

รายงานการวิจัย

อาการท้องผูก การจัดการ และผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม

ดร. พรรณวดี พุฒวัฒน์*

ไพรินทร์ แสนรงค์**

วาสนา บุตรปัญญา***

Putwatana, P., Sanrung, P., & Budpanya, W.

Constipation, management, and clinical outcomes in critically ill surgical patients.

Thai Journal of Nursing, 61(3), 60-68, 2012.

Key Words: Constipation, Management, Clinical Outcomes, Critically Ill, Surgical Patients.

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มุ่งศึกษาถึง อัตราการเกิดอาการ วิธีการรักษาดูแล และผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมผู้ใหญ่และผู้สูงอายุของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง และหาความสัมพันธ์ของตัวแปรเหล่านี้ โดยการศึกษาแบบย้อนหลังจากบันทึกของแพทย์และพยาบาลในเวชระเบียนผู้ป่วยที่เคยได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมและศัลยกรรมอุบัติเหตุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดใน พ.ศ. 2554 จำนวน 300 ราย เมื่อกำหนดให้อาการท้องผูกหมายถึง การที่ไม่มีการถ่ายอุจจาระต่อเนื่องกันตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป หรือถ่ายอุจจาระแห้งแข็งมาก โดยเก็บข้อมูลจากแบบบันทึกข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย และสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบผู้ป่วยที่มีอาการท้องผูกอย่างน้อย 1 ครั้งในระหว่างอยู่โรงพยาบาล ร้อยละ 73.3 จำนวนวันที่

ไม่ถ่ายอุจจาระเฉลี่ย 5.5 วัน (Min-Max = 0-26, SD = 3.4) ร้อยละ 21.8 ของผู้ที่มีอาการได้รับการรักษาด้วยยาส่วนใหญ่เป็นยาสวนทวาร และพบว่าจำนวนวันที่ไม่ถ่ายอุจจาระต่อเนื่องกันมีความสัมพันธ์ทางบวกกับจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ($r_s = 0.254, p < .001$) และจำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยวิกฤต ($r_s = 0.179, p = .002$) จำนวนครั้งของการมีอาการท้องผูก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ($r_s = 0.209, p < .001$) และจำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยวิกฤต ($r_s = 0.141, p < .05$) อาการท้องผูกมีความสัมพันธ์ทางลบกับการตาย ($p < .05$) ผลลัพธ์ทางคลินิกเหล่านี้ อาจเป็นได้ทั้งผลลัพธ์ทางอ้อมของอาการท้องผูก การจัดการอาการ หรือเป็นข้อมูลที่บ่งบอกว่าผู้ป่วยที่มีอาการในชั้นวิกฤตมีการขับถ่ายน้อยลง

* รองศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

** พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

*** พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยระบบประสาท โรงพยาบาลแพร์

Abstract

This retrospective study aimed to determine the prevalence, management and outcomes of constipation in critically ill surgical patients in a tertiary hospital, and the relationships among these variables. The sample was the medical records of all patients who had admitted in any of two intensive care units (ICUs), surgical and traumatic wards during the year 2011. After the permission from the hospital ethical committee, data were collected from the medical records. One of the researchers recorded data into the recording forms according to the definition of constipation as the difficulty of defecation due to hard and dry stool and/or less than three times a week, management, and clinical outcomes. Data were analyzed using descriptive statistics, and Spearman rank correlation.

The results revealed that constipation at least one time was found in 73.3 percents of cases. Mean days without stool passing were 5.5 (Min - Max = 0 - 26, SD = 3.4). There were 21.8 percents of whom with the symptom received oral and/or rectal laxatives. Number of days without stool passing had significantly positive correlation with length of hospital stay ($r_s = 0.254$, $p < .001$), and length of ICU stay ($r_s = 0.179$, $p = .002$). Frequency of constipation had significantly positive correlation with length of hospital stay ($r_s = 0.209$, $p < .001$) and length of ICU stay ($r_s = 0.141$, $p < .05$). There was significantly negative correlation between constipation and mortality at $p < .05$. These clinical outcomes reflected some indirect effects from constipation or it might be shown that during the critically ill period there were less stool.

ความสำคัญของปัญหา

ท้องผูกเป็นปัญหาที่พบบ่อย ที่รบกวนความสุขสบายและส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในบุคคลทั่วไป (O'Keefe et al, 1992; Glia & Lindberg, 1997) อาการท้องผูกเกิดได้กับบุคคลทุกกลุ่มแต่มักได้รับความสนใจน้อยและไม่ค่อยหาวิธีป้องกันหรือแก้ไขอย่างจริงจัง ส่วนใหญ่เกิดจากสุขนิสัยการขับถ่ายไม่ดี ส่วนน้อยทราบสาเหตุว่ามีพยาธิสภาพในลำไส้ มักแก้ปัญหาด้วยการใช้ยาระบายซึ่งหากใช้ไม่เหมาะสมมีผลเสียตามมาได้มาก ในประเทศสหรัฐอเมริกา อาการท้องผูกจัดเป็นปัญหา ในห้าอันดับแรกที่นำผู้ป่วยมาพบแพทย์ในแผนกตรวจผู้ป่วยนอก (Bouras & Tangelos, 2009)

เมื่อเกิดอาการท้องผูกทำให้ไม่สุขสบาย อึดอัด หรือมากขึ้นจนถึงทุกข์ทรมาน เมื่อเจ็บป่วยต้องนอนพัก

รักษาตัวในโรงพยาบาลโดยเฉพาะเมื่อเจ็บป่วยวิกฤต มีปัจจัยที่สนับสนุนให้มีโอกาสเกิดอาการได้มากขึ้น อาจส่งผลเสียที่รบกวนการฟื้นฟู หรือร้ายแรงจนนำไปสู่การเสียชีวิต เช่น มีรายงานว่าในผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำคั่งในสมอง การระบายของน้ำไขสันหลังไม่ดี อาการท้องผูกเรื้อรัง สามารถเพิ่มแรงดันในสมองถึงเป็นอันตรายได้ (Martinez, Martos, Pedro, & Almagro, 2008) และเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้ในผู้ป่วยโรคหัวใจ และในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อาจส่งผลให้เส้นเลือดในสมองแตกได้ (Smelzer, & Bare, 2004)

ผู้ป่วยวิกฤตเป็นผู้ป่วยที่มีอาการหนักหรืออยู่ในภาวะที่เป็นอันตรายมาก ส่วนใหญ่มีระบบการหายใจล้มเหลวหรือระบบไหลเวียนโลหิตไม่คงที่ ได้แก่ เมื่อได้รับ

การผ่าตัดใหญ่ มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ได้รับการบาดเจ็บรุนแรง และมีภาวะติดเชื้อ เป็นต้น ผู้ป่วยจึงมีความเสี่ยงต่อการทำงานของหลายอวัยวะล้มเหลวและการเสียชีวิต (วิบูลย์ ตระกูลสุน, 2553) ความจำเป็นที่ต้องงดอาหารและน้ำดื่มเพื่อช่วยชีวิตในระยะแรกหรือระยะหลังผ่าตัด การเริ่มต้นให้อาหารผ่านระบบทางเดินอาหารช้าและ/หรือปริมาณอาหารที่ให้ผู้ป่วยไม่มากพอ ทำให้มีกากอาหารน้อย รวมทั้งอาจเป็นผลจากฤทธิ์ของยาที่ได้รับจึงไม่ถ่ายอุจจาระ และไม่ได้ให้ความสนใจป้องกันหรือแก้ไขอาการท้องผูกจริงจัง ก็อาจทำให้ผู้ป่วยไม่สุขสบายและมีผลกระทบต่อการฟื้นหายหรือประสิทธิภาพของการรักษาได้

อาการท้องผูก หมายถึงการที่ถ่ายอุจจาระน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือไม่ถ่ายอุจจาระต่อเนื่องกันตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป หรือการที่อุจจาระแห้งแข็งมาก ถ่ายลำบาก (American Gastroenterological Association, 2008; Tally, 2004; Longstreth, 2006) การศึกษาอุบัติการณ์การเกิดอาการท้องผูกในต่างประเทศ พบอาการท้องผูกประมาณร้อยละ 16-17 (วารภรณ์ ศิริธรรมานุกูล, 2552) และร้อยละ 24.2 ในคนไทย (สุเทพ กลชาญวิทย์, 2547) ในประเทศจีน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 154 คนพบว่า มีอาการท้องผูกร้อยละ 55.2 ใน 4 สัปดาห์หลังจากมีอาการของโรค (Youngjing et al., 2009) ในผู้ป่วยวิกฤต มีโอกาสเกิดอาการได้มากขึ้น ในประเทศอังกฤษ ผู้ป่วยวิกฤต 48 ราย พบอาการท้องผูก ร้อยละ 40 ราย (ร้อยละ 83.3) (Mostafa, Bhandari, Ritchie, Gratton, & Wenstone, 2003) ในประเทศไทยมีรายงานในผู้ป่วยโรคระบบประสาทที่ได้รับการดูแลตามปกติ ว่ามีอาการท้องผูกร้อยละ 72.5 (29 รายจาก 40 ราย) (วาสนา บุตรปัญญา, พรธณวดี พุฒินะ และศุภร วงศ์วิทย์, 2555) และในกลุ่มผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดข้อสะโพก ร้อยละ 76.7 (23 รายจาก 30 ราย) (Monmai, Aree-Ue, Putwatana, & Kawinwonggowit, 2011) ผู้ป่วยวิกฤต

ศัลยกรรมจัดเป็นกลุ่มเสี่ยงกลุ่มหนึ่ง ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเรื่องนี้เพื่อเพิ่มความตระหนักของทีมสุขภาพในการดูแลและหาวิธีการป้องกันและดูแลอาการท้องผูกของผู้ป่วย

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd (2001) ที่ระบุว่าอาการของผู้ป่วยทั้งอาการและอาการแสดง เป็นประสบการณ์ของแต่ละบุคคลที่อาจบอกได้ รับรู้ได้ หรือตรวจพบ เมื่อเกิดอาการบุคคลจะหาวิธีการในการจัดการกับอาการนั้นโดยการหาวิธีการต่างๆ ด้วยตนเอง บอกเล่าผู้อื่น หาความช่วยเหลือและการจัดการโดยบุคลากรทางสุขภาพ ในกรณีนี้เป็นผู้ป่วยวิกฤต การจัดการกับอาการ ศึกษาวิธีการที่แพทย์หรือพยาบาลปฏิบัติ ผลลัพธ์ที่ได้อาจเป็นผลของอาการและผลของการจัดการกับอาการ และการรักษาดูแลที่ได้รับด้วย ในการศึกษาี้เลือกศึกษาอาการท้องผูก จากจำนวนครั้งของการถ่ายอุจจาระแต่ละวันและลักษณะของอุจจาระวิธีการที่ใช้จัดการกับอาการโดยใช่ยาหรือไม่ใช่ยา ผลลัพธ์เลือกศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกที่เป็นผลรวม ได้แก่จำนวนวันนอนโรงพยาบาล จำนวนวันนอนหอผู้ป่วยวิกฤต และการตาย รวมทั้งความสำเร็จของการช่วยเหลือเมื่อมีอาการท้องผูก และความเกี่ยวข้องกันระหว่างอาการท้องผูกกับผลลัพธ์ทางคลินิก

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาอัตราการเกิดอาการลักษณะของอาการท้องผูก วิธีการจัดการ และผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่จำนวนวันนอนโรงพยาบาล จำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยวิกฤต และอัตราตายในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม
2. หาความสัมพันธ์ระหว่าง จำนวนวันที่ไม่ถ่ายอุจจาระ (ต่อเนื่องกัน) จำนวนครั้งของการเกิดอาการท้องผูก กับจำนวนวันนอนโรงพยาบาล จำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยวิกฤต และการตายในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม

สมมติฐานการวิจัย

จำนวนวันที่ไม่ถ่ายอุจจาระ (ต่อเนื่องกัน) และจำนวนครั้งของการเกิดอาการท้องผูก มีความสัมพันธ์กับจำนวนวันนอนโรงพยาบาล จำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยวิกฤต และการตายในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) ชนิดศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective study) จากบันทึกของแพทย์และพยาบาลในเวชระเบียนผู้ป่วย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นเวชระเบียนของผู้ป่วยศัลยกรรมที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตในโรงพยาบาลรามาริบัติ

กลุ่มตัวอย่าง เป็นเวชระเบียนของผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปที่ได้รับการผ่าตัด ภายหลังการผ่าตัดเข้าพักรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม ได้แก่ อุบัติเหตุ ศัลยกรรมทั่วไป หลอดเลือด ระบบประสาททางเดินปัสสาวะ กระดูกและข้อ ตับ ท่อน้ำดี และตับอ่อน มะเร็งโดยไม่รวมการผ่าตัดหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ ระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2554

เครื่องมือวิจัย เป็นแบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ตรวจสอบโดยทีมวิจัย และมีการศึกษานำร่องในกลุ่มผู้ป่วย 10 ราย แล้วปรับแก้ไข แบ่งเป็น 4 ส่วน เป็นข้อคำถามแบบรายการให้เลือกตอบ (Check list) และเติมคำในช่องว่าง ประกอบด้วย **ส่วนที่ 1** ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ และสิทธิการรักษา **ส่วนที่ 2** ข้อมูลด้านคลินิก ได้แก่ ประเภทของผู้ป่วย โรคประจำตัว ประเภทการผ่าตัด ระยะเวลาการผ่าตัด ตำแหน่งที่ผ่าตัด ประเภทของแผลผ่าตัด ปริมาณเลือดที่เสียขณะผ่าตัด การมีทางระบายอุจจาระทางหน้าท้อง **ส่วนที่ 3** จำนวนครั้งของการถ่ายอุจจาระแต่ละวัน ตลอดจนการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลในครั้งที่

ศึกษา วิธีการที่แพทย์และ/หรือพยาบาลแก้ไข จัดการอาการท้องผูก และ **ส่วนที่ 4** ข้อมูลผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ จำนวนวันนอนโรงพยาบาล จำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยวิกฤต และการตาย

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมชั้น 5 และหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมอุบัติเหตุในปี 2554 จากหน่วยเวชสถิติ โรงพยาบาลรามาริบัติ ขอเยี่ยมเวชระเบียนผู้ป่วยตามรายชื่อที่ได้จากแผนกเวชระเบียน และผู้วิจัยทำการบันทึกข้อมูลเพียงคนเดียวจากเวชระเบียน ภายในห้องที่แผนกเวชระเบียนจัดเตรียมให้ ตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูล และนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยยึดหลักจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ โดยผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล เริ่มเก็บข้อมูลภายหลังได้รับอนุญาต และมีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา โดยข้อมูลที่ได้ออกเก็บไว้เป็นความลับ ผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวมไม่มีการระบุชื่อผู้ป่วย โดยมีข้อตกลงเบื้องต้นว่าข้อมูลจากบันทึกของแพทย์และพยาบาลในเวชระเบียน เป็นข้อมูลที่ต้องขอชื่อได้

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยกำหนดรหัสข้อมูลและจัดทำคู่มือลงรหัสของแบบบันทึก และใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป หาค่าความถี่ ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างอาการท้องผูก กับผลลัพธ์การรักษา โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

ผู้ป่วย 300 ราย เป็นชาย ร้อยละ 58.0 อายุต่ำสุด 18 ปี สูงสุด 97 ปี ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 52.8 ปี ร้อยละ 42.0

มีอายุ 60-79 ปี สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 49.0 ระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า ร้อยละ 30.0 ร้อยละ 39.7 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 24.7 เป็นข้าราชการหรือทำงานรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 49.0 ใช้สิทธิการรักษาที่เบิกจากตนสังกัด

ผู้ป่วยมีความผิดปกติหลากหลาย ที่พบมากที่สุดคือระบบประสาท (33.7%) ร้อยละ 68.7 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 30.7 เป็นโรคเมเรจ เป็นการผ่าตัดแบบวางแผนล่วงหน้า ร้อยละ 66.7 ใช้เวลาผ่าตัดนาน มากกว่า 180 นาที ผ่าตัดบริเวณช่องท้อง และบริเวณศีรษะและคอมากที่สุด มีร้อยละ 45.3 และ 42 ตามลำดับ มีแผลผ่าตัดแบบสะอาด ร้อยละ 59.0 และมีถุงระบายอุจจาระทางหน้าท้อง ร้อยละ 4.3

ผลการศึกษาอัตราการเกิดอาการ ลักษณะของอาการท้องผูก วิธีการจัดการ และผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม พบว่า อาการท้องผูกและการจัดการกับอาการในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม ที่มีอาการท้องผูก พบ 220 ราย (73.3%) มีจำนวนวันที่ไม่ถ่ายอุจจาระต่อเนื่องกันเฉลี่ย 5.5 วัน สูงสุด 26 วัน ในช่วงที่อยู่ในโรงพยาบาลมีอาการท้องผูกมากที่สุด 9 ครั้ง กลุ่มที่มีอาการท้องผูกมีการรายงานแพทย์และได้รับยาร้อยละ 21.8 มีทั้งชนิดรับประทาน ชนิดสวนทวาร และให้ทั้ง 2 ชนิด ร้อยละ 75 เป็นยาสวนทางทวารหนัก ภายหลังได้รับยาสามารถถ่ายอุจจาระออกได้ ไม่พบว่ามีการล้วงอุจจาระออก (Manual evacuation) (ตาราง 1)

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของอาการท้องผูกของผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม

อาการท้องผูก	จำนวน	ร้อยละ
มีอาการ		
ไม่มี	80	26.7
มี	220	73.3
จำนวนวันที่ไม่ถ่ายอุจจาระ (Min-Max = 0-26, M = 5.5, SD = 3.4)		
1 - 3	93	31.0
4 - 7	138	46.0
8 - 14	64	21.3
มากกว่า 15	5	1.7
จำนวนครั้งของอาการต่อราย (Min-Max = 0-9, M = 1.05, SD = 1.10)		
0	80	26.7
1	172	57.3
≥ 2	48	16.0
การรักษา (n = 220 ราย)		
ไม่ได้รับการรักษา	172	78.2
ได้รับการรักษา*	48	21.8
ยารับประทาน	17	35.4
ยาสวน	36	75.0

* ผู้ป่วยหนึ่งรายใช้ยามากกว่า 1 ชนิด

2. ผลการหาความสัมพันธ์ระหว่าง จำนวนวันที่ ไม่ถ่ายอุจจาระ (ต่อเนื่องกัน) จำนวนครั้งของการเกิด อาการท้องผูก กับจำนวนวันนอนโรงพยาบาล จำนวน วันนอนในหอผู้ป่วยวิกฤต และการตายในผู้ป่วยวิกฤต ศัลยกรรม เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ จึงใช้ Spearman rank correlation พบว่า จำนวนวันที่ ไม่ถ่ายอุจจาระมีความสัมพันธ์ทางบวกกับจำนวนวันนอน โรงพยาบาล ($r_s = 0.254, p < .001$) และจำนวนวันนอนใน

หอผู้ป่วยวิกฤต ($r_s = 0.179, p = .002$) จำนวนครั้งของ อาการท้องผูกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับจำนวนวันนอน โรงพยาบาล ($r_s = 0.209, p < .001$) และจำนวนวันนอนใน หอผู้ป่วยวิกฤต ($r_s = 0.141, p < .05$) ส่วนการตายมีความ สัมพันธ์ทางลบกับจำนวนวันที่ไม่ถ่ายอุจจาระ ($r_s = -0.145, p < .001$) และจำนวนครั้งที่ท้องผูก ($r_s = -0.131, p < .05$) (ตาราง 2)

ตาราง 2 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r_s) ระหว่างผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมกับอาการท้องผูก ($n = 300$)

อาการท้องผูก	ผลลัพธ์ทางคลินิก		
	จำนวนวันนอน โรงพยาบาล	จำนวนวันนอนในหอ ผู้ป่วยวิกฤต	การตาย
จำนวนวันที่ไม่ถ่ายอุจจาระ	0.254***	0.179**	-0.145***
จำนวนครั้งที่ท้องผูก	0.209***	0.141*	-0.131*

*** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$

การอภิปรายผลการวิจัย

ผู้ป่วย 300 ราย เป็นผู้ป่วยทุกคนที่รับไว้รักษาใน หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม ทั้งศัลยกรรมอุบัติเหตุ และ ศัลยกรรมทั่วไป ได้รับการผ่าตัดที่หลากหลาย ยกเว้นเพียง โรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจที่มีหอผู้ป่วยวิกฤตเฉพาะ จึงมีผู้ชายมากกว่าผู้หญิงเล็กน้อย ร้อยละ 58.0 และ ร้อยละ 42.0 ตามลำดับ และกลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) มีร้อยละ 52.7 มากกว่ากลุ่มผู้ใหญ่ (18 - 59 ปี) เล็กน้อย (47.3%) พบว่าจำนวนเกือบ 3 ใน 4 รายมีอาการท้องผูก (ร้อยละ 73.3) ไกล่เคียงกับที่พบในผู้ป่วยโรคระบบ ประสาท (ทั้งที่ไม่ได้รับและได้รับการผ่าตัดสมอง) ที่ได้รับการ รวดเลตามปกติคือร้อยละ 72.5 (วาสนา บุตรปัญญา, พรธณวดี พุทธิวัฒน์, ศุภร วงศ์วิญญู, และภานุมาศ

ขวัญเรือน, 2555) อาจเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็น โรคระบบประสาท และใกล้เคียงกับกลุ่มผู้ป่วยหลังได้รับการ ผ่าตัดข้อสะโพกคือร้อยละ 76.7 (Monmai, Aree-Ue, Putwatana, & Kawinwonggowit, 2011) เนื่องจากเป็น ผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัดใหญ่เช่นเดียวกันซึ่งต่ำกว่าเล็กน้อย เมื่อเทียบกับรายงานในประเทศอังกฤษที่เป็นกลุ่มผู้ป่วย วิกฤต (ร้อยละ 83.3) (Mostafa, Bhandari, Ritchie, Gratton, & Wenstone, 2003) ความซุกที่พบแตกต่างกัน อาจเนื่องจากข้อมูลพื้นฐานที่แตกต่างกัน เช่น อายุ เพศ อายุมากขึ้น และผู้หญิงมีโอกาสพบอาการท้องผูกได้ มากขึ้น (Bouras & Tangalos, 2009; Longstreth, 2006) และได้รับการรักษาด้วยยาที่แตกต่างกัน

อาการท้องผูกที่พบร้อยละ 73.3 โดยที่การไม่ถ่ายอุจจาระของผู้ป่วยพบตั้งแต่ 1 วันจนถึงสูงสุด 26 วัน มีค่าเฉลี่ย 5.5 วัน ส่วนใหญ่ 4-7 วัน เมื่อไม่ถ่ายอุจจาระต่อเนื่องกันตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป จัดว่ามีอาการท้องผูก 1 ครั้ง การศึกษาพบว่าในช่วงของการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล มีผู้ป่วยที่มีอาการท้องผูกสูงสุดถึง 9 ครั้ง แสดงว่าผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมมีปัญหาเรื่องอาการท้องผูกมาก ส่วนใหญ่มุ่งศึกษาในประเด็นอื่นๆ และมีข้อมูลเรื่องนี้ด้วย การมีอาการท้องผูกที่พบมาก รุนแรง และใกล้เคียงกับการศึกษาอื่นน่าจะบ่งบอกได้ว่า อาการท้องผูกเป็นปัญหาที่มีอยู่จริงในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม ในจำนวนผู้ที่มีอาการท้องผูกพบว่ามีการได้รับการจัดการกับอาการร้อยละ 21.8 และทุกคนได้รับการรักษาด้วยยา ส่วนใหญ่เป็นชนิดสวนทางทวารหนัก (ร้อยละ 75.0) โดยใช้เป็นวิธีการเดียวหรือให้ร่วมกับยารับประทาน และมีส่วนน้อยที่ใช้ยารับประทานอย่างเดียว ยาที่ใช้เป็นกลุ่มยาระบายที่ออกฤทธิ์ช่วยให้อุจจาระอ่อนนุ่มมากขึ้น (Stool softener) ไม่พบบันทึกการใช้วิธีการอื่นๆ นอกจากการให้ยา ทั้งนี้อาจเป็นข้อจำกัดของวิธีการศึกษาครั้งนี้ หากมีการปฏิบัติอื่น เช่นการให้น้ำเพิ่มขึ้น การแนะนำหรือเพิ่มอาหารที่มีกากใย การช่วยให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกาย แต่ไม่ได้บันทึกไว้ ภายหลังได้รับยาสามารถถ่ายอุจจาระได้ ไม่พบการใช้วิธีล้างอุจจาระสะท้อนว่า อาการท้องผูกในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมได้รับความสนใจจากทีมสุขภาพน้อย อาจเป็นเพราะส่วนใหญ่มุ่งการรักษาชีวิต และการช่วยเหลืออื่นมากกว่า

การที่พบว่าอาการท้องผูก ได้แก่ จำนวนวันที่ไม่ถ่ายอุจจาระ และจำนวนครั้งที่มีอาการท้องผูกขณะอยู่โรงพยาบาลของผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ จำนวนวันนอนโรงพยาบาล และจำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยวิกฤตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าเมื่ออาการท้องผูกรุนแรงขึ้น

ทั้งการที่ไม่ถ่ายอุจจาระหลายวันมากขึ้น และการที่มีจำนวนครั้งที่ท้องผูกมากขึ้น ผู้ป่วยต้องนอนในหอผู้ป่วยวิกฤตนานขึ้น และนอนในโรงพยาบาลนานขึ้น ซึ่งมีผลกระทบต่อเรื่องอื่นตามมาอีกมาก ที่สำคัญคือค่าใช้จ่ายในการรักษาดูแลของผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย และของรัฐ ผู้ป่วยเบิกค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจากต้นสังกัดร้อยละ 49 แม้ว่าด้วยวิธีการที่ศึกษา และวิธีวิเคราะห์ข้อมูล จะไม่สามารถระบุในเชิงเหตุผล และไม่สามารถบอกได้ว่าอะไรเป็นสิ่งที่เกิดก่อน เกิดหลัง แต่ในการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ส่วนหนึ่งน่าจะเกี่ยวกับการที่ผู้ป่วยมักได้รับการงดน้ำและอาหารทางปาก พบว่าการเริ่มต้นให้อาหารช้า และการให้พลังงานตามเป้าหมายช้า มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับจำนวนวันนอนโรงพยาบาล จำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยวิกฤตและการตาย และพบว่าในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับอาหารทางสายพบว่ามีอัตราการเกิดอาการร้อยละ 31.7 (ไพรินทร์ แสนรงค์, พรธณวดี พุทธิพนะ, กุสุมา คุววัฒนสัมฤทธิ์, และปรีดา สัมฤทธิ์ประดิษฐ์, 2555) เมื่อมีการจัดทำเป็นแนวปฏิบัติทางการพยาบาลโดยการจำแนกความเสี่ยงต่ออาการท้องผูกตั้งแต่แรกรับเข้ารักษาในโรงพยาบาล แล้วดำเนินการตามขั้นตอนการดูแลที่กำหนดไว้ สามารถช่วยป้องกันและบรรเทาอาการท้องผูกได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ (Monmai, Aree-Ue, Putwatana, & Kawinwonggowit, 2011) และผู้ป่วยระบบประสาททั้งที่ได้รับและไม่ได้รับการผ่าตัด ดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ (วาสนา บุตรปัญญา, พรธณวดี พุทธิพนะ, และศุภร วงศ์ทัญญู, 2555) และยังมีวิธีการอื่นที่มีรายงานว่าได้ผลดี ไม่ขัดต่อการรักษา และพยาบาลสามารถปฏิบัติได้ (Fernandez-Banares, 2006; ผกามาต วัฒนกะวรรณ, 2545; Karam & Nies, 1994) การช่วยเหลือเพื่อป้องกันและบรรเทาอาการท้องผูกโดยไม่ใช้ยา หาก

ไม่ได้ผลจึงรายงานแพทย์และใช้ยาเท่าที่จำเป็น จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย และอาจช่วยลดระยะเวลาการรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤต และระยะเวลาในโรงพยาบาลได้ ส่วนการที่พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างการมีอาหารท้องผูกกับการตายของผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม อาจเนื่องจาก ในภาวะวิกฤตมาก ผู้ป่วยถึงแก่ความตาย ไม่ได้ใช้เวลารักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤตนาน และในโรงพยาบาลนาน และไม่ได้มีอาหารท้องผูก

ข้อเสนอแนะ

แพทย์และพยาบาลควรให้ความสนใจอาการท้องผูกของผู้ป่วยมากขึ้น หาวิธีป้องกัน ประเมินติดตาม และดูแลแก้ไขปัญหา ซึ่งน่าจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการรักษาและการฟื้นหายของผู้ป่วยได้ดีขึ้น ใช้เวลาและความสิ้นเปลืองในการรักษาพยาบาลน้อยลง อีกทั้งเพิ่มความสุขสบายแก่ผู้ป่วย อันเป็นผลดีกับทุกฝ่าย

เอกสารอ้างอิง

- ผกามาต วัฒกะวรรณ. (2545). *ประสิทธิผลของการนัดหน้าท้องร่วมกับการเหน็บสมุนไพรกระตุ้นการขับถ่ายอุจจาระในผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ไพรินทร์ แสนรงค์, พรธณวดี พุทธิวัฒนะ, กุสุมา คุววัฒนสัมฤทธิ์ และปริดา สัมฤทธิ์ประดิษฐ์. (2555). การดูแลด้านโภชนาการและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม. *รามาธิบดีพยาบาลสาร*, 18(3), 343-357.
- วราภรณ์ ศิริธรรมานุกูล. (2552). *ท้องผูกใครคิดว่าไม่สำคัญ*. ค้นเมื่อวันที่ 17 กรกฎาคม 2552, จาก http://www.cccthai.org/New-Atticle/2552-04-09_constipated/constipated.html
- วาสนา บุตรบุญญา, พรธณวดี พุทธิวัฒนะ, ศุภร วงศ์วัณญและกานานูมาศ ขวัญเรือน. (in press). ผลของโปรแกรมป้องกันอาการท้องผูกสำหรับผู้ป่วยระบบประสาท. *รามาธิบดีพยาบาลสาร*, 18(2), 237-248.
- วิบูลย์ ตระกูลสุน. (2553). โภชนบำบัดในผู้ป่วยวิกฤต. ใน จุฬารัตน์ รุ่งพิสุทธิพงษ์ และสุภาณี พุทธิเดชาคุ่ม (บรรณาธิการ). *Nutrition in clinical medicine*. (หน้า 41-54). กรุงเทพฯ: กรุงเทพฯเวชสาร.
- สุเทพ กลชาณวิทย์. (2547). *โรคทางเดินอาหารและการรักษา 1* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- American Gastroenterological Association. (2008). *Understanding constipation*. Retrieved November 3, 2010, from: <http://www.gastro.org/patients-center/digestive.conditions/constipation>.
- Bouras, E. P., & Tangelos, E.G. (2009). Chronic constipation in the elderly. *Gastroenterologic Clinical North America*, 38(3), 463-480.
- Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E. S., Humphreys, J., et al. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing*, 33(5), 668-676.
- Fernandez-Banares, F. (2006). Nutritional care of the patient with constipation: Best practice & research. *Clinical Gastroenterology*, 20 (3), 575-587.

- Glia, A., & Lindberg, G. (1997). Quality of life in patients with different types of functional constipation. *Scandinavia Journal of Gastroenterology*, 32 (11), 1083-1089.
- Karam, S. E., & Nies, D. M. (1994). Student and staff collaboration: A pilot bowel management program. *Journal of Gerontological Nursing*, 20 (3), 32-40.
- Longstreth, G. F. (2006). Functional bowel disorders: Functional constipation. In D.A.Drossman. (Ed.). *The functional gastrointestinal disorders* (3rd ed., p.515). Lawrence, KS: Allen Press.
- Martinez, J. F., Martos, J. M., Pedro, J. R., & Almagro, M. J. (2008). Severe constipation: An under appreciated cause of VP shunt malfunction: A case-based update. *Children Nervous System*, 24, 431-435.
- Monmai, P., Aree-Ue, S., Putwatana, P., & Kawinwonggowit, V. (2011). The effects of a constipation prevention program on incidence and severity of constipation in hospitalized elderly undergoing hip surgery. *Journal of Nursing Science*, 29 (4), 10-17.
- O'Keefe, E. A., Talley, N. J., Tangalos, E.G., & Zinsmeister, A. R. (1992). A bowel symptom questionnaire for the elderly. *Journal of Gerontology*, 47 (4), M116-121.
- Smeltzer, S. S., & Bare, B. G. (2004). Management of patients with intestinal and rectal disorder. In S.S. Smeltzer, & B.G. Bare. (Eds.). *Brunner & Suddarth's textbook of Medical-Surgical Nursing* (10th ed., pp. 1028-1030). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Tally, N. J. (2004). Definitions, epidemiology, and impact of chronic constipation. *Review of Gastroenterologic Disorders*, 4 Suppl 2, S3-10.
- Youngjing, S., Xiaoyan, Z., Jinsheng, Z., Zhong, P., Raymond, T. F. C., Qiuping, Z., et.al. (2009). *New-onset constipation at acute stage after first stroke incidence, risk factors, and impact on the stroke outcome*. Retrieved April 9, 2009, from <http://stroke.ahajournals.org/cgi/content/abstract/40/4/1304>.