



คู่มือการดูแลผู้ป่วยเด็ก โรคลำไส้ใหญ่โป่งพองแต่กำเนิด (Hirschsprung's Disease)



โครงการสอนสุขศึกษาในหอผู้ป่วย
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

จัดทำโดย

ไพเราะ กุรุพินทาร์ักษ์

งานการพยาบาลศาสตร์และศาสตร์ออร์โธปิดิกส์

ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์นายแพทย์วิศ เรืองตระกูล

สาขากุมารศาสตร์ ภาควิชาศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

นางสาวอัญชญา ท่วมเพิ่มผล

หัวหน้าหอผู้ป่วย 72/8 ตะวันออก ชำนาญการระดับ8

งานการพยาบาลศาสตร์และศาสตร์ออร์โธปิดิกส์

สนับสนุนการพิมพ์โดย

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

พิมพ์ครั้งที่ 1

จำนวน 500 ฉบับ

ปี พ.ศ. 2557

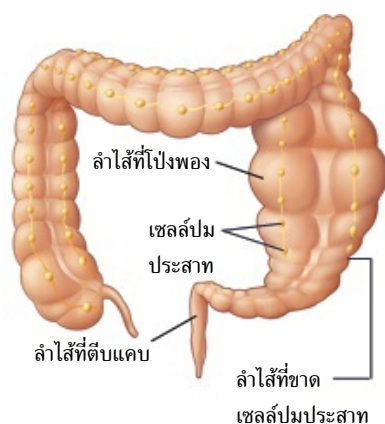
รหัสหน่วยงาน NS07110215762

สงวนลิขสิทธิ์โดย พรบ.การพิมพ์ 2537

โรคลำไส้ใหญ่โป่งพองแต่กำเนิด มีพยาธิสภาพพื้นฐาน คือ การขาดเซลล์ปมปลายประสาทซึ่งควบคุมการเคลื่อนไหวของลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย ส่งผลให้อุจจาระผ่านส่วนของลำไส้ที่มีพยาธิสภาพไปได้ยาก เกิดการอุดตันในเชิงหน้าที่ อีกทั้งทำให้ลำไส้ส่วนที่อยู่ต้นมีการโป่งพองและมีผนังหนาขึ้น

โรคลำไส้ใหญ่โป่งพองแต่กำเนิดหรือโรคเฮิร์ชสปริง (Hirschsprung's Disease) เป็นโรคลำไส้อุดตันที่พบบ่อยในทารกแรกเกิด เด็กทารก ถึงเด็กโต ส่วนใหญ่จะได้รับการวินิจฉัยโรคตั้งแต่ทารกแรกเกิด โดยเด็กทารกที่ป่วยเป็นโรคนี้ อาจจะไม่ขับถ่ายขี้เทาภายใน 24-48 ชั่วโมงหลังคลอด ท้องอืดมากขึ้น อาเจียน ไม่ถ่ายอุจจาระเองต้องสวนอุจจาระให้เป็นประจำ

โรคลำไส้ใหญ่โป่งพองแต่กำเนิด เกิดจากขาดเซลล์ปมประสาทในชั้นกล้ามเนื้อลำไส้ ทำให้มีการบีบรัดอย่างผิดปกติของกล้ามเนื้อลำไส้ ในลำไส้ที่ขาดเซลล์ปมประสาท อุจจาระและลมจะผ่านได้ยากทำให้มีการคั่งสะสมของอุจจาระและลมเป็นจำนวนมาก ทำให้ลำไส้ส่วนบนเหนือต่อการอุดตันโป่งพอง



โรคลำไส้ใหญ่โป่งพองแต่กำเนิดมีอุบัติการณ์ราว 1 ต่อ 5,000 ของการมีชีพ มีอัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง ประมาณ 4 ต่อ 1

พยาธิสภาพ

ลักษณะพยาธิสภาพที่มองเห็นด้วยตาเปล่า ลำไส้ส่วนต้นต่อส่วนที่ไม่มีเซลล์ประสาทมาเลี้ยง จะมีการพองตัว ผนังหนา ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางใหญ่ขึ้น ความยาวมากขึ้น ตัวผนังจะมองเห็นเส้นใยกล้ามเนื้อเด่นชัดจากการที่กล้ามเนื้อมีการขยายตัวมากกว่าปกติ ทั้งนี้เป็นผลเนื่องมาจากการที่ลำไส้ส่วนนี้จะมีการทำงานมากขึ้น เพื่อพยายามผลักดันสิ่งบรรจุภายในให้ผ่านส่วนที่ไม่มีเซลล์ประสาท ความรุนแรงของการโป่งพองและความหนาของผนังขึ้นกับระยะเวลาที่เป็นโรค และความมากน้อยในการอุดตันทางเดินอาหาร ผู้ป่วยที่เป็นมานานหรืออายุมากจะมีการเปลี่ยนแปลงนี้มากกว่า ลำไส้ใหญ่ส่วนที่โป่งพองจะมีเซลล์ประสาทมาเลี้ยง ขนาดของลำไส้ส่วนนี้จะเรียวยาว เล็กลงลักษณะคล้ายกรวย ไปต่อเข้ากับลำไส้ส่วนที่ไม่มีเซลล์ประสาทซึ่งมองดูปกติด้วยตาเปล่า ภายในช่องทางเดินอาหารอาจมีแผลที่เยื่อบุผิวภายใน จากการที่มีอุจจาระมาคั่งค้างอยู่เป็นเวลานานๆ ได้

อาการสำคัญ

1. ทารกแรกเกิดไม่ถ่ายขี้เทาใน 48 ชั่วโมง ท้องอืดมาก อาเจียน
2. เด็กเล็ก เด็กโตอาจมีท้องผูก ไม่ถ่ายอุจจาระเองต้องสวน ทวารเป็นประจำ บางรายถ่ายอุจจาระเหลว กระปริบกระปรอย พร้อมกับมีไข้ ตรวจร่างกายอาจคลำพบก้อนอุจจาระในช่องท้อง น้ำหนักตัวน้อย
3. ร้อยละ 2 พบลำไส้แตกทะลุ มีอาการท้องอืดมาก มีไข้สูง ซึม ไม่ผายลม



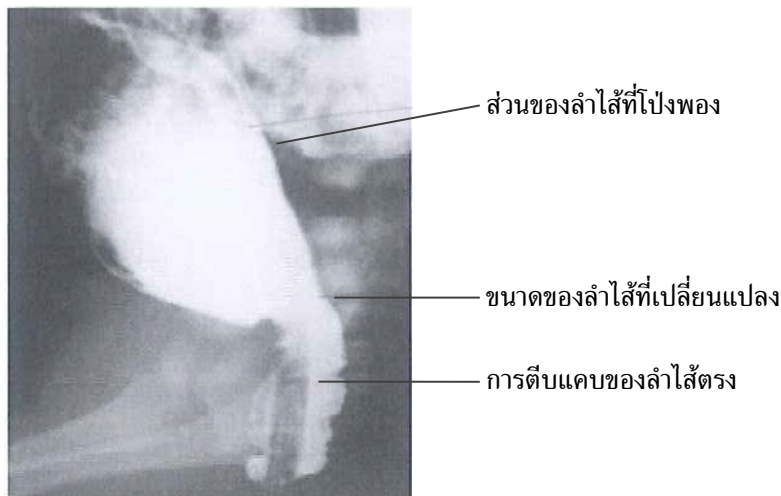
ลำไส้โป่งพองแต่กำเนิด ท้องอืดมาก ไม่ถ่ายขี้เทา ท้องผูกเป็นประจำ

4. การใช้ปรอทกระตุ้นทวารหนักดูการขับถ่ายขี้เทา หรือใช้ ลูกโป่งสวนทวารหนักขนาด 10 มล. หรือการใช้นิ้วก้อย ตรวจทางรูทวารหนัก ในทารกแรกเกิด ทารก แล้วมี อุจจาระ ผายลม พุ่งออกมาอย่างแรงทางรูทวารหนัก จะ ช่วยในการวินิจฉัยโรคและช่วยให้ท้องอืดน้อยลง
5. พบความผิดปกติพร้อมบ่อยที่สุด คือ กลุ่มอาการดาวน์ ภาวะ ผิดรูปของทวารหนัก และเรคตัม

6. ประวัติเป็นโรคนี้ในครอบครัวพบได้ร้อยละ 10 มักพบในผู้ป่วยที่เป็นลำไส้ใหญ่โป่งพองชนิดกลุ่มยาว

การตรวจวินิจฉัย

1. การตรวจเอ็กซเรย์ช่องท้องด้วยการสวนแป้งแบเรียมทางทวารหนัก จะพบมีการแคบของลำไส้ตรง เห็นการเปลี่ยนแปลงขนาดของลำไส้ที่เปลี่ยนแปลงจากบริเวณที่มีปมประสาทกับไม่มีปมประสาท (transitional zone) และส่วนบนของลำไส้ที่มีปมประสาทมีการขยายขนาด จะช่วยในการวินิจฉัยโรค



2. การตรวจวัดความดันภายในเรคตัม และทวารหนักเพื่อดูการหดตัว และการคลายตัวของหูรูดทวารหนักอันใน แต่ทารกที่เป็นโรคนี้หูรูดทวารหนักอันในจะไม่มี การคลายตัว

3. การใช้เครื่องมือพิเศษดูดเอาชิ้นเนื้อบริเวณเยื่อบุผิวภายใน
เรคตัม และชิ้นเนื้อใต้เยื่อเมือกไปตรวจ
4. การตัดชิ้นเนื้อ โดยการดมยาสลบเพื่อตัดผนังกล้ามเนื้อ
ส่วนเรคตัมไปตรวจ จะไม่พบเซลล์ประสาท วิธีนี้เป็นวิธีที่
ให้ผลการวินิจฉัยเที่ยงตรงที่สุด

การดูแลรักษาโรคลำไส้ใหญ่โป่งพองแต่กำเนิด

1. ในผู้ป่วยที่ตรวจพบการตีบแคบของลำไส้ตรงชนิดกลุ่มสั้น
คือ การผ่าตัดลำไส้ผ่านทางรูทวารหนัก ไม่มีแผลผ่าตัดที่
ผนังหน้าท้อง การผ่าตัดนี้ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจาก
พังผืดอุดตันลำไส้ มีการเจ็บปวดหลังผ่าตัดน้อย การผ่าตัด
นี้สามารถทำผ่าตัดได้ตั้งแต่ทารกแรกคลอด เป็นวิธีที่
ได้ผลดี ภายหลังจากผ่าตัด 24 ชั่วโมงผู้ป่วยจะเริ่มทานอาหาร
ได้ ผู้ป่วยมักจะมีการถ่ายอุจจาระเหลวบ่อยครั้งใน
ช่วงแรก ต้องคอยดูแลทำความสะอาดรอบ ๆ รูทวารให้
ดี การถ่ายอุจจาระจะเป็นปกติในเวลาต่อมา
2. ในผู้ป่วยที่ตรวจพบการตีบแคบของลำไส้ตรงชนิดกลุ่มยาว
(long segment, total colonic aganglionosis) การ
รักษาทำผ่าตัด ileostomy ก่อน ± patch procedure ทำ
abnormal assisted endorectal pull through

3. ในผู้ป่วยบางรายที่ไม่พบการแคบของลำไส้ตรง แต่มีอาการท้องผูกเรื้อรังรักษาแบบประคับประคองไม่ดีขึ้น ตรวจร่างกายไม่พบแผลฉีกขาดที่ทวารหนัก สงสัยว่าอาจจะเป็นลำไส้ใหญ่โป่งพองชนิดกลุ่มสั้นมาก การรักษา คือ การผ่าตัดกล้ามเนื้อหูรูด (sphincteromyectomy)

การพยาบาลก่อนการผ่าตัด

1. สอนอุจจาระเพื่อ

1.1. บรรเทาอาการอดกั้น

1.2. รักษาภาวะ ลำไส้อักเสบ

1.3. เพื่อเตรียมความสะอาดลำไส้ก่อนทำการผ่าตัด

ปัจจุบันสอนอุจจาระที่หอผู้ป่วยจนผ่าตัด

2. การสวนล้างลำไส้ใหญ่ด้วยน้ำเกลือตามน้ำหนักตัว ในทารกแรกเกิด 20 มล./กิโลกรัม ส่วนเด็กโตไม่ควรเกิน 50 มล. ต่อน้ำหนักตัวหนึ่งกิโลกรัม โดยสวนวันละ 2 ครั้ง

การพยาบาลหลังผ่าตัด

1. ผู้ป่วยเป็นลำไส้โป่งพองแต่กำเนิดขาดเซลล์ประสาทตลอดความยาวลำไส้ใหญ่ ต้องผ่าตัดเปิดลำไส้เล็กออกทางผนังหน้าท้อง เพื่อเป็นทางออกของอุจจาระ

ผู้ป่วยจะมีลำไส้ออกมาที่หน้าท้อง สอดใส่ด้วยสายยางเหลือองปิดด้วยผ้าก๊อสนุบวาสลีน เพื่อให้ลำไส้มีความชุ่มชื้นใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด เมื่อเริ่มมีอุจจาระออกจะปิดถุงครอบลำไส้

ระมัดระวังไม่ให้สายยางเหลือองหลุด เพราะลำไส้อาจผลุบเข้าไปในช่องท้องได้ สายยางเหลือองจะใส่ไว้นาน 10-14 วัน เพื่อให้ลำไส้แข็งแรงอยู่บนหน้าท้องได้ จึงนำออก



2. กรณีผ่าตัดอย่างเบ็ดเสร็จในครั้งเดียว ให้การดูแลแผลโดยฉีดล้างบริเวณทวารหนักด้วยสารละลายของเบต้าดีน 1 มล. ผสมน้ำเกลือ 100 มล. หลังการขับถ่ายอุจจาระ

3. ป้องกันไม่ให้เกิดการระคายเคืองบริเวณทวารหนักด้วยการทาวาสลีนปกป้องไว้ หรือถ้าเริ่มมีผิวหนังถลอกแดงหรือ

เป็นแผล มีผลิตภัณฑ์ที่ใช้ทา เช่น คาร์วิลอนครีม หรือ
คอมฟิวเพลส

4. หลังผ่าตัด 2 สัปดาห์ แพทย์จะนัดมาเพื่อขยายกัน

การให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน

1. ถูกรองรับอุจจาระชนิดปลายเปิด จะใช้ได้นานประมาณ 3-5 วัน เพราะสามารถเทอุจจาระทิ้งได้ หรือระบายลมออกได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอุจจาระเหลวมาก หรือท้องเสีย ทำให้อุจจาระไม่ระคายเคืองผิวหนังรอบลำไส้
2. ควรเลือกใช้ถุงที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ช่องที่สวมกับลำไส้ควรมีเส้นผ่าศูนย์กลางมากกว่าขนาดของลำไส้ประมาณ 0.5 เซนติเมตร ดังนั้นจึงควรวัดขนาดของรูเปิดลำไส้ทุกครั้งก่อนซื้อผลิตภัณฑ์ ถ้าลำไส้มีขนาดใหญ่กว่าช่องเปิดใช้กรรไกรตัดให้ได้ขนาดที่ต้องการ
3. หลังจากอาบน้ำแล้ว ซับหรือเช็ดผิวหนังรอบลำไส้เล็กที่เปิดทางหน้าท้องให้แห้ง
4. แกะเทปชั้นในของถุงออก แล้วครอบลงบนลำไส้ โดยให้ขอบถุงชิดผิวหนังด้านล่างของลำไส้มากที่สุด กดให้แนบสนิท แกะเทปส่วนที่เหลือกดกับผิวหนังให้แน่น ไล่ลมในถุงออก ปิดปลายถุงให้เรียบร้อย

5. เปิดปลายถุงเทอูจจาระออก เมื่อมีอุจจาระจำนวนมากหรือประมาณ 1/3 ถุง เพื่อป้องกันอุจจาระเซาะขอบถุง ทำให้ถุงรั่ว หรือถุงแตก
6. เปิดปลายถุง ระบายลมออก เมื่อถุงโป่งพองมาก เพราะถุงอาจแตกได้ ถ้าเด็กนอนคว่ำ
7. เปลี่ยนถุงอุจจาระใหม่ เมื่อพบการรั่วซึม
8. สังเกตลำไส้ส่วนที่โผล่ออกมาทางหน้าท้อง ถ้ามีสีคล้ำมากกว่าปกติ มีเลือดออกมาก หรือยาวออกมามากกว่าปกติ ถ่ายเป็นน้ำมากกว่าปกติ ควรนำผู้ป่วยมาพบแพทย์ก่อนวันนัด