

แผนบริหารการสอนประจำบทที่ 9

โรกระบบทางเดินอาหาร

เนื้อหาวิชา

1. การพยาบาลเด็กที่มีปัญหากระบบทางเดินอาหารที่รักษาทางยา Diarrhea, Gastritis, Gastroenteritis
2. การพยาบาลเด็กป่วยที่มีปัญหากระบบทางเดินอาหารที่รักษาด้วยการผ่าตัด Hirschsprung's disease, Intussusception

วัตถุประสงค์

1. อธิบายเกี่ยวกับการพยาบาลเด็กที่มีปัญหากระบบทางเดินอาหารที่รักษาทางยาได้
2. การพยาบาลเด็กป่วยที่มีปัญหากระบบทางเดินอาหารที่รักษาด้วยการผ่าตัดได้

กิจกรรมการเรียนรู้การสอน

1. ทดสอบความรู้ก่อนเรียน
2. บรรยายเนื้อหาตามลำดับด้วยสื่อคอมพิวเตอร์
3. ศึกษาเอกสารประกอบการสอน
4. สรุปเนื้อหาการสอนในชั้นเรียนร่วมกัน
5. ตอบคำถามท้ายบท

สื่อการเรียนการสอน

1. สื่อคอมพิวเตอร์ด้วยโปรแกรม
2. เอกสารการสอนรายวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น
3. คำถามท้ายบท

การวัดและประเมินผล

1. สังเกตพฤติกรรมการตั้งใจในการเรียน
2. สังเกตการมีส่วนร่วมในชั้นเรียน
3. สังเกตการถามตอบและการสื่อสารของผู้เรียน

4. ตรวจสอบการสรุปเนื้อหาประจำบทเรียน
5. ตรวจสอบการตอบคำถามท้ายบทเรียน

บทที่ 9

โรกระบบทางเดินอาหาร

การพยาบาลเด็กที่มีปัญหาาระบบทางเดินอาหารที่รักษาทางยา

โรคอุจจาระร่วง

โรคอุจจาระร่วง หมายถึง ภาวะที่มีการถ่ายอุจจาระเหลว จำนวน 3 ครั้ง ต่อวันหรือมากกว่า หรือถ่าย มีมูกหรือปนเลือดอย่างน้อย 1 ครั้ง หรือถ่ายเป็นน้ำจำนวนมากกว่า 1 ครั้งขึ้นไปใน 1 วัน

สาเหตุของโรคอุจจาระร่วง

โรคอุจจาระร่วงที่เกิดจากการติดเชื้อนั้นสาเหตุมาจากแบคทีเรีย ไวรัส โปรโตซัว และปรสิต หนอนพยาธิ

ลักษณะทางคลินิกและพยาธิกำเนิด

ภายหลังที่เชื้อรอดจากการถูกทำลายของสารภูมิคุ้มกันในน้ำลาย กรดที่กระเพาะ และค้างที่คูโอดินัมแล้ว เชื้อจะแบ่งตัวและก่อพยาธิสภาพ ทำให้เกิดการซึ่งจำแนกเป็น 2 ชนิด คือ

1. Watery diarrhea หรือ non-invasive diarrhea ซึ่งมีสาเหตุจากสารพิษของแบคทีเรียและไวรัส

1.1 สารพิษ (toxin) ของแบคทีเรียทำให้ cyclic AMP เพิ่มขึ้น เกิดภาวะการหลั่ง (hypersecretion) ของเกลือและน้ำเข้าสู่โพรงลำไส้ เชื้อที่เป็นสาเหตุ ได้แก่ *Vibrio cholera 01, 0139, Enterotoxigenic E.coli (ETEC), Enteropathogenic E. coli (EPEC), Staphylococcus, Clostridium perfringens, Vibrio parahemolyticus, Bacillus cereus*

1.2 เชื้อไวรัส เช่น Rotavirus, Norwalk virus, เชื้อไวรัสทำอันตรายต่อเซลล์เยื่อบุ

2. Mucus bloody หรือ invasive diarrhea ในกลุ่มนี้เกิดจากแบคทีเรีย ซึ่งเมื่อปล่อยสารพิษ ในช่วงที่ผ่านลำไส้เล็ก สารพิษนี้จะยับยั้งการดูดซึมของเกลือและน้ำ แต่เมื่อผ่านมาถึงลำไส้เล็กส่วนปลายและลำไส้ใหญ่จะทำให้เกิดการอักเสบเป็นแผล

อันตรายจากโรคอุจจาระร่วง

เมื่อป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง ผลกระทบของโรคอุจจาระร่วงที่สำคัญ คือ การเกิดภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ในช่วงแรก และภาวะขาดสารอาหารในช่วงหลัง ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยโดยเฉพาะในผู้ป่วยเด็กเกิด โรคติดเชื้อแทรกซ้อนเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้

การรักษาผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน

การรักษาที่มีประเศันใหญ่อยู่ 3 ประการ คือ

1. การป้องกันและรักษาภาวะขาดน้ำ
2. ป้องกันภาวะทุพโภชนาการ โดยการให้อาหารระหว่างมีอาการอุจจาระร่วง และหลังจากหายแล้ว
3. การให้ยาปฏิชีวนะและยาด้านอุจจาระร่วง
หลักการรักษาด้วยสารน้ำทางหลอดเลือดดำโดย การคำนวณสารน้ำเพื่อทดแทน deficit + maintenance + concurrent loss ดังต่อไปนี้

ปริมาณที่ทดแทน deficit จากการประเมินสภาวะการขาดสารน้ำต่อหน่วยน้ำ

น้ำหนักตัวแล้วยังมีหลักเกณฑ์การคิดอยู่ว่าผู้ป่วยที่มีภาวะขาดน้ำมากกว่าร้อยละ 10 แล้วให้คิดทดแทนในวันแรกมากที่สุดได้เพียงร้อยละ 10 ก่อน ส่วนที่ยังขาดอยู่ให้ทดแทนในวันต่อไป ยกเว้น hypertonic ที่มีระดับ $\text{Na}^+ > 160$ มิลลิโมล/ลิตร ให้แก้ deficit เพียงร้อยละ 5 ใน 24 ชั่วโมง แรก ส่วน deficit อีกร้อยละ 5 ให้ทดแทนในวันต่อไป

ตารางที่ 1 ภาวะขาดน้ำประเมินจากอาการและอาการแสดงทาง

ความรุนแรง	น้อย 3-5 %	ปานกลาง 6-9 %	มาก ≥ 10 %
ชีพจร	ปกติ	เร็ว	เร็ว เบา
ความดันเลือด	ปกติ	ปกติหรือต่ำลง มากกว่า 10 มม.ปรอท	ต่ำ หน้ามืด pulse pressure < 20 มม. ปรอท
พฤติกรรม	ปกติ	กระสับกระส่าย	กระวนกระวายถึงซึม มาก
กระหายน้ำ	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก
เยื่อบุปาก	ปกติ	แห้ง	แห้งจนเหี่ยว
น้ำตา	มีน้ำตา	ลดลง	ไม่มีน้ำตา ตาลึกโหล
กระหม่อมหน้า	ปกติ	บวมเล็กน้อย	บวมมาก
ความยืดหยุ่นของ ผิวหนัง	ยังดีอยู่	เสียเล็กน้อย ไม่คืน กลับในช่วง 2 วินาที	จับแล้วยังตั้งอยู่นานเกิน > 4 วินาที

ความรุนแรง	น้อย 3-5 %	ปานกลาง 6-9 %	มาก ≥ 10 %
Urine specific gravity	> 1.020	> 1.020 ปัสสาวะออกน้อยลง < 1 มล./100 kcal/ชั่วโมง	ปัสสาวะออกน้อยมาก 0.5 มล. /100 kcal/ชั่วโมง หรือปัสสาวะไม่ออก
Capillary refill	< 2 วินาที	2 - 3 วินาที	3 - 4 วินาที

ปริมาณ maintenance คิดตามแคลอรีที่ผู้ป่วยใช้ ตามสูตรของ **Holiday** และ **Segar**

น้ำหนักตัว 0 - 10 กก. ใช้ 100 กิโลแคลอรี/กก.

10 - 20 กก. ใช้ $1000 + 50$ กิโลแคลอรี/กก. ที่มากกว่า 10 กก.

> 20 กก. ใช้ $1500 + 20$ กิโลแคลอรี/กก. ที่มากกว่า 20 กก.

- กำหนดให้น้ำ 100 มล./100 กิโลแคลอรีที่ใช้และ Na^+ , K^+ 2-3 มิลลิโมล/100 กิโล

แคลอรี

ทดแทน concurrent loss

คือ การทดแทนสารน้ำที่ยังสูญเสียต่อไปอย่างผิดปกติ ถ้าเก็บตวง วัด หรือชั่งน้ำหนักได้ ต้องพยายามทำเพื่อจะได้ทดแทนให้พอเพียงและเหมาะสม

อัตราการให้สารน้ำเข้าหลอดเลือด ชนิดของสารน้ำและการประเมินการรักษา

ช็อกเนื่องจากภาวะขาดน้ำพบได้บ่อยในทารกและเด็ก การรักษาช็อกนั้นมีหลัก คือต้องพยายามเติมสารน้ำชนิดที่ใกล้เคียงกับ ECF เข้าไปขยาย ECF โดยรวดเร็ว สารน้ำที่ใช้ได้ดี คือ Ringer lactate solution (RLS) หรือ 0.9% saline (NSS) ปริมาณ 20 มล./กก./ชม. ในรายที่อาการหนักอาจต้องใช้ป้อนเข้าหลอดเลือด ให้สารน้ำ 40 มล./กก. ให้หมดได้ภายใน 15-30 นาที เนื่องจากในผู้ป่วยที่ช็อกเลือดมักจะมีภาวะเป็นกรด ถ้ามีอาการหอบลึก ปัสสาวะมีภาวะเป็นกรด ควรให้ NaHCO_3 2-3 mEq/กก. เข้าหลอดเลือดด้วย

เมื่อผู้ป่วยหายจากช็อก ชีพจรจะเต้นช้าลงและแรงดี tissue perfusion ดีขึ้น ความดันโลหิตกลับคืนเข้าสู่ปกติ ผู้ป่วยจะมีปัสสาวะออกมาในกระเพาะปัสสาวะ หรือถ่ายได้อย่างน้อยประมาณ 1 มล./100กิโลแคลอรีต่อชั่วโมง จึงจะเป็นที่พอใจ ผู้ป่วยที่มีอาการช็อกนาน ๆ เลือดไปเลี้ยงไตลดลง อาจเป็นผลทำให้เกิดไตหยุดทำหน้าที่ได้ จึงควรแก้ไขให้เร็วที่สุด เมื่อหายช็อกแล้ว มี capillary

refill < 2 วินาที ผู้ป่วยยังไม่มีปัสสาวะควรให้ furosemide 1-2 มก./กก. เข้าหลอดเลือด ถ้าไม่มีปัสสาวะต้องตรวจเลือด ดูว่าผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะไตวายหรือไม่ เพื่อให้การรักษาที่เหมาะสมต่อไป

ในผู้ป่วยที่มีอาการขาดน้ำปานกลางควรให้สารน้ำเร็วตอนแรก (initial rehydration) ให้ 10-20 มล./กก/ชม. ในเวลา 2 ชั่วโมงและเมื่อคำนวณปริมาณสารน้ำ (defecit + maintenance) แล้วส่วนที่เหลือคำนวณให้ภายใน 22 ชั่วโมง ผู้เชี่ยวชาญบางคนแนะนำให้ทดแทน deficit ให้หมดใน 8 ชั่วโมง ส่วน maintenance fluid ให้ใน 16 ชั่วโมงก็ให้ผลดีเช่นเดียวกัน ยกเว้นในรายที่มีอาการใกล้ช็อกหรือช็อกจะได้ผลไม่แน่นอน เช่น ผู้ป่วยอายุมากกว่า 1 ปีขาดน้ำช็อกจากโรคอุจจาระร่วง เช่น อหิวาตกโรคต้องให้ทดแทน deficit ให้หมดในเวลา 3 ชั่วโมง

ชนิดของสารน้ำที่ใช้ในการเติมเข้า ECF เร็วในช่วงแรกนี้ควรเป็นสารน้ำที่มีความเข้มข้นโซเดียมตั้งแต่ 50 มิลลิโมล/ลิตร เช่น 1/3 NSS in 5% dextrose จนถึง Ringer's lactate หรือ NSS ที่มี Na^+ isotonic ไม่ควรใช้สารน้ำที่มี Na^+ 30 มิลลิโมล/ลิตร สำหรับ initial rehydration นอกจากจะเติม NaHCO_3 เข้าไว้ด้วยให้มีความเข้มข้นของโซเดียมสูงขึ้น เพราะสารน้ำที่มีโซเดียมต่ำหรือไม่มีเลย เช่น 5% dextrose ถึงแม้จะเป็น iso-osmotic แต่เมื่อเข้าไปในร่างกายเมื่อน้ำตาลถูกใช้ไปแล้วจะเหลือน้ำ ซึ่งจะทำให้ของเหลวในร่างกายถูกเจือจางลงรวดเร็วเกิด relative hyponatremia และอาการเป็นพิษจากน้ำได้

การเลือกชนิดของสารน้ำภายหลัง initial rehydration

การเลือกใช้ชนิดของสารน้ำที่จะให้กับผู้ป่วยนั้น ถ้าอาศัยข้อมูลของการเสียอิเล็กโทรลิตที่ผู้ป่วยเสียไปแล้ว (deficit) บวกกับกำลังจะเสียไปทาง maintenance ซึ่งต้องการโซเดียมโปตัสเซียม 2-3 มิลลิโมล/100 กิโลแคลอรี ในรายที่มี severe dehydration แบบต่างๆ จะได้น้ำเกลือที่มีส่วนประกอบต่างๆ ดังนี้

- Isotonic dehydration จะเลือกให้สารน้ำที่มี Na 50-70 มิลลิโมล/ลิตร
- Hypotonic dehydration จะเลือกให้สารน้ำที่มี Na 75-85 มิลลิโมล/ลิตร
- Hypertonic dehydration จะเลือกให้สารน้ำที่มี Na 25-40 มิลลิโมล/ลิตร

การให้ทดแทน concurrent loss

Concurrent loss หมายถึง สารน้ำที่สูญเสียออกจากร่างกายต่อเนื่องอย่างผิดปกติในระหว่างการรักษา ซึ่งในรายที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดอาจเพิ่มให้ทางหลอดเลือดเท่ากับปริมาณอุจจาระที่ออกโดยใช้ 1/3 -1/2 NSS in 5% dextrose หรือให้กินทางปากตามปริมาณอุจจาระที่ออกซึ่งมีประมาณ 30-90 มล./กก./วัน

สำหรับผู้ป่วยอหิวาต์ เมื่อให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำแล้ว เพื่อทดแทนอุจจาระที่ออกมาในแต่ละชั่วโมงแล้วยังต้องให้ ORS 5 มล./กก./ชั่วโมง เพื่อลดปริมาณอุจจาระด้วย

การตรวจทางห้องทดลองอื่นๆ ในภาวะขาดน้ำ

1. Blood urea nitrogen (BUN) ซึ่งมักมีค่าสูงขึ้นกว่าปกติ (10-20 มก./ดล.) การรักษาภาวะขาดน้ำที่มีประสิทธิภาพจะทำให้ BUN ลดลงใกล้เคียงกับค่าปกติภายหลังการรักษา 24 ชั่วโมง ผู้ป่วยที่มี BUN สูงอยู่นานวันภายหลังการรักษาควรค้นหาโรคไตในผู้ป่วยรายนั้น

2. ปัสสาวะจะมีความถ่วงจำเพาะสูงขึ้น มักสูงกว่า 1.020 ในทารกและเด็กแต่ในทารกแรกเกิดส่วนใหญ่สามารถทำให้ปัสสาวะมีความถ่วงจำเพาะได้สูงสุดเพียง 1.015 มีน้อยรายที่อาจทำให้ปัสสาวะเข้มข้นได้ถึง 1.020 นอกจากนี้อาจมีโปรตีนเล็กน้อย และมี เซลล์เพิ่มขึ้นได้บ้าง

3. ซีรัมโปรตีนอยู่ในเกณฑ์สูงกว่าปกติ ซีรัมโปรตีนสูงในเกณฑ์ของปกติ

การให้อาหารรับประทานระหว่างเป็นโรคอุจจาระร่วง (Early feeding of appropriate foods)

ในเด็กเล็กให้ดื่มนมแม่ ส่วนเด็กโตให้รับประทานอาหารอ่อน

การให้ยาปฏิชีวนะและยาด้านอุจจาระร่วง

โรคอุจจาระร่วงส่วนใหญ่หายได้เอง ถ้าให้การป้องกันและรักษาภาวะขาดน้ำและให้อาหารที่เหมาะสม องค์การอนามัยโลก จึงแนะนำให้ใช้ยาปฏิชีวนะในรายที่มีสาเหตุจากอหิวาต์, Shigella โดยเลือกยาตามความไวของยาในแต่ละท้องถิ่นในช่วงเวลานั้น เชื้อ *E.coli* ให้ Neomycin

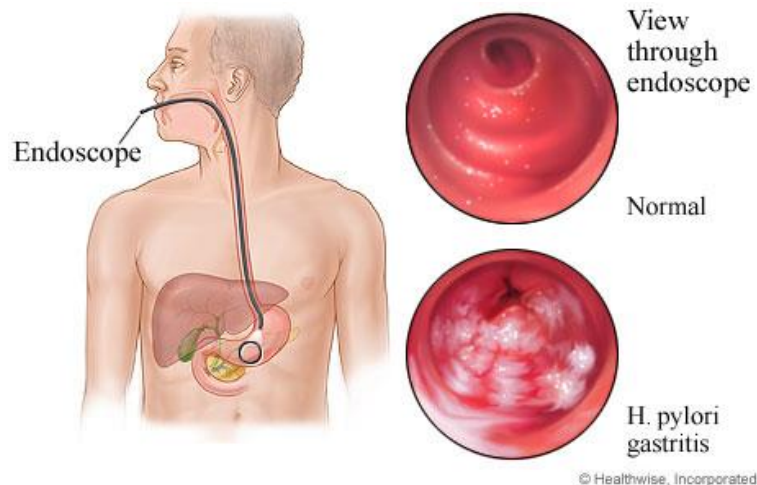
ตารางที่ 2 ชนิดและขนาดของยาปฏิชีวนะ รับประทาน 5 วัน (มก./กก./วัน)

โรค	ยา	ขนาดยาที่ใช้
Salmonella (non typhoid)	Cotrimoxazole	10 (trimetroprim)
	Norfloxacin	10 - 20
Shigellosis	Norfloxacin	10 - 20
	Cotrimoxazole	10 (trimetroprim)
	Furazolidone	5 - 8
V. parahemolyticus	Cotrimoxazole	10 (trimetroprim)
	Norfloxacin	10 - 20
	Tetracycline	25 - 50
	(ถ้าอายุมากกว่า 8 ปี)	

โรค	ยา	ขนาดยาที่ใช้
C. difficile	Metronidazole	20 – 40
	Vancomycin	50
V. cholera	Erythromycin	30
	Tetracycline (อายุมากกว่า 8 ปี)	30 – 50
		10 – 20
	Norfloxacin	5
	Doxycycline (อายุมากกว่า 8 ปี)	10 -20
		25
Campylobacter jejuni	Erythromycin	30 – 50
	Norfloxacin	10 - 20

ภาวะอักเสบของกระเพาะอาหาร ลำไส้ ท่อน้ำดี และตับอ่อน

1. Gastritis เป็นการอักเสบของเยื่อของกระเพาะอาหาร (mucosa of the stomach) (พิศาล, 2536 ; Thompson, J.M., McFarland, G.K & Hirsch, J.E, 1997) สาเหตุและอาการแสดงจะแตกต่างกันไปตามชนิดและสาเหตุและรวมถึงตำแหน่งที่เป็น สำหรับในที่นี่จะขอล่าวถึง 2 ลักษณะ คือ แบบเฉียบพลัน (acute gastritis) และแบบเรื้อรัง (chronic gastritis)



รูปที่ 1 การอักเสบของเยื่อของกระเพาะอาหาร

ที่มา : <https://www.healthlinkbc.ca/health-topics/zm2580>

สาเหตุการอักเสบส่วนใหญ่มักเกิดจาก *Helicobacter pylori*

acute gastritis : ลักษณะสำคัญที่ตรวจพบ คือ mucosa ของกระเพาะอาหารจะมีแผลเล็ก ๆ ทั่ว ๆ ทั่ว ๆ แผล ร้อยละ 10 – 30 มักจะเป็นสาเหตุให้เกิดมีเลือดออกจากรูทางเดินอาหารส่วนต้น (upper gastrointestinal bleeding) (Way, 1994 cited by Thompson, McFarland & Hirsch, 1997) สาเหตุของ gastritis กลุ่มนี้ได้แก่

1. การดื่มสุรา
2. การรับประทานยา aspirin (2.5 g / d หลาย ๆ วัน)
3. การรับประทานยา NSAID
4. การติดเชื้อ *Helicobacter pylori*
5. ความเครียด (stress)
6. sepsis / severe trauma การติดเชื้อ (sepsis) หรืออุบัติเหตุรุนแรง (severe trauma)

อาการสำคัญ

คือ การตกเลือดในกระเพาะอาหาร ทำให้ผู้ป่วยอาเจียนเป็นเลือด หรือถ่ายอุจจาระดำ อาจมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน จุกเสียดท้องร่วมด้วย

การรักษาที่สำคัญ

คือ การรักษาสาเหตุและการรักษาภาวะเลือดออกในกระเพาะอาหาร

Medications

1. Histamine receptor antagonists
 - Ranitidin (Zantac) 100 mg qid
 - Cimetidine (Tagamet) 300 mg qid
2. Antacids
 - Alum milk. 30 mg q 2 ชม. (ช่วยเพิ่ม pH)
3. การให้สารน้ำทดแทน ขณะที่กินอาหารไม่ได้หรือมีเลือดออก อาจรวมถึงการให้เลือดด้วย
4. การให้ Hormone
 - Vasopressin (Pitressin) จะให้กรณีรุนแรง

การดูแลทั่วไป

1. การ Lavage ใช้กรณีที่มี gastrointestinal bleeding อาจใช้น้ำที่มีอุณหภูมิห้องหรือ saline

2. การใช้ laser therapy เพื่อหยุดการมีเลือดออกเฉพาะที่ (โดยการทำให้ endoscopic approach)
3. แนะนำให้หยุดหรือหลีกเลี่ยงปัจจัยสนับสนุนการเกิดโรค เช่น การดื่มสุรา, การใช้ยา
4. การงดอาหารและน้ำทางปากขณะที่ยังมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เมื่ออาการดีขึ้นให้
5. กินอาหารเหลว ที่อุณหภูมิไม่สูงจนเกินไป เพื่อช่วยในการหายของแผล

Chronic gastritis

ลักษณะที่พบจะมีคุ่มนูนเล็กๆ บริเวณ gastric mucosa หลายๆ แห่ง
อาการและอาการแสดง บางครั้งจะไม่แสดงอาการอะไรแตกต่างจาก acute gastritis
ส่วนมากผู้ป่วยจะบอก เรื่องอาการคลื่นไส้ อาเจียน จุกแน่น ไม่สบาย บริเวณ upper abdomen
อาการจะเป็นๆ หายๆ อย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป ซึ่งบางรายอาจให้ประวัติเรื่องอาเจียนเป็นเลือด
ถ่ายดำ หรือตรวจพบมีภาวะซีด (Kneisl, C.R. & Ames, S.W., 1986)

สาเหตุส่วนใหญ่มีกมาจาก Helicobacter pylori ซึ่งมักจะก่อให้เกิดแผลบริเวณ fundus
และ antrum

การรักษาที่สำคัญ

เนื่องจากเกิดจากเชื้อแบคทีเรีย ดังนั้นจึงรักษาโดยที่กำจัดเชื้อ H. pylori Bismuth
Subsalicylate (colloidal bismuth) 2 tab qid x 2 wks.

- Metronidazole 250 mg tid x 2 wks.
- Tetracycline or Amoxicillin 500 mg qid x 2 wks.
- ยากลุ่ม Antacid เพื่อลดอาการระคายเคืองจากกรด
- ยากลุ่ม วิตามิน เช่น วิตามิน C เพื่อช่วยในการดูดซึมธาตุเหล็ก
- วิตามิน B₁₂ (cyanocobalamin) 1 mg / ml นิดเพื่อรักษาภาวะซีด (pernicious anemia)

กระเพาะอาหารและลำไส้อักเสบ (Gastroenteritis)

โรคกระเพาะอาหารและลำไส้อักเสบ (Gastroenteritis) คือ โรคที่เกิดจากความผิดปกติ
ระบบทางเดินอาหารซึ่งเกิดจากเชื้อไวรัสหรือแบคทีเรียที่เป็นสาเหตุของโรคลำไส้ที่พบบ่อยที่สุดใน
เด็ก โดยไวรัสที่พบบ่อยที่สุดคือ ไวรัสโรต้า (ศรีสมบุรณ์ มุสิกสุนทร และคณะ, 2555)

สาเหตุการเกิดโรค ส่วนใหญ่เกิดจากเชื้อไวรัส ได้แก่ Rota virus หรือเชื้อแบคทีเรีย การเกิด
โรคมีความสัมพันธ์กับจำนวนเชื้อ ความรุนแรงของเชื้อ และภูมิคุ้มกันของเด็กที่รับเชื้อเข้าไป ซึ่ง
โดยปกติเชื้อโรคจะถูกทำลายโดยกรดในกระเพาะอาหาร

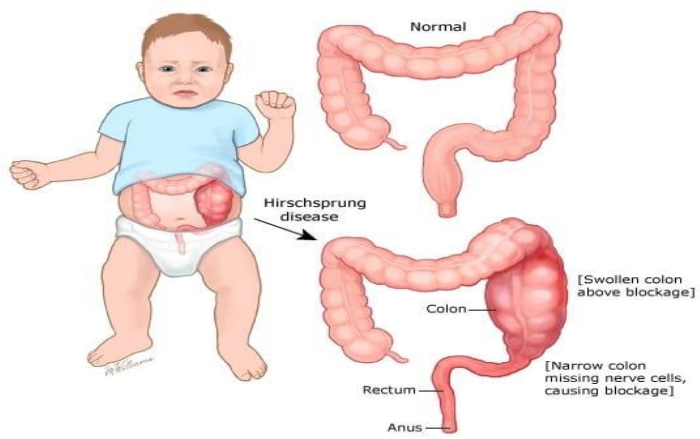
อาการและอาการแสดง อาการที่พบได้แก่ อุจจาระร่วงเฉียบพลัน คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้องอย่างรุนแรง อาจพบไข้สูง ครั่นเนื้อครั่นตัว อ่อนเพลียและหนาวสั่นได้

การรักษา ส่วนใหญ่เป็นการรักษาตามอาการ เช่น รักษาภาวะขาดน้ำ ให้ยาลดไข้ในกรณีที่มีไข้ โดยทั่วไปไม่มีความจำเป็นต้องใช้ยาต้านจุลชีพ ยกเว้นในเด็กที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ ทารกแรกเกิดหรือเด็กที่มีภาวะ Septicemia

Hirschsprung's disease (โรคลำไส้โป่งพอง)

สาเหตุการเกิดโรค เกิดจากเซลล์ต้นแบบ (Neural crest) ของเซลล์ประสาท Parasympathetic ในผนังลำไส้เคลื่อนลงมาไม่ถึงไส้ตรง (Rectum) ส่วนปลายสุด ทำให้ลำไส้ส่วนที่ไม่มีปมประสาทเกิดการหดเกร็งและไม่มีการบีบรัด ทำให้อุจจาระเคลื่อนผ่านไปไม่ได้เสมือนเกิดลำไส้อุดตัน

อาการและการแสดงโรคลำไส้โป่งพอง เด็กจะไม่ถ่ายขี้เทาภายใน 24 หรือ 48 ชั่วโมงแรก หลังคลอด ท้องอืด หน้าท้องโตตึง อาเจียน เมื่อได้รับการสวนอุจจาระ อาการดังกล่าวจะดีขึ้น ในเด็กโต จะมีประวัติท้องผูกเรื้อรัง ท้องอืด เบื่ออาหาร กินอาหารได้น้อย เลี้ยงไม่โต มีภาวะทุพโภชนาการ คลื่นหายใจเหม็น ต้องสวนอุจจาระหรือใช้ยาระบายเป็นประจำ มีอาการลำไส้อักเสบเรื้อรัง อุจจาระเป็นสีดินโคลน กลิ่นเหม็น ท้องผูกสลับท้องเสียหรืออุจจาระร่วงอย่างรุนแรง



รูปที่ 2 Hirschsprung's disease

ที่มา : <https://th.theasianparent.com>.



รูปที่ 3 Hirschsprung's disease

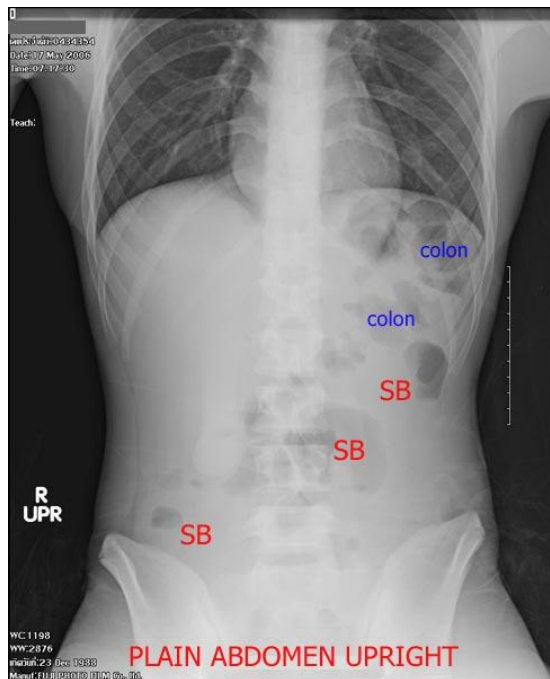
ที่มา : <https://th.theasianparent.com/>

การตรวจวินิจฉัย จากการตรวจร่างกาย

พบท้องอืด เมื่อตรวจทางทวารหนัก (Rectal examination) จะพบว่ารูทวารหนักบีบรัดนิ้วผู้ตรวจ เมื่อเอานิ้วออก จะพบอุจจาระและลมพุ่งตามนิ้วมือออกมา หน้าท้องจะโป่งใสจนเห็นเส้นเลือดดำขยายตัวได้ทั่วไป หรืออาจเห็นการเคลื่อนไหวของลำไส้ที่หน้าท้อง และมีอาการปวดท้องขณะลำไส้บีบตัว สำหรับการตรวจพิเศษ จะมีการตรวจหลายแบบ ได้แก่ การตรวจทางทวารหนัก โดยใส่สายยางแดงสวนที่ก้นและดึงออกจะพบจี้เทาลักษณะปกติหรือจี้เทาพร้อมกับผายลม

การทำ Plain abdominal x-ray

พบลำไส้โป่งพองบริเวณลำไส้ใหญ่ด้านซ้ายและบริเวณลำไส้ส่วน Sigmoid ทำ Barium enema พบ Transitional zone การตรวจวัดความดันภายในทวารหนักลำไส้ตรงและลำไส้เร็กโตซิกมอยด์ (Anorectal manometry) พบว่าเมื่อขยายลำไส้ตรงโดยเพิ่มความดัน จะพบหูรูดทวารหนักขึ้นในไม่คลายตัว วิธีนี้มีความแม่นยำสูงถึง 90% การทำ Suction rectal mucosa เพื่อตรวจหา acetylcholine esterase และการตรวจชิ้นเนื้อ (Rectal biopsy)



รูปที่ 4 การทำ Plain abdominal x-ray

ที่มา : http://med-ed.psu.ac.th/refreshment/srp/srp20/case_srp20_1.h

การรักษาแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 ลดการอุดตันลำไส้ เพื่อลดขนาดของลำไส้ที่โป่งพอง และลดการอักเสบติดเชื้อของลำไส้ ด้วยวิธีการสวนระบายอุจจาระ (Rectal irrigation) โดยใส่สาย Rectal tube และสวนล้างด้วย NSS 20 ml/kg โดยไม่เกิน 50 ml/kg และการผ่าตัดทวารเทียม (Colostomy) เพื่อระบายอุจจาระ

ระยะที่ 2 การทำผ่าตัด เพื่อแก้ไขสาเหตุของโรค โดยการผ่าตัดลำไส้ส่วนที่ขาดปมประสาทออกและต่อปลายลำไส้ที่ดีส่วนที่เหลือเข้าด้วยกัน มีหลายวิธี ได้แก่ Swenson operation, Duhamel operation, Soave operation, Transanalendorectal pull-through

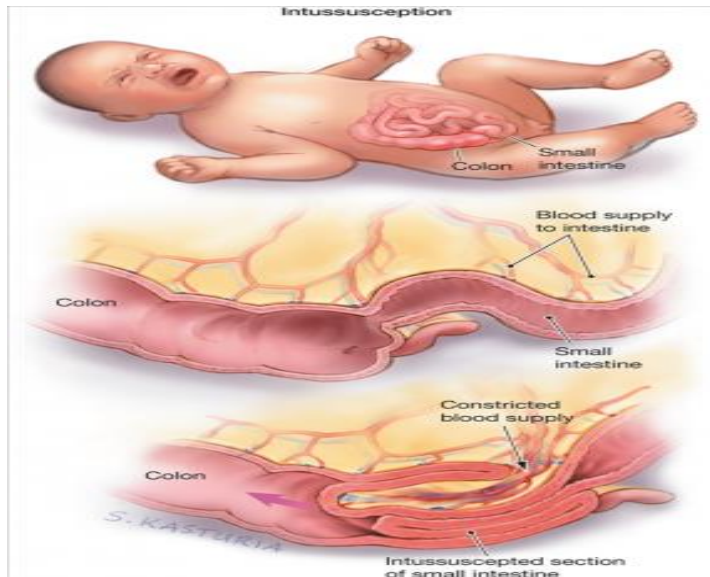
ระยะที่ 3 ผ่าตัดปิดทวารเทียม เพื่อให้เด็กถ่ายอุจจาระออกทางทวารหนักเหมือนเด็กปกติ

Intussusception (ภาวะลำไส้กลืนกัน)

Intussusception (ภาวะลำไส้กลืนกัน) หมายถึง ภาวะที่ลำไส้ส่วนต้นเคลื่อนตัวเข้าไปในลำไส้ส่วนปลายกว่า ตำแหน่งที่พบมากที่สุด คือลำไส้เล็กส่วนปลายไอเลียม (Ileum) เคลื่อนตัวเข้าหาส่วนที่รับการกรกิน ได้แก่ ลำไส้ใหญ่ (Colon) (ศรีสมบุรณ์ มุสิกสุนทร และคณะ, 2555)

เข้าไปอยู่ในอีกส่วนหนึ่งของลำไส้ ทำให้เกิดการอุดตันของลำไส้ เป็นภาวะ พบได้บ่อยที่สุดในเด็กกลุ่มที่มีอายุระหว่าง 3 เดือนถึง 1 ปี

สาเหตุยังไม่ทราบว่าอะไรเป็นสาเหตุแต่ในบางรายพบว่าอาจเกิดขึ้นหลังการติดเชื้อของลำไส้ หรือจากการที่มีความผิดปกติในผนังของลำไส้เล็กที่เป็นมาตั้งแต่กำเนิด เช่น ก้อนติ่งเนื้อ (Polyps) หรือ กระพุ้งของลำไส้ (Meckel's diverticulum)



รูปที่ 5 Intussusception

ที่มา : <https://www.amarinbabyandkids.com/parenting/baby/baby-health/intussusception>

อาการและอาการแสดง

อาการปวดท้องจะค่อนข้างรุนแรงเป็นพักๆ ทำให้เด็กมีอาการกรีดร้อง ตัวอืดเป็นพักๆ ได้ อาการอาเจียน ก็เป็นอาการเด่นอีกอันหนึ่ง บางครั้งเด็กจะมีอาเจียนรุนแรง ดูหน้าซีดๆ สลับกับอาการปวดท้อง ในรายที่เป็นมาก อาจพบว่าเด็กมีถ่ายเป็นมูกเลือด สีแดงๆ เหมือนเยลลี่ด้วย

การตรวจวินิจฉัย จากการซักประวัติตรวจร่างกาย พบอาการปวดท้อง อาการท้องอืด อาการถ่ายเป็นมูกปนเลือดสีค่อนข้างสดลักษณะคล้าย Currant jelly การตรวจทางรังสีวิทยา จะทำ Plain film acute abdomen และ Barium enema (BE) เห็นลักษณะลำไส้ที่ถูกกลืนเห็นเป็นเงาโค้ง (Crescent sign) และเห็นแบเรียมแทรกอยู่ระหว่างลำไส้ที่ถูกกลืนเห็นลักษณะเหมือนขดลวดที่เรียกว่า Coil-spring sign

การรักษา

1. การรักษาโดยไม่ผ่าตัด (Non-operative treatment) ได้แก่ Hydrostatic reduction โดยการสวนแบเรียมหรือ NSS เข้าทางทวารหนัก โดยการสวนแบเรียมจะไปดันให้ลำไส้กลับกันออกจากกัน โดยดันจุดนำให้ถอยร่นกลับไป การสวนแบเรียมไม่ทำในผู้ป่วยที่มีการแตกทะลุของทางเดิน

อาหาร หรือเชื่อบุช่องท้องอักเสบแล้ว และ Pneumatic reduction เป็นการใช้แรงดันอากาศแทนการสวนแบเรียม ข้อดีของการใช้แรงดันอากาศคือไม่เกิดการติดครั้งของแบเรียมถ้าลำไส้มีการแตกทะลุ

2. การรักษาโดยการผ่าตัด (Operative treatment) ทำโดยการผ่าตัดเปิดหน้าท้องเด็ก แล้วใช้มือรูดจากด้านปลาย เพื่อดันส่วนนำให้ถอยออกไปจนลำไส้หายกลืนกัน (Manual reduction) ในกรณีที่ดันไม่ออกหรือผนังลำไส้มีการตาย แพทย์จะตัดลำไส้ที่กลืนกันออกและเชื่อมต่อปลายลำไส้เข้าหากัน (Resection with end to end anastomosis)

การพยาบาลเด็กที่มีความผิดปกติระบบทางเดินอาหาร

วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 1 : เด็กมีโอกาสเกิดภาวะไหลเวียนเลือดล้มเหลว จากการสูญเสียเลือด น้ำ และ Electrolyte จากการผ่าตัด

เป้าหมายการพยาบาล: เด็กไม่เกิดภาวะไหลเวียนเลือดล้มเหลว

เกณฑ์ประเมินผล

- 1) สัญญาณชีพเหมาะสมตามวัย
- 2) ปริมาณน้ำเข้าและน้ำออกสมดุลกัน
- 3) ไม่มีการสูญเสียเลือดจากการผ่าตัดจำนวนมาก

กิจกรรมการพยาบาล

1) ประเมินสัญญาณชีพภายหลังผ่าตัดอย่างใกล้ชิดโดยวัด Vital signs ทุก 15 นาที ใน 1 ชั่วโมงแรก ต่อมาทุก 30 นาทีในชั่วโมงที่สอง และทุก 1 ชั่วโมงจนผู้ป่วยมี Vital signs ที่เหมาะสมตามอายุ

2) ดูแลให้ได้รับสารน้ำและ Electrolyte ทางหลอดเลือดดำเพื่อทดแทนสารน้ำและ Electrolyte ที่สูญเสียไป

3) สังเกตแผลผ่าตัดว่ามีเลือดออกหรือไม่ ติดตามผล CBC เพื่อดูว่าผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกหรือซีดหลังผ่าตัดหรือไม่ ทำการจ้องเลือดตามแผนการรักษาเมื่อพบว่าผู้ป่วยซีด

4) Record Intake and output ให้มีความสมดุลกัน

5) ติดตาม Electrolyte เพื่อทำการแก้ไขหรือให้ Electrolyte ทดแทนได้อย่างรวดเร็ว

วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 2 : อุจจาระร่วงเนื่องจากการติดเชื้อระบบทางเดินอาหาร

เป้าหมายการพยาบาล : ผู้ป่วยไม่เกิดอันตรายจากภาวะท้องเสียเนื่องจากการติดเชื้อระบบทางเดินอาหาร

เกณฑ์ประเมินผล

- 1) เด็กถ่ายอุจจาระปกติ ไม่มีการถ่ายอุจจาระเหลวมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้งต่อวัน หรือถ่ายมีมูกหรือปนเลือดอย่างน้อย 1 ครั้งต่อวัน หรือถ่ายอุจจาระเป็นน้ำมากกว่าหนึ่งครั้งต่อวัน
- 2) ผลการเพาะเชื้ออุจจาระไม่พบเชื้อ
- 3) ไม่มีการแพร่กระจายของเชื้อ โรคที่เกิดจากการติดเชื้อระบบทางเดินอาหาร
- 4) ผู้ป่วยไม่มีไข้

กิจกรรมการพยาบาล

- 1) ประเมินการถ่ายอุจจาระ ลักษณะอุจจาระ ปริมาณ และจำนวนครั้งในการถ่ายอุจจาระ
- 2) ดูแลให้ได้รับ ORS ที่ละน้อยบ่อยๆครั้ง เพื่อทดแทนสารน้ำที่สูญเสียไปกับการถ่ายอุจจาระ
- 3) ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา
- 4) ค้นหาสาเหตุของการติดเชื้อระบบทางเดินอาหารเพื่อการรักษาที่มีประสิทธิภาพ
- 5) ติดตามผลทางห้องปฏิบัติการ ค่า CBC และผลการตรวจอุจจาระ
- 6) ใช้หลัก standard precaution ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อ
- 7) แนะนำผู้ดูแลผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพอนามัยของผู้ป่วย การเตรียมอาหารที่ถูกสุขลักษณะ ใช้ถุงมือและล้างมือเมื่อสัมผัสอุจจาระผู้ป่วยเพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อ
- 8) แนะนำให้ผู้ป่วยงดดื่มน้ำผลไม้เนื่องจากมีค่า Osmolality สูงและทำให้อุจจาระร่วงเพิ่มมากขึ้น
- 9) แนะนำให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน ได้แก่ มันฝรั่ง ข้าวขนมปัง ซีเรียล โยเกิร์ต ผัก และผลไม้ หลีกเลี่ยงรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง อาหารที่มีส่วนประกอบของน้ำตาลเชิงเดี่ยวและอาหารที่มีผลิตภัณฑ์นมเป็นส่วนผสม
- 10) แนะนำให้ทารกได้รับวัคซีนป้องกัน Rotavirus ตามตารางวัคซีนเพื่อป้องกันอาการท้องเสียอย่างรุนแรงและเสียชีวิตจากท้องเสียอย่างรุนแรงในทารก

วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 3 : เด็กได้รับสารน้ำและสารอาหารไม่เพียงพอเนื่องจากสูญเสียน้ำออกมากเกินไปทางอุจจาระ

เป้าหมายการพยาบาล : เด็กได้รับสารน้ำและสารอาหารเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย

เกณฑ์ประเมินผล

- 1) น้ำหนักไม่ลดลง
- 2) ผิวหนังไม่แห้ง ผิวหนังมีความตึงตัวดี ปากไม่แห้งแตก ตาไม่โหลลึก

- 3) ปริมาณน้ำที่ได้รับสมดุลกับน้ำที่ขับออก
- 4) ปัสสาวะสีเหลืองใส มีความถ่วงจำเพาะไม่น้อยกว่า 1.010

กิจกรรมการพยาบาล

1) ประเมินระดับการขาดน้ำ แบ่งเป็น 3 ระดับ ขาดน้ำเล็กน้อย แสดงออกโดย ระบายน้ำเพิ่มมากขึ้น ปากแห้ง ขาดน้ำระดับปานกลาง แสดงออกโดย ผิวหนังเสียความยืดหยุ่น เชื้อบุปากแห้ง ตาโหลลึก และกระหม่อมบวม และขาดน้ำระดับรุนแรงจะมีอาการขาดน้ำระดับปานกลางร่วมกับอาการดังต่อไปนี้เป็นอย่างใดอย่างหนึ่งร่วมด้วย ได้แก่ ซิพจรเบาเร็ว เจ็บว หายใจเร็ว และไม่รู้สึกระคาย

- 2) ดูแลให้ได้รับ Oral Rehydration Solution (ORS) ทีละน้อย บ่อยๆ ครั้ง
- 3) ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ในรายที่ขาดน้ำรุนแรงและอาเจียน รับประทานอาหารไม่ได้
- 4) ติดตามผล Urine specific gravity
- 5) ติดตามค่า Electrolyte และรักษาให้อยู่ในค่าปกติ
- 6) ชั่งน้ำหนักทุกวัน
- 7) บันทึก Vital signs ทุก 4 ชั่วโมง ในกรณีที่ขาดน้ำปานกลางหรือรุนแรงบันทึก vital signs ทุก 1-2 ชั่วโมง
- 8) เมื่อถ่ายอุจจาระเหลวลดลงหรือหยุดถ่าย ไม่มีอาการของการขาดสารน้ำและสารอาหาร ดูแลให้รับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย ทารกให้ได้รับนมแม่หรือนมผสม ในรายที่มีปัญหาขาดน้ำย่อยเล็กโทสให้ได้รับนมที่มีเล็กโทสต่ำหรือไม่มีเล็กโทส

วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 4 : เด็กมีผิวหนังระคายเคืองเนื่องจากถ่ายอุจจาระบ่อย

เป้าหมายการพยาบาล : ผิวหนังไม่เกิดการระคายเคืองเนื่องจากอุจจาระบ่อยครั้ง

เกณฑ์ประเมินผล

- 1) ผิวหนังบริเวณรอบทวารหนักไม่อักเสบ ไม่มีรอยแดง ผื่น หรือตุ่มขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

1) ประเมินลักษณะผิวหนังบริเวณรอบทวารหนักว่ามีอาการอักเสบ ระคายเคือง มีผื่นแดง หรือตุ่มหรือไม่

2) ดูแลทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์และก้นให้สะอาดทุกครั้งหลังการขับถ่ายปัสสาวะหรืออุจจาระ หลังทำความสะอาดให้เช็ดให้แห้ง ไม่อับชื้น ไม่ควรใส่ผ้าอ้อมสำเร็จรูปเพื่อป้องกันให้อุจจาระสัมผัสผิวหนังเป็นเวลานาน ควรเปลี่ยนผ้าอ้อมหลังขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระทันทีหลังขับถ่าย ดูแลให้ผิวหนังนั้นแห้งอยู่ตลอดเวลา หลีกเลี่ยงการใช้ผ้าที่ผสมแอลกอฮอล์เช็ดหรือสัมผัสผิวหนัง

3) ทาขี้ผึ้งหรือวาสลีนบริเวณที่เกิดการระคายเคือง

วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 5 : เด็กมีการปวดท้องเนื่องจากมีการติดเชื้อในกระเพาะอาหารและลำไส้

เป้าหมายการพยาบาล : เด็กไม่มีอาการปวดท้องจากการติดเชื้อในกระเพาะอาหารและลำไส้

เกณฑ์ประเมินผล

- 1) ผู้ป่วยไม่ร้องปวดท้อง
- 2) ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้

กิจกรรมการพยาบาล

1) ประเมินลักษณะการปวดท้อง ความถี่ในการปวดท้อง ลักษณะสีหน้าท่าทางในการปวดท้อง

2) บันทึกสัญญาณชีพ และประเมิน Pain score ทุก 4 ชั่วโมง ในรายที่รุนแรงประเมินทุก 1 ชั่วโมง

3) ตรวจวินิจฉัยเพื่อหาสาเหตุในการปวดท้องเพื่อการรักษาที่มีประสิทธิภาพ

4) ลดอาการปวดท้องโดยการหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยปวดท้องมากขึ้น ให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล

5) ดูแลให้ได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษา

วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 6 : บิดามารดามีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษา ผลการรักษา สภาพของบุตรหลังการผ่าตัด ตลอดจนการดูแลต่อเนืองที่บ้าน

เป้าหมายการพยาบาล : บิดามารดาลดความวิตกกังวล

เกณฑ์การประเมิน

1) บิดามารดาได้รับข้อมูลในการรักษา การทำผ่าตัด ตลอดจนการดูแลต่อเนืองที่บ้านครบถ้วน

2) บิดามารดามีสีหน้าคลายความวิตกกังวล

3) บิดามารดามีส่วนร่วมในการดูแลบุตรและสามารถให้การดูแลบุตรได้

กิจกรรมการพยาบาล

1) ประเมินความวิตกกังวลของบิดามารดาของผู้ป่วยเพื่อหาแนวทางแก้ไขหรือการให้ข้อมูลได้ถูกต้อง

2) เปิดโอกาสให้บิดามารดาได้ซักถามถึงอาการเจ็บป่วย อาการและอาการแสดงของเด็ก และได้ระบายถึงความวิตกกังวลของตนเอง เพื่อหาแนวทางแก้ไขความวิตกกังวลและตอบคำถาม และข้อสงสัยของบิดามารดาได้ตรงประเด็น

3) ให้ข้อมูล คำแนะนำ อธิบาย เกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย และการรักษา วิธีการต่างๆ เพื่อเป็นข้อมูลให้กับบิดามารดาและติดต่อให้พบแพทย์ประจำที่ทำการรักษาผู้ป่วยเพื่อ ซักถามข้อสงสัยต่างๆ

4) ปลอดภัยให้กำลังใจ ให้คำแนะนำ และกระตุ้นให้บิดามารดาคอยดูแลบุตรอย่างใกล้ชิด เพื่อลดความเครียดและความวิตกกังวลของบิดามารดา

วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 7 : เด็กมีโอกาสได้รับอันตรายจากการที่ลำไส้แตกทะลุหรือเย็บช่องท้องอักเสบ

เป้าหมายการพยาบาล : เด็กไม่เกิดอันตรายจากการที่ลำไส้แตกทะลุหรือเย็บช่องท้องอักเสบ

เกณฑ์ประเมินผล

- 1) สัญญาณชีพเหมาะสมตามวัย
- 2) เสียงเคลื่อนไหวลำไส้ปกติ
- 3) ท้องอืดลดลง หน้าท้องนุ่ม

กิจกรรมการพยาบาล

1) ประเมินอาการและอาการแสดงที่บ่งถึงอันตรายอย่างต่อเนื่อง คือการเปลี่ยนแปลงของ สัญญาณชีพ เช่นมีไข้ ความดันโลหิตต่ำ หัวใจเต้นเร็ว มีอาการปวดท้อง อาการท้องอืด หน้าท้องแข็ง ตึง เสียงลำไส้เคลื่อนไหวลดลง ซึม อ่อนเพลีย ผลการตรวจนับเม็ดเลือดขาวสูงขึ้น ถ้าพบอาการ เหล่านี้ควรรายงานแพทย์เพื่อการรักษาที่เหมาะสม

2) ใส่นาฬิกากระเพาะอาหารและระบายสิ่งคัดหลั่งจากกระเพาะอาหารตามแผนการรักษา เพื่อลดความดันในช่องท้อง ซึ่งอาจมีผลให้ลำไส้ส่วนต้นขาดเลือดมาเลี้ยง

- 3) ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา

วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 8 : เด็กมีโอกาสลำไส้แตกทะลุ คลายตัวไม่หมด ขาดเลือดมาเลี้ยง หรือกลับมาเป็นซ้ำหลังจากการใช้แรงดัน เพื่อคลายการกลืนกันของลำไส้

เป้าหมายการพยาบาล : เด็กไม่เกิดอันตรายจากการที่ลำไส้แตกทะลุ

เกณฑ์ประเมินผล

- 1) สัญญาณชีพเหมาะสมตามวัย
- 2) เสียงเคลื่อนไหวลำไส้ปกติ

3) ท้องอืดลดลง หน้าท้องนุ่ม

กิจกรรมการพยาบาล

- 1) ประเมินและติดตามภาวะลำไส้แตกทะลุ ติดตามสัญญาณชีพ เมื่อพบผิดปกติควรรีบรายงานแพทย์ เพื่อการรักษาที่เหมาะสม
- 2) ให้ผู้ป่วยดื่มน้ำและอาหาร อย่างน้อย 12-18 ชั่วโมงหลังการรักษา หรือตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อเฝ้าระวังความผิดปกติของลำไส้ภายหลังการรักษา
- 3) สังเกตและบันทึกจำนวนและลักษณะของของเหลวที่ออกมาจากสายสวนกระเพาะอาหาร ลักษณะและสีของอุจจาระ และฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ เพื่อประเมินการทำงานของลำไส้
- 4) ดูแลให้ได้รับสารน้ำและ Electrolyte หรือเลือดตามแผนการรักษา
- 5) วัดและบันทึกปริมาณน้ำที่ร่างกายได้รับ และปริมาณน้ำที่ออกจากร่างกายอย่างถูกต้อง
- 6) สังเกตอาการและอาการแสดงของลำไส้กลืนกัน ที่อาจเกิดขึ้นได้ในเด็กหลังได้รับการรักษาขณะที่ยังอยู่ในโรงพยาบาล

วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 9 : เด็กมีภาวะท้องอืดหรือท้องผูกจากการอุดตันของลำไส้

เป้าหมายการพยาบาล : เด็กไม่เกิดภาวะท้องอืดหรือท้องผูกจากการอุดตันของลำไส้

เกณฑ์การประเมิน

- 1) ไม่มีการแตกทะลุของลำไส้ อาการท้องอืดและท้องผูกลดลง

กิจกรรมการพยาบาล

- 1) ประเมินภาวะท้องอืดหรือท้องผูกของผู้ป่วย
- 2) สวนล้างลำไส้ใหญ่ด้วย 0.9% NSS ที่มีอุณหภูมิอุ่นพอเหมาะ ทำโดยใส่สายสวนเข้าไปในทวารหนักลึกประมาณ 8-10 เซนติเมตร (4-5 เซนติเมตรในทารกแรกเกิด) ปริมาณ NSS ที่ใช้ครั้งละ 50 มิลลิลิตร/กิโลกรัม โดยไม่ใช้ปริมาณมากในการสวนครั้งเดียวเพราะจะเป็นการเพิ่มความดันในลำไส้ใหญ่ที่กำลังโป่งพองมากๆ ควรใช้ครั้งละ 15-20 มิลลิลิตร ลักษณะการสวนจะค่อยๆฉีดน้ำเบาผ่านสายเข้าไปในบริเวณที่มีอุจจาระ แล้วค่อยๆดูดกลับ และวัดปริมาณน้ำที่ใส่เข้าไปและดูดออกมาต้องใกล้เคียงกัน
- 3) ใส่สายสวนกระเพาะอาหารหรือทางทวารหนักตามแผนการรักษา เพื่อระบายลมออกจะกระเพาะอาหารและลำไส้
- 4) ดูแลให้ได้รับอาหารที่มีกากน้อย โปรตีนและพลังงานสูง เพื่อลดท้องผูก
- 5) สังเกตและบันทึกลักษณะ สี และกลิ่นของอุจจาระ
- 6) วัดและบันทึกขนาดของรอบท้องทุกวัน เพื่อประเมินภาวะท้องอืด

7) ดูแลให้ได้รับยาละลาย ตามแผนการรักษา

วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 10 : เด็กมีโอกาสเกิดภาวะลำไส้อักเสบ จากการอุดตันของลำไส้ และความต้านทานของผนังลำไส้ลดลง

เป้าหมายการพยาบาล : เด็กไม่เกิดภาวะลำไส้อักเสบ

เกณฑ์ประเมินผล

- 1) สัญญาณชีพเหมาะสมตามวัย
- 2) เสียงเคลื่อนไหวลำไส้ปกติ ท้องอืดลดลง
- 3) ไม่มีอาการอุจจาระร่วง

กิจกรรมการพยาบาล

1) ประเมินอาการและอาการแสดงของการอักเสบของลำไส้ ได้แก่ มีไข้สูง อุจจาระร่วง
ขาดน้ำ

2) สอนล้างลำไส้ทุก 6-8 ชั่วโมง เพื่อช่วยลดการอุดตันของลำไส้ใหญ่ส่วนล่าง

3) ดูแลให้ได้รับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย และให้ได้รับสารน้ำและเกลือแร่ทดแทน
ตามแผนการรักษา เพื่อทดแทนสารน้ำที่ขาด

4) ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา

วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 11 : เด็กมีโอกาสเกิดลำไส้แตกทะลุ จากการที่ลำไส้มีการขยาย
มาก

เป้าหมายการพยาบาล : เด็กไม่เกิดภาวะลำไส้แตกทะลุ

เกณฑ์ประเมินผล

- 1) สัญญาณชีพเหมาะสมตามวัย
- 2) ไม่มีอาการของลำไส้แตกทะลุ เช่น อาการท้องอืด เสียงเคลื่อนไหวของลำไส้ปกติ
ท้องอืดลดลง หน้าท้องไม่แข็งตึง

กิจกรรมการพยาบาล

1) ติดตามอาการและอาการแสดงของลำไส้แตกทะลุ เช่นอาการท้องอืด เสียงเคลื่อนไหว
ของลำไส้ และติดตามบันทึก Vital signs ทุก 4 ชั่วโมง

2) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย แต่ถ้าผู้ป่วยที่สงสัยว่ามีลำไส้แตกทะลุ
เช่น ปวดท้อง ท้องอืดมากขึ้น หน้าท้องแข็งตึง อาเจียน กระสับกระส่าย หายใจลำบาก เจ็บ
หน้าและงออาหารทันที และรีบรายงานแพทย์

3) ดูแลให้สารน้ำและเกลือแร่ทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา

4) ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา

วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 12 : เด็กมีโอกาสเกิดการคั่งของลมหรือน้ำย่อยในกระเพาะอาหาร และลำไส้ทำให้เกิดภาวะท้องอืด เนื่องจากการทำงานของลำไส้ไม่ดี

เป้าหมายการพยาบาล : เด็กท้องไม่อืด

เกณฑ์ประเมินผล

- 1) ท้องไม่อืด
- 2) เสียงลำไส้เคลื่อนไหวปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

- 1) ประเมินอาการท้องอืด ฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ และดูแลวัดรอบท้องทุกวัน
- 2) งดอาหารและน้ำทางปาก และดูแลให้สารน้ำและเกลือแร่ทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา เมื่อเริ่มให้รับประทานอาหาร ดูแลให้รับประทานอาหารอ่อนย่อยง่ายและมีกากอาหารน้อย
- 3) กระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวของร่างกาย และแนะนำให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเอง ในทารก และผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ให้พลิกตะแคงตัวและเปลี่ยนท่านอนให้บ่อยๆเพื่อให้ลำไส้มีการเคลื่อนไหวดีขึ้น
- 4) บันทึกปริมาณน้ำเข้าและน้ำออกจากร่างกาย รวมทั้งน้ำย่อยจากกระเพาะอาหาร

วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 13 : เด็กมีโอกาสติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัดหรือระคายเคืองหรือมีการอักเสบของผิวหนังรอบรูเปิดของลำไส้ใหญ่ เนื่องจากการปนเปื้อนของน้ำย่อยหรืออุจจาระ

เป้าหมายการพยาบาล : เด็กไม่เกิดการติดเชื้อจากแผลผ่าตัดหรือระคายเคืองบริเวณผิวหนังรอบรูเปิดของลำไส้ใหญ่

เกณฑ์ประเมินผล

- 1) ผิวหนังรอบรูเปิดของลำไส้ใหญ่ไม่มีการอักเสบหลังผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล

- 1) ประเมินลักษณะผิวหนังบริเวณที่ทำผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้อง
- 2) ดูแลความสะอาดของแผลผ่าตัด และระวังไม่ให้เกิดการปนเปื้อนอุจจาระหรือน้ำย่อยจากรูเปิดของลำไส้ใหญ่ และดูแลความสะอาดของผิวหนังรอบรูเปิดของลำไส้ใหญ่ทุกครั้งที่มีน้ำย่อยหรืออุจจาระออกมาปนเปื้อน
- 3) ทาผิวหนังรอบรูเปิดลำไส้ใหญ่ด้วยซีฟี่น วาสลิน หรือซิงค์ออกไซด์ เพื่อป้องกันการระคายเคืองของผิวหนัง จากการปนเปื้อนของอุจจาระหรือน้ำย่อย

วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 14 : เด็กสูญเสียภาพลักษณ์จากการมีลำไส้ใหญ่มาเปิดที่หน้าท้อง

เป้าหมายการพยาบาล : เด็กหรือบิดามารดายอมรับและดูแลตนเองหรือผู้ป่วยที่มีลำไส้ใหญ่มาเปิดที่หน้าท้องได้

เกณฑ์การประเมิน

1) ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองหรือบิดามารดาดูแลผู้ป่วยที่มีลำไส้ใหญ่มาเปิดที่หน้าท้องได้ สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1) ประเมินความรู้สึกรู้สึกของผู้ป่วยและบิดามารดาผู้ป่วย และเปิดโอกาสให้ได้แสดงความรู้สึกที่มีลำไส้ใหญ่มาเปิดที่หน้าท้อง

2) กระตุ้นให้ผู้ป่วยและบิดามารดาผู้ป่วยได้ดูแลตนเองโดยทั่วไป และการดูแล Colostomy อย่างถูกต้อง

3) กระตุ้นให้เด็กได้ร่วมกิจกรรมกับเด็กวัยเดียวกันเพื่อตอบสนองความต้องการการยอมรับในกลุ่มเพื่อนของเด็กในวัยเดียวกัน

โรคที่พบได้บ่อย

Duodenal ulcer

เป็นโรคเรื้อรัง และเป็นๆ หายๆ ตำแหน่งของแผลร้อยละ 95 จะเกิดขึ้นที่ส่วนแรกของลำไส้เล็กส่วนต้น (พิศาล, 2536) ลักษณะของแผลมักจะลึกผ่าน mucosa ถึง muscularis ของ duodenal พบว่า แผลในลำไส้เล็กส่วนต้นมีอุบัติการณ์การเกิดโรคเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ และมักพบในเพศชาย มากกว่าเพศหญิง 1.5 – 3 เท่า ส่วนใหญ่พบในช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป ปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุก็คือ การติดเชื้อ H. pylori การใช้ยา NSAID การสูบบุหรี่ และเครื่องดื่มที่มี caffeine

สาเหตุและกลไกการเกิด duodenal ulcer

ลักษณะของแผลมักมีเส้นผ่าศูนย์กลางเล็กกว่า 1 ซม. ตำแหน่งที่พบมักพบบริเวณ 0.5 – 2 cm. ห่างจากบริเวณ pylorus จากการศึกษาพบว่าในผู้ป่วย duodenal ulcer จะพบว่ามีกรดมากกว่าปกติ และยังพบว่ามีกรดกระตุ้น G cell ให้หลั่ง pepsin มากขึ้นด้วย ขณะเดียวกัน พบว่าความเครียดหรือสภาพทางอารมณ์รวมทั้งปัจจัยเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและสภาพของครอบครัวล้วนเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิด duodenal ulcer เมื่อเกิดเป็นแผล มักจะมีเลือดออกร่วมด้วย สำหรับภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายคือ การเกิดแผลทะลุ (perforation)

อาการและอาการแสดง

อาการปวดท้องบริเวณใต้ลิ้นปี่ เป็นอาการที่พบได้บ่อยที่สุดประมาณร้อยละ 10 มีตำแหน่งปวดอยู่ทางด้านขวาของท้อง อาการปวดตอนท้องว่าง เช่น ก่อนอาหารหรือตอนกลางคืน อาการปวดท้องจะดีขึ้นเมื่อได้รับยาลดกรด

การตรวจร่างกายผู้ป่วยอาจพบกดเจ็บบริเวณใต้ลิ้นปี่ระหว่างสะดือกับกระดูก syphoid แต่ประมาณ ร้อยละ 20 – 30 จะมีอาการกดเจ็บด้านขวาของท้อง ถ้าพบว่ามีภาวะแทรกซ้อน perforation จะพบว่ากดเจ็บทั่วท้อง กล้ามเนื้อหน้าท้องแข็งเกร็ง (guarding and rigidity) เสียของการเคลื่อนไหวของลำไส้หายไป

การรักษาและข้อวินิจฉัยทางการแพทย์

การรักษา เช่นเดียวกับ gastric ulcer

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์และการพยาบาล : เช่นเดียวกับ gastric ulcer

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีการอักเสบของลำไส้ (Inflammatory bowel disease)

การอักเสบของลำไส้ (inflammatory bowel disease) หมายถึง การอักเสบเรื้อรังของระบบทางเดินอาหาร (chronic inflammatory GI disorder) ซึ่งมักจะหมายถึงการอักเสบบริเวณลำไส้เล็ก (regional enteritis or Crohn's disease) และลำไส้ใหญ่อักเสบ (ulcerative colitis)

การอักเสบของลำไส้ ปัจจุบันมักมีสาเหตุเกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม เช่น การใช้ยาปราบศัตรูพืช การใช้สารปรุงแต่งสี, กลิ่น, รสชาติอาหาร, การสูบบุหรี่ (tobacco) และการใช้รังสี ซึ่งต่อมามีการค้นพบว่า การอักเสบของลำไส้ที่มีสาเหตุจากเชื้อโรคที่พบบ่อยคือ Mycobacterium (Kirsner & Shortter, 1995 cited by Suzamme, 2000)

โรคลำไส้เล็กอักเสบ (Regional Enteritis or Crohn's disease)

โรคลำไส้เล็กอักเสบ มักพบในวัยรุ่นหรือผู้ใหญ่ตอนต้น (young adults) การอักเสบมักเกิดได้ตลอดท่อทางเดินอาหาร (GI tract) แต่ที่มักพบบ่อย คือ บริเวณ distal ileum และลำไส้ใหญ่ ตอนต้น (colon)

พยาธิสภาพ

การอักเสบจะเกิดได้ตลอดตามท่อของลำไส้เล็กและทุกชั้นเยื่อผิว ลักษณะการอักเสบจะเกิดในลักษณะของแกรนูโลมา (granuloma) ต่อมาชั้น mucosa ของลำไส้เล็กจะปรากฏเป็นก้อนกลมๆ คล้ายหินกรวด (cobblestone) ซึ่งจะทำให้ผนังของลำไส้เล็กหนาและแข็งตัวจากขบวนการเกิด fibrotic tissue ต่อมาทำให้ช่องของลำไส้เล็กแคบลง

อาการและอาการแสดง

โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะมาด้วยอาการปวดท้อง (abdominal pain) และมีอาการถ่ายเหลว (diarrhea) ซึ่งจะพบถึงร้อยละ 90 ของผู้ป่วย ซึ่งเป็นผลมาจากบาดแผลหรือการเกิด granuloma ที่

ผนังของลำไส้ ทำให้ความสามารถในการลำเลียงสารอาหาร หรือการทำหน้าที่การย่อยการดูดซึมสารอาหารสูญเสียไป เกิดการขัดขวาง อุดตัน ทำให้เกิดอาการปวดท้อง ซึ่งมักจะเกิดหลังจากการรับประทานอาหาร ดังนั้นผู้ป่วยจึงรับรู้ว่าการรับประทานอาหารทำให้ปวดท้องเพิ่มขึ้น

ผู้ป่วยจึงมีแนวโน้มที่จะรับประทานอาหารน้อยลง หรือหลีกเลี่ยงอาหารบางประเภทซึ่งส่งผลให้ร่างกายได้รับสารอาหารไม่เพียงพอต่อความต้องการ ผู้ป่วยจึงมีน้ำหนักตัวลดลง (weight loss) ขาดสารอาหาร (malnutrition) ซีด (anemia) เมื่อการอักเสบเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง อาจทำให้มีการแตกทะลุของผนัง ลำไส้ ทำให้การอักเสบลุกลามออกสู่ช่องท้อง ซึ่งมักจะมีอาการไข้และมีเซลล์เม็ดเลือดขาว (leukocyte) อยู่ทั่วไปตลอดเยื่อหุ้มลำไส้และในช่องท้อง ซึ่งอาจเกิดเป็นฝี (abscess) ขึ้นก็สามารถพบได้

การตรวจเพื่อการวินิจฉัย

1. การตรวจ proctosigmoidoscope กรณีที่มีการอักเสบ การตรวจมักพบ positive occult blood หรือ steatorrhea (อุจจาระมีไขมันปนจำนวนมาก)
2. การตรวจ barium enema of upper GI tract จะพบ “string sign” บริเวณปลายลำไส้ (ileum) ซึ่งเป็นการบ่งบอกถึง หดตัวหรือการแข็งตัวของลำไส้ และยังสามารถแสดงให้เห็นบริเวณที่เป็นแผล (ulceration)
3. CT scan ก็จะสามารถเห็นลายละเอียดมากขึ้น
4. การเจาะเลือด CBC มักจะพบ Hb, Hct ลดลง, WBC จะเพิ่มขึ้น, ESR เพิ่มขึ้น albumin, protein ลดลง (ซึ่งมักมีสาเหตุจาก malnutrition)

ภาวะแทรกซ้อน

1. ลำไส้อุดตัน
2. ภาวะเสียสมดุลย์ของสารน้ำและอิเล็กโตรลัยท์
3. ภาวะทุพโภชนาการ
4. มีรูทะลุบริเวณลำไส้ (perforate / fistula)

โรคลำไส้ใหญ่อักเสบ (ulcerativ colitis)

โรคลำไส้ใหญ่อักเสบ เป็นการเกิดการอักเสบของบาดแผลที่เกิดขึ้นที่ส่วน mucosa ของ colon และทวารหนัก (rectum) มักพบมากในผู้ที่มีอายุระหว่าง 30 – 50 ปี และมักจะก่อให้เกิดมะเร็งของ ลำไส้ได้บ่อย (Suzanne, 2000)

พยาธิสภาพ

การอักเสบจะเกิดขึ้นบริเวณ mucosa ส่วนบนของ colon ซึ่งมักจะเกิดหลายแผล และมีเลือดออกจากบริเวณอักเสบและจะพบเซลล์เม็ดเลือดขาวจำนวนมาก ถ้าการอักเสบกินบริเวณกว้าง จะทำให้เกิดการบวมและมีการหนาตัวของผนังลำไส้ ซึ่งทำให้ท่อของลำไส้แคบลงพื้นที่ในการดูดซึมจะลดลง

อาการและอาการแสดง โดยส่วนใหญ่อาการของโรคจะมีทั้งช่วงสงบของโรคและระยะอาการกำเริบ ซึ่งอาการที่พบจะเป็นอาการแสดงของการมีบาดแผลบริเวณลำไส้ กล่าวคือมีอาการ ถ่ายเหลว ปวดท้อง มีเลือดออกทางทวารหนัก น้ำหนักตัวลดลง มีไข้ อาเจียน ขาดน้ำ ซีด

การรักษา Inflammatory bowel disease

จุดประสงค์หลักคือลดหรือกำจัดการอักเสบ ลดหรือลดการทำงานที่ไม่พึงประสงค์ของระบบภูมิคุ้มกันและให้ลำไส้ได้พักเพื่อการหายของแผล

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) เพื่อต้านการอักเสบให้ antibiotics (กรณีพบมี abscess, peritonitis)
6. ACTH (adrenocorticotrophic hormone) และ corticosteroids ก็อาจได้ผลในการรักษา acute inflammatory bowel disease
7. การรักษาโดยการผ่าตัด (surgical management)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและการพยาบาล

1. การเปลี่ยนแปลงของภาวะโภชนาการ (ได้รับสารอาหารและน้ำน้อยกว่าที่ร่างกายต้องการ เนื่องจากการบีบตัวของลำไส้มากเกินไปและการดูดซึมที่ลำไส้ลดลง มีอาการท้องเสีย คลื่นไส้ และมีอาการปวดท้อง)
2. มีภาวะของปริมาณสารน้ำในร่างกายลดลง เนื่องจากการคลื่นไส้ อาเจียน ตกเลือดในทางเดินอาหาร และท้องเดิน
3. ไม่สามารถมีกิจกรรมได้ตามปกติเนื่องจากร่างกายต้องได้รับการพักผ่อนเพื่อลดการเคลื่อนไหวของลำไส้
4. มีการเปลี่ยนแปลงของการขับถ่าย ท้องเดินเนื่องจากการอักเสบของลำไส้

5. ผู้ป่วยและครอบครัวขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา การดูแลตนเองก่อนและหลัง ผ่าตัด

ภาวะอักเสบของท่อน้ำดี (Ascending cholangitis)

การอักเสบของท่อน้ำดี เป็นได้ทั้งแบบเฉียบพลัน/Acute แบบเรื้อรัง/Chronic หรือ แบบเรื้อรังร่วมกับเฉียบพลัน /Superimposed on chronic. ส่วนใหญ่จะสัมพันธ์กับการมีนิ่วในท่อน้ำดี ท่อน้ำดี (bile ducts) เป็นท่อที่เชื่อมต่อระหว่างตับ ท่อน้ำดี และลำไส้เล็กส่วนต้น การอักเสบของท่อน้ำดีมักเป็นผลแทรกซ้อนจากภาวะอุดตันของก้อนนิ่ว หรือก้อนเนื้องอก โรคนี้ถือเป็นภาวะร้ายแรง ถ้าไม่ได้รับการรักษาได้ทันที อาจทำให้เป็นโลหิตเป็นพิษ ถึงตายได้

สาเหตุ

การอักเสบของท่อน้ำดี มักมีสาเหตุมาจากการอุดตันของท่อน้ำดี ซึ่งส่วนมากเนื่องมาจากมีก้อนนิ่วอุดตัน (ส่วนน้อยอาจมีการอุดตัน เนื่องจากก้อนเนื้องอกหรือมะเร็งหรือสาเหตุอื่นๆ) ทำให้มีเชื้อแบคทีเรียเข้าไปทำให้เกิดการอักเสบของท่อน้ำดี ซึ่งมักจะลุกลามขึ้นไปถึงท่อน้ำดีเล็กๆ ที่อยู่ในตับ (ท่อน้ำดีหรือ hepatic ducts)

อาการ

มีไข้สูง หนาวสั่น (คล้ายมาลาเรีย) ตาเหลือง ตัวเหลือง ปวดบริเวณใต้ลิ้นปี่หรือชายโครง ข้างขวา อาการปวดท้องอาจมีลักษณะปวดรุนแรงเป็นพักๆ คล้ายที่พบในโรคนิ่วในท่อน้ำดี

สิ่งที่ตรวจพบ

ไข้ ตาเหลือง กดเจ็บตรงบริเวณชายโครงขวา และอาจตรวจพบตับโต

อาการแทรกซ้อน

ในรายที่เป็นรุนแรงอาจมีภาวะช็อก หรือ โลหิตเป็นพิษได้

การรักษา

หากสงสัย ควรส่งไปรักษาที่โรงพยาบาลภายใน 24 ชั่วโมง (ถ้ามีภาวะช็อกหรือโลหิตเป็นพิษให้ส่งโรงพยาบาลทันที) อาจให้การรักษาเบื้องต้นด้วยยาลดไข้ อาจให้น้ำเกลือถ้ามีภาวะขาดน้ำหรือช็อก มักต้องตรวจหาสาเหตุ (เช่น เอกซเรย์ เจาะเลือด เพาะเชื้อ) ให้ยาปฏิชีวนะ และทำการ ผ่าตัด

ยาที่ใช้ในการรักษา

1. ampicillin ร่วมกับ aminoglycoside (gentamicin หรือ amikacin)
2. Third generation cephalosporin เช่น Cefotaxime หรือ Ceftriaxone จำนวนวันที่ให้ยาปฏิชีวนะ ควรเป็นเวลา 3 สัปดาห์

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลท่อน้ำดีอักเสบ

1. มีการติดเชื้อเนื่องจากมีไข้สูง
2. ตัวเหลือง ตาเหลือง เนื่องจากเกิดการอักเสบของท่อน้ำดี
3. ปวดเนื่องจากเกิดการอักเสบของท่อน้ำดี
4. วิตกกังวลเนื่องจากผู้ป่วยและครอบครัวขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัด
5. มีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อ เนื่องจากการไม่ได้เคลื่อนไหว ขบวนการอักเสบ การสะสมของสารน้ำ

ภาวะอักเสบของตับอ่อน (Pancreatitis)

ตับเป็นอวัยวะอยู่ในช่องท้องด้านบนขวา มีหน้าที่สำคัญหลายอย่าง เช่น รับผิดชอบจากลำไส้ ซึ่งมีสารอาหารจำนวนมากและส่งผ่านสารอาหารเหล่านี้ไปยังร่างกายส่วนอื่นๆ ทำลายสารพิษในเลือดที่มาจากลำไส้ ผลิตน้ำดีแล้วส่งน้ำดีผ่านมาตามท่อน้ำดีมาเก็บที่ถุงน้ำดี เมื่อเรารับประทานอาหารที่มีไขมันสูง น้ำดี จะหดตัวทำให้ น้ำดี ไหลผ่านท่อน้ำดีลงมายังลำไส้เล็กเพื่อช่วยในการย่อย และดูดซึมไขมันผลิตสารที่ช่วยให้เลือดแข็งตัว

ถ้าเป็นโรคตับเรื้อรัง เด็กอาจมีอาการดังต่อไปนี้ เช่น ท้องโต เกิดจากภาวะท้องมานคือ มีน้ำในช่องท้อง หรือเกิดจากตับและม้ามมีขนาดใหญ่ขึ้น ขาหรือหน้าบวม เกิดจากการที่ตับไม่สามารถสร้างโปรตีนได้ ผอม แขนขาลีบ เกิดจากการที่รับประทานอาหารได้น้อยลงร่วมกับร่างกายเผาผลาญสารอาหารมากกว่าปกติ อาเจียนเป็นเลือดหรือถ่ายอุจจาระเป็นสีดำๆ เกิดจากเส้นเลือดในหลอดอาหารหรือกระเพาะอาหารที่โป่งพองขึ้นแล้วแตกทำให้มีเลือดออก เลือดออกเองหรือออกแล้วหยุดยาก เกิดจากตับไม่สามารถผลิตสารที่ช่วยให้เลือดแข็งตัว

โรคตับอาจเป็นชนิดเฉียบพลันหรือเรื้อรัง สาเหตุที่ทำให้เกิดโรคตับเฉียบพลัน ได้แก่ การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ เช่น ไวรัสตับอักเสบ เอ หรือ อี ซึ่งจริงๆ แล้วในเด็กส่วนใหญ่ไม่แสดงอาการ

การติดเชื้อไวรัสอื่นๆ เช่น ไวรัสแดงก็ทำให้เกิดไขเลือดออก ไวรัสอีบีวี การติดเชื้อแบคทีเรีย เช่น เชื้อไซ้ทัยฟอยด์ ยา เช่น ทานยาพาราเซตามอล (ยาลดไข้แก้ปวด) เกินขนาด ยาแก้อักเสบ ยารักษาวัณโรค ยาสมุนไพร

เด็กที่เป็นโรคตับเฉียบพลันส่วนใหญ่จะหายได้เองถ้าเกิดจากการติดเชื้อไวรัสและแพทย์จะให้การรักษาระดับประคองตามอาการเท่านั้น ถ้ามีสาเหตุจากยาแพทย์จะแนะนำให้หยุดทานยานั้นๆ ถ้าเกิดจากทานยาพาราเซตามอลเกินขนาด แพทย์จะรับผู้ป่วยไว้สังเกตอาการในโรงพยาบาล

และให้ยาแก้พิษ ส่วนสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคตับเรื้อรัง ได้แก่ ความผิดปกติของท่อน้ำดี เช่น โรคท่อน้ำดีตีบตัน โรคท่อน้ำดีโป่งพอง โรคท่อน้ำดีในตับมีจำนวนลดลง เด็กจะมีอาการดีซ่านตั้งแต่เกิดหรือภายในอายุประมาณ 2-3 สัปดาห์เท่านั้น

การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ เช่น ไวรัสตับอักเสบ บี หรือ ซี ในประเทศไทยเด็กที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี มักเกิดจากติดเชื้อจากมารดาระหว่างคลอด เด็กจะไม่แสดงอาการผิดปกติจนกว่าจะโตเป็นผู้ใหญ่ อย่างไรก็ตาม เด็กบางคนอาจเกิดตับอักเสบเรื้อรัง ตับแข็งหรือมะเร็งตับได้เหมือนผู้ใหญ่ ส่วนเด็กที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี มักเกิดจากได้รับเลือดจากคนที่มีเชื้อไวรัสอยู่ ซึ่งในปัจจุบันจะพบน้อยลงเรื่อยๆ เนื่องจากการตรวจกรองเลือดหาเชื้อไวรัสก่อนจะนำไปให้ผู้ป่วย ภาวะที่มีสารทองแดงสะสมในตับมากกว่าปกติ โรคไขมันในตับ มักพบในเด็กอ้วน

เด็กที่เป็นโรคตับเรื้อรังจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้องเหมาะสม การรักษาที่มีการใช้ยาหรือการผ่าตัดแล้วแต่สาเหตุของโรค สิ่งที่ยากเน้นคือเด็กทารกที่มีความผิดปกติของท่อน้ำดี เช่น โรคท่อน้ำดีตีบตันมักมาพบแพทย์ช้า เพราะคุณพ่อคุณแม่คิดว่าเกิดจากเด็กทานนมแม่และมักได้รับคำแนะนำจากญาติผู้ใหญ่หรือเพื่อนบ้านให้นำเด็กไปตากแดดหรือให้เด็กดื่มน้ำมากๆ โรคท่อน้ำดีตีบตันต้องรักษาด้วยการผ่าตัดภายในอายุ 2 เดือน เพื่อไม่ให้ตับเกิดการอักเสบรุนแรงขึ้นจนกลายเป็นตับแข็ง ส่งผลให้เด็กเสียชีวิตภายในอายุ 2 ปี จะเห็นได้ว่าถ้าประชาชนทั่วไปรู้จักโรคตับในเด็กดีขึ้น และพาเด็กมาพบแพทย์เพื่อรับการรักษาทันท่วงที จะทำให้เด็กหายจากโรคตับหรือมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้

การอักเสบของตับอ่อน แบ่งออกเป็น

1. การอักเสบเฉียบพลัน (Acute pancreatitis) เป็นการอักเสบที่รุนแรง ทำให้เซลล์ตับอ่อนบวม มีการตายของไขมัน (Fat necrosis) และมีการตกเลือด
2. การอักเสบเรื้อรัง (Chronic pancreatitis) เป็นการอักเสบที่มีการทำลายโครงสร้างของเซลล์ และมีการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ของตับอ่อนอย่างถาวร แม้จะแก้ไขสาเหตุของโรคแล้วก็ตาม ผู้ป่วยอาจจะเป็นตับอ่อนอักเสบเฉียบพลันหรือตับอ่อนอักเสบเรื้อรังหรือเป็นทั้งสองอย่าง หรืออาจจะเป็นๆ หายๆ ก็ได้

การแบ่งชนิดของตับอ่อนอักเสบตามการสัมมนาที่มารเซียล (Marseille)

ได้แบ่งภาวะตับอ่อนอักเสบออกเป็น 4 ประเภท คือ

1. ตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน (Acute pancreatitis)
2. ตับอ่อนอักเสบเฉียบพลันกลับซ้ำ (Relapsing acute pancreatitis)
3. ตับอ่อนอักเสบเรื้อรังกลับซ้ำ (Relapsing chronic pancreatitis)
4. ตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง (Chronic pancreatitis)

การแบ่งชนิดของตับอ่อนอักเสบตามความรุนแรง

(Caine,R.N. and Brujalino 1988:184) ได้ดังนี้

1. การอักเสบเล็กน้อย (Mild acute or Interstitial) ซึ่งอาจเรียกว่า acute pancreatic edema จะมีลักษณะบวมของต่อมและมีเอนไซม์รั่วซึมเข้าไปรอบเนื้อเยื่อและในช่องท้อง
2. การตกเลือดเฉียบพลัน (Acute Hemorrhagic) จะมีการอักเสบของตับอ่อนอย่างกว้างขวาง เนื้อเยื่อจะตายมากขึ้นเนื่องจากการย่อยของเอนไซม์จากตับอ่อน
3. มีการตายและเลือดออก (Necrotic Hemorrhagic) มีความรุนแรงจากการอักเสบมากที่สุด ทำให้เกิดถุงน้ำของตับอ่อน หรือเกิดแคลเซียม หรือทำให้เกิดความรุนแรงถึงแก่ชีวิตได้

สาเหตุของโรค

สาเหตุที่แท้จริงยังไม่ทราบ (Gauntlett B.p. and judith L, M 1990:1646) อย่างไรก็ตาม มีเหตุและปัจจัยส่งเสริมทำให้เกิดโรค แอลกอฮอล์และโรคของทางเดินน้ำดีเป็นปัจจัยที่พบได้บ่อย ร่วมกับภาวะตับอ่อนอักเสบ ผู้ป่วยหญิงส่วนใหญ่จะพบร่วมกับโรคของทางเดินน้ำดี เช่น นิ่วน้ำดี ในขณะที่ผู้ป่วยชายพบว่าแอลกอฮอล์เป็นเหตุส่งเสริมที่สำคัญ

ปัจจัยอื่นๆ ที่พบได้บ่อยของภาวะตับอ่อนอักเสบ คือ การผ่าตัด ขั้นตอนการผ่าตัดทางเดินน้ำดี และต่อมน้ำเหลืองในช่องท้อง เป็นเหตุให้เกิดตับอ่อนอักเสบหลังการผ่าตัดสูง การผ่าตัดเส้นประสาท (Vagotomy) ในผู้ป่วยโรคแผลในกระเพาะอาหาร โดยการทำให้ interrupting Pancreatic innervation ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ของตับอ่อน จึงเป็นเหตุผลของแพทย์ ซึ่งเลือกการผ่าตัดเป็น Selective Vagotomy มากกว่าทำ interrupt pancreatic innervation

พยาธิสภาพ

กลไกการทำลายของเนื้อตับอ่อนยังไม่ชัดเจน พยาธิสภาพอาจจะเกิดเนื่องจากการกระตุ้นการหลั่งเอนไซม์โปรตีโอไลติก และไลโปไลติก เพนเนเรียติก (Proteolytic and lipolytic pancreatic enzyme) จากอะซินอลเซลล์ (Acinal cell) ก่อนเวลาปกติเอนไซม์เหล่านี้จะออกฤทธิ์ในลำไส้เล็ก โดยทั่วไปตับอ่อนจะหลั่ง โปรเตียส (Proteases) ในลักษณะที่ไม่ออกฤทธิ์ เมื่ออยู่ในลำไส้เล็กเอ็นเทอร์โรไคเนส (enterokinase) จะเปลี่ยนเทปซิโนเจน (Trypsinogen) ซึ่งเป็นชนิดหนึ่งของโปรเตียส (Proteases) เป็นเทปซิน (Trysin) ในภาวะที่ตับอ่อนอักเสบการหลั่งของโปรเตียสและไลเปส (Lipase) เกิดขึ้นในระยะของการหลั่งเข้าไปในลำไส้

สาเหตุนี้เองทำให้เนื้อเยื่อของตับอ่อนถูกทำลาย แต่อาจจะเกิดจากการไหลกลับของน้ำดีจากลำไส้เล็กส่วนต้น (Duodenum) เข้าไปในต่อตับอ่อนหรือจากการที่ต่อตับอ่อน มีการอุดตัน ผลที่เกิดขึ้น คือ มีการย่อยทำลายของเนื้อเยื่อตับอ่อน (Autodigestion) ตั้งแต่ตับอ่อนเริ่มมีการอักเสบ การทำลายเนื้อเยื่อของตับอ่อนก็จะเพิ่มขึ้น (Luckmann and Creason, S,K 1 983:1 386) ตับอ่อนอักเสบ

และมีการตกเลือด (Hemorrhagic pancreatitis) เกิดขึ้นเนื่องจากการตายอย่างมากและมีการทำลายของหลอดเลือด และมักจะมีการหลังสารน้ำ (Serosanguinous exudate) เข้าไปด้านหลังเยื่อช่องท้อง (Retroperitoneal Tissue) และช่องท้อง (Peritoneal Cavity) เกิดมีการตายของไขมัน (Fat necrosis) และไขมันที่ตายนี้จะมีผลต่อการสะสมไขมันของเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง โพรงกระดูก หน้าอก และตำแหน่งอื่นๆ

อาการและอาการแสดง

1. อาการปวดท้องรุนแรงและเกิดขึ้นทันทีทันใด อาการปวดมักจะเกิดที่บริเวณใต้ลิ้นปี่ (Epigastrium) หรือใต้ชายโครงด้านซ้าย (left upper quadrant)
2. อาเจียน
3. มีอาการช็อค เนื่องจากเลือดและพลาสมาจำนวนมากเข้าไปสะสมอยู่ด้านหลังของเยื่อช่องท้อง (Retroperitoneal Space) และช่องว่างของเยื่อช่องท้อง (Peritoneal spaces)

ภาวะแทรกซ้อนของตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน ได้แก่

กลุ่มอาการหายใจลำบากในผู้ใหญ่ (Adult respiratory distress syndrome)

1. ไตวายเฉียบพลัน
2. ภาวะช็อค (Hypovolemic shock)
3. น้ำในช่องท้อง (Pancreatitis ascites)
4. ฝี (Abscess formation)
5. เกิดรูรั่ว (Fistula formation)
6. การอุดตันของลำไส้ (Intestinal obstruction)
7. เยื่อช่องท้องอักเสบ
8. ถุงน้ำเทียม (Pseudocyst formation)
9. น้ำตาลในเลือดสูง

การรักษา

การรักษาผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบ มีวัตถุประสงค์ที่จะช่วยกำจัดสาเหตุของการเกิดโรค ถ้าเป็นไปได้ ช่วยบรรเทาอาการและช่วยป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อน ในรายที่ลักษณะอาการทางคลินิก การศึกษาทางชีวเคมี และรังสี รวมทั้งการตรวจทางระบบทางเดินอาหารแล้วยังไม่ได้ การวินิจฉัยไม่แน่นอน ควรทำการผ่าตัด ถ้าผู้ป่วยมีปัญหาโรคของทางเดินน้ำดี การรักษาโดยทั่วไป คือ การให้ยา

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบ คือ

1. มีการเปลี่ยนแปลงด้านความสุขสบาย มีความเจ็บปวด เนื่องจากการอักเสบของตับอ่อนมีการกระตุ้นปลายประสาท และมีการอุดตันท่อตับอ่อน
2. ปริมาณของน้ำและเกลือแร่ในร่างกายลดลงเนื่องจากมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน การใส่สายยางจากจมูกสู่กระเพาะอาหาร (nasogastric tube drainage) และต่อเครื่องตลอดเวลา และมีการเสียน้ำเข้าไปในช่องท้อง
3. ขาดความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค การรักษาและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น
4. มีการเปลี่ยนแปลงด้านโภชนาการ ได้รับสารน้ำและอาหารน้อยกว่าที่ร่างกายต้องการ เนื่องจากได้รับไม่พอ ร่วมกับมีอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน และขาดเอ็นไซม์ที่จำเป็นในการย่อย
5. มีแนวโน้มในการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค เช่น การติดเชื้อการวางแผนทางการพยาบาล
6. ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรค

บทสรุป

ผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาระบบทางเดินอาหารที่รักษาทางยา ได้แก่ Diarrhea, Gastritis และ Gastroenteritis สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการติดเชื้อทั้งไวรัส แบคทีเรียและ โปรโตซัว จะมีอาการ ไข้ ถ่ายเหลว เป็นน้ำ อาจมีมูกหรือเลือด คลื่นไส้ อาเจียน การรักษาส่วนใหญ่จะแก้ไขภาวะขาดน้ำเป็นสำคัญและรักษาตามอาการ ถ้ามีการติดเชื้อแบคทีเรียจะรักษาโดยให้ยาปฏิชีวนะ ส่วนผู้ป่วยเด็กโรค Hirschsprung's disease และ Intussusception สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากความผิดปกติของระบบทางเดินอาหารแต่กำเนิด การรักษาโดยการผ่าตัด การพยาบาลมีทั้งก่อนและหลังผ่าตัด การให้การพยาบาลต้องครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ อารมณ์และสังคมของผู้ป่วยและครอบครัว และที่สำคัญพยาบาลควรมีความรู้ในการประเมินเด็กเพื่อนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลและดูแลเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำถามท้ายบทที่ 9

1. ให้นักศึกษาอธิบายเกี่ยวกับการพยาบาลเด็กที่มีปัญหาระบบทางเดินอาหารที่รักษาทางยาได้
2. ให้นักศึกษาอธิบายเกี่ยวกับการพยาบาลเด็กป่วยที่มีปัญหาระบบทางเดินอาหารที่รักษาด้วยการผ่าตัดได้

เอกสารอ้างอิง

พรทิพย์ ศิริบุรณ์พิพัฒนา. (2560). การพยาบาลเด็ก เล่ม 2. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : บริษัทธนา
เพรส จำกัด.

พรทิพย์ ศิริบุรณ์พิพัฒนา. (2560). การพยาบาลเด็ก เล่ม 3. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: บริษัทธนาเพรส
จำกัด.

รจนา ภูไพบูลย์. (2558). (บรรณาธิการ). การวางแผนการพยาบาลเด็กสุขภาพดีและเด็กป่วย (Nursing
Care Plan for Healthy and III Children). พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์
พระพุทธศาสนาของธรรมสภา.