

คำแนะนำในการให้อาหารผ่านสาย jejunal tube (Jejunal tube feeding)

โดยสมาคมกุมารแพทย์โรคทางเดินอาหาร ตับและโภชนาวิทยา (The European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition 2019)

(The Use of Jejunal Tube Feeding in Children: A Position Paper by the Gastroenterology and Nutrition Committee on the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition 2019)

J.Pediatr Gastroenterol Nutr 2019; 69: 239-58

ในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคทางเดินอาหารที่ไม่สามารถให้อาหารผ่านสาย nasogastric tube ได้ จากสาเหตุต่างๆ เช่น การบีบตัวเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารผิดปกติ หรือโรค gastroesophageal reflux รุนแรง เป็นต้น ผู้ป่วยเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับอาหารผ่านสายให้อาหารที่สอดผ่านกระเพาะอาหารสู่ลำไส้เล็ก jejunum (jejunal tube feeding: JTF) ไม่นานมานี้สมาคมกุมารแพทย์โรคทางเดินอาหาร ตับและโภชนาวิทยาแห่งทวีปยุโรป (ESPGHAN) เผยแพร่รายงานคำแนะนำในการให้ JTF แก่ผู้ป่วยเด็ก โดยแบ่งระดับของคำแนะนำเป็น 2 ระดับ คือ

ระดับมาก (strong recommendation) หมายถึง คำแนะนำที่มีข้อมูลสนับสนุนว่ามีประโยชน์แก่ผู้ป่วยมากกว่าผลเสีย

ระดับน้อย (suggestion) หมายถึง คำแนะนำที่มีข้อมูลสนับสนุนไม่มากหรือเป็นคำแนะนำที่มีประโยชน์แก่ผู้ป่วยและผลเสียใกล้เคียงกัน

เนื้อหาในคำแนะนำมีข้อสรุปดังนี้

1. ข้อบ่งชี้สำหรับ JTF

คำแนะนำที่มีน้ำหนักมาก (strong recommendation)

1.1 ผู้ป่วยที่ไม่สามารถรับอาหารผ่านสาย nasogastric tube ได้ เนื่องจากอาหารไม่สามารถผ่านกระเพาะอาหารได้ตามปกติ

1.2 พิจารณาolongให้ JTF ในผู้ป่วยโรค intestinal pseudo-obstruction ที่ไม่สามารถให้อาหารผ่านสาย gastrostomy

1.3 ควรพิจารณาการใช้ JTF เป็นทางเลือกก่อนตัดสินใจทำการผ่าตัด fundoplication ร่วมกับ gastrostomy ในผู้ป่วย gastroesophageal reflux รุนแรงที่เสี่ยงต่อการสูดสำลัก โดยเฉพาะผู้ป่วยพิการทางสมอง

1.4 ผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบเฉียบพลันที่ไม่สามารถให้อาหารทางปากหรือให้ผ่านสาย nasogastric tube ได้

คำแนะนำที่มีน้ำหนักน้อย (suggestion)

1.5 ผู้ป่วยภาวะวิกฤติที่ไม่สามารถให้อาหารผ่าน nasogastric tube ได้

2. วิธีการรักษาที่อาจลองใช้ก่อนให้ JTF แก่ผู้ป่วย

คำแนะนำที่มีน้ำหนักมาก (strong recommendation)

2.1 ให้อาหารสูตร hydrolysed protein หรือ elemental formula ผ่านสายสู่กระเพาะอาหารอย่างช้าๆ ถ้าไม่ได้ผลจึงให้ JTF

2.2 ลองให้ยากลุ่ม prokinetic อย่างน้อย 1 ชนิดแก่ผู้ป่วย เพื่อกระตุ้นการบีบตัวเคลื่อนไหวของทางเดินอาหาร

3. การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการก่อน JTF

คำแนะนำที่มีน้ำหนักมาก (strong recommendation)

3.1 ควรพิจารณาส่งตรวจทางรังสีวิทยา GI follow through ในผู้ป่วยทุกรายก่อนทำ JTF เพื่อยืนยันว่าลำไส้เล็กของผู้ป่วยไม่มีการอุดตัน

3.2 ควรพิจารณาส่งกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้น (upper GI endoscopy) ในผู้ป่วยทุกรายก่อนทำ JTF

4. ข้อห้ามสำหรับ JTF

คำแนะนำที่มีน้ำหนักมาก (strong recommendation)

4.1 ผู้ป่วยที่มีภาวะ paralytic หรือ mechanical ileus ลำไส้อุดตัน ลำไส้ทะลุ peritonitis, necrotizing enterocolitis

4.2 ควรให้ JTF ด้วยความระมัดระวังในผู้ป่วยทารกแรกเกิดก่อนกำหนด intestinal dysmotility, toxic megacolon, high-output enteric fistula อุจจาระร่วงเรื้อรัง ภูมิคุ้มกันบกพร่อง เลือดออกในทางเดินอาหาร

4.3 ห้ามให้ JTF ในทารกคลอดก่อนกำหนดน้อยกว่า 37 สัปดาห์

5. เทคนิคในการให้ JTF

การพิจารณาเลือกเทคนิคและชนิดของสาย jejunal tube ขึ้นกับระยะเวลาที่คาดว่าผู้ป่วยต้องได้รับ JTF ยกตัวอย่างเช่น การใส่สาย nasojejunal tube เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่คาดว่าได้รับ JTF ไม่ถึง 1 เดือน ถ้านานกว่า 1 เดือน ควรพิจารณาวิธี gastrojejunostomy หรือ jejunostomy โดยการผ่าตัด หรือ ผ่านการส่องกล้องทางเดินอาหาร นอกจากนี้ขึ้นกับประสบการณ์ของแพทย์ อุปกรณ์ที่มีใช้ในโรงพยาบาล ผู้ป่วยมี gastrostomy อยู่แล้วหรือไม่ และความจำเป็นที่ผู้ป่วยได้รับ gastric compression

คำแนะนำที่มีน้ำหนักมาก (strong recommendation)

5.1 การใส่สาย nasojejunal tube โดยอาศัยวิธีการทางรังสีวิทยาเพื่อตรวจสอบตำแหน่งสาย ควรทำโดยผู้เชี่ยวชาญเพื่อลดการรับรังสีของผู้ป่วย

5.2 การตรวจวัดค่า pH ของ content ที่ดูดจากสายให้อาหารเป็นวิธีที่ง่าย ปลอดภัย ประหยัด สามารถนำมาใช้ตรวจตำแหน่งของปลายสายให้อาหารในเวชปฏิบัติข้างเตียงผู้ป่วย (bedside practice) ทั้งนี้ ค่า pH ใน jejunum ประมาณ 7-8

5.3 ควรพิจารณาการทำ surgical jejunostomy เช่น Roux-en-Y jejunostomy, Omega jejunostomy และ retubularization ในผู้ป่วยที่ต้องได้รับ (gastro-JTF) เป็นเวลายาวนาน ไม่แนะนำการใส่สาย jejunal tube ผ่านการผ่าตัดโดยตรง (direct surgical tube insertion) (หมายเหตุจากผู้สรุป: เป็นที่น่าสังเกตว่า ESPGHAN ไม่ได้ให้ความเห็นใดๆเกี่ยวกับการทำ endoscopic jejunostomy ซึ่งอาจเป็นเพราะข้อมูลในเด็กมีน้อย)

คำแนะนำที่มีน้ำหนักน้อย (suggestion)

5.4 ไม่แนะนำการให้ยา prokinetic เพื่อช่วยในการใส่สาย nasojejunal tube

6. การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับ JTF

คำแนะนำที่มีน้ำหนักมาก (strong recommendation)

6.1 ปลายสาย jejunal tube ต้องอยู่ลึกผ่าน ligament of Treitz เพื่อป้องกันสายให้อาหาร เคลื่อนที่กลับไปสู่กระเพาะอาหาร

6.2 สามารถให้อาหารผ่านสาย jejunal tube ภายในเวลา 24 ชั่วโมงหลังใส่สาย ยกเว้นมีข้อห้ามทางศัลยกรรม

6.3 สามารถให้อาหารสูตร polymeric formula ได้ ยกเว้นกรณีไม่สามารถรับ polymeric formula ควรเปลี่ยนเป็น hydrolysed protein formula

6.4 ให้อาหารสูตร hydrolysed protein formula ที่มีไขมัน medium chain triglyceride ผสมในผู้ป่วยที่มี pancreatic insufficiency หรือมีภาวะลำไส้ดูดซึมอาหารบกพร่อง

6.5 ตรวจเลือดวัดระดับของแดง สังกะสี selenium อย่างสม่ำเสมอทุก 6 เดือน - 1 ปี ในผู้ป่วยที่ได้รับ JTF อย่างยาวนาน

6.6 ห้ามเจาะจางอาหารที่ให้แก่ผู้ป่วย

6.7 ให้อาหารผ่านสายอย่างช้าๆ ด้วยเครื่อง volumetric pump โดยปรับความเร็วตามการยอมรับของผู้ป่วย

6.8 ห้ามให้ยาผ่านสาย jejunal tube เพราะยาหลายชนิดดูดซึมได้ไม่ดีในลำไส้เล็ก jejunum ยกเว้นผู้ป่วยที่มีข้อห้ามให้ยาผ่านกระเพาะอาหาร

6.9 ผู้ป่วยที่มีโอกาสเกิด gastroesophageal reflux หรือมี content ค้างในกระเพาะอาหาร ควรดูด gastric content ให้กระเพาะอาหารว่างระหว่างที่ได้รับอาหารทาง JTF เพื่อป้องกันการดูดสำลัก

7.0 ฉีดน้ำอุ่นล้างสาย jejunostomy tube หลังให้อาหารเสร็จ หรือหลังให้ยา หรือเมื่อเปลี่ยนภาชนะบรรจุอาหาร (กรณีให้ทางสายอย่างต่อเนื่อง 24 ชั่วโมง) เพื่อป้องกันสายอุดตัน

7.1 การเตรียมสูตรอาหาร รวมทั้งภาชนะที่บรรจุต้องอยู่ในระบบปิด (closed system) เพื่อป้องกันการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์

7.2 ผู้ป่วยที่ได้รับ JTF ควรอยู่ใต้การดูแลจากบุคคลากรจากสหสาขา (multidisciplinary team) ได้แก่ โรคทางเดินอาหาร โภชนาวิทยา กายภาพบำบัดฟื้นฟู และจิตวิทยา

7.3 การตัดสินใจเกี่ยวกับ JTF ต้องให้ผู้ปกครองผู้ป่วยมีส่วนร่วมและยินยอม

7.4 ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านจริยธรรม ในกรณีการทำ jejunostomy มีประเด็นด้านจริยธรรมในผู้ป่วย

ย่อความและสรุปโดย รองศาสตราจารย์นายแพทย์เสกสิต โอสถากุล หน่วยโรคทางเดินอาหาร และตับ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์