

ท้องผูก (Constipation)

รศ.นพ. สุเทพ กลชาญวิทย์

สาขาวิชาโรคทางเดินอาหาร ภาควิชาอายุรศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ท้องผูกพบได้บ่อยแค่ไหน

อาการท้องผูกเป็นอาการที่พบได้บ่อย ในคนไทยมีการศึกษาพบว่า 24% ของประชาชนชาวไทยคิดว่าตนเองมีปัญหาท้องผูก แต่เมื่อสอบถามในรายละเอียดแล้วพบว่าคนไทยประมาณ 8% มีปัญหาในการเบ่งอุจจาระลำบาก และ 3% มีปัญหาถ่ายอุจจาระได้น้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ดังนั้นอาการท้องผูกจึงถือเป็นปัญหาที่สำคัญอย่างหนึ่ง แม้ว่าอาการท้องผูกส่วนใหญ่มักจะไม่ทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายถึงชีวิต แต่ก็ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมากโดยเฉพาะในรายที่เป็นรุนแรง

ผู้ป่วยที่มีอาการท้องผูกรุนแรงเรื้อรังประมาณหนึ่งในสามถึงครึ่งหนึ่งมีสาเหตุที่สามารถแก้ไขได้ แต่ในปัจจุบันผู้ป่วยท้องผูกส่วนใหญ่มักจะได้รับการละเลยเนื่องจากเห็นว่าเป็นปัญหาที่ไม่ฉุกเฉินและรุนแรง แพทย์ส่วนใหญ่จึงมักจะรักษาผู้ป่วยตามอาการด้วยยาบรรเทา ทำให้ผู้ป่วยท้องผูกจำนวนหนึ่งที่สามารถรักษาให้อาการดีขึ้นได้ไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม

ท้องผูกคืออะไร

โดยทั่วไปอาการท้องผูก หมายถึง ภาวะที่มีความถี่ในการถ่ายอุจจาระน้อยกว่าปกติ ในคนปกติจะถ่ายอุจจาระตั้งแต่วันละ 3 ครั้ง ถึง 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ดังนั้นถ้าผู้ใดถ่ายอุจจาระน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ก็จะเป็นการผิดปกติ อาการท้องผูกอาจสัมพันธ์กับการถ่ายอุจจาระลำบาก ต้องใช้เวลาเบ่งนานมากกว่าปกติ หรือมีอาการเจ็บทวารหนักเวลาถ่าย คนที่มีอาการท้องผูกเกิดขึ้นนานติดต่อกันเกิน 3 เดือน จะถือว่าเป็นอาการท้องผูกเรื้อรัง

สำหรับความหมายของอาการท้องผูกที่ใช้กันทางการแพทย์ในปัจจุบัน แพทย์จะใช้เกณฑ์ของ Rome III criteria โดยมีหลักเกณฑ์ในการวินิจฉัยดังนี้

1. ถ่ายอุจจาระน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์
2. ต้องเบ่งมากกว่าปกติ
3. อุจจาระเป็นก้อนแข็ง (lumpy or hard stool)
4. รู้สึกถ่ายอุจจาระไม่สุด
5. มีความรู้สึกถ่ายไม่ออกเนื่องจากมีสิ่งอุดตันบริเวณทวารหนัก
6. ต้องใช้นิ้วมือช่วยในการถ่ายอุจจาระ

โดยถ้ามีอาการครบเกณฑ์ดังกล่าวข้างต้นตั้งแต่สองอาการขึ้นไป เป็นมานานมากกว่า 3 เดือน และเริ่มมีอาการครั้งแรก (ไม่จำเป็นต้องครบเกณฑ์) นานกว่า 6 เดือน จะถือว่าผู้ป่วยมีปัญหาท้องผูก ถ่ายได้บ่อยแต่ถ่ายอุจจาระลำบากก็เป็นปัญหา

จากเกณฑ์ดังกล่าวข้างต้น จะเห็นว่าในผู้ป่วยบางรายที่สามารถถ่ายอุจจาระได้มากกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ แต่ถ้าในการถ่ายอุจจาระแต่ละครั้งถ่ายด้วยความยากลำบาก เช่น ต้องเบ่งมาก หรือ รู้สึกถ่ายไม่สุด แพทย์ก็ถือว่าผู้ป่วยมีปัญหาท้องผูกเช่นกัน ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีปัญหาเกี่ยวกับทวารหนักและการควบคุมกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการขับถ่าย ซึ่งสามารถที่จะรักษาให้ดีขึ้นได้ ดังนั้นผู้ป่วยที่มาปรึกษาด้วยอาการท้องผูก

แม้ว่าจะถ่ายอุจจาระมากกว่า 2 ต่อสัปดาห์ก็ไม่ได้หมายความว่าเขาจะไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการขับถ่าย การสอบถามอาการเกี่ยวกับการขับถ่ายลงไปในรายละเอียดจะทำให้เราเข้าใจปัญหาของผู้ป่วยมากขึ้น

ท้องผูกเกิดจากสาเหตุอะไรได้บ้าง

สาเหตุของอาการท้องผูกแบ่งได้เป็น 4 กลุ่มใหญ่ๆ คือ

1. สาเหตุที่เกิดจากโรคทางกาย

โรคทางกายที่สามารถเป็นสาเหตุของอาการท้องผูกเรื้อรังได้แก่

- 1.1 เบาหวาน
- 1.2 ต่อมไทรอยด์ทำงานน้อยกว่าปกติ
- 1.3 ภาวะแคลเซียมในเลือดสูง
- 1.4 โรคทางระบบประสาทต่างๆ เช่น ได้รับบาดเจ็บหรือมีโรคที่สมองหรือไขสันหลัง, โรค parkinson's, หรือโรค multiple sclerosis

2. สาเหตุจากยาที่รับประทานประจำ

มียาหลายชนิดที่ทำให้เกิดอาการท้องผูก ดังนั้นผู้ป่วยที่มีอาการท้องผูกควรได้รับการซักประวัติเกี่ยวกับยาที่ได้รับว่ามียาที่อาจทำให้เกิดอาการท้องผูกหรือไม่ ยาที่สามารถทำให้เกิดอาการท้องผูกได้มีดังต่อไปนี้

1. กลุ่มยาทางจิตเวช ที่สำคัญและพบบ่อยได้แก่ ยาที่รักษาอาการซึมเศร้า โดยเฉพาะยากลุ่ม tricyclic antidepressant เช่น amitriptyline หรือ nortriptyline
2. ยาที่มีฤทธิ์ anticholinergic ซึ่งจะทำการบีบตัวของทางเดินอาหารน้อยลง ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ ยาลดการบีบเกร็งของลำไส้ที่ใช้แก้ปวดท้อง เช่น buscopan ยารักษาโรค parkinson's เช่น levodopa และยาแก้แพ้บางชนิด เช่น chlorpheniramine
3. ยากันชัก เช่น dilantin
4. ยาลดความดันโลหิต ได้แก่ diltiazem, verapamil, clonidine
5. ยาแก้ปวดที่มีส่วนผสมของ morphine หรือ อนุพันธ์ของ morphine เช่น paracetamol ชนิดที่มีส่วนผสมของ codeine
6. เหล็ก ที่มีอยู่ในยาบำรุงเลือด
7. ยาลดกรดที่มีส่วนผสมของ calcium หรือ aluminium
8. ยาแก้ปวดกลุ่ม NSAIDs เช่น diclofenac, piroxicam และ indomethacin
9. ยาอื่นๆ เช่น cholestyramine

3. การอุดตันของลำไส้

การอุดตันของทางเดินอาหารสามารถทำให้เกิดอาการท้องผูกได้ ซึ่งภาวะดังกล่าวได้แก่

1. มะเร็งหรือเนื้องอกของลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
2. ลำไส้ตีบตัน (stricture)
3. ลำไส้บิดพันกัน (volvulus)
4. ความผิดปกติที่ทวารหนัก เช่น rectocele, rectal prolapse, anal stenosis
5. การลดน้อยลงของปมประสาทบริเวณลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย (Hirschprung's disease)

4. สาเหตุที่เกิดจากการทำงานของลำไส้หรือกล้ามเนื้อที่ควบคุมการขับถ่ายผิดปกติ

1. การบีบตัวของกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักไม่ประสานกับการเบ่ง (anorectal dysfunction หรือ anismus)
2. การเคลื่อนไหวของลำไส้ใหญ่ช้ากว่าปกติหรือมีการเคลื่อนไหวไม่ประสานกันทำให้อุจจาระเคลื่อนไหวภายในลำไส้ใหญ่ช้ากว่าปกติ (colonic inertia)
3. ภาวะลำไส้แปรปรวน (irritable bowel syndrome)

ปัจจัยอื่นๆ ที่ทำให้ท้องผูกได้ง่าย ได้แก่ การที่ผู้ป่วยเคลื่อนไหวน้อย รับประทานอาหารที่มีกากน้อย และมีนิสัยในการขับถ่ายที่ไม่ดี

ในบรรดาสาเหตุของอาการท้องผูกที่กล่าวมาข้างต้นพบว่าผู้ป่วยเป็นจำนวนน้อยเท่านั้นที่อาการท้องผูกมีสาเหตุมาจากโรคทางกาย ยา หรือโรคของลำไส้ ส่วนใหญ่ของผู้ป่วยที่มีอาการท้องผูกเรื้อรัง (>90%) จะหาสาเหตุไม่พบ ซึ่งถ้าผู้ป่วยกลุ่มนี้มาตรวจดูการเคลื่อนไหวของลำไส้และการทำงานของกล้ามเนื้อบริเวณทวารหนักจะพบว่าผู้ป่วยในกลุ่มนี้ประมาณครึ่งหนึ่งจะมีการเคลื่อนไหวของลำไส้หรือกล้ามเนื้อที่ควบคุมการขับถ่ายผิดปกติ ซึ่งสาเหตุของความผิดปกติในผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังไม่เป็นที่ทราบกันชัดเจน แต่เป็นภาวะที่สามารถรักษาได้ การรู้จักและเข้าใจเกี่ยวกับความผิดปกติในผู้ป่วยกลุ่มนี้และแนวทางการดูแลรักษาจึงเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยมาก

เมื่อไรที่ผู้ป่วยอาการท้องผูกควรไปพบแพทย์

ส่วนใหญ่ของผู้ป่วยที่มีอาการท้องผูกจะตรวจไม่พบโรคทางกาย มีเพียงส่วนน้อยไม่ถึงร้อยละ 10 ที่จะพบสาเหตุ มีการศึกษาวิจัยพบว่าผู้ป่วยท้องผูกเรื้อรังที่ไม่มีอาการผิดปกติ (อาการหรือลักษณะเตือน) มีโอกาสเป็นมะเร็งหรือเนื้องอกในลำไส้ไม่ต่างจากคนปกติในวัยเดียวกัน ดังนั้นผู้ป่วยท้องผูกเรื้อรังส่วนใหญ่จึงไม่จำเป็นต้องพบแพทย์ถ้าอาการไม่รบกวนมาก

ผู้ป่วยที่ควรไปพบแพทย์คือผู้ป่วยที่มีลักษณะและอาการเตือนดังต่อไปนี้

1. มีอาการซีดจากขาดธาตุเหล็ก
2. ถ่ายอุจจาระเป็นเลือด
3. น้ำหนักลดผิดปกติโดยไม่ทราบสาเหตุ
4. มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 50 ปี
5. มีประวัติครอบครัวเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่
6. ท้องผูกจนมีอาการของลำไส้อุดตัน (ปวดท้องมาก อึดอัดแน่นท้อง คลื่นไส้อาเจียน)
7. ท้องผูกรบกวนมาก รับประทานยาระบายแล้วไม่ได้ผล

มีอาการท้องผูกเรื้อรังแต่ไปพบแพทย์ตรวจแล้วไม่พบโรคทางกายหรือสาเหตุ แล้วทำไมยังมีอาการท้องผูกอยู่

ดังที่กล่าวมาแล้วว่าผู้ป่วยท้องผูกเรื้อรังมากกว่าร้อยละ 90 จะตรวจไม่พบสาเหตุจากโรคทางกายหรือจากยา ดังนั้นผู้ป่วยท้องผูกที่ตรวจโดยแพทย์ทั่วไปแล้วหาสาเหตุไม่พบจึงเป็นผู้ป่วยส่วนใหญ่ แต่ถ้าทำการตรวจการทำงานของลำไส้หรือกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักแล้วจะพบว่ามีความผิดปกติ จากการเคลื่อนไหวของลำไส้หรือกล้ามเนื้อที่ควบคุมการขับถ่ายผิดปกติ (functional constipation) ซึ่งความผิดปกติดังกล่าวได้แก่

1. การบีบตัวของกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักไม่ประสานกับการเบ่งหรือเบ่งไม่เป็น (anorectal dysfunction หรือ anismus)
2. การเคลื่อนไหวของลำไส้ใหญ่น้อยกว่าปกติหรือมีการเคลื่อนไหวไม่ประสานกันทำให้อุจจาระเคลื่อนไหวภายในลำไส้ใหญ่ช้ากว่าปกติ (colonic inertia)
3. ภาวะลำไส้แปรปรวน (irritable bowel syndrome)

ท้องผูกที่เกิดจากการบีบตัวของกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักไม่ประสานกับการเบ่งหรือเบ่งไม่เป็น (anorectal dysfunction หรือ anismus) คืออะไรและมีแนวทางในการวินิจฉัยและรักษาอย่างไร

ประมาณ 1 ใน 3 ถึงครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยที่มีอาการท้องผูกรุนแรงเรื้อรังโดยไม่ทราบสาเหตุ มีสาเหตุมาจากการบีบตัวของกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักไม่ประสานกับการเบ่ง (anorectal dysfunction) ในการขับถ่ายปกติ กล้ามเนื้อหน้าท้องและกระบังลมจะบีบตัวทำให้เกิดแรงดันเพิ่มขึ้นในช่องท้อง ขณะเดียวกันกล้ามเนื้อบริเวณหูรูดทวารหนักจะคลายตัวทำให้อุจจาระสามารถเคลื่อนผ่านทวารหนักออกมาได้ ในผู้ป่วยที่มีภาวะผิดปกตินี้ ขณะที่ผู้ป่วยเบ่งกล้ามเนื้อบริเวณทวารหนักแทนที่จะคลายตัวกลับบีบรัดตัวมากขึ้นทำให้ไม่สามารถถ่ายอุจจาระออกได้

ผู้ป่วยที่มีปัญหานี้มักให้ประวัติว่ายังมีความรู้สึกอยากถ่ายอุจจาระเป็นปกติ แต่เมื่อเข้าห้องน้ำไปถ่ายแล้วไม่สามารถเบ่งให้อุจจาระออกมาได้แม้ว่าอุจจาระจะไม่แข็งและก้อนไม่ใหญ่มากก็ตาม ผู้ป่วยบางรายต้องใช้เวลาอยู่ในห้องน้ำเป็นเวลานานมากกว่าครึ่งชั่วโมง บางรายต้องใช้นิ้วมือช่วยล้วงหรือสวนอุจจาระจึงจะสามารถถ่ายออกมาได้ ผู้ป่วยอาจมีอาการเจ็บ, ปวดหรือปวดเบ่งบริเวณทวารหนัก และมักจะรู้สึกถ่ายอุจจาระไม่สุด ผู้ป่วยบางรายอาจให้ประวัติว่าแม้จะรับประทานยาระบายก็ไม่สามารถถ่ายออกได้

สาเหตุของภาวะนี้ยังไม่ทราบกันแน่ชัด 31% ของผู้ป่วยเป็นมาตั้งแต่เด็ก 29% ของผู้ป่วยให้ประวัติว่ามีเหตุการณ์บางอย่างสัมพันธ์กับการเริ่มเกิดอาการท้องผูก เช่น หลังคลอด หรือหลังได้รับบาดเจ็บบริเวณกระดูกสันหลัง ประมาณ 40% ไม่สามารถหาสาเหตุที่สัมพันธ์กับการเกิดอาการได้

การวินิจฉัยแยกโรค

ภาวะนี้ควรวินิจฉัยแยกโรคจากความผิดปกติบริเวณทวารหนักที่ทำให้เกิดอาการเบ่งอุจจาระไม่ออกได้ เช่นเดียวกัน ได้แก่

1. ลำไส้เคลื่อนขึ้นบริเวณทวารหนัก (Rectal intussusception)
2. ทวารหนักแลบโผล่ยื่นออกมาจากทวารหนัก (Rectal prolapse)
3. ทวารหนักยื่นโป่งเข้าไปในช่องคลอดหรืออวัยวะข้างเคียง (Rectocele)
4. ทวารหนักอักเสบ
5. มะเร็งของทวารหนักหรือลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย (Anorectal/colonic cancer)
6. การตีบของทวารหนัก (Anal stenosis)

ภาวะแทรกซ้อน

การเบ่งอุจจาระแรงๆและบ่อยๆ เป็นเวลานานจะทำให้เกิดการหย่อนยานของเนื้อเยื่อรอบๆทวารหนัก (excessive pelvic floor descent) ถ้ามีการหย่อนยานมากๆจะทำให้เกิดการดึงรั้งของเส้นประสาทที่ควบคุมการบีบตัวของกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนัก และเส้นประสาทที่รับความรู้สึกบริเวณทวารหนักและผิวหนังรอบๆ ทำให้เกิด

อาการกลั้นอุจจาระไม่ได้ตามมาภายหลังได้ ในผู้ป่วยบางรายอาจทำให้เกิดแผลขนาดใหญ่ภายในทวารหนัก (solitary rectal ulcer syndrome)

การรักษา

ในผู้ป่วยที่มีอาการมากและไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาบรรเทา การฝึกให้ผู้ป่วยรู้จักการแบ่งให้ถูกวิธีโดยใช้เครื่องมือพิเศษ (biofeedback training) สามารถทำให้อาการของผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นหรือหายจากภาวะท้องผูกประมาณ 60-70 % ของผู้ป่วยที่มีอาการท้องผูกจากสาเหตุนี้

ท้องผูกที่เกิดจากการเคลื่อนไหวของลำไส้ใหญ่น้อยกว่าปกติหรือมีการเคลื่อนไหวไม่ประสานกันทำให้อุจจาระเคลื่อนไหวภายในลำไส้ใหญ่ช้ากว่าปกติ (colonic inertia) พบได้บ่อยแค้หนและมีแนวทางในการวินิจฉัยและรักษาอย่างไร

ปกติลำไส้ใหญ่จะเคลื่อนไหวไม่สม่ำเสมอและไม่เป็นรูปแบบที่แน่นอน การบีบตัวของลำไส้ใหญ่โดยปกติจะไม่ทำให้เกิดการอยากถ่ายอุจจาระ แต่มีการบีบตัวของลำไส้ชนิดหนึ่งซึ่งเมื่อเกิดขึ้นแล้วจะทำให้เกิดความรู้สึกอยากถ่ายได้ การบีบตัวชนิดนี้จะเกิดขึ้นไม่บ่อย มีลักษณะพิเศษคือมีแรงบีบตัวมากกว่าการบีบตัวตามปกติมาก และการบีบตัวมักเริ่มจากลำไส้ใหญ่ส่วนต้นมาที่ลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย ทางกายวิภาคเรียกว่า high amplitude propagated contraction หรือเรียกย่อๆว่า HAPC มีรายงานว่าผู้ป่วยท้องผูกมีการบีบตัวของลำไส้ใหญ่ชนิดนี้เฉลี่ยเพียง 2 ครั้งต่อวัน น้อยกว่าในคนปกติที่มีเฉลี่ย 6 ครั้งต่อวัน ปกติการบีบตัวชนิดนี้มักเกิดหลังตื่นนอนตอนเช้าและหลังอาหาร ดังนั้นผู้ป่วยท้องผูกจึงมีโอกาสเลือกเวลาในการถ่ายได้น้อยกว่าคนปกติ (เฉลี่ย 2 ครั้ง) ถ้าผู้ป่วยพลาดการถ่ายเมื่อรู้สึกอยากถ่ายจากการบีบตัวของลำไส้ชนิดนี้เนื่องจากสิ่งแวดล้อมไม่เอื้ออำนวยให้ถ่ายมักจะต้องรอไปในวันถัดไปจึงจะเกิดความรู้สึกอยากถ่ายมาใหม่ ต่างกับคนปกติซึ่งมีเวลาที่จะเลือกถ่ายได้เฉลี่ย 6 ครั้งต่อวัน

ผู้ป่วยท้องผูกรุนแรงเรื้อรังโดยไม่ทราบสาเหตุประมาณ 13-37% พบว่าเป็นผลมาจากการเคลื่อนไหวของอุจจาระภายในลำไส้ใหญ่ช้ากว่าปกติ ซึ่งสาเหตุที่ทำให้เกิดการเคลื่อนไหวช้าอาจเกิดจากการเคลื่อนไหวของลำไส้ไม่ประสานกัน หรือเกิดจากการที่มีการบีบตัวไล่อุจจาระอย่างแรงของลำไส้ใหญ่ (HAPC) น้อยลงหรือไม่มีเลยทำให้อุจจาระเคลื่อนตัวภายในลำไส้ใหญ่ช้า ทางกายวิภาคเรเรียกภาวะนี้ว่า slow transit constipation หรือ colonic inertia ผู้ป่วยมักให้ประวัติว่าไม่ค่อยมีความรู้สึกอยากถ่ายอุจจาระ และมีความถี่ในการถ่ายอุจจาระน้อย อุจจาระมักจะแข็งเนื่องจากค้างอยู่ในลำไส้ให้นานทำให้น้ำถูกดูดซึมออกไปจากก้อนอุจจาระ ซึ่งการมีอุจจาระแข็งทำให้ผู้ป่วยถ่ายลำบากหรือเจ็บขณะถ่ายมากขึ้น

การวินิจฉัยแยกโรค

ภาวะนี้ต้องแยกจากภาวะท้องผูกที่เกิดจากสาเหตุหรือภาวะอื่นๆที่อาจทำให้เกิดการเคลื่อนไหวของอุจจาระภายในลำไส้ช้ากว่าปกติและเกิดอาการท้องผูกได้เช่นกัน เช่น ยาต่างๆ ที่ทำให้เกิดอาการท้องผูก โรคทางกายต่างๆ และการอุดกั้นของลำไส้ใหญ่ ดังที่กล่าวมาข้างต้น

การรักษา

ในรายที่มีอาการไม่มากมักได้ผลด้วยการใช้ยาบรรเทา แต่ในรายที่มีอาการมากให้ยาบรรเทาแล้วไม่ได้ผล ยังมีลำไส้เคลื่อนไหวช้าอยู่แม้ได้ยาบรรเทาอาจจำเป็นที่จะต้องตัดลำไส้ใหญ่ออก

ท้องผูกที่มีสาเหตุจากภาวะลำไส้แปรปรวน (irritable bowel syndrome) คืออะไร มีแนวทางในการดูแลรักษาอย่างไร

ภาวะลำไส้แปรปรวนเป็นภาวะที่พบบ่อย จากการศึกษาในต่างประเทศพบว่าภาวะลำไส้แปรปรวนสามารถพบได้ประมาณ 15-20 % ของประชากร ผู้ป่วยที่มีปัญหานี้มักมีปัญหาปวดท้อง อึดอัดแน่นท้องหรือไม่สบายท้อง ซึ่งอาการมักจะสัมพันธ์กับการขับถ่ายที่ไม่ปกติ เช่นถ่ายเหลว หรือท้องผูก หรือในผู้ป่วยบางคนอาจมีทั้งอาการท้องเสียและท้องผูก การวินิจฉัยภาวะนี้ทางการแพทย์อาศัยอาการของผู้ป่วยเป็นสำคัญร่วมกับการตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจพิเศษต่างๆ แล้วไม่พบโรคทางกายอื่นที่อาจให้อาการคล้ายๆกับภาวะนี้โดยเฉพาะมะเร็งลำไส้ใหญ่

ผู้ป่วยลำไส้แปรปรวนที่มีท้องผูกเป็นอาการเด่น มักมาพบแพทย์ด้วยปัญหาท้องผูกเนื่องจากผู้ป่วยมักจะรู้สึกว่าการถ่ายไม่ถ่ายหรือถ่ายไม่หมดแล้วจะอึดอัดแน่นท้อง ทำให้มาหาแพทย์ด้วยอาการท้องผูกได้

การใช้อาการของผู้ป่วยในการวินิจฉัยลำไส้แปรปรวนอาศัยเกณฑ์ในการวินิจฉัยดังนี้ คือ

ผู้ป่วยต้องมีอาการปวดท้องหรือไม่สบายท้อง เช่น อึดแน่นหรืออึดอัดท้อง มากกว่าหรือเท่ากับ 3 วันใน 1 เดือนใน 3 เดือนที่ผ่านมา ร่วมกับอาการสองในสามอย่างต่อไปนี้

1. อาการดีขึ้นหลังถ่ายอุจจาระ
2. อาการที่เป็นสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของจำนวนครั้งของการถ่าย โดยอาจถ่ายน้อยกว่าปกติหรือถ่ายบ่อยกว่าปกติ
3. อาการที่เป็นสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของลักษณะของอุจจาระ โดยอาจจะมีลักษณะแข็งขึ้นหรือเหลวขึ้นก็ได้

นอกจากนั้นอาการเหล่านี้อาจสัมพันธ์กับการเบ่งอุจจาระลำบาก ปวดเบ่งอยากถ่ายอุจจาระมาก รู้สึกถ่ายอุจจาระไม่สุด ถ่ายมีมูกปน หรือรู้สึกมีลมมากร่วมด้วยก็ได้ และเริ่มมีอาการเป็นมาอย่างน้อย 6 เดือน ซึ่งอาจจะยังไม่ครบหลักเกณฑ์ใน 3 เดือนแรกก็ได้

ผู้ป่วยท้องผูกที่เป็นลำไส้แปรปรวนมักจะให้ประวัติว่าอาการท้องผูกเป็นๆ หายๆ มานานเป็นปี และมักมีอาการอื่นๆ ของระบบทางเดินอาหารร่วมด้วยไม่ใช่เฉพาะอาการท้องผูกอย่างเดียว ที่สำคัญคือ ปวดท้อง อึดอัดแน่นท้อง มีแก๊สหรือลมมาก ซึ่งอาการเหล่านี้มักเป็นมากขึ้นเมื่อเริ่มมีอาการท้องผูกและดีขึ้นเมื่อถ่ายได้

การวินิจฉัยแยกโรค

ภาวะนี้ต้องแยกจากภาวะท้องผูกที่เกิดจากสาเหตุหรือภาวะอื่นๆ ดังกล่าวมาแล้วข้างต้น เช่น ยาต่างๆ ที่ทำให้เกิดอาการท้องผูก โรคทางกายต่างๆ และการอุดกั้นของลำไส้ใหญ่ โดยเฉพาะมะเร็งลำไส้ใหญ่

การรักษา

ในรายที่ผู้ป่วยมีอาการไม่มาก การอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจธรรมชาติของภาวะนี้ก็มักจะเพียงพอ ในรายที่มีอาการมากอาจจำเป็นต้องรับประทานยาเพื่อควบคุมอาการ

ถ้าผู้ป่วยท้องผูกไปตรวจกับแพทย์ แพทย์จะทำการตรวจวินิจฉัยเพื่อหาสาเหตุของอาการท้องผูกโดยวิธีอะไรได้บ้าง

การวินิจฉัยผู้ป่วยที่มีปัญหาท้องผูก จะต้องอาศัยข้อมูลจากทั้งการซักประวัติ ตรวจร่างกายและการตรวจพิเศษต่างๆ

การซักประวัติผู้ป่วยอาการท้องผูก

การซักประวัติผู้ป่วยอาการท้องผูก ควรซักเพื่อให้ได้ข้อมูลต่างๆ ดังนี้

1. ความรุนแรงของอาการ คำถามที่ง่ายที่สุดที่จะประเมินความรุนแรงของอาการท้องผูกคือถามผู้ป่วยว่า ผู้ป่วยคิดว่าอาการท้องผูกของเขารบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของเขาอย่างน้อยเพียงใด คำถามอื่นที่สามารถบอกความรุนแรงของอาการท้องผูกได้แก่ ความถี่ในการถ่ายอุจจาระ ความยากง่ายในการเบ่ง ระยะเวลาที่ใช้ในการถ่ายแต่ละครั้ง อาการเจ็บทวารหนัก ความถี่และการตอบสนองต่อการใช้ยาระบายหรือสวนอุจจาระ ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงควรที่จะได้รับการตรวจพิเศษเพื่อหาสาเหตุของอาการเพื่อการรักษาที่ถูกต้อง ส่วนผู้ที่มีอาการไม่รุนแรงการตรวจเพื่อยืนยันว่าผู้ป่วยไม่เป็นโรคร้ายแรงต่างๆ และให้การรักษตามอาการก็น่าจะเพียงพอ
2. การดำเนินของอาการ ควรถามว่าผู้ป่วยเริ่มมีอาการตั้งแต่มื่อไร ระยะเวลาที่มีอาการท้องผูกเป็นมานานแค่ไหน การมีอาการท้องผูกตั้งแต่เด็กบ่งบอกว่าผู้ป่วยอาจเป็นโรคที่เป็นมาแต่กำเนิด ถ้าเป็นในผู้สูงอายุ มีระยะเวลาที่เริ่มมีอาการไม่นาน และอาการเป็นมากขึ้นเรื่อยๆภายในระยะเวลาอันสั้นบ่งว่าผู้ป่วยอาจจะมีมะเร็งหรือเนื้องอกภายในลำไส้ใหญ่
3. ผู้ป่วยมียาที่รับประทานเป็นประจำหรือไม่ รวมทั้งโรคประจำตัวต่างๆ ที่กล่าวมาข้างต้น
4. ผู้ป่วยมีอาการอื่นๆ ที่บ่งว่าอาการท้องผูกของผู้ป่วยอาจมีภาวะต่างๆที่สามารถเป็นสาเหตุของอาการท้องผูกดังร่วมด้วยหรือไม่ เช่น เชื้อช้ำ ชี้นาว ในผู้ป่วยต่อมไทรอยด์ทำงานน้อย หรือน้ำหนักลด ถ่ายเป็นมูกเลือดในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่
5. ในกรณีที่ไม่พบสาเหตุที่อาจทำให้เกิดอาการท้องผูก ควรซักประวัติว่าอาการที่ผู้ป่วยเป็นนั้นน่าจะมีสาเหตุมาจากสาเหตุใดระหว่างอุจจาระเคลื่อนตัวภายในลำไส้ใหญ่ซ้ำจากการเคลื่อนไหวของลำไส้ใหญ่ผิดปกติ (colonic inertia) กับการบีบตัวของกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักไม่ประสานกับการเบ่ง (anorectal dysfunction) ถ้าผู้ป่วยไม่ค่อยรู้สึกอยากถ่ายและมีความถี่ของการถ่ายอุจจาระน้อยเป็นอาการเด่น ผู้ป่วยรายนี้น่าจะท้องผูกจากอุจจาระเคลื่อนตัวภายในลำไส้ใหญ่ซ้ำจากการเคลื่อนไหวของลำไส้ใหญ่ผิดปกติ ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีความรู้สึกอยากถ่ายเป็นปกติแต่เวลาถ่ายอุจจาระแล้วเบ่งไม่ออกต้องใช้เวลาในการถ่ายนานมากมักจะเป็นผู้ป่วยที่มีการบีบตัวของกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักไม่ประสานกับการเบ่ง อย่างไรก็ตามผู้ป่วยท้องผูกที่มีอาการรุนแรงส่วนใหญ่ทำให้ประวัติที่ก้ำกึ่งระหว่างสองภาวะนี้ทำให้การซักประวัติไม่สามารถบอกความผิดปกติที่น่าจะเป็นสาเหตุของอาการท้องผูกได้แน่นอน

การตรวจร่างกายผู้ป่วยที่มาด้วยอาการท้องผูก

การตรวจร่างกายทั่วไป

การตรวจร่างกายผู้ป่วยที่มาด้วยอาการท้องผูกของแพทย์มีวัตถุประสงค์เพื่อหาหลักฐานที่บ่งบอกสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการท้องผูก เช่น บวม ผิวน้ำแห้ง เชื้อช้ำ ซึ่งเป็นลักษณะของต่อมไทรอยด์ทำงานต่ำ และการมีความผิดปกติของระบบประสาทซึ่งบ่งถึงโรคทางระบบประสาทที่อาจเป็นสาเหตุของท้องผูกได้ เป็นต้น

การตรวจทวารหนัก (rectal examination)

ในการตรวจทวารหนักแพทย์มักจะให้ผู้ป่วยนอนตะแคงซ้ายและงอเข่าขึ้นชิดหน้าอก ในช่วงแรกจะเป็นการตรวจดูลักษณะผิวน้ำแห้งรอบๆ ทวารหนัก ว่ามีอัมเสบหรือมีแผลหรือไม่ แพทย์อาจให้ผู้ป่วยเบ่งซึ่งจะทำให้สังเกตเห็นความผิดปกติของทวารหนักได้ง่ายขึ้น โดยเฉพาะริดสีดวงหรือการมีทวารหนักยื่น (rectal prolapse)

หลังจากนั้นจะเป็นการตรวจโดยการใช้นิ้วมือ โดยการสอดนิ้วชี้เข้าไปภายในทวารหนัก ในกรณีที่มาก่อนเนื่องออกภายในทวารหนักหรืออวัยวะใกล้เคียงแพทย์ก็จะสามารถคลำได้ นอกจากนั้นแพทย์สามารถที่จะรู้ได้ถึงแรงบีบตัวของทวารหนักทั้งขณะพัก และขณะที่ผู้ป่วยออกแรงขมิบก้น ที่สำคัญในผู้ป่วยที่มีอาการท้องผูกการขอให้ผู้ป่วยเบ่งขณะตรวจจะทำให้สามารถประเมินคร่าวๆได้ว่าผู้ป่วยมีปัญหาการทำงานของกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักไม่ประสานกับการเบ่งหรือไม่

การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษในผู้ป่วยที่มีอาการท้องผูก

การตรวจเลือด

อาการท้องผูกอาจเป็นอาการแรกของผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคต่อมไทรอยด์ทำงานต่ำ (hypothyroid) หรือแคลเซียมในเลือดสูง ดังนั้นแพทย์อาจส่งตรวจระดับไทรอยด์ฮอร์โมนหรือระดับแคลเซียมในเลือดในรายที่มีอาการน่าสงสัย

การส่องกล้องตรวจภายในลำไส้ใหญ่

ในผู้ป่วยที่มีอาการท้องผูก โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุ การมีเนื้องอกภายในลำไส้ใหญ่สามารถทำให้เกิดอาการท้องผูกได้ดังนั้นในกรณีที่สงสัยเนื่องจากมีลักษณะเตือน เช่น ชีด น้ำหนักลด ถ่ายอุจจาระมีเลือดปน อายุมากกว่า 50 ปี หรือมีประวัติครอบครัวเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ แพทย์อาจทำการส่องกล้องตรวจดูภายในลำไส้ใหญ่ (colonoscopy) เพื่อให้แน่ใจว่าอาการท้องผูกที่เป็นอยู่ไม่ได้มีสาเหตุมาจากโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

การตรวจเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวของลำไส้ใหญ่และการทำงานของทวารหนัก

ในกรณีที่ผลการตรวจร่างกายและการตรวจต่างๆไม่พบโรคทางกายที่เป็นสาเหตุของอาการท้องผูก การตรวจเพื่อหาความผิดปกติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวของลำไส้ใหญ่และการทำงานของทวารหนักจะช่วยแบ่งผู้ป่วยได้เป็น 3 กลุ่มคือ

1. กลุ่มที่มีการบีบตัวของกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักไม่ประสานกับการเบ่ง
2. กลุ่มที่มีการเคลื่อนไหวของอุจจาระภายในลำไส้ใหญ่ช้าเนื่องจากการเคลื่อนไหวของลำไส้ใหญ่ผิดปกติ และ
3. กลุ่มที่มีปัญหาลำไส้แปรปรวน

การตรวจเพื่อหาความผิดปกติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวของลำไส้ใหญ่และการทำงานของทวารหนักประกอบด้วย

1. การตรวจดูการเคลื่อนผ่านของอุจจาระภายในลำไส้ใหญ่ (colon transit test)

การตรวจชนิดนี้เป็น การตรวจเพื่อดูความเร็วในการเคลื่อนตัวของอุจจาระภายในลำไส้ใหญ่ซึ่งสามารถทำง่าย ๆ โดยให้ผู้ป่วยกลืนเม็ดยาที่ภายในมีวัสดุที่รังสีขนาดเล็กๆ (marker) จำนวน 20 ชิ้น ซึ่งสามารถเอ็กซ์เรย์เห็นได้ โดยระหว่างการตรวจผู้ป่วยต้องหยุดการใช้ยาละลายทุกชนิดและรับประทานอาหารตามปกติ หลังจากรับประทานเม็ดยาดังกล่าวไป 5 วัน ผู้ป่วยจะได้รับการทำเอ็กซ์เรย์ดูภายในช่องท้องถ้ามีจำนวน marker อยู่ภายในลำไส้ใหญ่เกิน 20% ของที่รับประทานเข้าไป (มากกว่า 4 ชิ้น) บ่งว่าผู้ป่วยมีการเคลื่อนผ่านของอุจจาระภายในลำไส้ใหญ่ช้ากว่าปกติ

2. การตรวจดูการทำงานของทวารหนักและกล้ามเนื้อที่ควบคุมการขับถ่าย (anorectal manometry)

การตรวจชนิดนี้ใช้เครื่องมือพิเศษที่เรียกว่า manometry ซึ่งสามารถตรวจวัดแรงบีบและคลายตัวของกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนัก รวมทั้งแรงดันภายในทวารหนักที่เกิดจากแรงเบ่ง ในขณะที่ผู้ป่วยเบ่งในคนปกติแรงดันในทวารหนักจะสูงขึ้นในขณะที่กล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักจะคลายตัวแต่ในผู้ป่วยที่มีการบีบตัวของกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักไม่ประสานกับการเบ่ง อาจพบว่าแรงเบ่งน้อยกว่าหรือเป็นปกติแต่กล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักไม่คลายตัวหรือกลับบีบตัวแรงขึ้นทำให้ไม่สามารถถ่ายออกได้ดังแสดงในรูปที่ 2

นอกจากนั้นในผู้ป่วยบางรายอาจมีความไวในการรับรู้ความรู้สึกของอุจจาระภายในทวารหนักน้อยกว่าปกติ ทำให้เมื่อมีอุจจาระมาที่ทวารหนักแล้วก็ยังไม่รู้สึกอยากถ่ายทำให้เกิดอาการท้องผูก การทำ anorectal manometry สามารถตรวจดูความไวของทวารหนักต่อการรับรู้ความรู้สึกกระตุ้นโดยการใส่ลมเข้าไปในลูกโป่งที่อยู่ปลายทางของสายตรวจเพื่อกระตุ้นความรู้สึกภายในทวารหนัก

3. การทดสอบการเบ่งลูกโป่ง (balloon expulsion test)

การทดสอบดูว่าผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับการเบ่งหรือไม่ทำง่าย ๆ โดยการใช้ลูกโป่งขนาดเล็กซึ่งต่อกับสายขนาดเล็กใส่เข้าไปภายในทวารหนักหลังจากนั้นจึงใส่น้ำเข้าไปในลูกโป่งตามสาย 50 CC แล้วให้ผู้ป่วยเบ่งลูกโป่ง คนปกติสามารถเบ่งลูกโป่งออกมาได้ภายใน 1 นาที ถ้าไม่สามารถเบ่งออกได้ถือว่ามีความผิดปกติในการเบ่ง

การแปลผลการตรวจเพื่อหาความผิดปกติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวนของลำไส้ใหญ่และการทำงานของทวารหนัก

1. ถ้าการเคลื่อนผ่านของอุจจาระช้ากว่าปกติแต่การตรวจดูการทำงานของทวารหนักและกล้ามเนื้อที่ควบคุมการขับถ่าย และการเบ่งลูกโป่งปกติ บ่งว่าผู้ป่วยมีอาการท้องผูกจากการเคลื่อนไหวนของลำไส้ใหญ่ช้าผิดปกติ (colonic inertia)
2. ถ้าการเคลื่อนผ่านของอุจจาระปกติแต่การตรวจดูการทำงานของทวารหนักและกล้ามเนื้อที่ควบคุมการขับถ่ายรวมทั้งการเบ่งลูกโป่งผิดปกติด้วย บ่งว่าผู้ป่วยน่าจะมีอาการท้องผูกจากมีการบีบตัวของกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักไม่ประสานกับการเบ่ง
3. ถ้าการเคลื่อนผ่านของอุจจาระช้ากว่าปกติและการตรวจดูการทำงานของทวารหนักและกล้ามเนื้อที่ควบคุมการขับถ่ายรวมทั้งการเบ่งลูกโป่งผิดปกติด้วย บ่งว่าผู้ป่วยน่าจะมีอาการท้องผูกจากมีการบีบตัวของกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักไม่ประสานกับการเบ่ง และอาจจะมีการเคลื่อนไหวนของลำไส้ใหญ่ช้าผิดปกติร่วมด้วยได้
4. ถ้าการเคลื่อนผ่านของอุจจาระปกติและการตรวจดูการทำงานของทวารหนักและกล้ามเนื้อที่ควบคุมการขับถ่ายปกติ แต่การเบ่งลูกโป่งผิดปกติ บ่งว่าอาการท้องผูกของผู้ป่วยไม่น่าจะเกิดจากมีการบีบตัวของกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักไม่ประสานกับการเบ่ง หรือการเคลื่อนไหวนของลำไส้ช้า แต่ น่าจะเกิดจากความผิดปกติทางกายวิภาคของทวารหนักทำให้เกิดการอุดตันขึ้นขณะถ่าย ซึ่งต้องอาศัยการตรวจโดยวิธีพิเศษอื่นต่อไป
5. ถ้าการตรวจทั้งสามชนิดปกติ บ่งว่าผู้ป่วยน่าจะเป็นภาวะลำไส้แปรปรวน

ผู้ป่วยท้องผูกที่ไม่มีโรคทางกายมีแนวทางในการรักษาอย่างไร

ในกรณีที่ตรวจพบว่าโรคทางกายเป็นสาเหตุของอาการท้องผูก แพทย์ก็จะให้รักษาตามสาเหตุ เช่น ต่อมไทรอยด์ทำงานน้อยก็ให้ฮอร์โมนทดแทน เป็นต้น ในกรณีที่หาสาเหตุไม่พบจะมีแนวทางในการดูแลรักษา ดังต่อไปนี้

การดูแลรักษาทั่วไป

1. การสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ป่วย

ผู้ป่วยบางคนสามารถถ่ายอุจจาระได้ปกติแต่เข้าใจว่าตัวเองมีอาการท้องผูก ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักให้ความสำคัญกับสุขภาพตนเองมาก และเชื่อว่าการถ่ายปกติต้องถ่ายได้ทุกวันทำให้เกิดความกังวลเมื่อตนเองไม่สามารถถ่ายได้อย่างสม่ำเสมอ การให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยว่าถ้าสามารถถ่ายได้มากกว่าสองครั้งต่อสัปดาห์และการถ่ายนั้นไม่ได้ยากลำบากหรือเจ็บปวดก็ถือว่าเป็นการถ่ายที่ปกติ

2. การถ่ายให้เป็นเวลาและตอบสนองต่อความรู้สึกอยากถ่าย

ดังที่กล่าวมาข้างต้นว่าการเคลื่อนไหวของลำไส้ใหญ่ที่จะกระตุ้นให้เกิดอาการอยากถ่ายนั้นเกิดแค่วันละประมาณ 2 ครั้งในผู้ป่วยท้องผูกเรื้อรัง ดังนั้นถ้าผู้ป่วยไม่สามารถตอบสนองต่อความรู้สึกอยากถ่ายได้ อาจจะต้องรอไปจนถึงวันต่อไปที่จะมีความรู้สึกอยากถ่ายมาใหม่ ในผู้ป่วยบางคนมีตารางการประกอบกิจวัตรประจำวันที่มีเวลาไม่สอดคล้องกับเวลาที่เกิดความรู้สึกอยากถ่ายทำให้ต้องกลั้นอุจจาระไว้ตลอดเกือบทุกวันจนกระทั่งถึงวันหยุดจึงจะได้ถ่าย ซึ่งก็จะทำให้เกิดปัญหาการถ่ายลำบากตามมาเนื่องจากอุจจาระที่ค้างอยู่ในลำไส้มานานๆ จะใหญ่และแข็ง

โดยปกติความรู้สึกอยากถ่ายอุจจาระมักเกิดหลังจากผู้ป่วยตื่นนอนในตอนเช้าและช่วงเวลาหลังอาหาร ในทางปฏิบัติหลังตื่นนอนตอนเช้าจะเป็นเวลาที่เหมาะที่สุดสำหรับการถ่ายอุจจาระ ผู้ป่วยที่มีอาการท้องผูกควรตื่นแต่เช้าให้มีเวลาเพียงพอที่จะดื่มนมสักหนึ่งแก้วเพื่อกระตุ้นให้เกิดความอยากถ่าย และมีเวลาพอที่จะสามารถถ่ายได้โดยไม่ต้องรีบเร่ง ผู้ป่วยควรตระหนักว่าผู้ป่วยท้องผูกจะมีการเคลื่อนไหวของลำไส้ที่ช่วยทำให้มีโอกาสถ่ายได้วันละเพียง 1-2 ครั้งเท่านั้นซึ่งน้อยกว่าคนปกติ หรือในบางคนอาจมีมาเพียงอาทิตย์ละแค่ 2-3 ครั้งเท่านั้น ดังนั้นผู้ป่วยควรระวังกลั้นอยู่เสมอดีกว่ากลั้นอุจจาระไว้ไม่ยอมถ่ายเมื่อเกิดความรู้สึกอยากถ่ายไม่ว่าด้วยสาเหตุใดก็ตามจะเป็นการซ้ำเติมอาการท้องผูกให้เป็นมากยิ่งขึ้น

3. อาหาร น้ำดื่มและเกลือแร่

อาหารที่มีกากหรือไฟเบอร์มากจะทำให้ปริมาณอุจจาระมากขึ้นและเคลื่อนไหวตัวภายในลำไส้ใหญ่เร็วขึ้น แต่การรับประทานอาหารที่มีกากมากขึ้นจะได้ผลเฉพาะในผู้ป่วยที่มีอาการท้องผูกไม่รุนแรงในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการท้องผูกรุนแรงการเพิ่มปริมาณกากอาหารหรือไฟเบอร์ในอาหารที่รับประทานอาจทำให้มีอาการท้องอืดหรือปวดเกร็งท้องได้

การขาดน้ำและเกลือแร่ทำให้ลำไส้ใหญ่ดูดน้ำกลับมากขึ้นทำให้อุจจาระมีก้อนแข็งมากและถ่ายลำบาก การดื่มน้ำมากขึ้นจะทำให้อุจจาระอ่อนนุ่มถ่ายง่าย

4. การออกกำลังกายและการเคลื่อนไหว

การเคลื่อนไหวและออกกำลังกายจะทำให้การเคลื่อนไหวของลำไส้ดีขึ้นทำให้ถ่ายได้บ่อยขึ้น ผู้ป่วยที่ไม่ค่อยเคลื่อนไหวนอนอยู่กับเตียงตลอดเวลาจะทำให้เกิดอาการท้องผูกได้

การใช้ยาระบาย

ยาระบายมีอยู่มากมายหลายชนิดแต่อาจแบ่งเป็นกลุ่มต่างๆ ได้ดังนี้

1. ยาระบายที่ออกฤทธิ์โดยการทำให้ปริมาณอุจจาระมากขึ้น (bulk-forming laxative)

ยาในกลุ่มนี้ที่มีขายในท้องตลาดได้แก่ Fybogel[®], Forlax[®], และ Metamucil[®] ซึ่งมีคุณสมบัติเหมือนไฟเบอร์ จะไม่ถูกย่อยและดูดซึมจากทางเดินอาหารจึงสามารถอุ้มน้ำได้มากขึ้นเป็นการเพิ่มปริมาณอุจจาระและทำให้อุจจาระเป็นก้อนอ่อนนุ่มขึ้น นอกจากนี้ยังกระตุ้นการบีบตัวของลำไส้ทำให้อุจจาระเคลื่อนผ่านภายในลำไส้ใหญ่ได้เร็วขึ้น

ยาระบายกลุ่มนี้สามารถใช้ได้ในหญิงมีครรภ์ที่อาการท้องผูกไม่รุนแรง การออกฤทธิ์ของยาจะไม่ออกฤทธิ์ทันที อาจจะต้องใช้เวลาประมาณหนึ่งสัปดาห์จึงจะเห็นผล ในผู้ป่วยที่ท้องผูกรุนแรงยาระบายกลุ่มนี้มักไม่ค่อยได้ผล และไฟเบอร์อาจย่อยสลายโดยแบคทีเรียภายในลำไส้เกิดเป็นแก๊สทำให้เกิดอาการท้องอืด หรือปวดบิบบท้องได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยที่รับประทานยาระบายชนิดนี้ควรดื่มน้ำให้เพียงพอ การดื่มน้ำไม่เพียงพอจะทำให้อุจจาระแข็งและถ่ายยาก ควรระวังในผู้ป่วยที่รับประทานยาอื่นๆ ร่วมด้วย ยาระบายกลุ่มนี้อาจมีผลทำให้ยาอื่นที่ผู้ป่วยรับประทานอยู่ดูดซึมได้น้อยลงจึงควรรับประทาน 2 ชั่วโมงก่อนหรือ 2 ชั่วโมงหลังรับประทานยาอื่น

2. ยาที่ออกฤทธิ์โดยการดูดน้ำกลับเข้ามาในลำไส้มากขึ้น (osmotic laxative)

ยากลุ่มนี้จะเป็นสารโมเลกุลเล็กๆ ซึ่งไม่สามารถดูดซึมได้ภายในลำไส้ ทำให้สามารถดูดซึมน้ำกลับเข้ามาภายในลำไส้ด้วยแรงออสโมซิส ทำให้ปริมาณอุจจาระมากขึ้นและเหลวขึ้น ยาในกลุ่มนี้ที่มีขายในท้องตลาดได้แก่ มิลค์ออฟแมกนีเซีย (milk of magnesia, MOM), น้ำตาลแลคตูโลส (Duphalac[®]), แลคติทอล (Importal[®]) แลคตูโลสมีคุณสมบัติเป็นน้ำตาลที่ไม่สามารถดูดซึมได้โดยลำไส้เล็ก ตัวยาคจึงเคลื่อนไปถึงลำไส้ใหญ่ในรูปเดิมแล้วถูกย่อยโดยแบคทีเรียในลำไส้ใหญ่ เกิดเป็นกรดอินทรีย์ ซึ่งจะดูดน้ำเข้ามาในอุจจาระเป็นผลให้อุจจาระอ่อนตัวขึ้นและยังสามารถกระตุ้นให้ลำไส้ใหญ่มีการเคลื่อนไหวตัวดีขึ้น ยากลุ่มนี้เหมาะสำหรับทารก เด็ก ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคตับ สตรีมีครรภ์ สตรีให้นมบุตร ส่วนมิลค์ออฟแมกนีเซีย (MOM) เป็นยาที่ช่วยดูดน้ำเข้ามาในอุจจาระและลำไส้ทำให้มีประสิทธิภาพในการเป็นยาระบาย แต่มีข้อเสียคือ สารแมกนีเซียม อาจสะสมในร่างกายทำให้เกิดอันตราย จึงห้ามใช้ในผู้ป่วยโรคไตและเด็ก

3. ยาที่ทำให้อุจจาระอ่อนนิ่ม เช่น น้ำมันพาราฟิน (ELP co.) การใช้ยานี้หลายๆ จะรบกวนการดูดซึมของวิตามิน A, D, E, K โดยเฉพาะวิตามิน D เมื่อขาดจะมีผลต่อการดูดซึมของแคลเซียมและฟอสฟอรัส จึงห้ามใช้ในสตรีมีครรภ์และเด็กเล็ก เนื่องจากมีส่วนประกอบของน้ำมันสามารถทำให้เกิดปอดอักเสบรุนแรงได้ถ้าสำลัก ยาระบายนี้เข้าปอด จึงห้ามใช้ในเด็กเล็กและผู้ป่วยที่อาจมีปัญหาด้านการกลืน เช่น ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยมีปัญหาของระบบประสาท และผู้ป่วยโรคปอดเรื้อรัง

4. ยาที่กระตุ้นการบีบตัวของลำไส้ (Irritant laxatives) ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์ค่อนข้างแรงและเร็ว เช่น มะขามแขก บิสาโคดิล ควรใช้ยากลุ่มนี้เมื่อรักษาด้วยยากลุ่มอื่นแล้วไม่ได้ผลโดยเฉพาะผู้ที่มีอาการท้องผูกรุนแรง ข้อเสียของยากลุ่มนี้คือ อาจทำให้เกิดอาการปวดท้อง ควรระมัดระวังในการใช้ยากลุ่มนี้เป็นเวลานานๆ อาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างและการทำงานของลำไส้ได้

5. ยาระบายชนิดสวน

การสวนด้วยยาระบายจะทำให้ลำไส้ใหญ่ส่วนปลายโป่งพองเกิดการกระตุ้นการบีบตัวของลำไส้ ร่วมกับการทำให้อุจจาระอ่อนนุ่มลง จึงสามารถกระตุ้นให้ถ่ายได้ ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงเกิดจากการสวนไม่ถูกวิธีทำให้น้ำยาที่ใช้สวนรั่วซึมเข้าไปในผนังลำไส้ได้ชั้นเยื่อหุ้ม และอาจทำให้เกิดแผลได้ ยาระบายชนิดสวนที่มีขายทั่วไปในท้องตลาดคือ Unison[®] ซึ่งเป็นน้ำเกลือเข้มข้น (15% NaCl) ซึ่งพบว่าสามารถทำให้เกิดการทำลายของเยื่อหุ้มลำไส้ใหญ่ได้บ่อยแต่มีภัยได้เอง ยาสวนบางชนิดมีส่วนผสมของ sodium phosphate เข้มข้นอาจทำให้ระดับ phosphate ในเลือดสูงและแคลเซียมในเลือดต่ำ เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ มักเกิดขึ้นในเด็กที่สวนอุจจาระแล้วไม่สามารถถ่ายออกมาได้ ดังนั้นถ้าไม่แน่ใจว่าผู้ป่วยจะสามารถถ่ายอุจจาระออกมาได้หรือไม่ควรทำการสวนอุจจาระ โดยเฉพาะด้วยยาที่มีส่วนผสมของ sodium phosphate เข้มข้น

6. ยาระบายชนิดเหน็บ

ยาระบายชนิดเหน็บที่ใช้ได้ผลดีและปลอดภัยคือ กลีเซอริน (glycerin) ส่วน bisacodyl หรือ Dulcolax[®] ชนิดเหน็บจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเยื่อลำไส้และพบว่าถ้าใช้ในขนาดสูงจะทำให้เยื่อหุ้มลำไส้ถูกทำลายไปได้ จึงไม่ควรใช้ประจำและควรใช้ภายใต้คำแนะนำจากแพทย์เท่านั้น

การฝึกการขับถ่าย (Biofeedback training)

ประมาณหนึ่งในสามของผู้ป่วยท้องผูกเรื้อรัง มีสาเหตุมาจากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมให้กล้ามเนื้อที่ควบคุมการขับถ่ายคลายตัวได้ขณะถ่ายอุจจาระ ทำให้เกิดอาการท้องผูก ในรายที่เป็นมากจะไม่ตอบสนองต่อยาระบาย ต้องใช้นิ้วมือช่วยในการขับถ่าย หรือการสวนอุจจาระ การวินิจฉัยทำได้โดยการตรวจดูการทำงานของกล้ามเนื้อที่ใช้ในการถ่ายอุจจาระโดยแพทย์ การสอนให้ผู้ป่วยรู้จักเทคนิคในการถ่ายที่ถูกต้องโดยใช้เครื่องมือที่แสดงถึงการทำงานของกล้ามเนื้อที่ควบคุมการขับถ่าย (biofeedback) จะทำให้อาการท้องผูกดีขึ้นประมาณ 60-70% ของผู้ป่วย ซึ่งการรักษาโดยวิธีนี้มีเฉพาะสถาบันแพทย์ขนาดใหญ่ เช่น ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

การตัดลำไส้ใหญ่ออก

ผู้ป่วยที่ท้องผูกจากลำไส้เคลื่อนไหวน้อยและรับประทานยาแล้วไม่ได้ผลยังมีลำไส้ใหญ่เคลื่อนไหวน้อยอยู่ การตัดลำไส้ใหญ่ออกไปอาจทำให้อาการดีขึ้นได้ แต่ก่อนการผ่าตัดควรแน่ใจว่าการเบ่งอุจจาระปกติดี ลำไส้เล็กและกระเพาะอาหารเคลื่อนไหวนormalดี ถ้าการเบ่งและลำไส้เล็กเคลื่อนไหวนormalดีจะทำให้การผ่าตัดได้ผลน้อยลง ก่อนการพิจารณาตัดลำไส้ใหญ่ออกจึงควรให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยท้องผูกเป็นผู้พิจารณา

นอกจากนั้นยังมีการรักษาอื่นๆ เช่น การฉีดยา botulinum toxin เข้าที่กล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักในผู้ที่ฝึกเบ่งแล้วไม่ได้ผล หรือการผ่าตัดเปิดลำไส้ที่ผนังหน้าท้องแทนการถ่ายทางทวารหนัก ซึ่งอาจมีความจำเป็นในผู้ป่วยบางรายและควรอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

เอกสารอ้างอิง

1. Rao SS, Welcher KD, Pelsang RE. Effects of biofeedback therapy on anorectal function in obstructive defecation. *Dig.Dis.Sci.* 1997;42:2197-2205.
2. Rao SS. Functional colonic and anorectal disorders. Detecting and overcoming causes of constipation and fecal incontinence. *Postgrad.Med.* 1995;98:115-116.
3. Nyam DC, Pemberton JH, Ilstrup DM, Rath DM. Long-term results of surgery for chronic constipation. *Dis.Colon Rectum* 1997;40:273-279.
4. Bharucha AE, Phillips SF. Slow transit constipation. *Gastroenterol.Clin.North Am.* 2001;30:77-95.
5. Wald A. Colonic transit and anorectal manometry in chronic idiopathic constipation. *Arch.Intern.Med.* 1986;146:1713-1716.
6. Wald A. Constipation. *Med.Clin.North Am.* 2000;84(5):1231-1246.
7. Wald A. Slow Transit Constipation. *Curr.Treat.Options.Gastroenterol.* 2002;5(4):279-283.