

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์
เอกสารประกอบการสอนรายวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่ 1 (Adult I Nursing)
เรื่อง การพยาบาลผู้ที่มีความผิดปกติระบบทางเดินอาหารส่วนล่าง

อาจารย์ ดร.ณรงค์กร ชัยวงศ์
กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

การพยาบาลผู้ที่มีความผิดปกติระบบทางเดินอาหารส่วนล่าง แบ่งได้เป็น 4 กลุ่มได้แก่

1. กลุ่มความผิดปกติในการทำหน้าที่ของระบบทางเดินอาหาร
 - 1.1 ภาวะท้องผูก (Constipation)
 - 1.2 ลำไส้แปรปรวน (Irritable Bowel Syndrome: IBS)
2. กลุ่มความผิดปกติของการอักเสบของลำไส้
 - 2.1 ไส้ติ่งอักเสบ (Appendicitis)
 - 2.2 Diverticular Disease of colon
 - 2.3 ลำไส้อักเสบเรื้อรัง (Inflammatory bowel disease: IBD)
 - 2.4 ภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ (peritonitis)
3. กลุ่มความผิดปกติการอุดตันในลำไส้
 - 3.1 ภาวะลำไส้อุดตัน (Gut Obstruction or Bowel obstruction)
 - 3.2 ไส้เลื่อน (Hernia)
4. กลุ่มความผิดปกติของลำไส้ตรงและทวารหนัก
 - 4.1 Anal fistula
 - 4.2 fistula in ano
 - 4.3 ริดสีดวงทวาร (Hemorrhoids)

ความผิดปกติในการทำหน้าที่ของระบบทางเดินอาหาร

1. ภาวะท้องผูก (Constipation)

ท้องผูกเป็นภาวะที่ อุจจาระแห้งแข็งอัดเป็นก้อน ยากที่จะขับถ่ายออกมาได้ โดยทั่วไปส่วนใหญ่จะมีการขับถ่ายตั้งแต่ 3 ครั้งต่อวันจนถึง 3 ครั้งต่อสัปดาห์

สาเหตุ

1) สาเหตุจากโรคทางกาย เช่น เบาหวาน ต่อมไทรอยด์ทำงานน้อยกว่าปกติ ภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ ภาวะแมกนีเซียมในเลือดต่ำ ภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ ต่อมพาราไทรอยด์ทำงานมากกว่าปกติ โรคทางระบบประสาทต่างๆ ได้แก่ การบาดเจ็บ/ โรคที่สมองและไขสันหลัง โรคพาร์กินสัน เป็นต้น

2) สาเหตุจากยาที่รับประทานประจำ เช่น กลุ่มยา anticholinergic ได้แก่ ยารักษาโรคจิตเวช ยา รักษาโรคซึมเศร้า ยารักษาโรคพาร์กินสัน ยาแก้ปวด ยารักษาอาการภูมิแพ้ กลุ่มยาลดความดันโลหิต ได้แก่ กลุ่ม calcium channel blocker ยาขับปัสสาวะ นอกจากนี้ยาบำรุงเลือดที่มีธาตุเหล็กอยู่ ยาลดกรดที่มี ส่วนผสมของแคลเซียมหรือ aluminium ยาแก้ปวดกลุ่ม NSAIDS และยาแก้ปวดที่มีส่วนผสมอนุพันธ์ของ มอร์ฟีน

3) การอุดตันของทางเดินอาหาร จากมะเร็งหรือเนื้องอก ลำไส้ตีบตัน (stricture) ลำไส้บิดพันกัน (volvulus) ความผิดปกติของกายวิภาคที่ทวารหนัก เช่น ผนังลำไส้ตรงหย่อน (rectocele) rectal prolapsed หรือตีบตัน ความผิดปกติแต่กำเนิด (Hirschprung's disease)

4) สาเหตุที่เกิดจากการเคลื่อนไหวของลำไส้หรือกล้ามเนื้อที่ควบคุมการขับถ่ายผิดปกติ เช่น การ บีบตัวของกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักไม่ประสานกับการเบ่ง การเคลื่อนไหวของลำไส้ใหญ่ช้ากว่าปกติหรือ มีการเคลื่อนไหวไม่ประสานกัน ภาวะลำไส้แปรปรวน

5) สาเหตุอื่นๆ ได้แก่ การเคลื่อนไหวของผู้ป่วยน้อย การขาดออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร ที่มีไฟเบอร์ต่ำ ภาวะขาดน้ำ และสุขนิสัยในการขับถ่ายไม่ดีเช่น การกลั้นอุจจาระบ่อย

6) สิ่งแวดล้อม: มีความรู้สึกที่ไม่เป็นส่วนตัวเพียงพอ (no privacy) หรือไม่พึงพอใจในสถานที่ ห้องน้ำ

การรักษา

1. การรักษาแบบใช้ยา ยาระบายสามารถแบ่งออกเป็น 5 ประเภท ดังนี้

1.1 กลุ่มสารที่ทำให้อุจจาระเกาะตัวเป็นก้อน (bulk-forming agents) ออกฤทธิ์ดูดน้ำและ ขยายตัวในลำไส้ ช่วยเพิ่มปริมาณน้ำและเนื้ออุจจาระ ทำให้ลำไส้บีบและขยายตัวเพิ่มขึ้น จึงมีฤทธิ์อ่อนและ ปลอดภัยที่สุด ระยะเวลาออกฤทธิ์ 12-24 ชั่วโมง เช่น Metamucil

1.2 กลุ่มยากระตุ้นการเคลื่อนไหวตัวของลำไส้ (stimulants) ออกฤทธิ์ระคายเคืองในทางเดินอาหาร และเพิ่มการซึมผ่านสารละลายของเยื่อลำไส้ ได้แก่

1.2.1 bisacodyl หรือ dulcolax ออกฤทธิ์กระตุ้นประสาทสัมผัสทำให้เกิดปฏิกิริยาโต้กลับ การบีบรัดของลำไส้ แต่อาจทำให้เกิดภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ ปวดท้อง หรือ กล้ามเนื้อท้องเป็นตะคริวได้

1.2.2 มะขามแขก (senokot) ออกฤทธิ์กระตุ้นการบีบรัดตัวของลำไส้ใหญ่ เป็นยาที่ ปลอดภัยที่สุด

1.2.3 น้ำมันละหุ่ง (castor oil) ออกฤทธิ์กระตุ้นกล้ามเนื้อเรียบของลำไส้โดยตรง แต่ห้าม ใช้กับหญิงมีครรภ์ หรือขณะมีประจำเดือน รวมทั้งผู้สูงอายุที่มีอาการท้องผูกแบบอุจจาระอัดแน่นเป็นก้อน แข็ง

1.2.4 ยาเหน็บกลีเซอริน (Glycerin) มีฤทธิ์กระตุ้นให้ทวารหนักบีบตัว และช่วยหล่อลื่น

1.3 กลุ่มยาที่ทำให้อุจจาระนิ่ม (fecal softener) ออกฤทธิ์ช่วยลดความตึงผิวของอุจจาระ ทำให้น้ำและไขมันซึมเข้าได้ง่าย ช่วยทำให้อุจจาระนิ่ม และช่วยกระตุ้นการหลั่งของน้ำและเกลือแร่ ทำให้ถ่ายอุจจาระภายใน 1-2 วัน

1.4. กลุ่มยาที่เพิ่มแรงตึงผิวของอุจจาระ (osmotic laxatives)

1.4.1 กลุ่มเกลือของแมกนีเซียม ได้แก่ Milk of Magnesium: MOM กระตุ้นให้ลำไส้บีบตัวมากขึ้น แต่ยานี้ห้ามใช้กับผู้ป่วยลำไส้อุดตันและไม่ควรใช้กับผู้ป่วยสูงอายุที่มีการทำงานของไตบกพร่อง เพราะอาจทำให้เกิดภาวะหัวใจวาย หมดสติ หรือเสียชีวิตจากภาวะ โปแทสเซียมต่ำ

1.4.2 ยาสวนทวารหนัก (enema) เป็นสารละลาย Polyethylene glycol: PEG อาจทำให้เกิดเยื่อลำไส้ระคายเคืองได้

1.4.3 lactulose มีฤทธิ์เป็นยาถ่าย หากใช้ขนาดสูงทำให้เกิดท้องเดินได้ ห้ามใช้ในผู้ป่วยเบาหวาน เนื่องจากมีส่วนประกอบเป็นน้ำตาล

1.5 กลุ่มสารหล่อลื่น (lubricants) เช่น liquid paraffin, น้ำมันมะกอก (olive oil) และน้ำมันจากเมล็ดฝ้าย มีฤทธิ์ทำให้อุจจาระเหลว แต่ห้ามใช้กับทารกแรกเกิด, ผู้ป่วยที่กลืนลำบากและหญิงมีครรภ์

2. การรักษาโดยการฝึกการเบ่งถ่าย (Biofeedback) มีผลต่อกลุ่มความผิดปกติของการขับถ่ายแบบ (defecatory disorder) หรือเบ่งไม่เป็น เช่น กรณีมีความผิดปกติของกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน (pelvic floor dysfunction) และการเคลื่อนไหวของลำไส้ใหญ่ช้ากว่าปกติ โดยให้ผู้ป่วยเรียนรู้เพื่อปรับการขับถ่ายให้เหมาะสมตามผลการทดสอบปฏิกิริยาไฟฟ้าของกล้ามเนื้อ (Electromyography: EMG) หรือผลการวัดแรงบีบตัวของรูทวารหนักขณะเบ่งถ่าย

3. การรักษาด้วยการผ่าตัด พิจารณาเฉพาะผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของโครงสร้างด้านกายวิภาคของลำไส้เท่านั้น และคัดเลือกว่าผู้ป่วยเป็นอย่างดีก่อนการรักษา เพราะอาจทำให้เกิดภาวะอุจจาระเล็ดตามมาได้

การประเมินปัญหา

1. การซักประวัติ ประวัติการใช้ยา การใช้ยาละลาย ชนิดของยา ปริมาณยา การตอบสนองของร่างกายต่อยา แบบแผนการรับประทานอาหารและการดื่มน้ำ/ การเคลื่อนไหวของร่างกาย/ สุขนิสัยการขับถ่ายอุจจาระ ประวัติการคลอดบุตรยาก การใช้เครื่องมือหัตถการช่วยในการคลอด ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตหรือความผิดปกติของการกิน (eating disorders) ประวัติการถูกทำร้ายร่างกายหรือล่วงละเมิดทางเพศ จะต้องคิดถึงผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มความผิดปกติของการขับถ่าย (defecatory disorder)

2. ตรวจร่างกาย ควรสังเกตอาการบวม ผิวน้ำแข็ง เชื่องช้าซึ่งเป็นลักษณะของต่อมไทรอยด์ทำงานต่ำ (Hypothyroidism) หรือตรวจระดับความรู้สึกรักตัวของผู้ป่วยและการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยในกรณีที่มีความผิดปกติของระบบประสาท เป็นต้น การตรวจทวารหนัก (rectal examination)

3. ตรวจสอบผลตรวจเลือดห้องปฏิบัติการ ตรวจระดับฮอร์โมนไทรอยด์ (TSH) พาราไทรอยด์ระดับแคลเซียมในเลือด ระดับแมกนีเซียมในเลือด ระดับโปแทสเซียมในเลือด

4. การตรวจพิเศษ การตรวจ Barium enema, colonoscopy

การพยาบาล

พิจารณาหาสาเหตุและแก้ไขให้ตรงจุดเป็นกรณีๆ ไปอาจไม่จำเป็นต้องให้ยา เนื่องจากการรับประทานยาระบายบ่อย ๆ เพราะจะทำให้ลำไส้เคยชินต่อยากระตุ้นได้ง่าย ทำให้ต้องรับประทานเป็นประจำและอาจต้องเพิ่มขนาดของยา แต่เมื่อจำเป็นควรพิจารณาใช้ยาระบายที่เหมาะสมเป็นทางเลือกสุดท้าย และไม่ควรรู้สึกต่อกันเป็นเวลานาน

1. แก้ไขสุขนิสัยการขับถ่าย ให้ขับถ่ายเป็นเวลา ไม่นาน ถ้ามีสัญญาณการถ่ายควรรีบถ่ายอุจจาระทันที เมื่อถึงเวลาถ่ายอุจจาระ ไม่ควรอ่านหนังสือ หรือทำอะไรอย่างอื่นๆ จัดท่านั่งถ่ายให้ถูกต้อง คือ กรณีที่เป็นส้วมชักโครก ควรโค้งตัวไปด้านหน้าเล็กน้อย เท้าเหยียบพื้น เพื่อให้มีแรงเบ่งมากขึ้น
2. ขับถ่ายให้เป็นเวลา (bowel routine) และอธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่าทุกคนมีเวลาที่ดีที่สุดของการขับถ่าย ดังนั้นจึงควรฝึกให้ลำไส้ได้เรียนรู้เวลาที่ดีที่สุดการขับถ่าย เช่น หลังมื้ออาหาร
3. หลีกเลี่ยงใช้ยาระบายชนิด stimulant laxative ที่มีขนาดยาสูงๆ และเป็นเวลานาน เช่น bisacodyl เพราะจะทำให้การเคลื่อนไหวของลำไส้อ่อนแรงลง
4. แก้ไขสุขนิสัยการรับประทานอาหาร ได้แก่ พรุน ส้ม มะละกอ ผักคะน้า ผักกวางตุ้ง ผักโขม ข้าวกล้อง ฯลฯ โดยเฉพาะพรุนเป็นผลไม้ที่มีไฟเบอร์มากเป็นพิเศษ และยังเป็นไฟเบอร์ชนิดละลายน้ำได้
5. ดื่มน้ำมากๆ หากไม่มีข้อจำกัด
6. เพิ่มการเคลื่อนไหวของร่างกาย ออกกำลังกายบ่อยๆ ออกกำลังกายกล้ามเนื้อหน้าท้อง โดยการเกร็งกล้ามเนื้อ 4 ครั้งต่อวันและท่ายกขาชิดอก 10-20 ครั้งต่อวัน

จากการศึกษาของ วาสนา และคณะ (2555) พบว่า ในผู้ป่วยระบบประสาท ที่ได้รับการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารที่มีกากใยสูง ให้ดื่มน้ำหลังตื่นนอนหรือก่อนอาหารเช้า หลังอาหารครึ่งชั่วโมงระหว่างมื้อ ให้ได้รับน้ำเฉลี่ยวันละ 1,500-2,000 มล. ร่วมกับการนวดหน้าท้องด้านขวาขึ้นมาที่ได้สะดือและวนมาที่หน้าท้องด้านซ้าย ให้ปฏิบัติหลังรับประทานอาหาร 1 ชั่วโมง นวดนาน 15 นาทีอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง จะช่วยให้อัตราการเกิดท้องผูกลดลง

7. ระวังภาวะแทรกซ้อนจากภาวะท้องผูกได้แก่ ความดันโลหิตสูง การอุดตันของลำไส้จากอุจจาระจับเป็นก้อนแข็ง (fecal impaction) ริดสีดวงทวาร (hemorrhoid) รอยแยกจากทวารหนักถึกขาด (anal fissure) การเบ่งเป็นเวลานานในผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงจะทำให้เป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้

2. ลำไส้แปรปรวน (Irritable Bowel Syndrome: IBS)

ลำไส้แปรปรวน (Irritable Bowel Syndrome) เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากการทำงานของทางเดินอาหารผิดปกติ โดยมีอาการปวดท้องหรือไม่สบายท้องที่สัมพันธ์กับการถ่ายอุจจาระเป็นอาการเด่น โดยไม่พบความผิดปกติทางกายวิภาคหรือโรคทางกาย (organic disease) ที่สามารถอธิบายว่าเป็นสาเหตุของอาการได้ และมีอาการดังกล่าวข้างต้นไม่น้อยกว่า 3 เดือน

สาเหตุ

ยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด เพราะกลไกการเกิดโรคลำไส้แปรปรวนมีหลายกลไก ได้แก่ การเคลื่อนไหวของทางเดินอาหารผิดปกติ (GI dysmotility) ประสาทรับรู้ความรู้สึกในทางเดินอาหารไวกว่าปกติ (visceral hypersensitivity) การอักเสบของเยื่อผิกลำไส้ (gut inflammation) ความผิดปกติของแบคทีเรียประจำถิ่นในลำไส้ และความผิดปกติของการตอบสนองระหว่างสมองและลำไส้ (Brain-gut interaction) และมีปัจจัยกระตุ้นอื่นๆ เช่น อาหารมัน อาหารที่ผลิตแก๊ส อาหารที่ทำให้ระคายเคืองทางเดินอาหาร ความเครียด

การประเมินปัญหา

1. การซักประวัติ อาการสำคัญคือปวดท้อง บ่อย/ ไม่สุขสบายท้องอย่างน้อย 3 วันต่อเดือนใน 3 เดือนที่ผ่านมา ร่วมกับอาการ อาการจะดีขึ้นหลังถ่ายอุจจาระ หรือการปวดเกิดร่วมกับการเปลี่ยนแปลงความถี่ในการถ่ายอุจจาระ หรือ ร่วมกับลักษณะความแข็งเหลวของอุจจาระ

2. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น stool examination การตรวจหาพยาธิ

3. การตรวจพิเศษ barium enema, colonoscopy

การรักษา

รักษาตามอาการ การลดอาการปวด ควบคุมภาวะท้องเสียหรือท้องผูกและลดความเครียด

การพยาบาล

1. แนะนำเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร เคี้ยวอาหารให้ช้าลง ดื่มน้ำให้อย่างน้อยวันละ 8 แก้ว ดื่มน้ำผลไม้จะช่วยการขับถ่ายเพราะน้ำตาลฟรุกโตสมีฤทธิ์เป็น laxative โดยธรรมชาติ แต่ไม่ให้ดื่มน้ำพร้อมกับอาหาร เพราะจะทำให้ท้องอืดขยายได้

2. งดอาหารที่มีผลต่อการเคลื่อนไหวของลำไส้ เช่น ถั่ว ผลิตภัณฑ์ที่มีคาเฟอีน ข้าวสาลี น้ำตาลแลคโตส อาหารประเภททอด แอลกอฮอล์ อาหารรสเผ็ด

3. อาหารที่มีกากใยสูงช่วยควบคุมภาวะท้องเสียและท้องผูก

4. จัดการความเครียด: หลีกเลี่ยงปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียด และหาวิธีระงับความเครียดเช่น การออกกำลังกาย โยคะ อื่นๆ

5. การออกกำลังกายจะช่วยกระตุ้นให้ลำไส้เคลื่อนไหว ผู้ป่วยควรออกกำลังกายทุกวัน

กลุ่มความผิดปกติของการอักเสบของลำไส้

1. โรคลำไส้ติ่งอักเสบ (Appendicitis)

ลำไส้ติ่งอักเสบเป็นการติดเชื้อของระบบทางเดินอาหารส่วน cecum พบบ่อยในระยะเฉียบพลัน (acute appendicitis) ซึ่งถ้าพลาดการวินิจฉัยโรคและมีการอักเสบรุนแรง ก็จะทำให้เกิดการแตกทะลุของไส้ติ่ง (rupture appendicitis) เป็นผลทำให้เยื่อช่องท้องอักเสบตามมา (peritonitis)

สาเหตุ การอุดตันของโพรงลำไส้ของไส้ติ่งจากสิ่งแปลกปลอม สิ่งที่มาอุดตัน ได้แก่ fecal lith พยาธิ เนื่องจากบริเวณไส้ติ่ง เป็นต้น ถ้าไส้ติ่งอักเสบจะทำให้ไส้ติ่งบวมแดงหรือขาดเลือดไปเลี้ยงและเป็นหนอง

การรักษา กรณีที่ไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันต้องรับการผ่าตัดด่วน ภายในไม่เกิน 1-2 ชั่วโมง ปัจจุบันชนิดของการผ่าตัดมี 2 แบบคือ การผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง (open appendectomy) และการผ่าตัดโดยการส่องกล้อง (Laparoscopic appendectomy)

การประเมินปัญหา

1. การซักประวัติ ผู้ป่วยจะมีอาการปวดท้องมากอย่างรุนแรงทันทีทันใด ระยะแรกปวดมวนไม่รุนแรง บอกตำแหน่งไม่ชัดเจน หรืออาจปวดมากรอบสะดือ/ใต้ลิ้นปี่ อาจปวดลักษณะนี้คงอยู่ประมาณ 4-6 ชั่วโมง ต่อมาจะบอกตำแหน่งได้ชัดเจนคือ ร่วมกับอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ถ้าเป็นผู้หญิงควรซักประวัติระบบอวัยวะสืบพันธุ์ร่วมด้วย เพื่อวินิจฉัยแยกโรคทางนรีเวช

2. การตรวจร่างกาย กดบริเวณ Mc. Burney, s point แล้วปล่อยมือจะเจ็บ (Rebound Tenderness) หน้าท้องเกร็งและเสียงลำไส้ลดลงถ้าเคลื่อนไหวจะปวดมากขึ้น มีไข้ (37.2-38°C) หากคลำก้อนใต้อาจเป็นฝีไส้ติ่ง (appendice abscess) หลีกเลียงการคลำหน้าท้องบ่อย ๆ เพราะเป็นสาเหตุให้ไส้ติ่งแตกได้

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผู้ป่วยร้อยละ 90 พบว่า เม็ดเลือดขาวสูง $WBC > 10,000/mm^3$ และ Neutrophil มากกว่า 75% , Urine Analysis เพื่อการวินิจฉัยโรคแยกโรกระบบทางเดินปัสสาวะ

4. การตรวจพิเศษ CT scan หรือ ultrasound เป็นเครื่องมือที่ดีที่สุดในการวินิจฉัยโรค

การพยาบาลก่อนการผ่าตัด

1. ผู้ป่วยที่อยู่ในระหว่างรอการวินิจฉัยแยกโรคไส้ติ่งอักเสบ ควรหลีกเลี่ยงการใช้ยาระงับปวด งดน้ำและอาหารทางปากทุกชนิดเพื่อสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง

2. ประเมินอาการปวด ลดอาการปวด ด้วยการงดน้ำและอาหารทางปากทุกชนิดเพื่อลดการทำงานของลำไส้และจัดท่าศีรษะสูง (high flower, s position) หรือท่าตะแคงงอตัวเข้าชิดอก (knee chest position) ให้กล้ามเนื้อหน้าท้องหย่อนตัวลดอาการปวดท้อง หรือใช้ถุงน้ำแข็งประคบเพื่อลดอาการปวด แต่ห้ามให้ใช้ถุงน้ำร้อน เพื่อจะกระตุ้นระบบไหลเวียนทำให้ไส้ติ่งแตกได้

3. ประเมินภาวะติดเชื้อของเยื่อช่องท้องจากการแตกทะลุของไส้ติ่ง (peritonitis) โดยการติดตามระดับสัญญาณชีพและบันทึกผลเอกซเรย์ทุกชั่วโมง สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะติดเชื้อของเยื่อช่องท้องได้แก่ อาการปวดท้องอย่างรุนแรง ขยับเขยื้อนหรือกระเทือนถูกจะรู้สึกเจ็บ

4. การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดไม่ต้องให้ยาระบายและไม่ต้องสวนอุจจาระเพราะเป็นสาเหตุให้ไส้ติ่งแตกได้

การพยาบาลหลังผ่าตัด

1. หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก พยาบาลต้องประเมินภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดและอาการปวดแผลผ่าตัด

- 1.1 วัดสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที* 4 ครั้ง, ทุก 30 นาที* 2 ครั้ง, ทุก 1 ชม. จนกระทั่งปกติ
 - 1.2 สังเกตลักษณะ ขนาดและสิ่งคัดหลั่งที่ออกจากแผลผ่าตัดของแผลผ่าตัด
 - 1.3 ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา
 - 1.4 ประเมินอาการปวดแผลผ่าตัด ดูแลให้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษา เพื่อบรรเทาอาการปวด
2. ระยะต่อมา ระวังภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ได้แก่ ภาวะท้องอืดและการติดเชื้อแผลผ่าตัด
 - 2.1 กระตุ้น early ambulation เมื่อรู้สึกตัว ได้แก่ พลิกตะแคงตัวบนเตียง จัดนอนท่า fowler, s นั่งห้อยขาบนเตียง เดินรอบเตียง การทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ตามลำดับ
 - 2.2 ฟังเสียง bowel sound สอบถามอาการผายลมหรือเลอของผู้ป่วย
 - 2.3 สังเกตอาการท้องอืด/ ปวดท้อง/ แน่นท้องหลังรับประทานอาหารทุกครั้ง เมื่อผู้ป่วยเริ่มรับประทานอาหารได้
 - 2.4 ดูแลความสะอาดแผลผ่าตัด

2. Diverticular Disease of colon

Diverticular Disease of colon หมายถึงการหย่อนตัวของผนังลำไส้ออกจากด้านที่เป็น lumen มีลักษณะเป็นกระเปาะ พบในลำไส้ใหญ่ด้านซ้ายมากกว่าข้างขวา และส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย อายุมากกว่า 50 ปี โดยเฉพาะแถบตะวันตก

Diverticulum หมายถึงเป็นกระเปาะเดี่ยว Diverticula หมายถึง มีหลายกระเปาะ Diverticulitis หมายถึง การอักเสบของลำไส้ของ Diverticulum หรือ Diverticula ก็ได้ Diverticulosis หมายถึง การมีกระเปาะในลำไส้)

พยาธิสรีรภาพโรค

Diverticulum ที่เกิดขึ้นในลำไส้ใหญ่นั้นถือว่าเป็น false diverticulum กล่าวคือ ส่วนของผนังชั้นในสุดของลำไส้ (mucosa) ที่ยื่นออกไปจากลำไส้ (lumen) และคลุมด้วยเยื่อลำไส้ชั้นนอก (serosa) โดยตรง ซึ่งไม่มีชั้นกล้ามเนื้อ (muscular layer) ห่อหุ้ม เป็นผลให้ผนังของ Diverticulum ที่ยื่นมีความบางมากที่สุด ทำให้แรงดันในลำไส้มีผลต่อ Diverticulum โดยตรง โดยเฉพาะส่วน sigmoid เพราะมีเส้นผ่านศูนย์กลางที่เล็กที่สุดของลำไส้ใหญ่ ซึ่งแรงดันจะแปรผกผันกับเส้นผ่านศูนย์กลาง จากการศึกษาพบว่า ร้อยละ 95 ของ Diverticulosis และ Diverticulitis อยู่ที่ sigmoid

กลไกการเกิด ตามปกติแล้วแรงดันของลำไส้จะเท่ากันตลอด แต่เมื่อลำไส้บีบตัวก็จะทำให้เพิ่มแรงดันในตำแหน่งที่มีลักษณะเป็นปล้องๆ เรียกว่า segmentation ซึ่งถ้าแรงดันในลำไส้บีบตัวมากก็โอกาสทำให้ผนังของลำไส้ยื่นออกเป็นกระเปาะได้ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาว่าการรับประทานอาหารที่มีกากใยน้อย หรือรับประทานคาร์โบไฮเดรตอย่างเดียวก่อน แม้กระทั่งการขาดมวลกล้ามเนื้อหรือคอลลาเจนในผู้สูงอายุทำให้มีโอกาสเป็น Diverticulosis ได้

การแทงของเนื้ออุจจาระในกระเปาะของ Diverticulum ที่บางเป็นสาเหตุให้เกิดการติดเชื้อหรือการจับตัวเป็นหนองภายในกระเปาะของลำไส้ใหญ่ ทำให้เกิดการอุดตัน เมื่อ Diverticula มีการอักเสบจะกลายเป็น Diverticulitis การอักเสบดังกล่าวจะนำมาซึ่งการแตกทะลุ (perforation) หนอง (abscess) เชื้อหนองท้องอักเสบ (peritonitis) การอุดตัน (obstruction) และเลือดออก (hemorrhage) ได้ นอกจากนี้ Diverticulitis เป็นสาเหตุที่พบบ่อยของภาวะเลือดออกกระบบทางเดินอาหารส่วนล่าง (lower GI bleeding)

การรักษา

ในระยะ acute Diverticulitis เป้าหมายของการรักษาคือ ให้ลำไส้พักและการลดการอักเสบ เพื่อป้องกันภาวะเชื้อหนองท้องอักเสบ โดยให้ยาปฏิชีวนะ และติดตามการเปลี่ยนแปลงของจำนวนเม็ดเลือดขาว เมื่อระยะ acute Diverticulitis ดีขึ้น เริ่มให้ดื่มน้ำ หากไม่พบอาการผิดปกติให้เพิ่มขึ้นของอาหารเป็นอาหารกึ่งแข็ง กระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหว พร้อมทั้งสังเกตอาการกลับเป็นซ้ำ

แม้ว่า Diverticulitis ที่มีภาวะแทรกซ้อนนั้นมีย่อยราย การผ่าตัดจะทำในรายที่ไม่ตอบสนองต่อยาหรือมีภาวะแทรกซ้อน เช่น เลือดออก อุดตัน เป็นหนองหรือแตกทะลุเท่านั้น การรักษามี 2 วิธีคือ

- 1) การผ่าตัดลำไส้ที่มีพยาธิสภาพทั้งร่วมกับต่อลำไส้ส่วนที่เหลือเข้าด้วยกัน แต่ไม่ทำทวารเทียม
- 2) การผ่าตัดลำไส้ที่มีพยาธิสภาพทั้งร่วมกับทำทวารเทียม โดยปกติหลังการผ่าตัด 6 สัปดาห์- 3 เดือน แพทย์จะทำการผ่าตัดปิดทวารเทียม ทั้งนี้ก่อนการปิดทวารเทียมต้องมีการเตรียมลำไส้ให้สะอาดเสียก่อนคือ ให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารเหลว ยาระบาย ยาปฏิชีวนะและสวนล้างลำไส้ และการสวนล้างทวารเทียม (cleansing colostomy)

การประเมิน

1. การซักประวัติ ภาวะท้องผูก/ ท้องเสียร่วมกับปวดท้องข้างซ้ายล่าง ท้องอืด คลื่นไส้/อาเจียน มีไข้ต่ำ ๆ อุจจาระปนเลือด บางครั้งคลำท้องได้ก้อน

2. การตรวจร่างกาย เมื่อ Diverticula แตกทะลุและกลายเป็น Diverticulitis ผู้ป่วยจะบ่นว่าปวดท้องด้านซ้าย มีไข้และ หากไม่ได้รับการรักษาก็จะพัฒนาเข้าสู่ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อได้ พบว่าผู้ป่วยมีความดันโลหิตต่ำ ชีพจรเต้นเร็ว

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC, UA, stool occult blood

4. การตรวจพิเศษ Ultrasound และ CT scan ที่ผู้ป่วยกลืนสารทึบแสงร่วมด้วย (oral contrast) เป็นการวินิจฉัยและประเมินระดับความรุนแรงของโรค Diverticulitis ที่ดีที่สุด barium enema จะตรวจเมื่อสงสัยว่ามีการอุดตันของลำไส้ ส่วนการส่องกล้องทางทวารหนัก (colonoscopy) เพื่อวินิจฉัยแยกโรคตั้งเนื้อที่ลำไส้ใหญ่หรือมะเร็งลำไส้ใหญ่ ในระยะ acute Diverticulitis ห้ามตรวจการส่องกล้องทางทวารหนัก (colonoscopy) และการสวนแป้งถ่ายภาพรังสี (barium enema) เพราะจะทำให้เกิดการแตกทะลุและเชื้อหนองท้องอักเสบได้

การพยาบาล

1) ให้คำแนะนำในเรื่องการรับประทานอาหารไฟเบอร์สูง เช่น ผักและผลไม้ที่สดจำนวนมากอย่างน้อย 20-35 g/day ลดอาหารไขมันและเนื้อสัตว์ สีแดง ช่วยป้องกันการเกิดโรคได้ หลีกเลี่ยงอาหารที่มีเป็นเมล็ดใหญ่ เช่น ถั่ว เพราะอาจทำให้ diverticular sac อุดตันได้ ขณะที่มีอาการปวด ควรรับประทานอาหารกายน้อย และรับประทานยาช่วยให้อุจจาระอ่อนตัวตามแผนการรักษา เพื่อให้ลำไส้ได้พัก

2) ชั่งน้ำหนักตัวและคำนวณพลังงานที่ร่างกายต้องการ วัดและบันทึกปริมาณน้ำเข้า-ออก ติดตามผลเลือดระดับ albumin ในเลือด

3) ต้องหลีกเลี่ยงการเพิ่มแรงดันในช่องท้อง เช่น การโค้งลำตัว การเบ่งถ่าย การใส่เสื้อผ้ารัดรูป

4) สังเกตอาการ peritonitis ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ถ่ายอุจจาระมีเลือดปน ให้การดูแลเหมือนผู้ป่วย peritonitis

ในกรณีที่ต้องได้รับการผ่าตัด การพยาบาลก่อนและหลังผ่าตัดเช่นเดียวกับการผ่าตัดช่องท้องทั่วไป ถ้าเป็นการผ่าตัดมีการเปิดทวารเทียม พยาบาลต้องให้การดูแลทวารเทียมและให้คำแนะนำผู้ป่วยในการกลับไปดูแลทวารเทียมที่บ้าน

5) ในกรณีผู้ป่วยผ่าตัดชนิดที่เปิดทวารเทียม โดยปกติจะได้รับการผ่าตัดปิดทวารเทียมภายใน 3-6 สัปดาห์ต่อมา การเตรียมผ่าตัดจำเป็นต้องมีการสวนล้างทวารเทียม (cleansing colostomy) น้ำยาสวนล้างจะขย้อนออกจากทวารเทียมและทางรูทวารหนัก (rectum) ดังนั้นควรย้ายผู้ป่วยเข้าไปในห้องน้ำหรือเตรียมหมอนอน (bedpan)

3. ลำไส้อักเสบเรื้อรัง (Inflammatory bowel disease: IBD)

ลำไส้อักเสบเรื้อรัง (Inflammatory bowel disease) เป็นโรคที่มีการอักเสบของลำไส้เรื้อรังหรือเป็นๆ หายๆ โดยมาทราบสาเหตุ ลำไส้อักเสบเรื้อรัง (Inflammatory bowel disease) สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 แบบหลัก ๆ ได้แก่ 1) Ulcerative colitis 2) Crohn's disease ดังแสดงในตารางที่ 1

Crohn's disease	Ulcerative colitis
1. ตำแหน่งมักเป็นที่ Ileum, right colon จะมีการอักเสบของผนังลำไส้ทุกชั้น (transmural)	1. ตำแหน่งมักเป็นที่ rectum, left colon มีการอักเสบเฉพาะ mucosa และ submucosa
2. มักไม่มีการตกเลือด แต่อาจเกิดได้	2. มักมีการตกเลือด และมักรุนแรง
3. มักเกิด fistula และมี stenosis ได้	3. มักไม่เกิด fistula และแทบไม่มี stenosis
4. ส่องกล้องพบพบแผล longitudinal and transverse aphthous ulcerations (Cobblestone appearance ลักษณะพยาธิสภาพเป็น deep transverse and longitudinal ulcers separated by residual areas of edematous mucosa ที่สังเกตแยกจากเยื่อ mucosa ได้ชัดเจน)	4. ส่องกล้องพบเนื้อเยื่อ mucosa เปื่อยยุ่ย มีแผลที่ left colon

ตารางที่ 1 แสดงความแตกต่างของภาวะลำไส้อักเสบระหว่าง Ulcerative colitis และ Crohn's disease

อาการและอาการแสดง

ผู้ป่วยเกือบทุกรายอาจจะมาด้วยอาการท้องเสีย อุจจาระเป็นน้ำในตอนแรก และต่อมามีมูกปน ปวดเบ่งที่ทวารหนัก ปวดท้องและมีไข้ อาการส่วนใหญ่ค่อยเป็นค่อยไประยะเวลาเป็นสัปดาห์หรือเป็นเดือน และอาจมีน้ำหนักลดร่วมด้วย เมื่อตรวจร่างกายไม่พบอาการผิดปกติ หรือซีดเล็กน้อย บางรายมีการกดเจ็บที่ท้อง มีเลือดปนในอุจจาระ ระดับความรุนแรงของอาการจะสัมพันธ์กับระยะของโรค นอกจากนี้ยังพบว่าร้อยละ 25 ในกลุ่ม IBD อาจมีอาการที่เกิดจากการอักเสบของโรคที่นอกเหนือจากระบบทางเดินอาหาร เช่น การเกิดข้ออักเสบบริเวณกระดูกสันหลังหรือกระดูกเชิงกราน ทำให้เกิดอาการบวม ปวด และมีการเคลื่อนไหวร่างกายได้จำกัด มีลักษณะทางผิวหนังที่หายากกร้าน แฉงกระด้าง โดยเฉพาะบริเวณแขนและขา ผิวพรรณมีสีม่วงอมแดง บริเวณปุ่มข้อศอก ตาตุ่ม นูนแข็ง หนาเป็นปื้น อาการผิดปกติที่บริเวณดวงตาโดยเฉพาะม่านตา และเยื่อตา มีอาการดับอักเสบร่วมด้วย

การรักษา

ส่วนใหญ่เป็นการรักษาทางอายุรกรรม ไม่ให้เกิดการอักเสบของลำไส้ด้วยกลุ่มยาต้านการอักเสบหรือกลุ่มยาคorticosteroid กลุ่มยาคorticosteroid ประมาณ 10-20% อาจได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด colectomy หรือ ileostomy ซึ่งจะทำในรายที่มีข้อบ่งชี้ดังต่อไปนี้คือ 1) ไม่ตอบสนองต่อยามื้อรักษานานเกิน 7 วัน 2) ผู้ที่มีภาวะ severe colitis 3) ผู้ที่มีเลือดออกในทางเดินอาหารหรือทางเดินอาหารทะลุ 4) ในรายสงสัยเป็นมะเร็งลำไส้ 5) ในรายที่เป็นเรื้อรังและต้องใช้อยาคorticosteroid ควบคุมโรค ในการทำการผ่าตัด Total colectomy ศัลยแพทย์พยายามต่อลำไส้ใหญ่ส่วนที่เหลือกับ rectum หลีกเลี่ยงการทำ colostomy ที่หน้าท้อง

การประเมินปัญหา การตรวจพิเศษ 1) sigmoidoscopy หรือ colonoscopy 2) barium enema

การพยาบาล เป้าหมายของการพยาบาล คือ ลดอาการปวดท้องและอาการเกร็ง ป้องกันภาวะขาดน้ำ คงสภาพร่างกายไม่ให้เกิดภาวะทุพโภชนาการ ไม่ให้เกิดภาวะอ่อนเพลีย ลดความวิตกกังวล ลดการเกิดภาวะสูญเสียหน้าที่ของผิวหนัง เพิ่มความรู้ให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับโรคและกระบวนการรักษา และหลีกเลี่ยงไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน

กิจกรรมการพยาบาล

1. การจับถ่ายให้เป็นปกติ ดูแลการจับถ่ายของผู้ป่วยให้มีรูปแบบปกติ จัดหมอนอน commode จัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาดและไม่มียุง และที่สำคัญคือ ดูแลให้ยาต้านภาวะท้องเสีย (antidiarrhea) ตามแผนการรักษา รวมทั้งบันทึกจำนวน ลักษณะของอุจจาระหลังให้การรักษาแล้วเปรียบเทียบกับก่อนการรักษาจัดให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนเพียง (bed rest)

2. บรรเทาอาการปวด สังเกตลักษณะของอาการปวดที่พบบ่อยคือ ปวดตื้อและแสบร้อนหรือปวดบิด ระยะเวลาการปวดและอาการปวดเกิดขึ้นเวลาใด ก่อนรับประทานอาหารหรือหลังรับประทานอาหาร ควรดูแลให้ยา anticholinergic โดยให้ยาก่อนอาหาร 30 นาที เพื่อลดการเคลื่อนไหวของลำไส้

3. เพื่อรักษาภาวะสมดุลของสารน้ำ

3.1 ดูแลให้รับสารน้ำทั้งทางปากและทางหลอดเลือดดำอย่างเคร่งครัด

3.2 บันทึกปริมาณน้ำที่ออกร่างกาย เช่น ปัสสาวะ อาเจียน อุจจาระที่เหลว

3.2 ชั่งน้ำหนักผู้ป่วยทุกวัน สำหรับประเมินการเสียน้ำของร่างกายและการคำนวณสารน้ำที่จะได้รับ

3.3 สังเกตอาการ ขาดน้ำ เช่น ผิวหนังแห้ง poor skin turgor ปัสสาวะออกน้อย อ่อนเพลีย อุณหภูมิร่างกายต่ำ ผลเลือด Hct เพิ่มขึ้น ค่าความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะเพิ่มขึ้น (increase urine specific gravity) และความดันโลหิตต่ำ

3.3 ดูแลให้รับยา antidiarrheal agent ตามแผนการรักษา

4. เพื่อรักษาภาวะโภชนาการ ผู้ป่วย IBD ที่มีอาการรุนแรง อาจจำเป็นต้องได้รับอาหารทางหลอดเลือดดำ (parenteral nutrition) ขณะที่ให้อาหารทางหลอดเลือดดำ ต้องสังเกตภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (hyperglycemia) ติดตามการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดที่ปลายนิ้วทุก 6 ชั่วโมง การให้อาหารทางหลอดเลือดดำจะหยุดให้เมื่อผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้ด้วยตนเอง อาหารที่เลือกให้ควรเป็นอาหารที่โปรตีนสูงและไขมันต่ำ เพราะอาหารดังกล่าวจะถูกดูดซึมที่บริเวณลำไส้เล็กส่วน jejunum ซึ่งจะไม่รบกวนการหลั่งน้ำย่อยของอาหารและควรพักลำไส้ แนะนำความรู้เรื่องอาหารให้แก่ผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารทางปากได้ คือ ให้อ่อยครั้ง และกากใยต่ำ

5. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยให้พัก เพื่อลดเมตะบอลิซึมของร่างกาย ขณะมีอาการ

6. ลดภาวะความวิตกกังวล กิจกรรมการลดความวิตกกังวล เช่น การออกกำลังกาย สวดมนต์ เป็นต้น

7. ป้องกันการสูญเสียหน้าที่ของผิวหนัง (Prevention of skin breakdown) พยายามควรประเมินผิวหนังของผู้ป่วยบ่อยๆ โดยเฉพาะบริเวณก้นกบ (perianal skin)

8. ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยพยาบาลต้องสังเกตอาการปวดท้องอย่างเฉียบพลัน หน้าท้องแข็งเกร็ง อาเจียน และความดันโลหิตต่ำ

กรณีผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดทวารเทียมด้วยลำไส้ส่วน Ileum (Ileostomy)

การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด

1. ดูแลให้มีความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกายและจิตใจก่อนการผ่าตัด โดยให้สารน้ำ อาหารและเลือดทดแทนก่อนการผ่าตัด ในกรณีที่จำเป็น ถ้าผู้ป่วยใช้ยากลุ่มคอร์ติโคสเตียรอยด์จะต้องให้ต่อเนื่องในระยะเวลาผ่าตัด เพื่อป้องกันภาวะ steroid induce adrenal insufficiency ดูแลให้รับประทานอาหารกากน้อย ให้ครั้งละน้อยและบ่อยครั้ง

2. ผู้ป่วยต้องมีความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด โดยสอนเรื่องวิธีการจัดการกับอุจจาระที่ออกทางหน้าท้อง

3. ให้ความรู้เรื่องการดูแล stoma (ลำไส้ทวารเทียม)

4. พยาบาลเฉพาะทางการดูแลทวารเทียมประเมินตำแหน่งการทำสัญลักษณ์ของตำแหน่งทวารเทียม (marked site) ปกติจะวางที่ช่องท้องด้านขวาล่าง (Right Lower Quadrant) ประมาณ 2 นิ้วใต้เอว เพราะตำแหน่งดังกล่าวไม่มีผลต่อรอยแผลผ่าตัด ไม่ติดกระดูก ผิวหนังไม่พยับหรือมีรู และที่สำคัญผู้ป่วยสามารถมองเห็นได้อย่างชัดเจน

การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด ให้พยาบาลเช่นเดียวกับการผ่าตัดทั่วไป เพิ่มเติมการดูแลทวารเทียม

1) พยาบาลสังเกตแผล stoma ทั้งสีและขนาด ปกติ stoma จะมีสีแดง-ชมพูใส หลังผ่าตัดทางห้องผ่าตัดจะติดถุง colostomy ชนิดใสมาอยู่กับผู้ป่วย พยาบาลต้องบันทึก content (feces) ที่ออกจาก stoma ซึ่งจะเริ่มมีตั้งแต่ออกจากห้องผ่าตัด ภายใน 24-48 ชั่วโมง เพราะ ileostomy ไม่มีหูรูดควบคุม พยาบาลต้องใส่ใจกับการดูแลผิวหนังรอบ stoma เพื่อป้องกันการระคายเคืองของผิวหนัง

2) การสูญเสียน้ำของผู้ป่วยสามารถเสียประมาณ 1,000-2,000 cc/day ทำให้มีความไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ โดยเฉพาะโซเดียม โพแทสเซียมและคลอไรด์ ต้องเฝ้าระวังและติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและให้สารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ทางหลอดเลือดดำทดแทนให้เพียงพอ

3) หลังผ่าตัดผู้ป่วยจะได้รับการใส่สายยางระบบทางเดินอาหารต่อกับระบบสูญญากาศ (NG tube with negative suction) เพื่อระบายแก๊สในระบบทางเดินอาหารขณะที่ระบบทางเดินอาหารยังไม่ทำงาน ดังนั้นพยาบาลจึงต้องดูแลให้สายอยู่กับที่ ตำแหน่งเดิมและตรวจสอบการทำงานของสายให้ทำงานอยู่เสมอ

4. ภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ (peritonitis)

ภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ (peritonitis) เป็นการอักเสบหรือการติดเชื้อของเยื่อช่องท้อง จากการรั่วของเชื้อโรคในทางเดินอาหารสามารถเข้าไปใน peritoneal cavity ของเหลวที่รั่วนั้นจะกลายเป็นของเหลวที่ขุ่นที่มีการเพิ่มของจำนวนโปรตีน เม็ดเลือดขาว เซลล์และเลือด ทำให้เพิ่มเคลื่อนไหวของระบบทางเดินอาหาร (hypermotivity) จนกระทั่งเกิดภาวะอัมพาตของลำไส้ (paralytic ileus) ส่วนกรณีของการอักเสบของเยื่อช่องท้องจากแบคทีเรียชนิดเกิดขึ้นเองนั้นยังไม่ทราบพยาธิกำเนิดที่ชัดเจนทั้งหมด แต่มีสมมติฐานว่าเริ่มจากการที่เชื้อแบคทีเรียเจริญเติบโตมากกว่าปกติในลำไส้ (intestinal bacteria overgrowth) แล้วเคลื่อนย้ายไปรวมกลุ่มกันที่บริเวณต่อมน้ำเหลืองที่บริเวณชั้นลำไส้ (mesenteric lymph node) หรือเข้าสู่กระแสเลือด (bacteremia) และย้ายสู่กระจายไปที่น้ำในช่องท้อง (ascites) ซึ่งเป็นปัจจัยเสริมทำให้ภูมิคุ้มกันลดลง เกิดการติดเชื้อขึ้นได้

สาเหตุ

อาจเกิดขึ้นจากการเกิดแผลของอวัยวะภายในช่องท้องจนทะลุเข้าไปในช่องท้อง เช่น ภาวะอาหารหรือลำไส้เล็กเป็นแผลทะลุ การถูกแทง ถูกปืน หรืออาจเกิดจากเทคนิคการปลดเชื้อไม่ดีระหว่างการผ่าตัดช่องท้อง ทำให้เกิดการติดเชื้อได้ การล้างไตทางหน้าท้อง นอกจากนี้ยังพบว่ามีการอักเสบของเยื่อช่องท้องจากแบคทีเรียชนิดเกิดขึ้นเอง (spontaneous bacteria peritonitis) ซึ่งพบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคตับแข็ง

(cirrhosis) ภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบเป็นภาวะฉุกเฉินจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน ถ้าหากปล่อยทิ้งไว้นานเชื้อโรคจะแพร่กระจายไปทั่วท้องและกระจายเข้าสู่ระบบไหลเวียนเลือดจนทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ภาวะแทรกซ้อนของโรค การติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นสาเหตุการตายของผู้ป่วย ภาวะช็อกเป็นผลมาจากการติดเชื้อในกระแสเลือด septicemia และภาวะ hypovolemia เนื่องจากสารน้ำในหลอดเลือดเคลื่อนตัวเข้าสู่ช่องท้อง การติดเชื้ออาจทำให้เกิดการอุดตันในทางเดินอาหารและพัฒนาเป็นพังพืดในช่องท้องได้ (intestinal obstruction and bowel adhesions)

การรักษา

- 1) การให้สารน้ำทดแทน เพื่อรักษาภาวะช็อกที่เป็นเกิดจากการติดเชื้อในกระแสเลือด septicemia และภาวะ hypovolemia เพราะมีการเคลื่อนย้ายของน้ำในลำไส้ ออกสู่ช่องท้อง (peritoneal cavity) และการเคลื่อนย้ายน้ำออกนอกระบบไหลเวียนเลือด
- 2) บรรเทาอาการปวดการอาเจียน
- 3) การใส่สายยางทางเดินอาหารและต่อระบบดูดสุญญากาศ เพื่อลดการยืดขยายของลำไส้
- 4) ส่งเสริมให้ออกซิเจนอย่างเพียงพอต่อร่างกาย เช่น การให้ออกซิเจนชนิด nasal cannular oxygen หรือ mask เพื่อลดภาวะหายใจถูกกดจากการยืดขยายของช่องท้องที่มารบกวนการขยายของปอด แต่หากไม่เพียงพออาจจำเป็นต้องใส่ท่อช่วยหายใจก็ได้
- 5) ยาปฏิชีวนะตามกลุ่มเชื้อ
- 6) การผ่าตัด มีจุดประสงค์เพื่อนำสิ่งที่เป็แหล่งของการติดเชื้อออกนอกร่างกาย การผ่าตัดมีหลายวิธีการขึ้นอยู่กับสาเหตุของโรคที่ทำให้เกิดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ ได้แก่ การตัดออก (excision) เช่น ใส่อักเสบ การตัดปิดหรือซ่อมแซมส่วนที่ทะลุ การผ่าตัดระบาย (drainage) เช่น การล้างล้างของหนอง

การประเมินปัญหา

การตรวจร่างกาย อาการแสดงขึ้นอยู่กับตำแหน่งและขนาดของการอักเสบ ระยะแรกจะอาการปวดทั่วท้องและลงที่ ต่อมาระดับความปวดจะเพิ่มขึ้นจนทำให้กล้ามเนื้อท้องแข็งเกร็ง กดเจ็บและเกิดภาวะอัมพาตของลำไส้ (paralytic ileus) อาการปวดจะลดลงเมื่อได้รับยากลุ่ม corticosteroid หรือยาบรรเทาอาการปวด ในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะปลายประสาทเสื่อม (neuropathy) หรือผู้ป่วยตับแข็งที่มีภาวะท้องมาน (ascites) จะมีการรับรู้อาการปวดท้องน้อยลงในระหว่างกระบวนการติดเชื้อของแบคทีเรียระยะเฉียบพลัน โดยส่วนใหญ่จะพบว่า เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียนและลำไส้เคลื่อนไหวน้อย มีไข้สูง ชีพจรเร็ว ความดันโลหิตตก (hypotension)

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- 1) มีการเพิ่มจำนวนของเม็ดเลือดขาว WBC > 10, 000 cell/ cumm
- 2) ผลเลือด Electrolyte ซึ่งเป็นผลมาจากการอาเจียน โดยเฉพาะ K⁺, Na⁻, Cl
- 3) ABG show hypoxia, metabolic acidosis with respiratory compensation

การตรวจพิเศษ

- 1) ผลภาพรังสีช่องท้อง (X-rays Abdomen) พบอากาศและของเหลวในลำไส้, bowel dilation, intestinal wall edema, ascites , กระบังลมยกขึ้น
- 2) Ultrasound อาจพบการสะสมของหนองและน้ำ (abscess and fluid collection)
- 3) CT scan Abdomen อาจพบการกึ่งของหนอง (abscess formation),
- 4) MRI สามารถระบุถึง intra-abdominal abscess
- 5) การเจาะน้ำเยื่อหุ้มท้อง เพาะเชื้อและ sensitivity organism อาจพบ E.coli, Proteus เป็นต้น

การพยาบาล

การพยาบาลระยะวิกฤตและก่อนการผ่าตัด

1. อาการปวด ประเมินและบันทึกความก้าวหน้าของความรุนแรงของความปวด ระยะเวลาเริ่มลักษณะการปวด ระดับความรุนแรงพร้อมทั้งตรวจหน้าท้องพบ guarding, muscle rigidity และกดเจ็บ (tenderness) ให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาและการจัดท่านอนที่ผู้ป่วยรู้สึกสบาย
2. ภาวะขาดน้ำและอิเล็กโทรไลต์ที่ไม่สมดุล ตรวจสอบความสมดุลสารน้ำในร่างกายและการทำงานของไต ได้แก่ การสังเกตปริมาณ สีของปัสสาวะที่ออกมา เชื้ออูมิวหนังแห้ง skin turgor อ่อนเพลีย สับสน และดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา
3. ภาวะช็อก ติดตามค่าแรงดันหลอดเลือดดำส่วนกลาง (Central Venous Pressure: CVP) และจำนวนปัสสาวะ (urine output) ทุก 1-2 ชั่วโมง ถ้าปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 cc/hr. ให้รายงานแพทย์ พร้อมทั้งวัดสัญญาณชีพและสังเกตอาการแสดงของผู้ป่วย เหงื่อออก ตัวเย็น กระสับกระส่าย การรับรู้สติลดลง รวมทั้งการบันทึกปริมาณน้ำเข้า-ออก ให้สารน้ำที่ทดแทนอย่างเคร่งครัด
4. ภาวะติดเชื้อในร่างกาย
 - 4.1 ติดตามและวัดสัญญาณชีพของผู้ป่วย
 - 4.2 ประเมินหน้าที่ของระบบทางเดินอาหาร (GI function) เช่น ฟังเสียงการเคลื่อนไหว ลำไส้ร่วมกับอาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร guarding, muscle rigidity และกดเจ็บ
 - 4.3 งดน้ำ อาหารและยาทางปากทุกชนิด
 - 4.4 ใส่สายยางระบายทางเดินอาหารและต่อเครื่องดูดสุญญากาศ (NG Salem tube with negative pressure suction) เพื่อลดการยืดยาวของลำไส้ ดูแลสายให้ทำงานอยู่เสมอ ติดตามและบันทึกลักษณะของสิ่งคัดหลั่งที่ออกจากช่องท้องภายใน ดูแลสายป้องกันสายเคลื่อนหรือหลุด
 - 4.5 ดูแลให้ปฎิชีวนะตามแผนการรักษาตามแผนการรักษา อาการบ่งชี้ว่าภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบนั้นดีขึ้นคือ อุณหภูมิและชีพจรของร่างกายลดลง คลำท้องพบว่านิ่มลง และการกลับมาของเสียงของลำไส้และลำไส้เคลื่อนไหว แต่ถ้าพบว่าผู้ป่วยมีอาการทางคลินิกที่แย่งซึ่งอาจเกิดจากภาวะแทรกซ้อน พยาบาลจะต้องเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมเพื่อรับการผ่าตัดเร่งด่วน

5. ภาวะออกซิเจนไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ที่เกิดจากการยืดขยายของช่องท้องที่มีารบวณการขยายของปอด จนทำให้การหายใจถูกกด (respiratory distress)

5.1 ประเมินระดับปริมาณออกซิเจนปลายนิ้ว (O_2 saturation)

5.2 จัดท่านอนศีรษะสูง (High Fowler's position)

5.3 ดูแลให้ออกซิเจนตามสภาพของผู้ป่วย เช่น การให้ออกซิเจนชนิด nasal cannula oxygen หรือ mask แต่หากไม่เพียงพออาจจำเป็นต้องใส่ท่อช่วยหายใจก็ได้

การพยาบาลหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก ปัญหาส่วนใหญ่ต่อเนื่องจากระยะก่อนผ่าตัดการพยาบาลยังคงต้องให้การพยาบาลในแต่ละปัญหาอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ ปัญหาการติดเชื้อเพิ่มเติมเรื่องการดูแลความสะอาดแผลผ่าตัด ปัญหาภาวะปวดอาการปวดท้องลดลงแต่ปวดแผลผ่าตัดมีโอกาสเกิดขึ้นได้มาก ปัญหาภาวะขาดน้ำและอิเล็กโทรไลต์ไม่สมดุล ความรุนแรงอาจมากขึ้นจนอาจเป็นปัญหาอาจเกิดภาวะช็อกจากการเสียน้ำและเลือดหลังผ่าตัด การพยาบาลเช่นเดียวกับก่อนผ่าตัด

ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เป็นปัญหาพยาบาลต้องให้การดูแลเพิ่มเติม ได้แก่ อาการท้องอืด ภาวะปอดแฟบและปอดอักเสบ การพยาบาล

- 1) ฟังเสียง Bowel sound การสอบถามการทำงานของลำไส้ เช่น การผายลมหรือเลอ
- 2) เมื่อการเคลื่อนไหวของลำไส้กลับคืนมาและแพทย์มีแผนการรักษาให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ตรวจสอบถึงอาการท้องอืด/ ปวดท้อง/ แน่นท้องหลังรับประทานอาหารทุกครั้ง
- 3) กระตุ้นให้ผู้ป่วยให้ early ambulation, Deep breathing exercise เพื่อป้องกันภาวะปอดแฟบและปอดอักเสบ

กลุ่มความผิดปกติการอุดตันในลำไส้

1. ภาวะลำไส้อุดตัน (Gut Obstruction or Bowel obstruction)

ภาวะลำไส้อุดตันเกิดขึ้นเมื่ออาหารไม่สามารถผ่านระบบทางเดินอาหารได้ ซึ่งต้องรับการรักษาอย่างเร่งด่วน การอุดตันสามารถเกิดขึ้นเพียงบางส่วนหรือทั้งหมดก็ได้ (partial/ complete obstruction) สาเหตุการเกิดโรคสามารถแบ่งได้ 2 แบบคือ 1) mechanical obstruction 2) nonmechanical obstruction กล่าวคือ

1.1 mechanical obstruction เกิดจากสาเหตุที่ lumen ของลำไส้อุดตัน ซึ่งส่วนใหญ่จะมีการอุดตันที่ส่วน Ileum เพราะเป็นส่วนที่แคบที่สุดของลำไส้เล็ก และ 90% ของการอุดตันเกิดขึ้นที่ลำไส้เล็ก mechanical obstruction นี้รวมถึงการอุดตันที่เกิดจากพังพืดในช่องท้องด้วยพังพืด (adhesion) หรือจากภาวะไส้เลื่อน เกิดขึ้นได้หลังการผ่าตัด สาเหตุอื่นๆ คือ อุจจาระอุดตัน (impacted feces) Diverticular Disease เนื้องอกของลำไส้ มะเร็งลำไส้ intussusception (ลำไส้กลืนกัน) volvulus (ลำไส้บิดเป็นเกลียว) เช่น ตัวลำไส้เองบิดหมุน (twisting of bowel) หรือการตีบแคบจากการอักเสบ (stricture inflammatory) ส่วนที่เหลือจากอาหารที่มีไฟเบอร์สูง เช่น เศษมะพร้าว ก็สามารถอุดตันลำไส้ได้

1.2 nonmechanical obstruction เกิดจากระบบกล้ามเนื้อประสาท (neuromuscular) หรือโรคหลอดเลือด ภาวะลำไส้อัมพาต (paralytic ileus) เป็นอาการที่พบบ่อยในการอุดตันจาก nonmechanical บางครั้งเกิดขึ้นเมื่อหลังผ่าตัด สาเหตุอื่นๆ คือการอักเสบ เช่น ภาวะตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน ภาวะไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน เป็นต้น หรือภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย โดยเฉพาะภาวะโพแทสเซียมต่ำในเลือด และการบาดเจ็บที่ไขสันหลังส่วน lumbar จากการหักหรือการทำหัตถการที่มีการสอดเครื่องมือแพทย์ ภาวะหลอดเลือดอุดตันเป็นสาเหตุที่น้อยราย ซึ่งเป็นเหตุให้ไม่มีเลือดไปเลี้ยงที่ลำไส้

เมื่อลำไส้เล็กอุดตัน อาการสำคัญที่พบคือ อาการบวม (edema) การคั่งของเลือด (congestion) ภาวะเนื้อเยื่อขาดเลือดไปเลี้ยง (necrosis from impaired blood supply) และต่อมาอาจจะมีลำไส้แตกทะลุได้ (rupture bowel) การคั่งค้ำของน้ำในลำไส้และช่องเยื่อหุ้มท้อง (peritoneal cavity) จะนำมาซึ่งการลดระดับปริมาตรน้ำในระบบไหลเวียนอย่างรุนแรง และเป็นผลให้เกิดความดันโลหิตต่ำและช็อกจากการเสียน้ำได้ (hypovolemic shock)

การรักษา

- 1) เริ่มแรกต้องลดการคั่งค้ำของสิ่งคัดหลั่งในลำไส้ (decompression intestinal) โดยการใส่สายยางระบาย (NG or Nasojejunal tube with suction)
- 2) การผ่าตัดตกแต่ง (surgical repair) เป็นสิ่งจำเป็นและช่วยลดโอกาสเกิดการอุดตันที่เกิดจากพังพืด ลำไส้บิดเป็นเกลียว (volvulus) และไส้เลื่อนที่ถูกบีบรัด (strangulated hernia)
- 3) ให้สารน้ำและอิเล็กโทรไลต์อย่างเพียงพอ
- 4) ให้ยาบรรเทาอาการปวด

การประเมินปัญหา

การซักประวัติ การเจ็บป่วยเกี่ยวกับโรคของลำไส้/ การได้รับการผ่าตัด/ และการเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินอาหาร ความถี่และลักษณะของการปวด อาการคลื่นไส้/ อาเจียน

การตรวจร่างกาย ส่วนช่องท้องอาจจะพบท้องยืดขยาย รอยแผลผ่าตัดช่องท้อง หรือการเคลื่อนไหวของลำไส้ที่เห็นด้วยตาเปล่า อาการและอาการแสดงของภาวะลำไส้อุดตันจะเปลี่ยนแปลงตามตำแหน่งและระดับของการอุดตัน ขณะที่การอุดตันบางส่วนเริ่มต้น อาจจะฟังเสียงลำไส้ได้และต่อมาจะไม่พบ กดบริเวณท้องผู้ป่วยจะเกร็ง ผนังก้ามเนื้อแข็งและเจ็บมาก และแก๊สไม่สามารถผ่านได้เป็นอาการที่พบบ่อย ระยะแรกของการอุดตันที่ลำไส้เล็กผู้ป่วยจะบ่นว่า ปวดท้องแบบหดรัดเกร็งและบีบจากการเคลื่อนไหวของลำไส้อย่างรุนแรงเหนือการอุดตัน ก้าวต่อไปของกระบวนการอุดตันลำไส้จะอ่อนแรง (fatigued) ซึ่งจะทำให้เสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลงหรือไม่ได้ยินและอาการปวดท้องจะเพิ่มมากขึ้น อาการแสดงของภาวะขาดน้ำ (dehydration) ร่วมด้วย

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การติดตามสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ด้วยผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น การเพิ่มของ BUN, การลดของ Na, K, Cl, Mg รวมทั้งค่า Hb, Hct จะสูงเพราะร่างกายมีภาวะขาดน้ำ

การตรวจพิเศษ

1) ถ่ายภาพรังสีช่องท้อง (abdomen x-rays) เป็นสิ่งที่ใช้ได้ผลดีในการช่วยวินิจฉัยโรคทั้งท่านอนราบ ศีรษะสูงและด้านข้าง เพื่อแสดงให้เห็นแก๊ส (intraoperative air/ free air) และน้ำในลำไส้เป็นสิ่งที่ชี้บ่งว่าลำไส้ทะลุแล้ว (perforation)

2) sigmoidoscopy หรือ colonoscopy อาจจะใช้เพื่อยืนยันการอุดตันลำไส้ใหญ่โดยตรง

3) CT scan

การพยาบาล

1) ดูแลและติดตามสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ให้สารน้ำตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด

2) วัดและบันทึกปัสสาวะทุก 1-2 ชั่วโมง อย่างน้อยควรมีน้ำปัสสาวะ 50 ml/hr.

3) ตรวจสอบการทำงานของสายยางทางเดินอาหาร (NG tube) ให้ทำงานอยู่เสมอ เพื่อลดภาวะลำไส้ถูกกดและบรรเทาอาการท้องอืดขยาย

4) ดูแลให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา

5) ผู้ป่วยอาจมีคลื่นไส้ อาเจียนร่วมด้วย สังเกตลักษณะและจำนวนบันทึกและรายงานผลเมื่อมีความผิดปกติ

6) ในกรณีผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด กิจกรรมการพยาบาลก่อนและหลังการผ่าตัดเช่นเดียวกับการผ่าตัดช่องท้องที่กล่าวมาแล้วข้างต้น

2. ไส้เลื่อน (Hernia)

ไส้เลื่อน หมายถึง ภาวะที่ลำไส้ได้เคลื่อนที่ออกจากช่องท้องมาสู่ภายนอก เช่น บริเวณขาหนีบหรืออาจจะเลื่อนมาในตำแหน่งรอยผ่าตัด ปกติอวัยวะเช่นลำไส้ ดับจะถูกปกคลุมโดยเยื่อหุ้มช่องท้องที่เรียกว่า peritonium และมีพังผืดหรือกล้ามเนื้อหุ้มอีกชั้นเพื่อป้องกันอวัยวะภายใน เมื่อมีความอ่อนแอของพังผืดไส้ก็จะเลื่อนออกมา ในระยะแรกไส้เลื่อนสามารถดันกลับคืนด้วยมือ (reducible) แต่ในระยะต่อมาเมื่อไม่สามารถดันกลับคืนด้วยมือ เรียกว่า incarcerated hernia ลำไส้ก็จะถูกอุดตันและไส้เลื่อนที่ถูกบีบรัด (strangulated hernia) เลือดไม่สามารถเข้าถึงลำไส้ได้ แพทย์จึงต้องผ่าตัดแก้ไข ชนิดของไส้เลื่อน มี 5 ชนิด

2.1 Ventral hernia/ Surgical hernia คือ ไส้เลื่อนที่เกิดจากความอ่อนแอของผนังช่องท้องที่เคยได้รับการผ่าตัด และพบได้บ่อยในผู้ป่วยที่มีโรคอ้วน หรือเคยได้รับการผ่าตัดหลายครั้งในตำแหน่งเดิม หรือคนที่มิมีแผลบริเวณช่องท้องแต่กระบวนการหายของแผลไม่สำเร็จจากขาดอาหารและการติดเชื้อที่แผล

2.2 Umbilical hernia ไล่เลื่อนบริเวณสะดือ ทำให้เป็นสะดือจุ่น หรือไล่เลื่อนที่สะดือ มักจะมีอาการตั้งแต่แรกเกิด เมื่อเด็กร้องไห้ จะเห็นสะดือโป่ง มักจะไม่มีภาวะแทรกซ้อนร้ายแรง และจะหายได้เองก่อนอายุได้ 2 ขวบ ถ้าไม่หาย อาจต้องทำผ่าตัด เมื่ออายุได้ 3-6 ขวบ

2.3 Femoral hernia เป็นผลมาจากความอ่อนแอของผนังช่องท้องส่วนล่าง ถ้าไล่เลื่อนผ่าน femoral ring

2.4 Indirect inguinal hernia (IIH) ไล่เลื่อนชนิดนี้เกิดจากขณะที่เป็นตัวอ่อน อัณฑะจะอยู่ในช่องท้อง เมื่ออายุครรภ์ได้ 7 สัปดาห์อัณฑะจะเคลื่อนที่ออกจากช่องท้องมาอยู่ในถุงอัณฑะ แต่เด็กผู้ชายบางคนทางเดินและรูไม่ปิดทำให้ไล่เลื่อนผ่าน inguinal canal สู่อัณฑะที่เราเรียกว่าไล่เลื่อนซึ่งมักจะพบในผู้ชาย

2.5 Direct inguinal hernia (DIH) ถ้าไล่เลื่อนผ่าน inguinal canal มาอยู่ในตำแหน่งของช่องท้องบริเวณพังผืดที่อ่อนแอที่สุดและไม่เลื่อนกลับ โดยมีปัจจัยส่งเสริมคือมีความดันในช่องท้องเพิ่มมากขึ้น เช่น ตับแข็งและมีน้ำในช่องท้อง หรือพวกถุงลมโป่งพองไอบางๆ การตั้งครรภ์ คนอ้วน ท้องผูก ต่อมาถูกหมากโตทำให้ต้องเบ่งเมื่อปัสสาวะ

อาการที่สำคัญได้แก่ การที่มีก้อน ก้อนนี้จะโตขึ้นเวลาขยของหนักหรือไอแรงๆจะทำให้ก้อนโผล่ออกมา และอาจจะได้ความรู้สึกมีเสียงเคลื่อนไหวของไล่เลื่อน เมื่อนอนลงหรือจับก้อนคืนกลับก้อนจะหายไป

การรักษา

การผ่าตัด การรักษาไล่เลื่อนทั้งสองชนิดทำได้โดยการผ่าตัด ได้แก่ การผ่าตัด Herniorrhaphy ผ่าตัดบริเวณไล่เลื่อนเมื่อนำไล่กลับเข้าในช่องท้องแล้วก็เย็บซ่อมรูหรือจุดอ่อน และการผ่าตัด Hernioplasty วิธีนี้จะใช้แผ่นสารสังเคราะห์เย็บปิดรูหรือจุดอ่อน

การประเมินปัญหา

การซักประวัติ อาการปวด ตำแหน่งของอาการปวด การไหลกลับของไล่เลื่อนขณะนอนราบ และมีอาการขณะยกของหนัก หรือต้องเดินเป็นเวลานาน ตลอดจนการออกแรงในการเบ่ง เพิ่มแรงดันในช่องท้อง

การตรวจร่างกาย โดยการคลำ พบว่าไล่เลื่อนที่มีลักษณะอ่อนนุ่ม

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ CBC, Electrolyte,

การตรวจพิเศษ Film abdomen, Barium enema

การพยาบาล

1) ภาวะติดเชื้อจากไล่เลื่อน โดยการวัดสัญญาณชีพมิใช่ชีพจร เร็ว) ซ็อก (ความดันโลหิตต่ำ) ถ้าในรายที่ไล่เลื่อนมีการอุดตัน เนื้อเยื่อไม่มีเลือดไปเลี้ยง (gangrene)

2) ภาวะวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด โดยการสังเกตอาการแสดงของผู้ป่วย เช่น ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ไม่สนทนากับผู้อื่น เป็นต้น

การพยาบาลหลังผ่าตัด

- 1) 24 ชั่วโมงแรก พยาบาลควรประเมินเรื่อง ภาวะตกเลือด อาการปวดแผลหลังผ่าตัดและ ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดด้วยการใช้ชามืดเข้าไขสันหลัง (Spinal block) คือ ไม่สามารถถ่ายปัสสาวะ ด้วยตนเองหลังผ่าตัดและอาการปวดศีรษะ ดังนั้นจึงต้องสังเกตการขับถ่ายปัสสาวะด้วยตนเองหลังผ่าตัด ภายใน 8 ชั่วโมงและดูแลให้นอนราบ 12 ชั่วโมงหลังผ่าตัด
- 2) คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนกลับบ้าน คือ
 - 2.1) ห้ามเบ่งหน้าท้อง ระวังไม่ให้ท้องผูก
 - 2.2) ห้ามยกของหนักภายใน 6 สัปดาห์หลังผ่าตัด
 - 2.3) ใส่กางเกงใน supporter พยายามหลีกเลี่ยงเวลาเดินเพื่อลดการกลับเป็นซ้ำ
 - 2.4) แผลห้ามถูน้ำ
 - 2.5) 7 วันหลังผ่าตัดตัดไหม หากพบสิ่งผิดปกติของแผล เช่น แผลอักเสบ บวม แดงเป็นหนอง แผลแยก มีไข้ให้มาโรงพยาบาลก่อนวันนัด

กลุ่มความผิดปกติของลำไส้ตรงและทวารหนัก

1. ฝีคัณฑสูตร (Anorectal abscess)

เป็นการติดเชื้อที่ต่อมขี้เมือกของทวารหนัก (anal gland) พบในผู้ป่วย Crohn's disease และใน รายที่มีภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ เช่น ผู้ป่วย AIDS ซึ่งการติดเชื้อสามารถพัฒนาไปเป็นแผลทะลุช่องไขได้ (fistula) อาการสำคัญคือ ปวดและมีหนอง ถ้าการติดเชื้อพัฒนาเป็นฝีที่ผิวหนังระดับ superficial จะพบว่า มีรอยแดง บวมและกดเจ็บ ถ้าฝีเป็นระดับลึกจะมีอาการปวดท้องส่วนล่างอย่างรุนแรงและมีไข้ร่วมด้วย

การรักษาเป็นแบบประคับประคอง ได้แก่ แช่ก้นและให้ยาแก้ปวด

การผ่าตัด ระบายหนอง (drainage) และตัดคว้านฝีออก (excision) ทำในกรณีฝีเกิดที่ผิวหนังระดับลึกจะ พัฒนาเป็นแผลทะลุช่องไขได้ (fistula) หลังผ่าตัดจะถูก packing ด้วยวัสดุปิดแผล เพื่อป้องกันไม่ให้ปาก แผลปิดก่อนที่ก้นแผลจะมีเนื้อเต็ม

2. Anal fistula or fistula in ano

Anal fistula หรือ fistula in ano เป็นภาวะติดเชื้อที่ตำแหน่งระหว่างผิวของ epithelium กับ anal canal หรือ perianal skin เมื่อเกิดแผลถลอกที่ทวารหนักจะทำให้เกิดช่องเปิดออกของเนื้อเยื่อทวารหนัก ทำให้การติดเชื้อตามมา ตำแหน่งของแผลสามารถพบได้ที่ perianal skin ในรายที่เป็น Crohn's disease จะ พัฒนาเป็น perianal fistula ได้ หนองและอุจจาระจะไหลออกจากแผลถลอกที่ทวารหนัก (Anal fissure) การปล่อยปะละเลยของผู้ป่วยจะทำให้เกิดการติดเชื้อที่ระบบไหลเวียนเลือดได้ (sepsis)

การรักษา: ยาปฏิชีวนะหรือยาต้านการอักเสบและการผ่าตัด fistulectomy (การตัดเนื้อส่วน fistulous Tract ออก)

3. ริดสีดวงทวาร (Hemorrhoids)

ริดสีดวงทวาร (Hemorrhoids) เป็นการขยายของเลือดดำที่ทวารหนัก พบได้บ่อยในคนที่อายุ 50 ปีขึ้นไป การเสียดสีของอุจจาระขณะขับถ่ายทำให้มีการเลื่อนโครงสร้างของผนังทวารหนัก รวมทั้งเส้นเลือดฝอย แรงดันของริดสีดวงทวารจะสูงมากในหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งมี 2 ชนิดคือ

1) ริดสีดวงทวารหูรูดด้านใน (internal Hemorrhoids)

ระยะที่ 1 ริดสีดวงอยู่เหนือ dentate line และไม่ยื่นออกมานอกขอบทวาร มีเลือดออกได้

ระยะที่ 2 ริดสีดวงยื่นออกมานอกขอบทวาร ขณะถ่ายอุจจาระและเลื่อนกลับเข้าไปในทวารหนัก หลังถ่ายอุจจาระ

ระยะที่ 3 ริดสีดวงยื่นออกนอกขอบทวาร ขณะถ่ายอุจจาระ และหลังถ่ายอุจจาระต้องดันกลับเข้าไปในทวารหนัก

ระยะที่ 4 ริดสีดวงยื่นออกนอกทวารหนักตลอดเวลา

2) ริดสีดวงทวารหูรูดด้านนอก (external Hemorrhoids) คือเนื้อเยื่อที่อยู่ใต้ dentate line ยื่นออกมาเป็นติ่งเนื้อ

อาการ อากา คันและปวด โดยเฉพาะมีเลือดออกสีแดงสด ถ้าเป็นริดสีดวงทวารหูรูดด้านนอก (external Hemorrhoids) จะรู้สึกปวดมากและมีอาการบวมอักเสบจากหลอดเลือดลิ่มเลือดอุดตัน (thrombosis) แต่ในกรณีที่เป็นริดสีดวงทวารหูรูดด้านใน (internal Hemorrhoids) จะไม่รู้สึกปวดจนกระทั่งมีภาวะริดสีดวงทวารโผล่ (prolapsed)

การรักษา สำหรับริดสีดวงเกรด 1 และเกรด 2 การรักษาโดยส่วนมาก

- 1) ให้เปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค และพฤติกรรมประจำวัน คำแนะนำเช่นเดียวกับภาวะท้องผูก
- 2) ใช้ยาระบายกลุ่มเพิ่มการเคลื่อนไหวของลำไส้และยากุ่มทำให้อุจจาระอ่อนนุ่ม แข็งกันด้วยน้ำอุ่น ยาบรรเทาอาการปวดชนิดขี้ผึ้ง (analgesic ointment) ยาเหน็บทวารหนัก ลดการหดเกร็ง นอนพักบนเตียงกรณีที่มีเลือดคั่ง

3) การฉีดสารเข้าริดสีดวง การฉีดยา sclerosing agents เพื่อทำให้หัวริดสีดวงยุบ โดยฉีดยาเข้าไปใน ชั้นใต้เยื่อหู (submucosa) ในระดับที่อยู่เหนือ dentate line ทำให้เกิดพังผืดรัดหลอดเลือดบริเวณริดสีดวง และรั้งเนื้อเยื่อริดสีดวงไม่ให้เลื่อนตัวลงมา

4) การใช้ยางรัดหัวริดสีดวง (rubber-band ligation) ใช้ยางรัดที่หัวริดสีดวง เหนือ dentate line ประมาณ 1 ซม. เพื่อรัดให้หัวริดสีดวงหลุดออก และพังผืดที่เกิดจากแผลจะรั้งริดสีดวงที่เหลือให้หดกลับเข้าไปในทวารหนัก

การรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด hemorrhoidectomy ใช้ในริดสีดวงเกรด 3 และ 4 การรักษาด้วยการผ่าตัดเป็นการรักษาที่ดีที่สุดในปัจจุบัน (สุคชาย เลขวานิชย์เจริญ, 2554)

1) Open มีหลักการคือตัดเนื้อเยื่อริดสีดวงออกและทำการผูกที่ตำแหน่งของหลอดเลือดมาเลี้ยง จากนั้นเปิดแผลที่ตัดเนื้อเยื่อไว้รอให้มีการหายของบาดแผลเอง

2) Closed ผ่าตัดเช่นเดียวกับ แบบ Open หลังจากนั้นจะทำการเย็บบาดแผลจากด้านในออกด้านนอกจน หมดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดคือ เลือดออกและเป็นหนอง ซึ่งพบน้อยมาก

3) Hemorrhoid stapler เป็นวิธีการตัดเนื้อเยื่อรอบทวารหนักโดยใช้อุปกรณ์พิเศษ เมื่อผ่าตัดเสร็จจะมีรอยเย็บด้วย staple สูงกว่า dentate line ประมาณ 3-4 เซนติเมตร รอยเย็บดังกล่าวจะช่วยรั้งไม่ให้เยื่อทวารหนักเลื่อนตัวลงมาช่วยลดปัญหาการเป็นซ้ำ การเย็บจะเย็บส่วนที่ยื่นออกมาในแนวที่สูงกว่าเส้นประสาท ข้อดีคือ ตักรีดสีดวงทวารหนักออกหมดโดยไม่เกิดการตีบของรูทวาร/หดรั้งของ scar การเจ็บปวดหลังผ่าตัดน้อยกว่าการผ่าตัดแบบเก่า ที่จะเจ็บปวดมากในช่วง 24 ชม. แรก ไม่มีบาดแผลอยู่ภายนอก ไม่ต้องรักษาแผล ไม่จำเป็นต้องแช่น้ำอุ่นที่กินเป็นอาทิตย์ เวลาในการผ่าตัดสั้นกว่า เวลาในการอยู่รพ.สั้นกว่า

การพยาบาลกลุ่มโรค anorectal disease

ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะไม่ต้องนอนโรงพยาบาล ยกเว้นต้องรับการผ่าตัด คำแนะนำที่สำคัญ ได้แก่

1) การดูแลให้บริเวณฝีเย็บและทวารหนักให้สะอาด โดยการแช่ก้นด้วยน้ำอุ่นและซับให้แห้งด้วยผ้าสะอาด หลีกเลี่ยงการใช้กระดาษชำระ เนื่องจากเศษของกระดาษอาจเข้าไปติดในแผล เป็นผลให้การติดเชื้อซ้ำ

2) การแช่ก้น (sitz bath) จะช่วยลดอาการปวดได้

การพยาบาลหลังผ่าตัด

1) 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ผู้ป่วยจะมีอาการปวดจากหูรูด rectum หดเกร็งและบริเวณกล้ามเนื้อฝีเย็บ ควรให้ยาบรรเทาอาการปวดชนิดเหน็บ ยาลดการหดเกร็งของกล้ามเนื้อและยาปฏิชีวนะรวมถึงยาลดอาการวิตกกังวลและยากลุ่มต้านการอักเสบ ผู้ป่วยจะบ่นน้อยลงหากไม่มีอาการปวด การทำแผลด้วยวิธี wet dressing ด้วยน้ำเย็นจะช่วยลดอาการปวดได้ และทำหิ้งเพื่อลดการเกิดการเปื่อยยุ่ยบริเวณที่ผิวหนังน้ำพยาบาลให้ประคบน้ำแข็งและหิ้งบรรเทาอาการปวด

2) เมื่อลำไส้เริ่มมีการเคลื่อนไหวผู้ป่วยจะมีอาการปวดเมื่อถ่ายอุจจาระ ดูแลให้ได้รับยาระบายที่ทำให้อุจจาระอ่อนนุ่มตามแผนการรักษา และดูแลให้แช่ก้นวันละ 3-4 ครั้ง/วัน แช่ได้ทุกวันจนกว่าแผลจะหาย ความอุ่นของน้ำจะช่วยส่งเสริมการไหลเวียน รักษาความสะอาดและบรรเทาการระคายเคืองเนื้อเยื่อ

บรรณานุกรม

DeWit, S. C & Kumagai, C.K. (2013). **Medical Surgical Nursing Concept and Practice.** (2nded).

St.Louis Missouri: Elsevier.

Nettina, S. M. (2014). **Lippincott Manual of Nursing Practice.** (10th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer

Lippincott Williams & Wilkins.

Timby, B. K. & Smith, N.E. (2014). **Introductory Medical-Surgical Nursing.** (11th ed.). Philadelphia:

Wolters Kluwer Lippincott Williams & Wilkins.

Wilson, S. F. & Giddens, J. F. (2013). **Health Assessment for Nursing Practice**. (5th ed.). St. Louis Missouri: Elsevier.

ประภาธร ขอบศีลปะ. (2556). โรคลำไส้อักเสบ. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า, 30(3): 222-229.

ปานดวงใจ ไทยดำรงค์เดช. (2556). เอกสารประกอบการสอน การพยาบาลผู้ที่มีความผิดปกติของระบบทางเดินอาหารส่วนล่าง. (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ : คณะพยาบาลเกื้อการุณย์. (อัคราณา)

ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย. (ม.ป.ป.). Hemorrhoid [Online] แหล่งที่มา

<http://www.surgeons.or.th/view.php?group=8&id=211> [2014, August 7]

วาสนา บุตรปัญญา และคณะ. (2555). ผลของโปรแกรมป้องกันอาการท้องผูกสำหรับผู้ป่วยระบบประสาท. ราชบัณฑิตยบาลสาร. 18(2) : 237-248.

สมาคมประสาททางเดินอาหารและการเคลื่อนไหว. (2556). คำแนะนำเกี่ยวกับโรคลำไส้แปรปรวนสำหรับแพทย์ทั่วไป (แนวทางเวชปฏิบัติ) 2012. กรุงเทพฯ : Pentagon Advertising.

สุคชาย เลขวานิชย์เจริญ. (2554). การผ่าตัดริดสีดวงทวาร : แบบแผลเปิดและแผลปิด ในโรงพยาบาลมหาสารคาม. วารสารการแพทย์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 26(3): 471-477.