



## เรื่อง

### การบริหารทางเภสัชกรรมในภาวะท้องผูก

#### สำหรับเภสัชกรชุมชน

รหัส 0001-1-000-005-04-2561

จำนวน 2 หน่วยกิตการศึกษาต่อเนื่อง

วันที่รับรอง 1 เมษายน 2561

วันที่หมดอายุ 31 มีนาคม 2562

โดย ภก.ดร.ประยุทธ์ ภูวรรตนาวิวิท

ภาควิชาเภสัชกรรมปฏิบัติ คณะเภสัชศาสตร์

มหาวิทยาลัยนเรศวร



หน่วยกิตการศึกษาต่อเนื่อง  
สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพ  
เภสัชกรรม

#### วัตถุประสงค์

1. เข้าใจพยาธิสภาพ สาเหตุ และปัจจัยเสี่ยงของภาวะท้องผูก
2. ทราบแนวทางการซักประวัติ การรักษา และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของภาวะท้องผูก

#### บทคัดย่อ

ภาวะท้องผูกมีสาเหตุสืบเนื่องมาจากความผิดปกติทางกายภาพของระบบทางเดินอาหารส่วนล่าง พฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสม หรือการเหนี่ยวนำจากยาบางชนิด หลักการบริหารทางเภสัชกรรมที่สำคัญ คือ 1. แยกโรค 2. ประเมินสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง และความรุนแรงของโรค 3. รักษา และ 4. ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การรักษาด้วยยาระบายเป็นการบรรเทาอาการที่เกิดขึ้นเท่านั้น ซึ่งเภสัชกรจะต้องเลือกให้เหมาะสมกับลักษณะของผู้ป่วยเฉพาะราย เช่น อาการ อายุ โรคร่วมหรือภาวะที่เป็นข้อจำกัดของการใช้ยาระบาย เป็นต้น การแนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใด ๆ ควรยึดตามหลักฐานเชิงประจักษ์ และใช้ข้อมูลของผู้ป่วยมาพิจารณาร่วมด้วย

#### บทนำ

ท้องผูกเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในชุมชน ซึ่งมีสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลายประการ เภสัชกรชุมชนจะมีบทบาทอย่างมากในการให้การบริบาลผู้ป่วย เมื่อพบผู้ที่สงสัยว่ามีภาวะท้องผูก ให้แยกโรคก่อนว่ามีภาวะท้องผูกจริงหรือไม่ โดยจำแนกผู้ป่วยตามอายุและข้อมูลการถ่ายอุจจาระ ในเด็กจะแบ่งความถี่ในการถ่ายอุจจาระแตกต่างจากผู้ใหญ่ เช่น เด็กอายุ 0-3 ปีที่ดื่มนมแม่จะมีจำนวนการถ่ายอุจจาระเฉลี่ยต่อวันคือ 2.9 ครั้ง และต่อสัปดาห์คือ 5-40 ครั้ง เด็กอายุมากกว่า 3 ปีจะมีจำนวนการถ่ายอุจจาระเฉลี่ยต่อวันคือ 1 ครั้ง และต่อสัปดาห์คือ 3-14 ครั้ง เป็นต้น การแยกโรคในเด็กจะพิจารณาจากมีการถ่ายลำบากหรือถ่ายน้อยกว่าความถี่ การถ่ายอุจจาระโดยปกติในแต่ละช่วงอายุ หรือของผู้ป่วยเฉพาะราย ติดต่อกันอย่างน้อย 2 สัปดาห์ การแยกโรคในผู้ใหญ่จะใช้นิยามของ ROME III คือ การมีอาการเหล่านี้ร่วมกันอย่างน้อย 2 ข้อ ได้แก่ อุจจาระแข็ง ถ่ายอุจจาระน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ มีการเบ่งอุจจาระร้อยละ 25 ระหว่างการถ่ายอุจจาระ อุจจาระเป็นก้อนหรือแข็ง

อย่างน้อยร้อยละ 25 ของการถ่ายอุจจาระ มีความรู้สึกถ่ายอุจจาระไม่สุดอย่างน้อยร้อยละ 25 ของการถ่ายอุจจาระ มีความรู้สึกถ่ายอุจจาระไม่ออกเหมือนมีอะไรอุดกั้นที่ทวารหนักอย่างน้อยร้อยละ 25 ของการถ่ายอุจจาระ หรือต้องมีการช่วยในการถ่ายอุจจาระอย่างน้อยร้อยละ 25 ของการถ่ายอุจจาระ (เช่น การใช้นิ้วช่วย, support of the pelvic floor) และการไม่ถ่ายเหลวหากไม่ใช้ยาระบาย<sup>2</sup> ในกรณีท้องผูกเฉียบพลันจะพบอาการเกิดขึ้นในช่วง 1-2 สัปดาห์ แต่สำหรับท้องผูกกรณีเรื้อรังจะพบว่ามีอาการติดต่อกันมากกว่า 3 เดือนขึ้นไป<sup>3</sup> จากนั้นให้พิจารณาว่าผู้ป่วยมีภาวะท้องผูกเดี่ยว ๆ หรือมีภาวะท้องผูกร่วมกับภาวะแทรกซ้อน เช่น ริดสีดวงทวาร ซึ่งจะต้องมีการจัดการเพิ่มเติมต่อไป

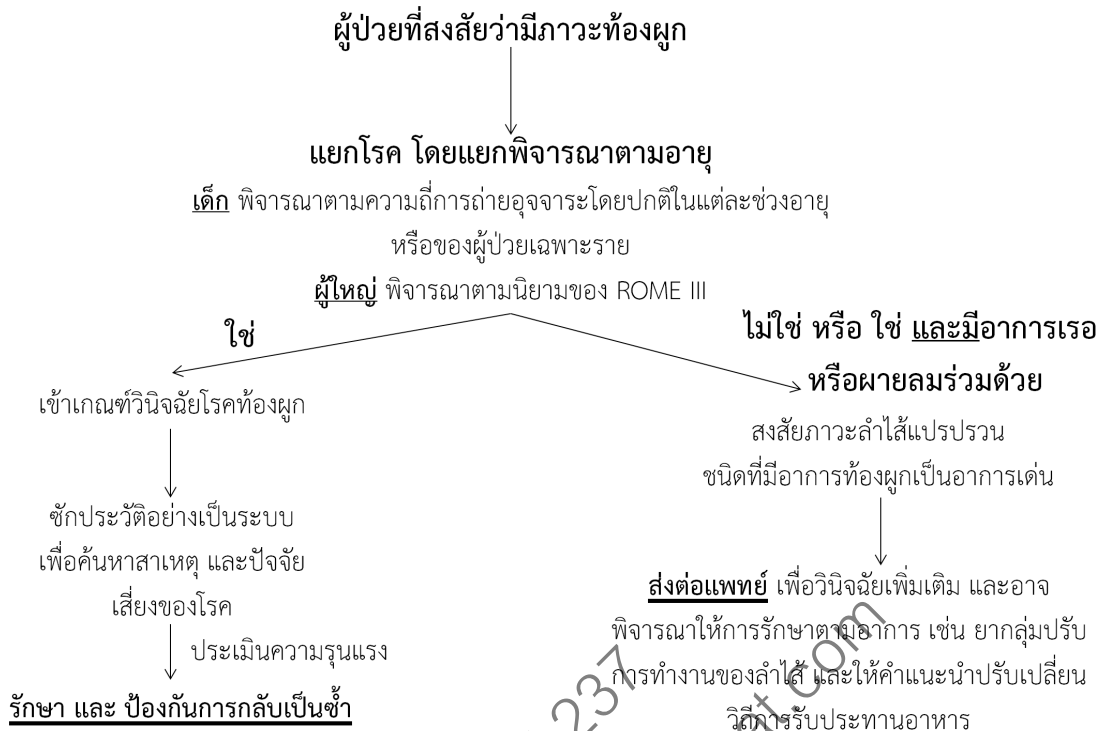
การบริหารผู้ป่วยที่มีภาวะท้องผูกต้องกระทำอย่างรัดกุม โดยรวบรวมข้อมูลทั้งหมดเพื่อแยกโรค หาสาเหตุ ออกแบบแผนการรักษา และแผนการปรับพฤติกรรมอย่างเหมาะสม หลักการบริหารทางเภสัชกรรมในภาวะท้องผูกสำหรับเภสัชกรชุมชนประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ 1. แยกโรค 2. ประเมินผู้ป่วยเกี่ยวกับสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง



และความรุนแรงของโรค 3. รักษา และ 4. ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ  
ของโรค แสดงดังรูปที่ 1

เมื่อแยกโรคแล้ว สิ่งทีเกสัชกรจะต้องทำต่อคือ ชักประวัติ  
อย่างละเอียดเพื่อรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วย ระบุสาเหตุและปัจจัยเสี่ยง

CPEPLUS



**รูปที่ 1** แนวทางการจัดการภาวะท้องผูกสำหรับเภสัชกรชุมชน (สร้างขึ้นจากเอกสารอ้างอิงหมายเลข 4-8)

**ตารางที่ 1** สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะท้องผูก<sup>4,5,8</sup>

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะท้องผูก	ตัวอย่าง
ความผิดปกติของร่างกาย	ความผิดปกติของระบบทางเดินอาหารส่วนล่าง ได้แก่ ลำไส้เล็ก ลำไส้ใหญ่ ทั้งด้านกายภาพและการทำงาน เช่น การลดน้อยลงของปมประสาทบริเวณ ลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย การบีบตัวของกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักไม่ประสานกับการเบ่ง การเคลื่อนไหวของลำไส้ใหญ่น้อยกว่าปกติหรือมีการเคลื่อนไหวไม่ประสานกัน จนทำให้อุจจาระเคลื่อนไหวภายในลำไส้ใหญ่ช้ากว่าปกติ ภาวะลำไส้แปรปรวน เป็นต้น
โรคหรือภาวะบางอย่าง	ภาวะเครียด วิดกกังวล เบาหวาน ตั้งครรภ์ ภาวะ hypothyroidism โรคของระบบสมอง ไขสันหลัง และระบบกล้ามเนื้อ ภาวะแคลเซียมในเลือดสูง มะเร็ง หรือเนื้องอกของลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
ยา	anticholinergic, antispasmodic, tricyclic antidepressant, iron supplement, antacid (calcium หรือ aluminum based), opiates, antihypertensive (calcium channel blocker), anticonvulsant
พฤติกรรม	การรับประทานอาหารที่ย่อยยาก การกลั้นอุจจาระ การไม่ขับถ่ายให้เป็นกิจวัตร การทำกิจกรรมที่รบกวนความตั้งใจขณะขับถ่าย เช่น อ่านหนังสือ เล่นเกม เล่น social network เป็นต้น



ของการเกิดภาวะท้องผูกซึ่งมีหลายประการและมักเกิดขึ้นร่วมกัน เช่น ความผิดปกติในเชิงโครงสร้างของร่างกาย ความผิดปกติอันเนื่องมาจากโรคหรือภาวะบางอย่าง การเหนี่ยวนำจากยาบางชนิด หรือพฤติกรรมกรดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสม เป็นต้น ตารางที่ 1 แสดงสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะท้องผูก

ในทัศนะของผู้นิพนธ์ การซักประวัติผู้ป่วยควรเลือกใช้คำถาม และมีลำดับการถามที่เหมาะสม แต่ละคำถามควรผ่านการคิดอย่างมีเหตุผล ในขณะที่ถามจะต้องฟังและคิดตามข้อมูลที่ผู้ป่วยให้ประวัติกลับมาด้วย เพื่อใช้สำหรับวางแผนต่อไป แนวทางการซักประวัติผู้ป่วยที่มีภาวะท้องผูกแสดงดังตารางที่ 2

## การประเมินความรุนแรงของภาวะท้องผูก

การประเมินความรุนแรงของภาวะท้องผูกใช้เป็นข้อมูลประกอบการวางแผนการรักษา หากอาการไม่รุนแรงจะพิจารณาการรักษาโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หากอาการรุนแรงจะพิจารณาการรักษาโดยใช้ยาระบาย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าสามารถประยุกต์ใช้นิยามหรือแนวทางต่าง ๆ สำหรับประเมินความรุนแรงของโรคได้ เช่น นิยามของ ROME III แนวทางของ World Gastroenterology Organization (WGO) global guideline นอกจากนี้ยังพบว่าสามารถใช้รูปภาพ หรือเครื่องมืออื่น ๆ มาร่วมประเมินได้ด้วย แสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 ตัวอย่างแนวทางการซักประวัติผู้ป่วยที่มีภาวะท้องผูก

ตัวอย่างคำถาม	เหตุผลของการถาม
ขณะนี้ท่านมีอาการอย่างไรบ้าง	เพื่อสำรวจภาวะผิดปกติที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน
โดยปกติท่านถ่ายอุจจาระวันละ หรือสัปดาห์ละกี่ครั้ง	เพื่อสำรวจพฤติกรรมกรถ่ายอุจจาระโดยปกติของผู้ป่วย
ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านถ่ายอุจจาระกี่ครั้ง	เพื่อแยกโรค
ขณะถ่ายอุจจาระมีความผิดปกติ หรือมีความลำบาก ในการถ่ายอุจจาระหรือไม่ อย่างไร	เพื่อแยกโรค และประเมินความรุนแรงของโรค
ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่ อะไรบ้าง	เพื่อแยกโรค และเพื่อพิจารณาเลือกยาระบายให้เหมาะสม
ท่านมีการใช้ยาใด ๆ เป็นประจำอยู่หรือไม่ อะไรบ้าง ควรซักให้ละเอียดทั้งชื่อยา ขนาดใช้ยา การบริหารยา ความถี่ ความต่อเนื่องในการใช้ยา และซักให้ครอบคลุมทั้งยาที่ได้รับมาจากโรงพยาบาลทุกแห่ง คลินิก สถานีอนามัย (รพ.สต.) ร้านยา หรือมีผู้ใดแบ่งยาให้ใช้	เพื่อค้นหาสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะท้องผูก
ก่อนเกิดอาการ (ควรระบุช่วงเวลาให้ชัดเจน เช่น เดือน สัปดาห์ วัน) ท่านมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างไรบ้าง เช่น การรับประทานอาหาร การกลั่นอุจจาระ การออกกำลังกาย การดื่มน้ำ เป็นต้น	เพื่อค้นหาสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะท้องผูก
ท่านคิดว่ามีพฤติกรรมใดรบกวนการถ่ายอุจจาระของท่านหรือไม่ อย่างไร	เพื่อค้นหาสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะท้องผูก
ท่านได้ดำเนินการจัดการภาวะท้องผูกที่เกิดขึ้นแล้วหรือไม่ อย่างไร ทั้งใช้ยาและไม่ใช้ยา	เพื่อใช้วางแผนการรักษา
ท่านเคยมีประวัติแพ้ยาใด ๆ หรือไม่ มีอาการอย่างไร ท่านมีบัตรประจำตัวผู้แพ้ยาหรือไม่ (ควรขอให้ผู้ป่วยแสดงทุกครั้ง)	เพื่อใช้วางแผนการรักษา
ท่านเคยใช้ยาระบายใด ๆ มาก่อนหรือไม่ ยาดังกล่าวชื่ออะไร หลังใช้แล้วมีการตอบสนองอย่างไร	เพื่อใช้วางแผนการรักษา
ท่านได้ดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใด ๆ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะท้องผูกมาก่อนหน้านี้หรือไม่ อย่างไร มีอุปสรรคในการดำเนินการดังกล่าวหรือไม่ อย่างไร ท่านคิดว่าสิ่งที่ได้คืออะไร	เพื่อใช้วางแผนการปรับพฤติกรรมเพื่อรักษาและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ



ตารางที่ 3 แนวทางการประเมินความรุนแรงของภาวะท้องผูกสำหรับเกส്ടริกซุมซุน<sup>4,5,8</sup>

แนวทางการประเมินความรุนแรง	แนวทางการประยุกต์ใช้เครื่องมือ	ตัวอย่างการแปลความหมายทางคลินิก
ประเมินความยากลำบากของการถ่ายอุจจาระ	ใช้นิยามของ ROME III ในการออกแบบคำถาม และแปลความหมาย เช่น การซักประวัติ จำนวนครั้งของการถ่ายอุจจาระต่อสัปดาห์ ระยะเวลาที่ใช้ในการถ่ายอุจจาระ ความยากลำบากของการถ่ายอุจจาระ การใช้วิธีการใด ๆ เพื่อช่วยให้ถ่ายอุจจาระได้ หรือ อาจประเมินเกี่ยวกับการปวดโดยใช้เครื่องมือต่าง ๆ เช่น visual analog scales หรือ pain ladder scales เป็นต้น	หากมีจำนวนครั้งของการถ่ายอุจจาระน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือน้อยกว่าการถ่ายอุจจาระโดยปกติของผู้ป่วยจะถือว่ามีความรุนแรงของภาวะท้องผูก โดยหากถ่ายอุจจาระน้อยลงหรือไม่ถ่ายเลย จะถือว่ามีความรุนแรงมากขึ้น หากใช้ระยะเวลาในการถ่ายอุจจาระในแต่ละครั้งยาวนานขึ้น และ/หรือมีความยากลำบากในการถ่ายอุจจาระมากขึ้นจะถือว่ามีความรุนแรงของภาวะท้องผูกมากขึ้น
ประเมินลักษณะอุจจาระ สี กลิ่น ความยืดหยุ่น ความชุ่มชื้น	ใช้รูปลักษณ์ของอุจจาระแบบต่าง ๆ แสดง และให้ผู้ป่วยประเมินเปรียบเทียบกับลักษณะอุจจาระของตนเอง	<p>ท้องผูกมาก</p> <p>ท้องผูกเล็กน้อย</p> <p>อุจจาระปกติ</p> <p>อุจจาระปกติ</p>
ประเมินผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต	ใช้เครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพและการใช้งานทางคลินิกแล้ว (รูปที่ 2) ยกตัวอย่างเช่น modified obstructed defecation syndrome Longo score <sup>10</sup> หรือ constipation assessment scale <sup>11</sup>	หากมีคะแนนประเมินมากแสดงว่ามีความรุนแรงของภาวะท้องผูกมาก และรบกวนคุณภาพชีวิตมาก
ประเมินภาวะที่ควรส่งต่อแพทย์	ใช้แนวทางของ WGO global guideline <sup>12</sup>	หากพบอาการ หรือประวัติต่อไปนี้ร่วมด้วย ให้พิจารณาส่งต่อแพทย์ <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีอาการซีด</li> <li>- ถ่ายอุจจาระเป็นเลือด</li> <li>- น้ำหนักลดผิดปกติ</li> <li>- อายุ &gt; 50 ปี โดยไม่เคยตรวจหาภาวะมะเร็งลำไส้มาก่อนหน้า</li> <li>- ท้องผูกจนมีอาการลำไส้อุดตัน ได้แก่ ปวดท้องมาก อึดอัดแน่นท้อง คลื่นไส้ อาเจียน</li> </ul>

การพิจารณาความรุนแรงของภาวะท้องผูกสามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลจากตารางที่ 3 และรูปที่ 2 ร่วมกันได้ดังนี้

- **อาการไม่รุนแรง** เช่น ถ่ายอุจจาระน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือน้อยกว่าการถ่ายอุจจาระโดยปกติของผู้ป่วย แต่ยังไม่พบว่ามีความยากลำบากในการถ่ายอุจจาระ ลักษณะของอุจจาระแข็ง

แต่ยังคงเป็นก้อนใหญ่ และยังมีความชุ่มชื้นอยู่บ้าง หรือได้คะแนนประเมินผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตต่ำ เป็นต้น

- **อาการรุนแรง** เช่น ถ่ายอุจจาระออกน้อยมาก หรือไม่ถ่ายเลย มีความยากลำบากในการถ่ายอุจจาระ ลักษณะของอุจจาระแข็งมาก เป็นก้อนกลม ไม่ชุ่มชื้น หรือได้คะแนนประเมินผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตสูง เป็นต้น



Questions and response options	Scores			
	0	1	2	3
Medication to evacuate (enemas or suppositories)	0	1	2	3
Difficulties to evacuate	0	1	2	3
Digitation to evacuate	0	1	2	3
Return to toilet to evacuate	0	1	2	3
Feeling of incomplete evacuation	0	1	2	3
Straining to evacuate	0	1	2	3
Time needed to evacuate	0	1	2	3
Lifestyle alteration	0	1	2	3

Each point is scored according to frequency of the symptom. Questions 1-6: 0 = never, 1 = less than once weekly, 2 = 1-6 times weekly, 3 = every day; question 7: 0 = less than 5 min, 1 = 6-10 min, 2 = 11-20 min, 3 = more than 20 min; question 8: 0 = no alteration of lifestyle, 1 = mild alteration, 2 = moderate alteration, and 3 = significant alteration of lifestyle. The total score is in the range of 0 (best) to 24

Table 1. Constipation Assessment Scale			
Item	No problem	Some problem	Severe problem
Abdominal distention or bloating	0	1	2
Change in amount of gas passed rectally	0	1	2
Less frequent bowel movements	0	1	2
Oozing liquid stool	0	1	2
Rectal fullness or pressure	0	1	2
Rectal pain with bowel movement	0	1	2
Small stool size	0	1	2
Urge but inability to pass stool	0	1	2

B

รูปที่ 2 ตัวอย่างเครื่องมือประเมินผลกระทบของภาวะท้องผูกต่อคุณภาพชีวิต<sup>10,11</sup>

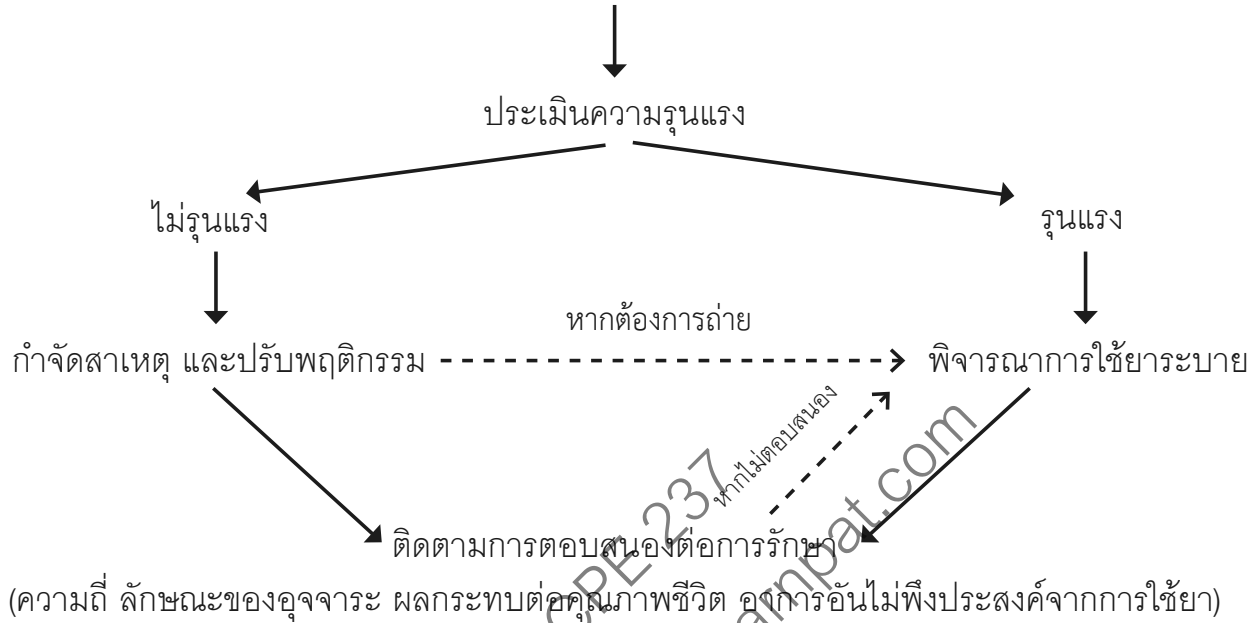
หมายเหตุ A คือ modified obstructed defecation syndrome Longo score, B คือ constipation assessment scale

## แนวทางการรักษาภาวะท้องผูกสำหรับเกส്ടริกซุมชน

หลังจากซักประวัติเพื่อรวบรวมข้อมูล ค้นหาสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง และประเมินความรุนแรงของภาวะท้องผูกแล้ว สิ่งทีเกส്ടริกซุมชน จะต้องทำต่อคือ วางแผนการรักษา (รูปที่ 3) ซึ่งแบ่งออกเป็น

2 แนวทาง คือ 1. กำจัดสาเหตุและปรับพฤติกรรมในกรณีมีอาการไม่รุนแรง และ 2. ใช้ยาระบายในกรณีมีอาการรุนแรง และ/หรืออาการที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต

ซักประวัติอย่างเป็นระบบ เพื่อค้นหาสาเหตุ และปัจจัยเสี่ยงของโรค



**หากตอบสนองต่อการรักษา** ให้ใช้ยาต่อเนื่องจนอาการท้องผูกหายไป และหยุดสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

**หากไม่ตอบสนองต่อการรักษา** ให้ส่งต่อแพทย์

### รูปที่ 3 แนวทางการรักษาภาวะท้องผูกสำหรับเกส്ടริกซุมชน

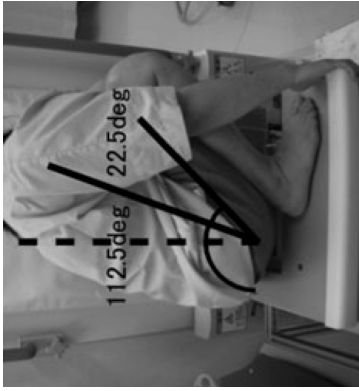
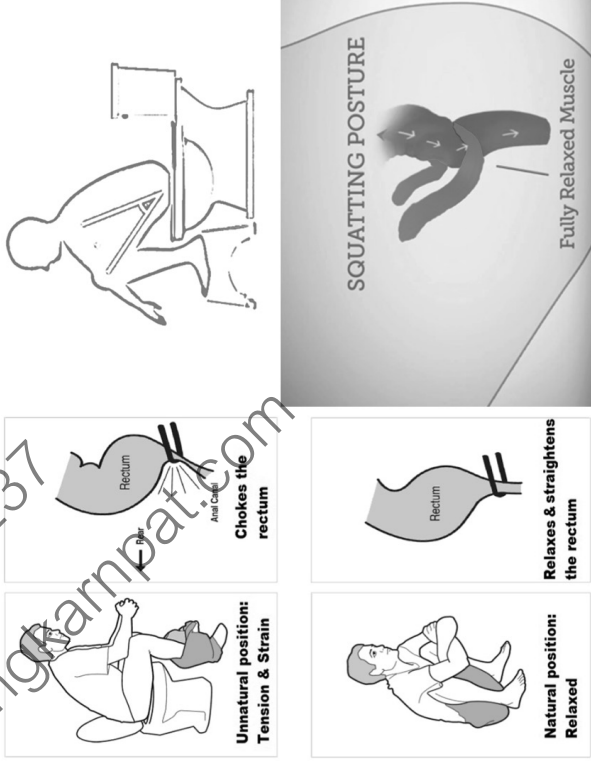
(สร้างขึ้นจากเอกสารอ้างอิงหมายเลข 4-8)

#### หมายเหตุ

1. การกำจัดสาเหตุและปรับพฤติกรรม ได้แก่ การหยุดหรือลดพฤติกรรม การรับประทานยาที่เป็นสาเหตุของภาวะท้องผูก (ตารางที่ 1) การรักษาโดยการไม่ใช้ยา เช่น ปรับการรับประทานอาหาร ออกกำลังกาย เพิ่มการดื่มน้ำ ปรับท่านั่งถ่ายอุจจาระ เป็นต้น แต่อย่างไรก็ตาม การนำข้อมูลจากหลักฐานเชิงประจักษ์ไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยอาจไม่สามารถทำได้โดยตรงไปตรงมา จะต้องกระทำอย่างระมัดระวัง และคำนึงถึงความสามารถหรือข้อจำกัดของผู้ป่วยเฉพาะรายด้วย แสดงดังตารางที่ 4
2. การใช้ยาระบายพิจารณาตามรูปที่ 4 และตารางที่ 5

ตารางที่ 4 หลักฐานเชิงประจักษ์ของการรักษาภาวะท้องผูกโดยไม่ใช้ยา และแนวทางการปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย<sup>4-8</sup>

การรักษาภาวะท้องผูกโดยไม่ใช้ยา	การศึกษาระดับหลักฐานเชิงประจักษ์	แนวทางการปฏิบัติใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และแนวทางการสื่อสารกับผู้ป่วยเฉพาะราย
<p>เพิ่มการรับประทานอาหารที่มีกากใยสูง เช่น ผัก ผลไม้ หรือผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่มีกากใยสูง เป็นต้น</p>	<p>ปริมาณกากใยอาหารที่เหมาะสมสำหรับทำให้อุจจาระไม่แข็งตัวคือ ประมาณ 20-35 กรัมต่อวัน</p> <p>มีการศึกษาแบบ randomized controlled trial (RCT) n = 40 แสดงว่าการรับประทาน [dried plums (prunes)] ช่วยให้ผู้ป่วยที่มีภาวะท้องผูกเรื้อรังถ่ายอุจจาระได้ดีกว่า</p> <p>การรับประทาน psyllium (ยาระบายกลุ่มเพิ่มกาก) โดยมีความถี่ของการถ่ายอุจจาระคิดเป็น 3.5 และ 2.8 ครั้งต่อสัปดาห์ตามลำดับ<sup>4,5</sup></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่ใช้ผลิตภัณฑ์ทุกชนิดที่มีกากใยอาหารสูงเพียงพอสำหรับรักษาภาวะท้องผูกได้ จะต้องพิจารณาข้อมูลจากหลักฐานเชิงประจักษ์ เช่น ปริมาณกากใยอาหารของผักและผลไม้แต่ละชนิด และข้อจำกัดในการบริโภคของผู้ป่วยเฉพาะรายร่วมด้วยเสมอ</li> <li>- ในผักและผลไม้ไม่ได้มีเพียงกากใยอาหารเท่านั้น ยังประกอบด้วยน้ำตาลและเกลือแร่ต่าง ๆ อีกมากมาย ดังนั้น การรับประทานปริมาณมากเกินไปอาจส่งผลเสียต่อร่างกายได้ โดยเฉพาะในผู้ที่มีข้อจำกัดการได้รับน้ำตาลและเกลือแร่บางส่วน เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคไต ผู้ป่วยโรคหัวใจ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เด็กเล็ก และสตรีมีครรภ์ เป็นต้น</li> <li>- ตัวอย่าง สมมุติให้ผลิตภัณฑ์จากพรุณชนิดหนึ่ง [dried plums (prunes)] ในปริมาณ 100 กรัม ประกอบด้วย กากใยอาหาร 6 กรัม น้ำตาล 38 กรัม โทเดียม 2 มิลลิกรัม โพแทสเซียม 732 มิลลิกรัม หากผู้ป่วยต้องการรับประทานผลิตภัณฑ์นี้ให้ได้ 6 กรัม น้ำตาล 38 กรัม โทเดียม 2 มิลลิกรัม โพแทสเซียม 732 มิลลิกรัม จะต้องรับประทานพรุณประมาณ 400 กรัมต่อวัน ซึ่งจะทำให้ได้รับน้ำตาลประมาณ 152 กรัมต่อวัน ซึ่งมากกว่าปริมาณน้ำตาลที่ควรได้รับต่อวัน (20-30 กรัม) ถึง 5 เท่า ดังนั้น การให้คำแนะนำ<sup>6,7</sup> จะต้องสำรวจชนิดและปริมาณอาหารที่ผู้ป่วยเฉพาะรายรับประทานจริงในแต่ละวันเป็นข้อมูลพื้นฐานก่อน และประเมินปริมาณกากใยอาหารที่ได้รับต่อวันออกมา จากนั้นจึงพิจารณาว่าได้รับปริมาณเพียงพอหรือไม่ <b>ผู้ต้องเพิ่มอีกเท่าไร และพิจารณาว่าในปริมาณดังกล่าวจะทำให้ได้รับสารประกอบอื่นที่อาจมีผลเสีย เช่น น้ำตาลและเกลือแร่มากเกินไปหรือไม่</b> จากนั้นจึงปรับปริมาณการรับประทานให้เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย</li> </ul>
<p>เพิ่มการออกกำลังกาย</p>	<p>มีการศึกษาแบบ non-placebo RCT ที่ระบุว่า การออกกำลังกายในอาสาสมัครวัยกลางคน ช่วยลดภาวะท้องผูกได้ กลุ่มทดลองใช้วิธีการออกกำลังกายแบบ aerobic เช่น เดินเร็ววันละอย่างน้อย 30 นาที และออกกำลังกายแบบ strength/flexibility exercises วันละ 11 นาที ติดต่อกันทุกวัน นาน 12 สัปดาห์ พบว่า ช่วยลดอาการที่แสดงถึงภาวะท้องผูกได้<sup>3</sup> ใน 4 อาการ<sup>14</sup></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การออกกำลังกายในการศึกษา<sup>3</sup> กับการออกกำลังกายในความเป็นจริงของผู้ป่วยแต่ละรายอาจไม่ตรงกัน เกดซากรจะต้องพิจารณารายละเอียดของการศึกษาและแนะนำผู้ป่วยอย่างเหมาะสม</li> <li>- การออกกำลังกายที่ใช้การศึกษามาปรับใช้กับบุคคลโดยทั่วไปที่โดยพื้นฐานเป็นผู้ที่ไม่ออกกำลังกายอยู่แล้วได้ยาก เนื่องจากเป็นการออกกำลังกายที่ค่อนข้างหนักและต้องปฏิบัติตามอย่างต่อเนื่องยาวนานจึงจะเห็นผล</li> <li>- ตัวอย่าง การแนะนำการออกกำลังกายที่ถูกต้องที่สุดตามหลักฐานกลางคือ การออกกำลังกายที่จริงจังแต่ไม่เหนื่อยเกินไป 50-70 ของชีพจรสูงสุด ตามอายุที่จริงสูงสุดคำนวณจาก 220-อายุในหน่วยปี หรือยังสามารพพูดเป็นประโยคต่อเองได้ รวมระยะเวลา 150 นาทีต่อสัปดาห์ (เฉลี่ย 20 นาทีต่อวัน) ตัวอย่างชนิดการออกกำลังกายระดับหนักปานกลาง เช่น เดินเร็ว ว่ายน้ำเร็ว ปั่นจักรยานอยู่กับที่แบบไม่ติด pedal ตัดหญ้า เป็นต้น ดังนั้น ผู้ป่วยที่ต้องการชีวิตนี้ จะต้องสังเกตสภาพร่างกายที่พร้อม และมีวินัยในการปฏิบัติตามภาพผสมครบ แสดงให้เห็นว่าการนำผลการศึกษามาประยุกต์ใช้จะต้องพิจารณาความสามารถพื้นฐานในการออกกำลังกาย ความชอบ ความสะดวกในการปฏิบัติจริงของผู้ป่วยแต่ละรายด้วย จากนั้นจึงแนะนำให้เหมาะสม</li> </ul>
<p>เพิ่มการดื่มน้ำระหว่างวัน</p>	<p>มีการศึกษาแบบ RCT ในเด็กอายุ 1-11 ปีที่มีภาวะท้องผูก เปรียบเทียบระหว่างการรักษาด้วยการใช้ยา lactulose กับการปรับพฤติกรรมมารับประทานอาหารและดื่มน้ำ (30 mL/kg/day) ผลการศึกษาพบว่า อาการท้องผูกดีขึ้นทั้งสองกลุ่ม โดยกลุ่มที่ได้รับการปรับพฤติกรรมจะมีผลที่ได้รับพลังงาน สารอาหาร และน้ำที่เพิ่มขึ้นมากกว่า</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- หลักฐานยังไม่ชัดเจนว่า การเพิ่มปริมาณการดื่มน้ำจะช่วยลดการเกิดภาวะท้องผูกได้อย่างมีนัยสำคัญทางคลินิกหรือไม่ ข้อมูลที่อาจเป็นไปได้คือ การดื่มน้ำจะช่วยให้อุจจาระมีความชุ่มชื้นมากขึ้น ซึ่งในทางปฏิบัติอาจแนะนำให้เพิ่มปริมาณการดื่มน้ำเฉพาะผู้ที่ได้ผลแล้วแล้วแต่การดื่มน้ำน้อยเท่านั้น</li> <li>- ตัวอย่าง หากผู้ป่วยเป็นผู้ที่ดื่มน้ำน้อยอยู่แล้วก็ไม่จำเป็นต้องเพิ่มอีก แต่หากผู้ป่วยเป็นผู้ที่ดื่มน้ำน้อยอยู่แล้วพิจารณาเพิ่มปริมาณการดื่มน้ำให้เหมาะสม โดยคำนวณจากสูตร น้ำหนักตัว x 2.2 x 30/2 = ปริมาณน้ำ (มิลลิลิตร) เช่น หากผู้ป่วยมีน้ำหนักตัว คือ 60 kg ปริมาณน้ำที่เหมาะสมคือ 60 x 2.2 x 30/2 = 1,980 มิลลิลิตรต่อวัน ซึ่งปริมาณน้ำทั้งหมดที่ได้รับต่อวันจะพิจารณาจากน้ำดื่ม อาหาร เครื่องดื่มอื่น ๆ ที่ผู้ป่วยแต่ละรายมีการบริโภคจริง และปรับให้เหมาะสม</li> </ul>

<p>การรักษากภาวะท้องผูก โดยไม่ใช้ยา</p>	<p>ตัวอย่างหลักฐานเชิงประจักษ์</p> <p>กลุ่มที่ได้รับยา lactulose อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (<math>p = 0.013</math>)<sup>15</sup></p> <p>มีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการรักษาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเดียว ๆ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับเพิ่มการดื่มน้ำให้มากขึ้น ผลการศึกษาพบว่า การถ่ายอุจจาระในสัปดาห์แรกของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน แต่เมื่อสิ้นสุดการศึกษา กลุ่มที่เพิ่มการดื่มน้ำมีการถ่ายอุจจาระได้ง่ายขึ้น<sup>16</sup></p>	<p>แนวทางการประยุกต์ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และแนวทางการสื่อสารกับผู้ป่วยเฉพาะราย</p>
<p>ปรับท่านั่งถ่ายอุจจาระ</p>	<p>มีการศึกษาพบว่า ท่านั่งถ่ายอุจจาระแบบ squatting (นั่งยอง) มีผลดีต่อการถ่ายอุจจาระ เนื่องจากเป็นท่าที่ทำให้ลำไส้ส่วนปลายมืองศาเหมาะสมกับการถ่ายอุจจาระ</p>  <p>จากการศึกษาพบว่าท่านั่ง squatting สามารถช่วยลดอัตราส่วนของอุบัติการณ์ (relative risk) ที่จะเกิดภาวะท้องผูกได้มากกว่ากลุ่มที่นั่งถ่ายอุจจาระแบบปกติ (sitting)<sup>17</sup></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีหลักฐานพบว่าท่านั่งถ่ายอุจจาระแบบ squatting (นั่งยอง) มีผลดีต่อการถ่ายอุจจาระ แต่ในทางปฏิบัติ ผู้ป่วยบางรายอาจไม่สะดวกในการนั่งยอง เช่น เด็กเล็ก ผู้สูงอายุ หรือผู้ที่มีโรคที่เกี่ยวข้องกับกล้ามเนื้อ ขี่เข่า หรือข้อเท้า เป็นต้น</li> <li>- ผู้ป่วยที่โดยทั่วไปจะเป็นออกแบบสำหรับนั่ง (sitting) เป็นส่วนใหญ่</li> <li>- ตัวอย่าง อาจแก้ปัญหาโดยใช้รองเท้าสำหรับเพิ่มความสูง เพื่อปรับองศาการนั่งถ่ายอุจจาระให้เหมาะสมมากขึ้น เช่น เก้าอี้ทรงเตี้ย</li> </ul>  <p>The diagrams illustrate the mechanics of squatting posture. The top diagram shows a person squatting on a toilet, with a label 'SQUATTING POSTURE' and 'Fully Relaxed Muscle'. Below it, a diagram shows the rectum in a relaxed state, labeled 'Relaxes &amp; straightens the rectum'. To the left, a diagram shows the rectum in a strained state, labeled 'Unnatural position: Tension &amp; Strain'. Further left, a diagram shows the rectum being compressed, labeled 'Chokes the rectum'. A watermark 'www.pongtampat.com' is visible across the diagrams.</p>





ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการท้องผูกรุนแรงจะรักษาโดยใช้ยาระบาย (laxatives) ซึ่งมีหลักการเลือกใช้ขึ้นอยู่กับ 1. ความแข็งแรงของอุจจาระ 2. ความเร่งด่วนของความต้องการถ่าย 3. ความสามารถในการเบ่งถ่ายของผู้ป่วย และต้องพิจารณาข้อจำกัดด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย เช่น ข้อห้ามใช้ อายุ โรคร่วม อาการอันไม่พึงประสงค์ การเกิดอันตรกิริยาระหว่างยาร่วมด้วยเสมอ นอกจากนี้ต้องเลือก

รูปแบบยา (preparation) ให้เหมาะสมกับความสามารถในการบริหารยาและความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเฉพาะราย จากนั้นจึงพิจารณาเกี่ยวกับราคาในลำดับต่อไป แนวทางการใช้ยาระบายในภาวะท้องผูกแสดงดังรูปที่ 4 ข้อมูลของยาระบายกลุ่มต่าง ๆ แสดงดังตารางที่ 5



**รูปที่ 4** แนวทางการใช้ยาระบายในภาวะท้องผูก  
(สร้างขึ้นจากเอกสารอ้างอิงหมายเลข 4-8 และ 18, 19)

**หมายเหตุ**

- หากผู้ป่วยมีอาการปวดท้องมากจะไม่ใช้ยาระบายกลุ่มกระตุ้นในระยะแรก เนื่องจากยาไปกระตุ้นระบบ parasympathetic reflexes ทำให้ลำไส้บีบตัวมากขึ้น ให้พิจารณาใช้ยากกลุ่มอื่นก่อนจนกว่าจะหายปวดท้อง
- ลำดับประสิทธิภาพ ยารักษาภาวะท้องผูกเรียงจากมากไปหาน้อย คือ ยาระบายสูตรผสม > ยาระบายกลุ่มกระตุ้น > ยาระบายกลุ่มดูดน้ำเข้ามาในลำไส้ (ออสโมติก) PEG > ยาระบายกลุ่มดิ่งน้ำไว้ในลำไส้ = ยาระบายเพิ่มกาก > ยาระบายกลุ่มช่วยให้อุจจาระอ่อนนุ่ม = ยาระบายกลุ่มดูดน้ำเข้ามาในลำไส้ (ออสโมติก) lactulose<sup>18,19</sup>



ตารางที่ 5 ข้อมูลยาระบายกลุ่มต่าง ๆ<sup>4-8</sup>

	ยาระบายกลุ่มกระตุ้น	ยาระบายกลุ่มดูดน้ำเข้ามาในลำไส้ (ออสโมติก)	ยาระบายกลุ่มเกลือดึงน้ำไว้ในลำไส้
ตัวอย่างยา	bisacodyl, senna, castor oil	polyethylene glycol (PEG), lactulose, glycerine	MOM, monobasic sodium phosphate, dibasic sodium phosphate, sodium chloride
ระยะเวลาที่ยาจะออกฤทธิ์หลังบริหารยา	bisacodyl และ senna แบบรับประทาน 6-10 ชั่วโมง แบบเหน็บ 15-60 นาที castor oil 2-6 ชั่วโมง	PEG, lactulose 12-72 ชั่วโมง glycerine suppositories 15-30 นาที	enema: 2-5 นาที suspension หรือ solution 1-6 ชั่วโมง
อาการอันไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อย	bisacodyl ปวดศีรษะ ปวดเกร็งท้อง ท้องร่วง eosinophilia, neutropenia	PEG ท้องร่วง lactulose ท้องอืด ปวดท้อง เบื่ออาหาร	MOM: hypermagnesemia
ข้อควรระวัง	ยาทุกตัวในกลุ่มไม่แนะนำให้ใช้ในเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี ระวังการใช้ bisacodyl และ senna ในผู้สูงอายุที่ใช้ยาขับปัสสาวะ หรือมีโอกาสเกิดภาวะขาดน้ำ และความผิดปกติของอิเล็กโทรไลต์ ห้ามใช้ castor oil ในสตรีมีครรภ์ ห้ามหักแบ่ง บด เคี้ยว ยา bisacodyl	ไม่แนะนำให้ใช้ในเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี	MOM: ไม่แนะนำให้ใช้ในเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี ยาสวนทวารไม่แนะนำให้ใช้ในเด็กอายุน้อยกว่า 12 ปี ระวังการใช้ยาสวนทวารในผู้ที่มีการทำงานของไตผิดปกติ หรือผู้ที่เสี่ยงเกิด dehydration
รูปแบบยาที่มีจำหน่าย	bisacodyl (5 mg tablets, 10 mg suppositories) senna (tablets) castor oil (solutions)	PEG (powders) lactulose (syrup, solutions) glycerine (suppositories)	enemas, suspensions, solutions, syrup
ขนาดยาที่แนะนำ	bisacodyl tablets ผู้ใหญ่ 5-15 mg ก่อนนอนหรือเวลาท้องว่าง เด็ก 5 mg ก่อนนอนหรือเวลาท้องว่าง bisacodyl suppositories ผู้ใหญ่ ครั้งละ 1 แท่ง นาน 15-30 นาที เด็ก ครั้งแท่ง นาน 15-30 นาที	PEG ละลายในน้ำ น้ำผลไม้ โซดาชา หรือกาแฟ ดื่มเวลาใดก็ได้ 1-2 ครั้งต่อวัน หากใช้ในเด็กควรละลายในน้ำเท่านั้น lactulose รับประทานครั้งละ 15-45 mL วันละครั้งระหว่างมื้ออาหารเข้า อาจผสมกับน้ำ น้ำหวาน น้ำผลไม้ หรือนม เพื่อกลบรสได้ glycerine suppositories ครั้งละ 1 แท่ง นาน 15-30 นาที (แบ่งเป็นของเด็ก และผู้ใหญ่)	MOM (400 mg/5 mL) ผู้ใหญ่ 10-15 mL ครั้งเดียวหรือแบ่งให้ และดื่มน้ำตาม 1 แก้ว เด็ก 5-10 mL ครั้งเดียวหรือแบ่งให้ ยาสวนทวาร ใช้ 1 ขวด เมื่อมีอาหาร



ยาระบายเพิ่มกาก	ยาระบายกลุ่มช่วยให้อุจจาระอ่อนนุ่ม	ยาช่วยเพิ่มการไหลของอุจจาระ
psyllium (plantago seeds, ispaghula)	dioctyl sulfosuccinate (docusate)	mineral oil
12-72 ชั่วโมง	12-72 ชั่วโมง	6-12 ชั่วโมง
ปวดท้อง แน่นท้อง ท้องอืด	-	-
ไม่แนะนำให้ใช้ในเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี หลีกเลี่ยงรับประทานร่วมกับยาอื่น อย่างน้อย 2 ชั่วโมง ระวังการใช้ในผู้สูงอายุที่เสี่ยงเกิด dehydration	ไม่ควรใช้ร่วมกับ mineral oil เนื่องจาก จะทำให้ mineral oil ถูกดูดซึมได้มากขึ้น จนเกิดพิษต่อตับ	ระวังการใช้ในสตรีมีครรภ์ และผู้สูงอายุ เนื่องจากเพิ่มความเสี่ยงในการล้มลุกยา และการขาดวิตามิน A, D, E, K
powders	capsules (เป็นสูตรผสมกับ bisacodyl), oral liquid (20 mg/5 mL)	emulsions
1 ช้อน ผสมน้ำ คนให้เข้ากัน ดื่มวันละ 1-2 ครั้ง หรือผสมตามที่ระบุบนฉลากของ แต่ละผลิตภัณฑ์	capsules: ผู้ใหญ่ 50-300 mg เด็ก 20-150 mg ครั้งเดียว หรืออาจแบ่งให้ และสามารถดื่มพร้อมนม หรือน้ำหวาน เพื่อกลบรสชาติได้ oral liquid: ผู้ใหญ่ 15-90 mL/วัน เด็ก 15-37.5 mL/วัน ครั้งเดียวหรือแบ่งให้ เขย่าขวดก่อนใช้ และสามารถดื่มพร้อมนม หรือน้ำหวาน เพื่อกลบรสชาติได้	ผู้ใหญ่ 30-60 mL เด็ก 15-30 mL วันละครั้ง ก่อนนอน หรือก่อนอาหารมากกว่า หรือเท่ากับ 1 ชั่วโมง



### การติดตามการตอบสนองต่อการรักษา<sup>4-8</sup>

#### ด้านประสิทธิภาพ

- ติดตามอาการแสดงของภาวะท้องผูกว่าหายไปหรือลดลงหรือไม่ โดยพิจารณาตามนิยามของ ROME III ใช้รูปแสดงลักษณะของอุจจาระ เครื่องมือประเมินความรุนแรงของโรคและผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ประเมินเปรียบเทียบกับก่อนให้การรักษา
- หากมีอาการดีขึ้น หรือหายดีแล้ว ให้แนะนำการปรับพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำต่อไป

#### ด้านความปลอดภัย

- ติดตามอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาระบาย
- ติดตามภาวะที่ควรส่งต่อแพทย์

### วิธีใช้ยาเทคนิคพิเศษที่เกี่ยวข้องกับการรักษาภาวะท้องผูก

#### ยาเหน็บทวาร<sup>20</sup>

1. ยาเหน็บทวาร เป็นยาขี้ผึ้ง ทำเป็นแท่งและจะอ่อนตัวในอุณหภูมิร่างกาย ดังนั้น ก่อนใช้ยาต้องเก็บยาเหน็บไว้ในตู้เย็นช่องธรรมดาและนำออกมาเมื่อจะใช้
2. หากปวดอุจจาระ ให้ถ่ายอุจจาระก่อน และล้างมือให้สะอาดก่อนใช้ยา
3. ฉีกพลาสติกที่หุ้มแท่งยาออก
4. นั่งยอง หรือนอนตะแคง ให้ขาข้างที่ถูกทับเหยียดตรง และอขาด้้านบน
5. สอดส่วนมนของแท่งยาเข้าไปในช่องทวารหนัก ดันแท่งยาเข้าไปจนหมดแท่ง และนั่งหรือนอนนิ่ง ๆ ประมาณ 15 นาที เพื่อให้ยาละลายหมด ล้างมือให้สะอาดหลังใช้ยา

#### ยาสวนทวาร<sup>21</sup>

1. ล้างมือให้สะอาด
2. บิดฝาครอบปลายหลอดให้ขาดจากกัน สวมปลอกสำหรับป้องกันการกระคายเคือง โดยดันให้ชิดโคนหลอด
3. ทำให้ปลายหลอดสั้น โดยบีบให้น้ำยาออกมาเล็กน้อย ให้เคลือบปลายหลอด หรือใช้วาสลีนทา
4. นอนตะแคงข้าง สอดปลายหลอดยาเข้าไปทางทวารหนัก และค่อย ๆ บีบน้ำยาเข้าไปจนหมดหลอด แล้วจึงดึงหลอดยาออก
5. กลั้นอุจจาระไว้ประมาณ 5 นาที หรือจนกว่าจะทนไม่ได้ จึงถ่าย และล้างมือให้สะอาด

#### สรุป

ท้องผูกเป็นภาวะผิดปกติของระบบทางเดินอาหารส่วนล่างที่พบได้บ่อย แต่สามารถป้องกันได้โดยการหลีกเลี่ยงสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยง ซึ่งเกษตรกรจะต้องซักประวัติเพื่อรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยให้ได้อย่างสมบูรณ์ การรักษาภาวะท้องผูกแบ่งออกเป็น การรักษาโดยการใช้อาหารที่ไม่ใช่ยา ซึ่งจะพิจารณาเลือกการรักษาตามความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้น การให้คำแนะนำใด ๆ เกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมจะต้องคำนึงถึงข้อจำกัดหรือความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ ผลประโยชน์ที่จะได้รับและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นของผู้ป่วยเฉพาะรายเป็นสิ่งสำคัญ สำหรับการเลือกใช้อาหารให้พิจารณาจากความสามารถในการบ่งถ่าย ลักษณะอุจจาระ และข้อจำกัดต่าง ๆ เช่น โรคประจำตัว แผลหรือรอยโรคที่ทวารหนัก ระยะเวลาที่ต้องการเร่งถ่าย ข้อห้ามใช้ของผู้ป่วยเฉพาะราย การใช้ยาระบายแบบผสมจะมีประสิทธิภาพมากที่สุด โดยจะต้องมีการติดตามด้านประสิทธิภาพและความปลอดภัยจากการใช้ยา ร่วมด้วยเสมอ ในกรณีที่มีการใช้ยาเทคนิคพิเศษจะต้องอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจจนสามารถบริหารยาได้ด้วยตนเองทุกครั้ง





## เอกสารอ้างอิง

- Huikuan C, Likun Z, Hai L, Xiuqing Z, Jingzhi Z, Xiaohua H. Epidemiology Characteristics of Constipation for general population, pediatric population, and elderly population in China. *Gastroenterol Res Pract.* 2014;2014:532734.
- Rome III diagnostic criteria for functional gastrointestinal disorders. [online] [cited Feb 7, 2017]. Available from: [http://www.theromefoundation.org/assets/pdf/19\\_RomeIII\\_apA\\_885-898.pdf](http://www.theromefoundation.org/assets/pdf/19_RomeIII_apA_885-898.pdf)
- James R. What is chronic constipation? Definition and diagnosis. *Can J Gastroenterol.* 2011 Oct; 25(Suppl B):7B-10B.
- Tabbers MM, Berger MY, Langendam MW, Nurko S, Staiano A, Benninga MA. Evaluation and treatment of functional constipation in infants and children: evidence-based recommendations from ESPGHAN and NASPGHAN. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2014 Feb;58(2):258-74.
- Juan F, Amy E, Susan M, Jean M. Chronic constipation in the elderly. *Am J Gastroenterol.* 2012;107:18-25.
- Dov G, Sharon E, Maria B, Vincent T, Shabbir M. Treatment of constipation in older people. *CMAJ.* 2013 May 14;185(8):663-70.
- Serra J, Mascort-Roca J, Marzo-Castillejo M, Aros SD, Ferrándiz Santos J, Rey Diaz Rubio E. Clinical practice guidelines for the management of constipation in adults. Part 1: Definition, aetiology and clinical manifestations. *Gastroenterol Hepatol.* 2017 Mar;40(3):132-41.
- Serra J, Mascort-Roca J, Marzo-Castillejo M, Aros SD, Ferrándiz Santos J, Rey Diaz Rubio E. Clinical practice guidelines for the management of constipation in adults. Part 2: Dignosis and treatment. *Gastroenterol Hepatol.* 2017 Apr;40(4):303-16.
- Bristol stool chart–healthy poop. [online] [cited Feb 7, 2017]. Available from: <http://www.advancedhealing.com/dr-marcus-ettinger-treatment-room/bristol-stool-chart-healthy-poop/>
- Shruti S, Brij B. Scoring systems in evaluation of constipation and obstructed defecation syndrome (ODS). *JIMSA.* 2012;25:59.
- Molin AD, McMillan SC, Zenerino F, Rattone V, Grubich S, Guazzini A. Validity and reliability of the Italian constipation assessment scale. *Int J Palliat Nurs.* 2012;18:321-25.
- Greger L, Saeed S, Peter M, Ole O, Luis B, James G. World gastroenterology organisation global guideline constipation-a global perspective. *J Clin Gastroenterol.* 2011;45:483-87.
- Attaluri A, Donahoe R, Valestin J, et al. Randomised clinical trial: dried plums (prunes) vs. psyllium for constipation. *Aliment Pharmacol Ther.* 2011;33:822.
- De Schryver AM, Keulemans YC, Peters HP, et al. Effects of regular physical activity on defecation pattern in middle-aged patients complaining of chronic constipation. *Scand J Gastroenterol.* 2005;40:422-9.
- Sabine N, Soraia T, Francine C, Lígia C, Mauro B. Water and fluid intake in the prevention and treatment of functional constipation in children and adolescents: is there evidence?. *J Pediatr (Rio J).* 2017;93(4):320-7.
- Kuhl ES, Hoodin F, Rice J, Felt BT, Rausch JR, Patton SR. Increasing daily water intake and fluid adherence in children receiving treatment for retentive encopresis. *J Pediatr Psychol.* 2010;33:1144-51.
- Ryuji S, Kuniko T, Hiroyasu H, Osamu T, Megumi S, Masahiko K. Influence of body position on defecation in humans. *LUTS.* 2010;2:16-21.
- Paré P, Fedorak RN. Systematic review of stimulant and non-stimulant laxatives for the treatment of functional constipation. *Can J Gastroenterol Hepatol.* 2014 Nov;28(10):549-57.
- Izzy M, Malieckal A, Little E, Anand S. Review of efficacy and safety of laxatives use in geriatrics. *World J Gastrointest Pharmacol Ther.* 2016 May 6;7(2):334-42. doi: 10.4292/wjgpt.v7.i2.334.
- เกณฑ์สำหรับการเตรียมตัวสอบทักษะทางวิชาชีพเภสัชกรรม (OSPE) สมาเภสัชกรรม พ.ศ. 2546. คำแนะนำและวิธีใช้ยาเหน็บ หน้า 38.
- เกณฑ์สำหรับการเตรียมตัวสอบทักษะทางวิชาชีพเภสัชกรรม (OSPE) สมาเภสัชกรรม พ.ศ. 2546. คำแนะนำและวิธีใช้ยาสวนทวาร หน้า 38.

# Quiz

CPEPLUS

## 1. ข้อใดไม่ใช่อาการของภาวะท้องผูก

- ไม่ถ่ายอุจจาระมาแล้ว 1 วัน
- ถ่ายอุจจาระน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์
- ถ่ายอุจจาระเป็นก้อนเล็ก แข็ง
- ต้องออกแรงเบ่งถ่ายมากขึ้นกว่าเดิม
- มีความรู้สึกเหมือนมีอะไรอุดกั้นที่ทวารหนัก ทำให้ถ่ายไม่ออก

## 2. ข้อใดไม่ใช่สาเหตุของการเกิดภาวะท้องผูก

- การรับประทานยา chlorpheniramine ติดต่อกันนานหลายวัน
- การดื่มน้ำน้อยในระหว่างวัน
- มีภาวะลำไส้แปรปรวน
- การกลั้นอุจจาระ
- ภาวะตั้งครรภ์

## 3. ข้อใดคือ การจัดการที่เหมาะสมหากผู้ป่วยที่มีภาวะท้องผูกมีอาการขีด น้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุ และปวดอึดอัดท้องมาก

- ปรับท่านั่งถ่ายอุจจาระ
- เพิ่มปริมาณการออกกำลังกาย
- ให้ยาระบายกลุ่มดูดน้ำเข้ามาในลำไส้
- ให้ยาระบายกลุ่มกระตุ้นการทำงานของลำไส้
- ส่งต่อแพทย์

## 4. ผู้ป่วยรายใดมีภาวะท้องผูกระดับรุนแรง

- ถ่ายอุจจาระออกน้อยมาก อุจจาระแข็งมาก เป็นก้อนกลมขนาดเล็ก ไม่มีความชุ่มชื้น
- ถ่ายอุจจาระออกน้อย อุจจาระเริ่มแข็ง เป็นก้อนใหญ่ ยาว
- ถ่ายอุจจาระออกน้อย ต้องออกแรงเบ่งมากขึ้นกว่าเดิม
- ไม่ถ่ายอุจจาระติดต่อกันมา 1 วัน อุจจาระเริ่มแข็ง เป็นก้อนใหญ่ ยาว
- ไม่ถ่ายอุจจาระติดต่อกันมา 2 วัน ต้องให้ยาระบายแบบกระตุ้นจึงจะถ่ายได้

5. ผู้ป่วยรายใดไม่เหมาะสมสำหรับการปรับพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงการเกิดภาวะท้องผูกด้วยการเพิ่มการรับประทานผลไม้ เช่น กัลย มะละกอ ส้ม ให้มากขึ้น

- A. ผู้ป่วยที่มีโรคหืดที่ไม่สามารถควบคุมอาการได้
- B. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้
- C. เด็กอายุน้อยกว่า 12 ปี
- D. สตรีมีครรภ์ ไตรมาสที่ 1
- E. ผู้สูงอายุ

6. การออกกำลังกายแบบใดจะช่วยลดความเสี่ยงการเกิดภาวะท้องผูกได้

- A. ว่ายน้ำเร็ว
- B. เดินช้า ๆ
- C. ปั่นจักรยานทางเรียบ
- D. ยกน้ำหนัก
- E. ยืนแกว่งแขน

7. ข้อใดกล่าวถูกต้องเกี่ยวกับคำแนะนำการดื่มน้ำสำหรับลดความเสี่ยงการเกิดภาวะท้องผูก

- A. เพิ่มปริมาณการดื่มน้ำให้มากขึ้นได้ในผู้ป่วยท้องผูกที่โดยปกติแล้วดื่มน้ำน้อยในระหว่างวัน
- B. ผู้ป่วยท้องผูกทุกคนควรดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 3-4 ลิตรขึ้นไป
- C. การดื่มน้ำช่วยเพิ่มการไหลของอุจจาระได้ดีขึ้น
- D. การดื่มน้ำช่วยลดอาการปวดเวลาเบ่งถ่ายอุจจาระได้
- E. การดื่มน้ำช่วยเพิ่มปริมาณอุจจาระได้

8. ข้อใดคือการจัดการที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะท้องผูกที่ไม่สามารถเบ่งถ่ายได้เอง หรือถ่ายลำบากมาก

- A. ใช้ยาระบายสูตรผสม เช่น bisacodyl + PEG
- B. ใช้ยาระบาย lactulose + mineral oil
- C. ใช้ยาระบายเพิ่มกาก และดื่มน้ำตามมาก ๆ
- D. เพิ่มการออกกำลังกาย
- E. เพิ่มการรับประทานผักและผลไม้ให้มากขึ้น

9. ยาระบายใดเหมาะสมสำหรับรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะท้องผูกที่มีอุจจาระแข็งและต้องการเร่งถ่าย

- A. Docusate
- B. Lactulose
- C. Psyllium
- D. Bisacodyl
- E. MOM

10. ยาระบายใดเหมาะสมสำหรับรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะท้องผูกที่มีแผลบริเวณทวารหนัก

- A. Senna
- B. Mineral oil
- C. Psyllium

D. Dibasic sodium phosphate

E. Glycerin suppository

11. ยาระบายในข้อใดมี onset ไวที่สุด

- A. Docusate
- B. Lactulose
- C. Psyllium
- D. Senna
- E. Glycerin suppository

12. ยาระบายใดไม่ควรจ่ายหากผู้ป่วยยังคงมีอาการปวดเกร็งท้องมาก

- A. Docusate
- B. Lactulose
- C. Psyllium
- D. Bisacodyl
- E. MOM

13. ยาระบายใดอาจรบกวนการดูดซึมของวิตามิน A, D, E และ K

- A. Senna
- B. Mineral oil
- C. Psyllium
- D. Dibasic sodium phosphate
- E. Glycerin suppository

14. ยาระบายใดไม่ควรใช้สำหรับสตรีมีครรภ์

- A. Senna
- B. Mineral oil
- C. Psyllium
- D. Dibasic sodium phosphate
- E. Glycerin suppository

15. ข้อใดกล่าวผิดเกี่ยวกับยาเหน็บทวารหนัก

- A. เก็บยา ณ อุณหภูมิห้องเสมอ
- B. ท่าที่เหมาะสมสำหรับการเหน็บยาคือ นอนตะแคงให้ข้างที่ถูกทับเหยียดตรง และงอขาด้วนบน
- C. ล้างมือให้สะอาดก่อนและหลังใช้ยาทุกครั้ง
- D. การเหน็บยาให้สอดส่วนมนของแท่งยาเข้าไปในช่องทวารหนัก
- E. หลังเหน็บยาให้นั่งหรือนอนนิ่ง ๆ ประมาณ 15 นาที

# CPE PLUS

CONTINUING PHARMACEUTICAL EDUCATION

ภก.  ภญ.

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ

ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

ร.พ.รัฐบาล  ร.พ.เอกชน  ร้านขายยา  อื่นๆ.....เลขที่สมาชิก.....

ที่อยู่เลขที่.....หมู่.....ซอย.....ถนน.....

อาคาร.....ชั้นที่.....แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....มือถือ.....E-mail.....

ให้ขีดเครื่องหมาย ✓ หรือ X หน้าข้อที่ถูกต้องที่สุดเพียงคำตอบเดียว

	A	B	C	D	E
1	A	B	C	D	E
2	A	B	C	D	E
3	A	B	C	D	E
4	A	B	C	D	E
5	A	B	C	D	E
6	A	B	C	D	E
7	A	B	C	D	E
8	A	B	C	D	E
9	A	B	C	D	E
10	A	B	C	D	E

	A	B	C	D	E
11	A	B	C	D	E
12	A	B	C	D	E
13	A	B	C	D	E
14	A	B	C	D	E
15	A	B	C	D	E

เรื่อง การปรับลดทางเภสัชกรรมในภาวะท้องผูก  
สำหรับเภสัชกรชุมชน

2 หน่วยกิตการศึกษาต่อเนื่อง

รหัส 0001-1-000-005-04-2561

**โปรด!! ส่งกระดาษคำตอบของท่านมาที่**

บริษัท วงการแพทย์ พลัส มีเดีย จำกัด

71/16 ถ.บรมราชชนนี แขวงอรุณอมรินทร์ เขตบางกอกน้อย กทม. 10700

โทร. 0-2435-8111, 0-2435-8444

E-mail: answer.cpe@gmail.com

หรือแฟกซ์: 0-2423-2286

ข้อเสนอแนะในการจัดทำ CPE PLUS .....

#### หมายเหตุ

1. ขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจนับและให้คะแนน CPE PLUS เฉพาะกระดาษคำตอบของผู้เป็นสมาชิกเท่านั้น
2. บทความนี้มีอายุ 1 ปี นับจากฉบับที่ลงตีพิมพ์
3. ผู้ที่เคยร่วมตอบคำถามกับแบบทดสอบนี้แล้ว ไม่ต้องส่งซ้ำ
4. สามารถตรวจสอบคะแนนหลังจากได้รับกระดาษคำตอบ 60 วัน

LEARNAC

CPE

# CEPUS

CONTINUING PHARMACEUTICAL EDUCATION

ชื่อและที่อยู่ผู้ฝาก

.....  
.....  
.....

.....

กรุณาส่ง

บริษัท วงการแพทย์ พลัส มีเดีย จำกัด (ศูนย์ข้อมูล CPE)

71/16 ต.บรมราชชนนี แขวงอรุณอมรินทร์

เขตบางกอกน้อย กทม. 10700

www.worngkampat.com  
CPE 237

ฉบับสามร้อย

Quiz  
CEPUS

