

ท้องผูกในเด็ก : ปัญหาที่พบบ่อยแต่ไม่ธรรมดา

เสกสิต โอสถากุล พบ., วว. (กุมารเวชศาสตร์)

ภาควิชากุมารเวชศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

หาดใหญ่ สงขลา 90110

กุมารแพทย์ทั่วไปทุกคนคงยอมรับว่าท้องผูกในเด็กเป็นปัญหาที่พบได้ค่อนข้างบ่อย และในบางกรณีก็พบปัญหาในการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้

จากประสบการณ์ของผู้เขียนที่ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านระบบทางเดินอาหาร ทำให้เห็นหลุมพราง (pitfall) สำคัญเกี่ยวกับท้องผูกในเด็กที่กุมารแพทย์ทั่วไปอาจไม่ทราบ ทั้งนี้โดยส่วนใหญ่จะเป็นผู้ป่วยท้องผูกเรื้อรังที่ไม่มีสาเหตุด้าน organic ดังนั้นบทความนี้จะเน้นถึงประเด็นสำคัญของผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว เพื่อประโยชน์สำหรับกุมารแพทย์ในการดูแลผู้ป่วย โดยมีตัวอย่างผู้ป่วยประกอบเพื่อผู้อ่านได้เข้าใจมากขึ้น

ประเด็นที่ 1 : การวินิจฉัยอาการท้องผูกในทารกวัยต้น (early infancy)

ตัวอย่างผู้ป่วยรายที่ 1 ทารกอายุ 2 เดือน

อาการสำคัญ : ท้องผูกมา 1 เดือน

ประวัติปัจจุบัน : น้ำหนักแรกเกิด 3,200 กรัม ถ่ายขี้เทาตั้งแต่วันแรกหลังเกิดและถ่ายวันละ 5-7 ครั้งต่อวันมาตลอด เมื่ออายุ 1 เดือนไม่ใคร่ถ่ายอุจจาระ จะถ่ายห่างออกทุก 1-5 วัน มารดาต้องสวนอุจจาระให้ผู้ป่วย อุจจาระเป็นเหนียว ผู้ป่วยพบแพทย์โรงพยาบาลใกล้บ้าน บอกเป็นโรคท้องผูก ต้องหาสาเหตุด้วยการสวนแป้ง x-ray แต่มารดาไม่แน่ใจจึงนำมารักษาที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

ประวัติอื่นๆ : บุตรคนแรก ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอดปกติ กินนมมารดา ผลการคัดกรองโรคต่อมธัยรอยด์ปกติ

ตรวจร่างกาย : น้ำหนัก 5,270 กรัม กระจ่อมหน้า 1 x x 1 ซม. กระจ่อมหลังปิด ตรวจคลำหน้าท้องปกติ ตรวจทวารหนักปกติ ผู้ปกครองได้รับคำอธิบายจากแพทย์โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ว่าลักษณะการถ่ายอุจจาระของผู้ป่วยอาจจะไม่ใช่อาการท้องผูก แต่น่าจะเป็นการเปลี่ยนแปลงชั่วคราว และจะถ่ายอุจจาระบ่อยขึ้นได้เองเมื่อเวลาผ่านไป ดังนั้นจึงไม่จำเป็นต้องส่งตรวจพิเศษอะไร แพทย์ได้ตอบข้อสงสัยของผู้ปกครองจนลดความกังวลลง และนัดติดตามผู้ป่วย เมื่อ 1 เดือนต่อมา พบว่าผู้ป่วยสามารถถ่าย

อุจจาระบ่อยขึ้นได้เองวันละ 3-4 ครั้ง และยังคงถ่ายอุจจาระเป็นปกติตลอด ผู้ป่วยมี
สุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง

คำวินิจฉัย : *Transient bowel habit change*

อภิปราย

โดยทั่วไป การวินิจฉัยอาการท้องผูกในเด็กถือว่ามีเมื่อถ่ายอุจจาระน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์หรือถ่ายอุจจาระลักษณะแข็งจนมีเลือดปนในบางครั้ง เจ็บปวดท้องออกแรงเบ่งมาก¹ อย่างไรก็ตามเราไม่สามารถวินิจฉัยอาการท้องผูกในทารกวัย 1-2 เดือนโดยอาศัยความถี่ของอุจจาระ เพราะลักษณะการถ่ายอุจจาระปกติ (bowel habits) ของทารกวัยนี้มีความแตกต่างจากเด็กโตอย่างมาก จากการศึกษาลักษณะการถ่ายอุจจาระในเด็กไทยอายุ 1 เดือน - 6 ปี จำนวน 400 ราย² พบว่าจำนวนครั้งของอุจจาระที่ถ่ายในหนึ่งวัน และ consistency จะแตกต่างกันในแต่ละวัย ทารกอายุ 1 เดือนจะถ่ายบ่อยกว่าวัยอื่นโดยเฉลี่ย 3.3 ครั้งต่อวัน และมีความถี่แตกต่างกันในแต่ละราย ตั้งแต่ถ่ายวันเว้นวันจนถึง 10 ครั้งต่อวัน เมื่อทารกอายุมากขึ้นจำนวนครั้งของอุจจาระต่อวันจะลดลงจนเหลือโดยเฉลี่ย 1 ครั้งต่อวันเมื่ออายุ 4 ปี พร้อมกับอุจจาระซึ่งมีลักษณะนิ่มและ เมื่ออายุ 1 เดือน จะเริ่มเป็นก้อน (formed stool) เมื่ออายุ 4 เดือน ที่น่าสังเกต คือ ทารกบางรายมีประวัติถ่ายอุจจาระปกติทุกวันตั้งแต่แรกเกิดจนเมื่ออายุเริ่มพ้น 1 เดือน จะเริ่มถ่ายอุจจาระห่างออกทุก 2-4 วัน โดยไม่มีอาการผิดปกติอื่นใด และกลับมาถ่ายบ่อยเช่นเดิมอีกเมื่ออายุย่างเข้า 3-4 เดือน ทารกเหล่านี้มักมีประวัติกินนมมารดา แข็งแรง โตเร็ว ซึ่งลักษณะเช่นนี้อาจทำให้ผู้ปกครองนำทารกมาพบแพทย์ เพราะเข้าใจว่าทารกมีปัญหาท้องผูก ดังตัวอย่างผู้ป่วยรายที่ 1

ลักษณะการถ่ายอุจจาระที่ความถี่ลดลง ดังเช่นตัวอย่างผู้ป่วย อาจทำให้กุมารแพทย์เข้าใจผิดว่าทารกป่วยเป็นโรค Hirschsprung หรือสาเหตุอื่นๆ และส่งตรวจ Barium enema ทำให้ทารกต้องสัมผัสรังสีโดยไม่จำเป็น ดังนั้นในการประเมิน Hirschsprung หรือไม่ จะต้องอาศัยข้อมูลที่สำคัญทางคลินิกคือประวัติถ่าย meconium ล่าช้า อาเจียน ท้องอืด น้ำหนักไม่ขึ้น มาพิจารณาประกอบ ถ้าทารกไม่มีความผิดปกติดังกล่าว พัฒนาการและการเจริญเติบโตอยู่ในเกณฑ์ปกติ แม้ไม่ถ่ายอุจจาระทุกวัน แนะนำให้ดูแลทารกเหล่านี้โดยอธิบายแก่ผู้ปกครองว่า ลักษณะการถ่ายอุจจาระเช่นนี้เป็น การปรับเปลี่ยนชั่วคราว โดยไม่มีสาเหตุจากความผิดปกติของลำไส้ และทารกจะถ่ายบ่อยขึ้นเมื่อเวลาผ่านไป 1-2 เดือน การส่งตรวจใดๆ ยังไม่มีความจำเป็นในขณะนี้ อย่างไรก็ตามควรติดตามทารกอย่างใกล้ชิด เพื่อเป็นการเฝ้าระวังสาเหตุโรคความผิดปกติของลำไส้ และให้แน่ใจว่าทารกสามารถถ่ายอุจจาระได้ตามปกติในเวลาต่อมา

ประเด็นที่ 2 : การวินิจฉัยภาวะ fecal soiling จากท้องผูกเรื้อรัง

ในภาวะท้องผูกเรื้อรัง จะมีอุจจาระคั่งค้างใน rectum เมื่อใดที่อุจจาระคั่งสะสมมากเกินไป ปริมาณของ rectum ที่รับได้ อุจจาระบางส่วนจะไหลเล็ดลอดออกมาจากภายนอก โดยผู้ป่วยไม่รู้สึกลำบาก อุจจาระ ลักษณะเหมือนโคลน กลิ่นเหม็น ติดกางเกง อาการนี้คือ soiling บางครั้งอาการ soiling จาก

ท้องผูกเรื้อรังอาจทำให้ผู้ปกครอง และแพทย์ที่ไม่รู้จักภาวะนี้เข้าใจผิดว่า ผู้ป่วยมีปัญหาของระบบประสาท ไชสันหลังทำให้กลืนอุจจาระไม่ได้ หรือเข้าใจว่าผู้ป่วยมีปัญหาท้องร่วงเรื้อรัง ดังประสบการณ์ในผู้ป่วยรายที่สอง

ตัวอย่างผู้ป่วยรายที่ 2 เด็กหญิงไทยอายุ 4 ปี

อาการสำคัญ : อุจจาระร่วงเรื้อรัง 1 เดือน

ประวัติปัจจุบัน : 1 เดือน ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการท้องเสีย ถ่ายอุจจาระเป็นเนื้อละเอียด เหมือนโคลน กลิ่นเหม็นเสียดเบื่อนติดกางเกงในเป็นประจำเกือบทุกวัน วันละ 2-3 ครั้ง นานๆ จะถ่ายอุจจาระเป็นก้อน ปวดท้องบ่อย แพทย์คลินิกใกล้บ้านบอกเป็นโรคบิด ให้ยาแก้ท้องเสีย และยาฆ่าเชื้อ ไม่ได้ขึ้น ผู้ปกครองจึงพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

ประวัติอดีตและครอบครัว : บุตรคนที่ 2/2 ไม่มีโรคประจำตัว สุขภาพและพัฒนาการปกติ บิดามารดาเป็นนักธุรกิจ ความสัมพันธ์ในครอบครัวดี

ตรวจร่างกาย : น้ำหนักและส่วนสูงปกติ ท้องอืดเล็กน้อย คลำหน้าท้องพบก้อนอุจจาระที่ท้องน้อย ด้านซ้ายล่าง ตรวจระบบอื่นปกติ

ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคอุจจาระร่วงเรื้อรัง ได้ส่งอุจจาระเพาะหาเชื้อก่อโรคและรักษาโดยยา norfloxacin (100 mg.) 1 เม็ดวันละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 3 วัน และนัดผู้ป่วยเข้าคลินิกโรคระบบทางเดินอาหาร

ที่คลินิกโรคระบบทางเดินอาหาร : ผู้ป่วยมีอาการเช่นเดิม ไม่พบเชื้อก่อโรคในอุจจาระ ชักประวัติเพิ่มเติมพบว่า หลายๆวันผู้ป่วยจึงจะถ่ายอุจจาระแข็ง ขนาดใหญ่มากจนกดชักโครกไม่ลง อาการอุจจาระเล็ดเบื่อนกางเกงจะไม่ปรากฏหลังจากถ่ายอุจจาระเป็นก้อนออกไป แต่หลังจากนั้นเพียงไม่กี่วันอาการอุจจาระเล็ดเบื่อนจะปรากฏขึ้นมาอีก เป็นๆหายๆ เช่นนี้มาตลอด ผู้ปกครองไม่ทราบว่าผู้ป่วยเริ่มมีอาการท้องผูกเมื่อใดรวมทั้งปัจจัยชักนำให้เกิดอาการท้องผูก เพราะต้องติดต่อกิจกรรมภายนอกบ้านเสมอจึงไม่มีใครมีเวลาดูแลผู้ป่วย

ตรวจร่างกาย : คลำหน้าท้องพบก้อนอุจจาระขนาดใหญ่ที่ท้องน้อยและตรวจทวารหนักพบอุจจาระสะสมมากใน rectum

คำวินิจฉัย : *Chronic functional constipation with fecal soiling*

ผู้ป่วยรายนี้ กุมารแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยมาก่อน พลาดการวินิจฉัยภาวะ fecal soiling เพราะเชื่อตามคำบอกอาการของผู้ปกครอง และมองข้ามผลการตรวจหน้าท้องที่คลำพบก้อนอุจจาระ ซึ่งเป็นลักษณะที่ไม่ควรพบในภาวะอุจจาระร่วง จึงรักษาผิดแนวทาง อาจมีคำถามตามมาคือ อะไรคือสาเหตุท้องผูกเรื้อรังและเหตุใดผู้ป่วยจึงไม่รู้สึกรปวดอุจจาระ แม้ว่าเมื่ออุจจาระค้างในลำไส้ปริมาณมากจนเกิด soiling

สาเหตุของอาการท้องผูกเรื้อรังในเด็กมีมากมาย (ตารางที่ 1) และพบบ่อยแตกต่างกันตามวัย ความผิดปกติของลำไส้มักเป็นสาเหตุของท้องผูกเรื้อรังที่มีอาการตั้งแต่แรกเกิด ในทางตรงข้ามผู้ป่วยท้องผูกเรื้อรังส่วนใหญ่ร้อยละ 90 ที่มีอาการในวัยทารกตอนปลายหรือเด็กโตจะไม่มีสาเหตุความผิดปกติของระบบใด ๆ¹ (functional constipation) แต่จะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกลั่นอุจจาระเพราะกลัวเจ็บขณะถ่ายหรือกลั่นเพราะไม่มีเวลาเข้าห้องน้ำในเวลาเช้าเพราะต้องรีบไปโรงเรียน หรือเป็นเพราะรังเกียจห้องน้ำของโรงเรียน เด็กเล็กวัยทารกตอนปลายจนถึง 2 ขวบจะกลัวการถ่ายอุจจาระ ถ้าเคยมีประสบการณ์เจ็บทวารหนักระหว่างถ่ายอุจจาระที่แข็งหรือเจ็บเพราะมี anal fissure ทารกจะกลัวถ่ายอุจจาระและนำไปสู่พฤติกรรมกลั่นอุจจาระ ซึ่งแสดงออกโดยยืนเบ่งไม่กล้านั่งถ่ายแม้ว่าปวดอุจจาระ ถ้าผู้ปกครองจับนั่งถ่ายจะร้องไห้ต่อต้าน เด็กเล็กบางรายแสดงความกลัวโดยมีพฤติกรรมแอบถ่ายอุจจาระตามใต้โต๊ะ ตามมุมห้องที่ลับตาคน การกลั่นอุจจาระทำให้อุจจาระสะสมใน rectum เมื่อก้อนใหญ่ขึ้น ทำให้ยิ่งถ่ายลำบากและทิวความเจ็บปวดจึงไปเพิ่มพฤติกรรมกลั่นอุจจาระเกิดวงจร pain-withholding-pain vicious cycle การศึกษาหนึ่งพบว่าร้อยละ 63 ของเด็กท้องผูกเรื้อรังและมี soiling เคยมีประวัติ pain-withholding มาก่อน³ อุจจาระที่สะสมมากใน rectum จะทำให้ rectum ขยายใหญ่โป่งพองจนเป็น megarectum และเมื่อไม่ได้รับการรักษา อุจจาระจะไหลล้นออกมาภายนอก (overflow incontinence) จนเกิดอาการ soiling จากการศึกษากลไกการขับถ่ายของเด็กท้องผูกเรื้อรังประเภทนี้ พบว่าความรู้สึกปวดอุจจาระของผู้ป่วยลดน้อยลง⁴⁻⁷ Levine อธิบายความผิดปกติที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สีกปวดอุจจาระเลย แม้ว่ามีอุจจาระใน rectum ปริมาณมากจนเกิดอาการ soiling ว่าเป็นเพราะผนัง rectum ถูกยืดขยายอย่างช้าๆ จากอุจจาระที่สะสมจนในที่สุดระบบประสาทรับรู้ความรู้สึกที่ผนัง rectum สูญเสียหน้าที่ไป⁸ คำอธิบายนี้ได้รับการสนับสนุนจากการศึกษาหนึ่งที่พบว่า cerebral evoked potentials ที่ตอบสนองต่อการกระตุ้นด้วยการขยายผนัง rectum ของผู้ป่วยท้องผูกเรื้อรังเกิดช้ากว่าปกติ ซึ่งบ่งบอกถึงความผิดปกติของระบบประสาท afferent pathway จาก rectum ของผู้ป่วย⁹

เมื่อพบผู้ป่วยที่มีอาการท้องผูกเรื้อรัง ควรซักประวัติและตรวจร่างกายอย่างละเอียดเพื่อกำหนดแนวทางในการวินิจฉัยและเลือกตรวจทางห้องปฏิบัติการตามความจำเป็น ในผู้ป่วยเด็กเล็กควรถามประวัติถ่ายขี้เทาเสมอและประวัติกลั่นอุจจาระเพราะกลัวเจ็บ หรือกลั่นอุจจาระเนื่องจากสภาพแวดล้อมในเด็กวัยเรียน ในการตรวจร่างกายควรให้ความสำคัญต่อการประเมินสภาวะโภชนาการ การตรวจหน้าท้อง การตรวจหาตำแหน่งและความผิดปกติของรูทวารหนัก (anus) รวมถึงการตรวจหาความผิดปกติของระบบประสาทและไขสันหลังด้วย เราสามารถวินิจฉัยโรคท้องผูกเรื้อรัง functional constipation ได้โดยอาศัยลักษณะทางคลินิกและไม่จำเป็นต้องส่งตรวจเพิ่มเติม ซึ่งอาการท้องผูกเรื้อรังประเภทนี้มักเริ่มพบในทารกตอนปลาย (late infancy) จนถึงอายุ 2 ขวบ ถ้าไม่ได้รับการรักษาอาการ soiling จะเริ่มปรากฏเมื่ออายุ 3-5 ปี ซึ่งอาจทำให้ผู้ปกครองเข้าใจผิดว่าผู้ป่วยมีปัญหาด้านจิตใจหรือท้องร่วงเรื้อรัง ผู้ป่วยร้อยละ 13 มีอาการ

ปัสสาวะเล็ดไม่รู้ตัว เพราะ rectum ที่ขยายใหญ่ไปกดกระเพาะปัสสาวะ¹⁰ ผู้ป่วยบางรายมีอาการปวดท้อง เบื่ออาหาร ซึ่งอาการเหล่านี้จะดีขึ้นหลังถ่ายอุจจาระก้อนใหญ่ออกไป ในการตรวจร่างกายผู้ป่วยเหล่านี้ มีภาวะโภชนาการปกติ คลำได้ก้อนอุจจาระหน้าท้อง และตรวจทวารหนักพบอุจจาระแน่นใน rectum

ประเด็นที่ 3 : การดูแลรักษาท้องผูกเรื้อรัง functional constipation

ความผิดพลาดในการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ ส่วนใหญ่สืบเนื่องจากแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยไม่รู้จักรากเหง้า ดังกล่าวทำให้เข้าใจว่าผู้ป่วยท้องผูกเรื้อรังจากสาเหตุโรคทางศัลยกรรม นอกจากนี้อาจเกิดความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการใช้ยาระบายในเด็ก ดังตัวอย่างผู้ป่วยรายที่ 3

ตัวอย่างผู้ป่วยรายที่ 3 เด็กหญิงไทยอายุ 4 ปี

อาการสำคัญ : ท้องผูกเรื้อรัง 3 ปี

ประวัติปัจจุบัน : เมื่ออายุ 1 ปี เริ่มถ่ายอุจจาระแข็งมีเลือดปน ส่วนใหญ่จะยื่นถ่าย ขมิบก้น เกร็งตัว ถ้าจับให้แน่นถ่ายจะร้องก๊ว ต่อต้าน ถ่ายไม่สุดก็รีบลุกหนี เคยรักษาด้วยการกินยาระบายอุจจาระนิ่มขึ้น พอหยุดยาระบายเป็นอีก แพทย์แนะนำให้วิธีสวนอุจจาระแทนยาระบาย เพราะเกรงผู้ป่วยติดยา ผู้ป่วยร้องก๊วมากทุกครั้งที่สวนอุจจาระ 1 ปี ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการถ่ายอุจจาระเบื่อนติดกางเกงเหมือนกลั้นไม่ได้ หลายๆวันจึงถ่ายอุจจาระก้อนโตมาก

2-3 เดือน ก่อนมาโรงพยาบาล อาการอุจจาระเบื่อนติดกางเกงเกิดบ่อยขึ้นจนผู้ป่วยไม่ยอมไปโรงเรียนเพราะเพื่อนล้อเลียน แพทย์โรงพยาบาลใกล้บ้านส่งตรวจ barium enema พบลักษณะลำไส้โป่งพอง (รูปที่ 1) แนะนำให้ผ่าตัด ผู้ปกครองไม่แน่ใจและขอมารักษาที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

ประวัติอื่นๆ : ไม่มีโรคประจำตัวอื่นใด ไม่ชอบกินผัก

ตรวจร่างกาย : น้ำหนักและความสูงอยู่ในเกณฑ์ปกติ ท้องอืดเล็กน้อย คลำหน้าท้องพบอุจจาระก้อนโตที่ท้องน้อย พบอุจจาระเบื่อนติดกางเกงในและตรวจทวารหนักพบอุจจาระปริมาณมากแน่น rectum ตรวจระบบอื่นปกติ

ผู้ป่วยรายนี้เป็นตัวอย่างของผู้ป่วยท้องผูกเรื้อรัง functional constipation ที่เป็นมานานจนเกิด megarectum จนทำให้แพทย์เข้าใจผิดว่าผู้ป่วยเป็นโรค Hirschsprung ที่จริงอาการทางคลินิกและผลตรวจ barium enema ของผู้ป่วยรายนี้ไม่เข้ากับโรค Hirschsprung ดังการเปรียบเทียบในตารางที่ 2 เราสามารถวินิจฉัยโรคท้องผูกเรื้อรัง functional constipation ในผู้ป่วยรายนี้ โดยลักษณะทางคลินิกและให้การรักษาตามขั้นตอนดังนี้¹¹

1. การให้คำอธิบาย (Counseling) แพทย์ต้องอธิบายถึงสาเหตุและแผนการรักษาให้ผู้ปกครองทราบล่วงหน้า เนื่องจากเป็นภาวะที่ต้องรักษาติดตามเป็นระยะเวลานานพอสมควร นอกจากนี้ควรให้ความ

สนใจถึงปัญหาด้านจิตใจของผู้ปกครองและผู้ป่วย อันเป็นผลเนื่องจากภาวะท้องผูกเรื้อรัง ผู้ปกครองมักกังวลว่าสาเหตุเกิดจากความผิดปกติของลำไส้ ผู้ป่วยเด็กโตที่มีอาการ soiling จะมีความขัดแย้งกับผู้ปกครองได้เพราะถูกเข้าใจผิดว่าแกล้งทำ ถูกตำหนิจากคนรอบข้าง ถูกรังเกียจและล้อเลียนจากเพื่อนในโรงเรียน จนในที่สุดนำไปสู่การแยกตัวไม่กล้าเข้าสังคม แพทย์ต้องอธิบายและให้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ซึ่งจะช่วยขจัดความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแลรักษาและทำให้ผู้ปกครองร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยมากขึ้น

2. การกำจัดอุจจาระจาก rectum (Fecal disimpaction) ขั้นตอนนี้มีความจำเป็นเฉพาะกรณีมีอุจจาระอัดแน่นมากภายใน rectum จนเกิดอาการ soiling การกำจัดอุจจาระออกทำโดยการกินยาระบายกลุ่ม stimulant laxative เช่น bisacodyl วันละ 1 ครั้ง โดยให้ยาแก่ผู้ป่วยติดต่อกันประมาณ 3-7 วัน หรือจนกระทั่งไม่มีอุจจาระหลงเหลือใน rectum ควรพิจารณารับผู้ป่วยรักษาในโรงพยาบาล ในกรณีใช้ยากินแล้วไม่ได้ผลหรือผู้ป่วยกินยาไม่ต่อเนื่อง ติดตามได้ยาก ผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องกำจัดอุจจาระออกโดยวิธีการสวนอุจจาระ ยาสวนที่ใช้ได้ผลดีคือยากลุ่ม hypertonic phosphate enema หรือ hypertonic saline enema โดยสวนวันละ 1-2 ครั้งจนลำไส้โล่ง ควรระวังฟอสเฟตในเลือดสูง อันเป็นผลแทรกซ้อนจากการใช้ phosphate enema โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคไต

3. การกินยาระบายอย่างต่อเนื่อง (Maintenance) เป็นขั้นตอนที่ให้ยาระบายแก่ผู้ป่วยต่อไปเป็นระยะเวลาหนึ่ง หลังจากผ่านขั้นตอน fecal disimpaction จุดประสงค์เพื่อป้องกันมิให้อุจจาระสะสมจนเกิด megarectum ขึ้นมาใหม่และเพื่อให้ความรู้สึกรู้สึกปวดอุจจาระกลับคืนมา

ยาระบายที่ใช้ในระยะ maintenance อาจเป็นยาระบายกลุ่ม osmotic laxatives หรือยากลุ่ม mineral oil ไม่ควรใช้ยาระบาย stimulant laxatives ในขั้นตอนนี้เพราะเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยาติดต่อกันเป็นเวลานาน ยาระบาย mineral oil มีปัญหาที่รบกวนเด็กที่กินยาอาจล้นลงปอดจนเกิด lipid pneumonia และในทางทฤษฎียา mineral oil อาจรบกวนการดูดซึมไขมันของลำไส้ ดังนั้นยาระบายในกลุ่ม osmotic laxatives จึงเหมาะสมที่สุดในระยะ maintenance จนถึงปัจจุบันข้อมูลการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพของยาระบาย osmotic laxatives ชนิดต่างๆ ในการรักษาเด็กท้องผูกเรื้อรังยังมีน้อย อย่างไรก็ตามเชื่อว่าไม่มีความแตกต่างในประสิทธิภาพของยาเหล่านี้ในการรักษาผู้ป่วยระยะยาว¹¹ ยา polyethylene glycol (PEG) เป็นยาระบายในกลุ่ม osmotic laxatives ที่ถูกนำมาศึกษาค่อนข้างมาก และพบว่ายาชนิดนี้มีประสิทธิภาพเท่าเทียมหรือดีกว่า milk of magnesia และ lactulose¹² ยา PEG มีข้อได้เปรียบที่รสชาติและผลข้างเคียงน้อยกว่า milk of magnesia⁶ แต่มีข้อเสียที่ราคาแพง ผู้เขียนนิยมใช้ยา milk of magnesia เพราะราคาถูก หาได้ง่าย และผลข้างเคียงน้อย ผู้ป่วยแต่ละรายอาจตอบสนองต่อปริมาณยาระบายไม่เท่ากัน ควรปรับขนาดยาจนอุจจาระนุ่มปกติ จากนั้นให้ผู้ป่วยกินยาระบายต่อเนื่องเป็นเวลานานจนกระทั่งผู้ป่วยถ่ายอุจจาระได้ตามปกติ ในเด็กเล็กที่มีพฤติกรรมกลืนอุจจาระเพราะกลัวเจ็บ ควรใช้ยาระบายนานจนกว่าพฤติกรรมกลืนอุจจาระหายไป ผู้ปกครองส่วนใหญ่รวมทั้งแพทย์บางท่าน

เข้าใจผิดว่าการกินยาระบายติดต่อกันเป็นเวลานานทำให้เด็กติดยาระบายมีผลเสียต่อลำไส้ จึงหยุดยาระบายก่อนเวลาอันควร จากประสบการณ์ของผู้เขียนในการดูแลรักษาเด็กท้องผูกเรื้อรัง 112 ราย ระหว่างปี พ.ศ. 2539 - 2550 พบว่าเด็กที่หายเป็นปกติต้องกินยาระบาย milk of magnesia นานเฉลี่ย 11 เดือน (0.8 - 68 เดือน)¹³ ดังนั้นแพทย์ต้องอธิบายให้ผู้ปกครองทราบล่วงหน้าถึงจุดประสงค์ในการรักษา โดยเฉพาะความจำเป็นที่ผู้ป่วยต้องกินยาระบายติดเป็นเวลานาน ขนาดของยาระบายชนิดต่างๆ ที่ใช้ในเด็กสรุปในตารางที่ 3 นอกจากการใช้ยาระบายควรเน้นให้ผู้ป่วยบริโภคอาหารที่มีใยอาหารมากขึ้นร่วมกับการฝึกนิสัยการถ่ายอุจจาระ (bowel habit training) ในการฝึกต้องไม่ทำด้วยความเข้มงวดหรือบีบบังคับ เพราะอาจทำให้ผู้ป่วยต่อต้าน ในเด็กเล็กสามารถฝึกได้ง่ายขึ้นโดยการสร้างสิ่งจูงใจ เช่น การให้รูปดาว (star chart) การฝึกในเด็กโตควรเริ่มต้นด้วยการให้คำอธิบายถึงกลไกการถ่ายอุจจาระด้วยคำพูดง่ายๆ และจุดประสงค์ของการฝึก วิธีการฝึกทำโดยแนะนำให้ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระเป็นเวลาทุกวัน ฝึกนั่งถ่ายครั้งละประมาณ 5 นาที วันละ 1 ครั้ง ควรฝึกในเวลาหลังรับประทานอาหาร เพราะ gastrocolic reflex จะกระตุ้นให้ลำไส้ใหญ่บีบตัวช่วยในการขับถ่าย

4. การติดตาม (Follow-up) ควรติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อประเมินผลการรักษา ความร่วมมือในการกินยาระบาย และการปรับปรุงพฤติกรรมถ่ายอุจจาระ ทุกครั้งที่พบผู้ป่วยควรตรวจหน้าท้องเพื่อสำรวจว่ามีอุจจาระสะสมใน rectum หรือไม่ ผู้ป่วยควรมีสสมุดบันทึกวันที่ถ่ายอุจจาระ เพื่อประโยชน์สำหรับแพทย์ในการประเมินผลการรักษาและเพื่อเป็นการเตือนตนเอง การรักษาท้องผูกเรื้อรังจำเป็นต้องอาศัยการติดตามดูแลเป็นเวลานาน ดังนั้นแพทย์ควรให้กำลังใจแก่ผู้ปกครองอย่างสม่ำเสมอ

ผู้ป่วยเด็กท้องผูกเรื้อรังไม่พบสาเหตุ (functional constipation) มีการดำเนินโรคที่ยาวนานและจำเป็นต้องได้รับการติดตามรักษาอย่างต่อเนื่อง จากการวิเคราะห์ข้อมูลแบบ systematic review ซึ่งรวบรวมการศึกษาดำเนินโรคของผู้ป่วยเด็กท้องผูกเรื้อรังไม่พบสาเหตุ (functional constipation) จำนวน 14 รายงาน ครอบคลุมผู้ป่วยเด็ก 1,752 ราย พบว่าผู้ป่วยประมาณร้อยละ 50 หายจากอาการท้องผูก และหยุดยาระบายได้เมื่อติดตามในระยะยาว ความถี่ของการถ่ายอุจจาระ และประวัติท้องผูกในครอบครัวไม่ใช่ปัจจัยที่สัมพันธ์กับผลการรักษา¹⁴

ผู้ป่วยท้องผูกเรื้อรังที่อาการไม่ดีขึ้นแม้รักษาตามขั้นตอนข้างต้นอย่างถูกต้องและได้รับความร่วมมืออย่างดีจากผู้ปกครอง อาจต้องนึกถึงสาเหตุภาวะแพ้โปรตีนนมวัวโดยเฉพาะในเด็กเล็ก¹⁵ ภาวะ child abuse และความผิดปกติในกลไกการถ่ายอุจจาระ (defecation dyssynergia)

สรุป อาการท้องผูกเป็นปัญหาที่พบบ่อยในเด็ก โดยเฉพาะในเด็กเล็กถ้าแพทย์ให้การดูแลรักษาอย่างถูกต้องตั้งแต่ที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการไม่นาน นอกจากจะช่วยทำให้ผู้ป่วยหายจากอาการท้องผูก ยังช่วยป้องกันมิให้อาการท้องผูกดำเนินต่อไปจนนำไปสู่ภาวะท้องผูกเรื้อรัง ซึ่งต้องการการรักษาที่ยาวนานและยุ่งยากมากขึ้น

ตารางที่ 1 สาเหตุของท้องผูกเรื้อรัง

1. กลุ่มไม่พบความผิดปกติของระบบใดๆ (functional constipation)

2. กลุ่มที่สาเหตุจากความผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร

Anorectal malformation

anal stenosis

imperforate anus

anterior located anus

Hirschsprung's disease

Pseudo-gut obstruction (visceral myopathies/neuropathies)

Redundant sigmoid colon

3. กลุ่มที่มีสาเหตุจากความผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร

Endocrine and metabolic disturbances

uremia

hypercalcemia

hypokalemia

hypothyroidism

RTA

Neurogenic

damage to sacral outflow or spinal cord

CNS disorders

polyneuritis

cerebral palsy

Connective tissue diseases (scleroderma, SLE)

Psychogenic problems

child abuse

Drug

opiates

anticholinergics

etc.

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบลักษณะทางคลินิกโรคท้องผูกเรื้อรังไม่ทราบสาเหตุ (functional constipation) และโรค Hirschsprung

	ท้องผูกเรื้อรังไม่ทราบสาเหตุ	โรค Hirschsprung
ประวัติถ่ายขี้เทาล่าช้า	ไม่มี	มี
เจ็บทวารหนักระหว่างถ่ายอุจจาระ	พบได้	ไม่พบ
พฤติกรรมกั้นอุจจาระ	พบได้	ไม่พบ
ยื่นถ่ายอุจจาระไม่กล้าเบ่ง	พบได้	ไม่พบ
อุจจาระเล็ด (fecal soiling)	พบได้	ไม่พบ
ตรวจทวารหนัก (rectal examination)		
อุจจาระปริมาณมากใน rectum	พบได้	ไม่พบ
อุจจาระเหลวพุ่งหลังถอนนิ้วจากทวารหนัก	พบได้	ไม่พบ
Transitional zone ในภาพถ่ายรังสี barium enema	ไม่มี	มี

ตารางที่ 3 ชนิดและยาระบายที่ใช้บ่อย (ดัดแปลงจากเอกสารอ้างอิง 11)

ชนิด	ขนาดยา	ผลข้างเคียงและข้อควรระวัง
Osmotic		
Lactulose	1-3 มล./กก./วัน วันละ 1 ครั้ง หรือแบ่งวันละ 2 ครั้ง	ท้องอืด
Milk of magnesia	1-3 มล./กก./วัน วันละ 1 ครั้ง หรือแบ่งวันละ 2 ครั้ง	Hypermagnesemia ในผู้ป่วยโรคไต
PEG 3350*	Disimpaction 1-1.5 กรัม/กก./วัน ติดต่อกัน 3 วัน Maintenance 1 กรัม/กก./วัน	ข้อมูลการใช้ในทารกยังมีน้อย
Lubricant		
Mineral oil (Liquid paraffin emulsion, ELP)	1-3 มล./กก./วัน วันละ 1 ครั้ง หรือแบ่งวันละ 2 ครั้ง	Lipoid pneumonia
Stimulants		
Senna	2-6 ปี: 4-12 มก./วัน	ตับอักเสบ, melanosis coli
Bisacodyl	6-12 ปี: 8-24 มก./วัน	Nephropathy
	≥ 2 ปี: 5-15 มก./วัน	ปวดท้อง colicky

*PEG ที่มีในประเทศไทย เป็นชนิด PEG 4000 ขนาดยา 0.5 กรัม/กก./วัน¹⁰



รูปที่ 1 ภาพรังสี barium enema ของผู้ป่วยรายที่ 3 แสดง megarectum โดยไม่พบ transitional zone

เอกสารอ้างอิง

1. Loening-Baucke V. Chronic constipation in children. *Gastroenterology* 1993; 105: 1557-64.
2. Osatakul S, Yossuk P, Mo-Suwan L. Bowel habits of normal Thai children. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1995; 20: 339-42.
3. Partin JC, Hamill SK, Fischel JE, Partin JS. Painful defecation and fecal soiling in children. *Pediatrics* 1992; 89: 1007-9.
4. Molnar D, Taitz LS, Urwin OM, Wales JKH. Anorectal manometry results in defecation disorders. *Arch Dis Child* 1983; 58: 257-61.
5. Meunier P, Marechal JM, De Beaujeu MJ. Rectoanal pressure and rectal sensitivity studies in chronic childhood constipation. *Gastroenterology* 1979; 77: 330-6.
6. Meunier P, Louis D, De Beaujeu MJ. Physiologic investigation of primary chronic constipation in children: Comparison with the barium enema. *Gastroenterology* 1984; 87: 1351-7.
7. Corazziari E, Cucchiara S, Staiano A, et al. Gastrointestinal transit time, frequency of defecation, and anorectal manometry in healthy and constipated children. *J Pediatr* 1985; 106: 379-82.
8. Levine MD. Encopresis: its potentiation, evaluation, and alleviation. *Pediatr Clin North Am* 1982; 29: 315-30.
9. Loening-Baucke V, Yamada T. Is the afferent pathway from the rectum impaired in children with chronic constipation? *Gastroenterology* 1995; 109: 397-403.
10. Abrahamian FP, Lloy-Still JD. Chronic constipation in childhood: A Longitudinal study. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1984; 3: 460-7.
11. Baker SS, Liptak GS, Colletti RB, et al. Clinical practice guideline. Evaluation and treatment of constipation in infants and children: recommendation of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2006; 43: e1-13.
12. Candy D, Belsey J. Macrogol (polyethylene glycol) laxatives in children with functional constipation and fecal impaction: a systematic review. *Arch Dis Child* 2009; 94: 156-60.

13. ปรงสุคนธ์ เมืองแสน. การศึกษาลักษณะทางคลินิกและการดำเนินโรคท้องผูกเรื้อรังในเด็ก. วิทยานิพนธ์ตามหลักสูตรเพื่อวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขากุมารเวชศาสตร์ของแพทย์ สภา พศ. 2553.
14. Pijpers MAM, Bongers MEJ, Beninga MA, Berger MY. Functional constipation in children: a systematic review on prognosis and predictive factors. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2010; 50: 256-68.
15. Iacono G, Cavataio F, Montalto G, et al. Intolerance of cow's milk and chronic constipation in children. N Engl J Med 1998; 339: 1100-4.

PthaiGastro.org