerontological Nursing*, 27 (2), 17-28.
- Karam, S.E. & Nies, D.M.(1994). Student/Staff collaboration: A pilot bowel management program. *Journal of Gerontological Nursing*, 20(3), 32 - 40.
- Romero, Y. Evans, JM. Fleming, KC. & Phillips, SF (1996). Constipation. *Mayo Clin Proc*, 71(1): 81- 82.
- Staab, A.S. & Hodges, L.C.(1996). *Essentials of gerontological nursing the adaptation to aging process*. Philadelphia : J.B.Lippincott.

ภาวะท้องผูกในผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาล

Jarunee Plaiyod* R.N., M.S.N. (Adult Nursing)

Orasa Panpakdee** R.N., DNS.

Abstract: Constipation is a common clinical problem of hospitalized patients. Constipation can aggravate patients' condition to be worse, especially in patients with heart disease. Contributing factors of constipation are aging, disease condition, fluid intake restriction, mobility limitation, pain, depression, and some medications. Nurses should concern about constipation of each patient. However, in the clinical settings, there is no guideline for assessment and management of the patients with constipation. Assessment of the risk of constipation is comprised of assessing a patient's pattern of bowel movement, examining a patient's abdomen and bowel sound, assessing mental status, and medications associated with constipation condition. The patients should be evaluated a level of constipation which is mild, moderate, or severe level in order to select a proper intervention. Management of constipation includes having adequate fluid intake, increasing physical activity and exercise, having toilet training like the previous patient's pattern, having a high fiber diet, and using laxatives if necessary. In addition, arrangement of patients environment to facilitate bowel movement and encouragement of patients' participation in preventing constipation should be performed for constipation management in hospitalized patients.

Keywords: assessment, constipation, guideline, management, prevention

* Registered Nurse, Inburi Hospital

** Associate Professor, Department of Nursing, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University.