

ประสิทธิผลของ Bowel Program เพื่อป้องกันภาวะท้องผูกในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลัง  
The effectiveness of bowel program for constipation prevention in spine patients

อรพินธุ์ ปัทมาภรณ์พงศ์ พย.บ.\*

สังวาลย์ ปัทมาภรณ์พงศ์ พย.บ.\*

เพ็ญรวี สมัย พย.บ.\*

ศรายุทธ เข็มขัด พย.บ.\*

**บทคัดย่อ**

- บทนำ:** ภาวะท้องผูกเป็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลัง เนื่องจากผู้ป่วยต้องนอนบนเตียงตลอดเวลาถูกจำกัดกิจกรรมสิ่งแวดล้อมและแบบแผนสุขภาพเปลี่ยนแปลงไป ทำให้การเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง มีการศึกษาที่รายงานว่าการใช้ Bowel Program โดยการนัดหน้าท้องร่วมกับดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 2,000 มล. และรับประทานอาหารที่มีกากใยช่วยลดปัญหาดังกล่าวได้
- วัตถุประสงค์:** เพื่อเปรียบเทียบอาการท้องผูก ท้องอืด และความจำเป็นในการสวนอุจจาระระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบไม่ใช้ Bowel Program และแบบใช้ Bowel Program
- วิธีการศึกษา:** เป็นการศึกษา intervention แบบ interrupted time design ศึกษาที่หอผู้ป่วยสงฆ์อาพาธ โรงพยาบาลแพร์ศึกษาโดยแบ่งผู้ป่วยเป็นสองช่วงเวลา คือช่วงแรก (เดือนมีนาคม ถึงพฤษภาคม 2558) ศึกษากลุ่มควบคุม 25 ราย และช่วงที่สอง (เดือนมิถุนายน ถึงตุลาคม 2558) ศึกษากลุ่มทดลอง 43 ราย ผู้ป่วยที่ใช้โปรแกรมหรือกลุ่มทดลองได้รับการนัดหน้าท้องวันละ 1 ครั้ง 4 ท่า 10-15 นาทีทุกวันหลังอาหารมื้อเย็น 1 ชั่วโมง ส่วนผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมได้รับการแนะนำดูแลตามปกติ ทั้งสองกลุ่มได้รับคำแนะนำให้ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 2,000 มล. และรับประทานอาหารที่มีกากใยอย่างน้อยวันละ 500 กรัม บันทึกอาการรบกวนการขับถ่ายอุจจาระ และวิธีการช่วยขับถ่าย เข้าและเย็นทุกวันจนครบ 1 สัปดาห์ วิเคราะห์เปรียบเทียบกลุ่มด้วย reduction และช่วงความเชื่อมั่น 95% สถิติ exact probability test และ t-test นำเสนอผลของกิจกรรมด้วยค่า risk
- ผลการศึกษา:** การใช้ Bowel Program ลดอาการท้องผูกหรือถ่ายลำบากได้ร้อยละ 99.8 (95%CI = 97.1-100, p<0.001) ลดอาการท้องอืดหรือคลื่นไส้ ร้อยละ 98.6 (95%CI = 89.4-99.8, p<0.001) และยังลดความจำเป็นในการสวนอุจจาระหรือใช้ยาระบายได้ร้อยละ 99.9 (95%CI = 99.4-100, p<0.001)
- สรุป:** ผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังควรได้รับการใช้ Bowel Program โดยควรปฏิบัติให้มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่องทุกราย เนื่องจากผลการศึกษาพบว่าช่วยลดอาการท้องผูก ท้องอืด และลดการสวนอุจจาระได้
- คำสำคัญ:** โรคกระดูกสันหลัง, Bowel Program, ท้องผูก, อุจจาระลำบาก, สวนอุจจาระ

\*หอผู้ป่วยสงฆ์อาพาธ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลแพร์

## Abstract

- Background:** Constipation is a major problem in spine patients because they have to lie on the bed and restrict activity all the time. As a result, they had constipation and did not defecate three consecutive days or more. A previous study reported that bowel program with abdominal massaging, fluid intake  $\geq 2,000$ cc per day and fiber foods, can reduce these problems.
- Objective:** To compare constipation, abdominal bloating and enema between patients with and without bowel program.
- Study design:** Interrupted time design in Songar patward at Phrae hospital. Study patients divided into two period. 25 reference group received routine care in the first period (March-May 2015). In the second period (June-October 2015), 43 intervention group received bowel program by abdominal massage 1 hour after dinner in 4 posture, 10-15 minutes a day. Both groups were advised to drink  $\geq 2,000$ cc of water and eat  $\geq 1/2$  kilogram of fiber per day. Record disturbing symptoms, defecation and how to help defecation every morning and evening daily until 1 week. Data were analyzed by using exact probability test, t-test and present the results of activities with the risk reduction and 95% confidence intervals.
- Results:** Bowel program reduced constipation or straining 99.8% (95%CI= 97.1-100,  $p < 0.001$ ), abdominal bloating or nausea 98.6% (95%CI=89.4-99.8,  $p < 0.001$ ), and also reduced enema or the use of laxative 99.9% (95% CI = 99.4-100,  $p < 0.001$ ).
- Conclusions:** In spine patients should be used the effective bowel program continuously in all cases. Because the study found that it helped to reduce constipation, abdominal bloating, and enema.
- Keywords:** spine disease, bowel program, constipation, abdominal bloating, nausea, enema, straining, laxative

## บทนำ

การขับถ่ายอุจจาระเป็นกลไกธรรมชาติของมนุษย์ทุกคน โดยปกติคนเราจะถ่ายอุจจาระวันละ 1 ครั้ง แต่กลไกดังกล่าวอาจถูกรบกวนเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล อาการท้องผูกคือการไม่ถ่ายอุจจาระต่อเนื่องกัน 3 วันขึ้นไป หรือถ่ายอุจจาระแห้งแข็ง<sup>(1)</sup> เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญที่รบกวนความสุขสบายของผู้ป่วยได้ แต่อาการท้องผูกอาจไม่ได้รับความสนใจมากนักทั้งที่พบเป็นปัญหาได้บ่อยในผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังที่ต้องการนอนบนเตียงตลอดเวลาและถูกจำกัดกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกาย

การศึกษาอุบัติการณ์เกิดอาการท้องผูกในต่างประเทศ พบอาการท้องผูกประมาณร้อยละ 16-17 และร้อยละ 24.2 ในคนไทย<sup>(2)</sup> ผู้วิจัยได้ศึกษาเพิ่มประวัติย้อนหลังในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังในหอผู้ป่วยสงฆ์อาพาธโรงพยาบาลแพร่ที่มีวันนอนตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป ตั้งแต่ตุลาคม 2557-ธันวาคม 2557 พบอุบัติการณ์การเกิดท้องผูกร้อยละ 83.37 ส่วนใหญ่ได้รับการรักษาโดยการใช้ยาระบาย เหน็บยา และการสวนอุจจาระ

ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังส่วนใหญ่อำนาจในการทำงานของลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ควบคุมการขับถ่ายเสียไปทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการท้องผูกทำให้ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการท้องผูกได้แก่สิ่งแวดล้อมที่แตกต่างจากบ้านทำให้

แบบแผนสุขภาพเปลี่ยนแปลงไป โดยเฉพาะการขับถ่ายบนเตียง การได้รับอาหารและน้ำไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย การได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายขณะผ่าตัด การได้รับยาบรรเทาอาการปวดที่มีผลให้การเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง เช่น กลุ่มยาแก้ปวดต้านอักเสบ (NSAIDs) ยากลุ่มโอปิออยด์ (Opioid) ได้แก่ มอร์ฟีน (Morphine) ออกซีโคโดน (Oxycodone) และเฟนทานิล (Fentanyl) ตามลำดับ<sup>(3)</sup>

การรักษาอาการท้องผูกมีทั้งวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยา แต่ส่วนใหญ่มักนิยมใช้ยาระบายหรือสวนอุจจาระซึ่งเป็นการแก้ปัญหาท้องผูกได้เป็นครั้งคราวและอาจเกิดผลเสียตามมา ทำให้เกิดการทำลายบริเวณเยื่อบุลำไส้ใหญ่ ผังลำไส้เรียบและตีบเร็ว อีกทั้งอาจทำให้ร่างกายขาดน้ำและเกลือแร่ได้ รวมทั้งเสี่ยงต่ออาการแทรกซ้อนของยา<sup>(4)</sup> การป้องกันอาการท้องผูกโดยวิธี Bowel Program สามารถช่วยลดความเสี่ยงจากการใช้ยาโดยการส่งเสริมกระบวนการทางเสรีภาพในการขับถ่ายอุจจาระให้เป็นปกติ โดยการนัดหน้าท้อง การรับประทานอาหารที่มีกากใย การดื่มน้ำให้เพียงพอและการฝึกสุขนิสัยการขับถ่ายให้เหมาะสม มีผลการวิจัยที่สนับสนุนผลดีของการไม่ใช้ยาระบายรวมทั้งการเลือกใช้วิธีใดวิธีหนึ่ง หรือใช้ 2-3 วิธีร่วมกันในการแก้ปัญหาท้องผูก การนัดหน้าท้องช่วยทำให้ระยะเวลาที่อุจจาระเคลื่อนในลำไส้ใหญ่สั้นลงจาก 91 ชั่วโมงเหลือ 72 ชั่วโมง และความถี่ของการถ่ายอุจจาระเพิ่มขึ้นจาก 3.8 เป็น 4.6 ครั้งต่อสัปดาห์<sup>(5)</sup>

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบการเกิดภาวะท้องผูกระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบไม่ใช้โปรแกรมและแบบใช้โปรแกรมในหอผู้ป่วยสงฆ์อาหารโรงพยาบาลแพร่

## วัสดุและวิธีการศึกษา

ผู้ป่วย: ศึกษาในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังที่มารับการรักษาในหอผู้ป่วยสงฆ์อาหารโรงพยาบาลแพร่โดยแบ่งผู้ป่วยเป็นสองช่วงเวลา คือ ช่วงเวลาแรก (1 มีนาคม-31 พฤษภาคม 2558) ศึกษาในกลุ่มไม่ใช้โปรแกรม 25 ราย และ

ช่วงเวลาที่สอง (1 มิถุนายน-31 ตุลาคม 2558) ศึกษาในกลุ่มใช้โปรแกรม 43 ราย

กลุ่มควบคุม: ผู้ป่วยกลุ่มไม่ใช้โปรแกรมแนะนำให้ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 2,000 มล. และรับประทานอาหารที่มีกากใยอย่างน้อยวันละ 500 กรัม

กลุ่มทดลอง: ผู้ป่วยที่ใช้โปรแกรมได้รับการนัดหน้าท้องวันละ 1 ครั้ง 4 ท่า 10-15 นาทีทุกวันหลังอาหารมื้อเย็น 1 ชั่วโมง แนะนำให้ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 2,000 มล. และรับประทานอาหารที่มีกากใยอย่างน้อยวันละ 500 กรัม

วิธีการ: รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มในเรื่องเพศ อายุการศึกษา อาชีพ ประวัติการตั้งครรภ์ ประวัติการสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารที่มีกากใย การดื่มน้ำ อาการปัจจุบันที่มาโรงพยาบาล โรคประจำตัว ชนิดของผู้ป่วย จำนวนวันนอน ประวัติการใช้ยาที่มีผลและไม่มีผลต่อภาวะท้องผูก การขับถ่ายอุจจาระอาการรบกวนและวิธีการช่วยขับถ่าย บันทึกเข้าและเย็นทุกวันจนครบ 1 สัปดาห์ ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มรายที่ไม่ได้รับการผ่าตัดศึกษาและบันทึกตั้งแต่วันที่แรกที่อยู่ในโรงพยาบาล ส่วนรายที่ได้รับการผ่าตัดศึกษาและบันทึกตั้งแต่วันที่ 3 ของการผ่าตัด

การคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ Two-Sample comparison of proportions (Power of test 0.8) proportions (Power of test 0.8) ระดับนัยสำคัญที่ 0.05 one sided test Ratio of sample sized=1.7 โดยในกลุ่มควบคุมมีอาการท้องผูกร้อยละ 83.37 และในกลุ่มทดลองมีภาวะท้องผูกร้อยละ 50 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นกลุ่มควบคุม (n1)=25 ราย และกลุ่มทดลอง (n2)=43 ราย การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์เปรียบเทียบกลุ่มด้วยสถิติ exact probability test และ t-test นำเสนอผลของกิจกรรมด้วยค่า risk reduction และช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมจากสมการ logistic ชนิดข้อมูลตัวแปรตามเป็นมาตราเรียงลำดับ ordinal Scale และนิยามประสิทธิภาพด้วย  $(1-OR) \times 100$

จริยธรรม: ดำเนินการทางจริยธรรมการขออนุญาตผู้ป่วยหรือญาติ และการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการตรวจสอบจริยธรรมการวิจัยในผู้ป่วยของโรงพยาบาลแพร่

## ผลการศึกษา

ผู้ป่วยกลุ่มควบคุม (ไม่ใช้โปรแกรม) 25 ราย และกลุ่มทดลอง (ใช้โปรแกรม) 43 ราย มีลักษณะทั่วไปใกล้เคียงกัน ได้แก่ เพศ การศึกษา อาชีพ ประวัติการดื่มสุรา ประวัติการสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารที่มีกากใย และการดื่มน้ำ ยกเว้นอายุกลุ่มทดลองมีอายุมากกว่าประมาณ 6 ปี ซึ่งแตกต่างกัน ( $p=0.034$ ) (ตารางที่ 1)

ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีลักษณะอาการที่มาโรงพยาบาลส่วนใหญ่คืออาการปวดและชา (ร้อยละ 36.0 และร้อยละ 72.1,  $p<0.001$ ) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 40.0 และร้อยละ 44.2) ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด (ร้อยละ 72.0 และร้อยละ 72.1,  $p=1.000$ ) มีจำนวนวันที่อยู่โรงพยาบาลเฉลี่ย 12.0 วัน และ 13.7 วัน ( $p=0.193$ ) และมีแนวโน้มว่ากลุ่มทดลองไม่ใช้ยากกลุ่มที่มีผลต่อภาวะท้องผูกน้อยกว่า ( $p=0.144$ ) (ตารางที่ 2)

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่ไม่ใช้โปรแกรมมีภาวะท้องผูกร้อยละ 56.0 ส่วนผู้ป่วยที่ใช้โปรแกรมไม่พบภาวะท้องผูก ( $p<0.001$ ) ผู้ป่วยที่ไม่ใช้โปรแกรมมีอาการท้องอืด

ร้อยละ 44.0 ส่วนผู้ป่วยที่ใช้โปรแกรมมีอาการท้องอืดร้อยละ 27.9 ผู้ป่วยที่ไม่ใช้โปรแกรมมีอาการท้องอืดและคลื่นไส้ร้อยละ 36.0 ส่วนผู้ป่วยที่ใช้โปรแกรมไม่มีอาการรบกวนร้อยละ 72.1 ( $p<0.001$ ) ผู้ป่วยที่ไม่ใช้โปรแกรมต้องรับประทานยาระบายและสวนอุจจาระร้อยละ 52.0 ส่วนผู้ป่วยที่ใช้โปรแกรมไม่ต้องรับประทานยาระบายและสวนอุจจาระ ( $p<0.001$ ) (ตารางที่ 3)

การใช้โปรแกรมลดหน้าท้อง ลดการเกิดท้องผูกหรือถ่ายลำบากได้ร้อยละ 99.8 มีความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 ว่าโปรแกรมนี้สามารถลดอาการท้องผูกถ่ายลำบากได้ร้อยละ 97.1-100 ( $p<0.001$ ) โปรแกรมนี้ลดการเกิดอาการท้องอืดหรือคลื่นไส้ร้อยละ 98.6 โดยมีความเชื่อมั่นที่ระดับร้อยละ 95 ว่าสามารถลดอาการท้องอืดหรือคลื่นไส้ได้ร้อยละ 89.4-99.8 ( $p<0.001$ ) โปรแกรมนี้ยังลดความจำเป็นในการสวนอุจจาระหรือใช้ยาระบายได้ร้อยละ 99.9 โดยมีความเชื่อมั่นที่ระดับร้อยละ 95 ว่าโปรแกรมนี้สามารถลดความจำเป็นในการสวนอุจจาระหรือใช้ยาระบายระหว่างร้อยละ 99.4-100 ( $p<0.001$ ) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย

ลักษณะ	กลุ่มควบคุม (ไม่ใช้โปรแกรม) (n=25)		กลุ่มทดลอง (ใช้โปรแกรม) (n=43)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					
ชาย	6	24.0	12	27.9	0.783
หญิง	19	76.0	31	72.1	
อายุ (ปี)					
<45	3	12.0	1	2.3	
45-59	15	60.0	17	39.5	
60-74	5	20.0	19	44.2	
≥75	2	8.0	6	14.0	
เฉลี่ย (SD)	57.1	(11.2)	63.2	(11.1)	0.034

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย (ต่อ)

ลักษณะ	กลุ่มควบคุม (ไม่ใช่โปรแกรม) (n=25)		กลุ่มทดลอง (ใช้โปรแกรม) (n=43)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
<b>การศึกษา</b>					
ไม่ได้เรียน	1	4.0	9	20.9	0.170
ระดับประถม	13	52.0	23	53.5	
ระดับมัธยม	7	28.0	8	18.6	
ระดับอุดมศึกษา	4	16.0	3	7.0	
<b>อาชีพ</b>					
ไม่ได้ทำงาน	7	28.0	11	25.6	0.525
เกษตรกร	6	24.0	16	37.2	
ลูกจ้างและข้าราชการ	2	8.0	3	7.0	
ค้าขาย	6	24.0	11	25.6	
รับจ้าง	4	16.0	2	4.6	
<b>ประวัติการดื่มสุรา</b>					
ไม่ดื่ม	18	72.0	33	76.7	0.773
ดื่ม	7	28.0	10	23.3	
<b>ประวัติการสูบบุหรี่</b>					
ไม่สูบบุหรี่	19	76.0	31	72.0	0.783
สูบบุหรี่	6	24.0	12	28.0	
<b>รับประทานอาหารที่มีกากใย (กรัม/วัน)</b>					
< 500	8	32.0	14	32.6	1.000
≥ 500	17	68.0	29	67.4	
<b>การดื่มน้ำ (มล./วัน)</b>					
< 2,000	5	20.0	12	27.9	0.217
≥ 2,000	20	80.0	31	72.1	
เฉลี่ย (SD)	2,113.1	(148.1)	2,064.5	(159.5)	

ตารางที่ 2 ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วย

ลักษณะ	กลุ่มควบคุม (ไม่ใช่โปรแกรม) (n=25)		กลุ่มทดลอง (ใช้โปรแกรม) (n=43)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
<b>อาการปัจจุบันที่มาโรงพยาบาล</b>					
ปวด	7	28.0	12	27.9	<0.001
ชา	5	20.0	0	0.0	
ปวดและชา	9	36.0	31	72.1	
ชาอ่อนแรง	4	16.0	0	0.0	
<b>โรคประจำตัว</b>					
ไม่มีโรคประจำตัว	10	40.0	19	44.2	0.356
ความดันโลหิตสูง	7	28.0	17	39.5	
เบาหวาน	1	4.0	0	0.0	
เบาหวานและความดันโลหิตสูง	1	4.0	0	0.0	

ตารางที่ 2 ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วย (ต่อ)

ลักษณะ	กลุ่มควบคุม (ไม่ใช้โปรแกรม) (n=25)		กลุ่มทดลอง (ใช้โปรแกรม) (n=43)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
โรคประสาท	4	16.0	6	14.0	
หอบหืด/ภูมิแพ้	2	8.0	1	2.3	
ชนิดของผู้ป่วย					
ไม่ผ่าตัด	7	28.0	12	27.9	1.000
ผ่าตัด	18	72.0	31	72.1	
จำนวนวันที่อยู่ในโรงพยาบาล					
<10วัน	9	36.0	13	30.2	0.462
11-14วัน	11	44.0	15	34.9	
≥15วัน	5	20.0	15	34.9	
เฉลี่ย (SD)	12	4.8	13.7	5.3	0.193
การใช้ยา					
ไม่ใช้ยากลุ่มที่มีผลต่อภาวะท้องผูก	5	20.0	2	4.6	0.144
ใช้ยากลุ่มที่มีผลต่อภาวะท้องผูก	20	80.0	41	95.4	
Diuretic	12	48.0	15	34.9	
NSAIDS	5	20.0	15	34.9	
Antidepressants	2	8.0	3	7.0	
Opioid analgesics	0	0.0	4	9.3	
Antacid	1	4.0	4	9.3	

ตารางที่ 3 การประเมินภาวะท้องผูก อาการรบกวนและวิธีการช่วยขับถ่ายของผู้ป่วย

ลักษณะ	กลุ่มควบคุม (ไม่ใช้โปรแกรม) (n=25)		กลุ่มทดลอง (ใช้โปรแกรม) (n=43)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
การขับถ่าย					
ถ่ายปกติ	4	16.0	33	76.7	<0.001
ถ่ายลำบาก	7	28.0	10	23.3	
ท้องผูก	14	56.0	0	0.0	
อาการรบกวน					
ไม่มี	5	20.0	31	72.1	<0.001
ท้องอืด	11	44.0	12	27.9	
ท้องอืดและคลื่นไส้	9	36.0	0	0.0	
วิธีการช่วยขับถ่าย					
ขับถ่ายได้เอง	5	20.0	36	83.7	<0.001
รับประทานยาระบาย	3	12.0	6	14.0	
ใช้ยาเหน็บ	1	4.0	1	2.3	
สวนอุจจาระ	1	4.0	0	0.0	
รับประทานยาระบาย/ใช้ยาเหน็บ	2	8.0	0	0.0	
รับประทานยาระบาย/สวนอุจจาระ	13	52.0	0	0.0	

ตารางที่ 4 ประสิทธิภาพการลดหน้าท้อง

ลักษณะที่ศึกษา	Risk reduction	95% CI	p-value
ท้องผูก/ถ่ายลำบาก	99.8	97.1-100	<0.001
ท้องอืด/คลื่นไส้	98.6	89.4-99.8	<0.001
สวนอุจจาระ/ใช้ยาระบาย	99.9	99.4-100	<0.001

## วิจารณ์

การวิจัยครั้งนี้ ในส่วนของข้อมูลทั่วไปทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมีอายุระหว่าง 45-59 ปี การศึกษาในประเทศอังกฤษและสหรัฐอเมริกา พบว่าภาวะท้องผูกพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย เนื่องจากเพศชายมีลำไส้ใหญ่สั้นกว่าเพศหญิง<sup>(6)</sup> ร่วมกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีกากใยน้อยและการดื่มน้ำน้อยกว่า 1,500-2,000 มล./วัน เพราะน้ำมีส่วนช่วยให้อุจจาระนิ่มและใยอาหารที่ผ่านไปยังลำไส้ใหญ่จะดูดซึมน้ำเอาไว้ทำให้เกิดการรวมตัวของกากอาหาร กระตุ้นให้ลำไส้ใหญ่มีการเคลื่อนไหวทำให้อุจจาระเคลื่อนสู่ลำไส้ใหญ่เร็วขึ้น<sup>(7)</sup>

นอกจากมีผลการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลัง พบว่าระยะเวลาที่กากอาหารและอุจจาระเคลื่อนในลำไส้อยู่ระหว่าง 3.2-4.3 วัน เนื่องจากผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังถูกจำกัดกิจกรรมบนเตียงทำให้การเคลื่อนไหวลำไส้ลดลง<sup>(8)</sup>

การใช้ Bowel Program ในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังโดยการลดหน้าท้อง 4 ท่า ใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที<sup>(9)</sup> ระหว่างดำเนินงานวิจัยพบปัญหาเรื่องการสื่อสารเนื่องจากผู้ป่วยและญาติส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ต้องใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายพร้อมการสาธิตซ้ำบ่อยๆ บุคลากรในทีมสามารถใช้ Bowel Program ในการปฏิบัติให้เป็นงานประจำได้ ขณะลดหน้าท้องผู้ป่วยจะมีความรู้สึกสบาย ผ่อนคลายผู้ป่วยร้อยละ 97 มีความพึงพอใจ

ประสิทธิผลของการใช้ Bowel Program โดยการลดหน้าท้องช่วยให้ผู้ป่วยลดการรับประทานยาระบายหรือใช้ยาเหน็บโดยผู้ป่วยที่ไม่ใช่โปรแกรมการรับประทานยาระบายหรือใช้ยาเหน็บร้อยละ 8.0 ส่วนผู้ป่วยที่ใช้โปรแกรมไม่ต้องรับประทานยาระบายหรือใช้ยา

เหน็บ และสามารถลดการรับประทานยาระบายลดการสวนอุจจาระจากร้อยละ 52.0 เป็นไม่ต้องรับประทานยาระบายหรือสวนอุจจาระ

การนำผลการวิจัย Bowel program มาใช้ในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังมีข้อเด่นคือช่วยลดภาวะท้องผูกท้องอืดและลดการสวนอุจจาระลงได้ทำให้ผู้ป่วยสุขสบายมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นประหยัดเวลาและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อผู้ป่วย สามารถนำไปใช้ในคนปกติที่มีภาวะท้องผูกได้และสอนญาติให้นำไปปฏิบัติให้ผู้ป่วยต่อเมื่ออยู่บ้าน แต่มีข้อจำกัดคือในผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคประจำตัวบางอย่าง เช่น โรคความดันโลหิตสูง ขณะทำการลดให้สังเกตอาการผิดปกติ เช่น หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง หรือปวดแน่นท้องให้หยุดลดทันที ห้ามลดหน้าท้องผู้ป่วยที่มีแผลที่หน้าท้องที่ยังอักเสบอยู่ ผู้ป่วยมีอาการปวดหลัง ท้องเสีย หรือมีอาการของโรคกระเพาะอาหารและลำไส้ ให้ลดในที่มีขีดขีดไม่เปิดเผยร่างกายผู้ป่วย ในการศึกษานี้มีการขยายผลการปฏิบัติไปสู่หอผู้ป่วยอื่นในโรงพยาบาลแพร่

## สรุป

ผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังควรได้รับการใช้ Bowel Program โดยควรปฏิบัติให้มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่องทุกราย เนื่องจากผลการศึกษาพบว่าช่วยลดอาการท้องผูกท้องอืด และลดการสวนอุจจาระได้

## กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ ศ.ดร.นพ.ชยันตร์ธรปทุมานนท์ ภาควิชาาระบาดวิทยาคลินิกและสถิติศาสตร์คลินิก คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

รศ.ชไมพร ทวีชศรี และดร.สุรางค์รัตน์ พ้องพาน ในการให้  
คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ตั้งแต่ต้นจนตลอดการวิจัย

### เอกสารอ้างอิง

1. American Gastroenterological Association. Understanding constipation. Retrieved [Internet]. 2008 [cited 2014 November 3]. Available from: <http://www.gastro.org/patients-center/digestive-condition/constipation>
2. วราภรณ์ ศิริธรรมานุกูล. ท้องผูกใครคิดว่าไม่สำคัญ [อินเทอร์เน็ต]. 2553[cited 2014 July 17]. Available from: [http://www.Cccthai.org/New-Article/2552-04-10\\_constipated/constipated.html](http://www.Cccthai.org/New-Article/2552-04-10_constipated/constipated.html)
3. Burch J. Constipation and flatulence management for stoma patients. J Community Nurs 2010; 12(10):449-52.
4. Staats PS, Markowitz J, Schein J. Incidence of constipation associated with long-acting opioid therapy: A comparative study. South Med J 2004; 97(2):129-34.
5. งามอาจ ไพโรสถนธรางกูร. ท้องผูก (constipation). ใน: กำพล กลั่นกลิ่น, บุญหลง ศิวะสมบุญ, งามอาจ ไพโรสถนธรางกูร, บรรณาธิการ. อาการของโรคระบบทางเดินอาหารที่พบบ่อยและการบำบัด. กรุงเทพฯ: พี.บี. ฟอเรนบุคส์; 2553. หน้า 201-13.
6. International Urogynecological Association (IUGA). Constipation : A Guide for Women [Internet]. 2011 [cited 2014 November 3]; Available from: [http://c.ymcdn.com/sites/www.iuga.org/resource/resmgr/brochures/eng\\_constipation.pdf](http://c.ymcdn.com/sites/www.iuga.org/resource/resmgr/brochures/eng_constipation.pdf)
7. World Gastroenterology Organisation Global Guideline. Constipation: A global perspective [Internet]. 2010 [cited 2014 November 3]. Available from: <http://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/constipation-english-2010.pdf>
8. นงลักษณ์ สุขวาณิชย์ศิลป์. เกสัชวิทยา. เล่ม 1. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ภาควิชาเภสัชวิทยา คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2540.
9. สมาคมประสาทและทางเดินอาหารและหดรเคลื่อนไหวแห่งประเทศไทย. แนวทางการดูแลรักษาภาวะท้องผูกเรื้อรัง. กรุงเทพฯ: สมาคม; 2552.
10. เพชรรัตน์ ยอดเจริญ. รายงานผลการดำเนินโครงการพัฒนาคุณภาพเรื่องท้องผูกลดได้ง่ายๆ หน่วยงานการพยาบาลผู้ช่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ; 2557.
11. อภิชนา โขวินทะ. ตำราบาดเจ็บไขสันหลัง: การฟื้นฟูสภาพอย่างครอบคลุม. เล่ม 2. เชียงใหม่: สุทินการพิมพ์; 2556.