

CHRONIC CONSTIPATION: FROM GUIDELINES TO PRACTICE



ได้รับอนุญาต
จาก ศ.น.พ.

CME PLUS
CONTINUING MEDICAL EDUCATION



บทความโดย: อ.พญ.ปัญญาวีร์ ปิติสุทธิธรรม, ผศ.(พิเศษ) พญ.ฐนิสา พัชรตระกูล
ศูนย์เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านระบบประสาทและการเคลื่อนไหวของระบบทางเดินอาหาร
ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รหัส 3-3220-000-9301/190901

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ทราบถึงสาเหตุ แนวทางการวินิจฉัยและการจัดแบ่งกลุ่มโรคในผู้ป่วยที่มีอาการท้องผูกเรื้อรัง
2. เพื่อให้ทราบถึงแนวทางการรักษาโรคท้องผูกเรื้อรัง
3. เพื่อให้ทราบถึงคุณสมบัติและวิธีการใช้ยารุ่นใหม่เพื่อรักษาโรคท้องผูกเรื้อรัง

ท้องผูกเรื้อรัง เป็นปัญหาที่พบบ่อยและมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต⁽¹⁾ ความชุกของโรคท้องผูกเรื้อรังในประชากรทั่วไปพบ 0.7-7.9% โดยในทวีปเอเชียอยู่ระหว่าง 1.4-32.9%⁽²⁾ ทั้งนี้พบว่าการรักษาท้องผูกจะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นได้⁽³⁾ คำจำกัดความของอาการท้องผูกในผู้ป่วยแต่ละรายอาจอธิบายอาการได้แตกต่างกัน เช่น อุจจาระแข็ง ไม่ค่อยรู้สึกปวดถ่าย ต้องใช้แรงเบ่งอุจจาระมาก รู้สึกว่าถ่ายได้ไม่สุด ใช้เวลาในการถ่ายนาน เป็นต้น ทั้งนี้สำหรับงานวิจัยภาวะท้องผูกเรื้อรัง (functional constipation) จะใช้เกณฑ์ของ ROME IV ดังนี้

1. มีอาการด้านล่างต่อไปนี้ ≥ 2 อาการขึ้นไป (25% ของการขับถ่าย)
 - ก. ถ่ายอุจจาระน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์
 - ข. อุจจาระเป็นก้อนแข็ง
 - ค. รู้สึกว่าถ่ายอุจจาระไม่สุด
 - ง. รู้สึกว่าถ่ายอุจจาระไม่ออกเนื่องจากมีสิ่งอุดตันบริเวณทวารหนัก
 - จ. ต้องใช้ตัวช่วยเพื่อทำให้อุจจาระออกมาด้วยตัวเอง เช่น ใช้เครื่องดิจिटอลดูดออกมา ขยายอุ้งเชิงกราน หรือเอานิ้วล้วง

- ฉ. ต้องเบ่งมากกว่าปกติ
2. อุจจาระไม่ค่อยมีลักษณะเหลวหากไม่ใช้ยาระบาย
3. ไม่เข้าหลักเกณฑ์ของภาวะลำไส้แปรปรวน โดยมีอาการข้างต้นครบเกณฑ์มานานมากกว่า 3 เดือน และเริ่มมีอาการครั้งแรก (ไม่จำเป็นต้องครบเกณฑ์) นานมากกว่า 6 เดือน⁽⁴⁾

สาเหตุของท้องผูกเรื้อรัง

ท้องผูกเรื้อรังแบ่งตามสาเหตุเป็น 2 ประเภท คือ ท้องผูกปฐมภูมิ (Primary Constipation) สาเหตุมาจากการทำงานที่ผิดปกติของลำไส้ใหญ่และระบบขับถ่ายโดยตรง และท้องผูกทุติยภูมิ (Secondary Constipation) สาเหตุมาจากการปัจจัยอื่นนอกจากการทำงานที่ผิดปกติของลำไส้ใหญ่และระบบขับถ่าย โดยในการรักษาผู้ป่วยท้องผูกเรื้อรังควรหาสาเหตุจำเพาะที่ทำให้เกิดท้องผูกก่อน (secondary causes) ซึ่งแม้จะพบได้ไม่บ่อย แต่สามารถรักษาได้ตามสาเหตุที่พบ เช่น ลำไส้ใหญ่อุดตัน ความผิดปกติทางเมตาบอลิก (แคลเซียมในเลือดสูง ภาวะไทรอยด์ทำงานต่ำ เบาหวาน) โรคทางระบบประสาท (พาร์กินสัน รอยโรคไขสันหลัง) หรือยาบางชนิด (ตารางที่ 1-2)



ตารางที่ 1 แสดงสาเหตุจำเพาะ (secondary causes) ของท้องผูก

Drug effects	Neuropathies
Colonic obstructions	Parkinson's disease
- Mass lesions	Spinal cord injury or tumor
- Pseudo-obstruction	Hirschsprung disease
Metabolic conditions	Cerebrovascular disease
- Diabetes mellitus	Multiple sclerosis
- Hypothyroidism	Autonomic neuropathy
- Hypercalcemia	Amyloidosis
- Hypokalemia	CNS lesion
- Hypomagnesemia	
- Uremia	
Myopathies	
- Scleroderma	

ตารางที่ 2 ยาที่สัมพันธ์กับอาการท้องผูก⁽⁵⁾

Analgesics
Opiates
Non-steroidal anti-inflammatory agents
Anticholinergic agents
Tricyclic antidepressants
Antiparkinsonian drugs
Antipsychotics
Antispasmodics
Antihistamines
Anticonvulsants (e.g. carbamazepine, phenobarbital, phenytoin)
Antihypertensive agents
Calcium channel blockers (e.g. verapamil)
Diuretics (e.g. furosemide)
Cation-containing agents
Aluminum (antacids)
Calcium
Iron supplements
Chemotherapy agents (e.g. Vinca alkaloids)



หากไม่พบสาเหตุข้างต้น อาการท้องผูกเรื้อรังอาจเกิดจากการทำงานที่ผิดปกติของลำไส้ใหญ่ และ/หรืออุ้งเชิงกราน (pelvic floor) (primary constipation) จึงแนะนำว่าหากไม่พบสาเหตุที่จำเพาะและไม่ตอบสนองต่อการรักษาเบื้องต้นด้วยการปรับพฤติกรรมและยาระบาย ควรส่งตรวจทางสรีรวิทยาเพิ่มเติมเพื่อประเมินเวลาในการเคลื่อนผ่านของอุจจาระในลำไส้ (colonic transit time) และการทำงานของกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนัก (anorectal function) เพื่อหาลักษณะความผิดปกติของการทำงานของลำไส้ใหญ่ และ/หรืออุ้งเชิงกราน ซึ่งแบ่งได้เป็น 3 กลุ่มย่อย⁽⁶⁾ ได้แก่

1. Anorectal dysfunction หรือ Defecatory disorders

คือ กลุ่มที่มีการทำงานของกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักไม่ประสานกับการเบ่งอุจจาระ ทำให้แรงเบ่งไม่เพียงพอที่จะเอาชนะแรงต้านที่เกิดจากการหดเกร็งของกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักส่วนนอก (external anal sphincter) และกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน การรักษาที่เป็นมาตรฐานของ defecatory disorders คือ biofeedback therapy ซึ่งเป็นการฝึกควบคุมกล้ามเนื้อในการเบ่งอุจจาระให้ทำงานประสานกันอย่างถูกต้อง โดยมีการแสดงผลให้ผู้ป่วยทราบว่ากล้ามเนื้อต่าง ๆ ทำงานอย่างไรในขณะเบ่งถ่าย

2. Slow transit constipation

คือ กลุ่มที่พบว่ามี การเคลื่อนตัวของอุจจาระในลำไส้ใหญ่ช้ากว่าปกติ (delayed colonic transit) การรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ จะใช้ยาระบายเป็นหลัก หากไม่ตอบสนองต่อ ยาระบายและไม่มีโรคลำไส้เล็กเคลื่อนไหวผิดปกติ ร่วมด้วยอาจพิจารณาผ่าตัดลำไส้ใหญ่ออกทั้งหมด (total colectomy)

3. Normal transit constipation

คือ กลุ่มที่ การเคลื่อนตัวของอุจจาระในลำไส้ใหญ่และสรีรวิทยา การเบ่งอุจจาระเป็นปกติโดยผู้ป่วยในกลุ่มนี้บางราย พบว่าเป็นโรคลำไส้แปรปรวนชนิดท้องผูกเด่น (constipation predominant irritable bowel syndrome, IBS-C) ซึ่งจะมีอาการปวดท้องสัมพันธ์กับการถ่ายอุจจาระ หรือการเปลี่ยนแปลงของ ลักษณะอุจจาระหรือความถี่ของการถ่ายอุจจาระ

จากการศึกษาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในคนไทย 103 คนที่มีภาวะท้องผูกเรื้อรังและไม่ตอบสนองต่อยาระบาย พบว่าเป็น defecatory disorders 29%, slow transit constipation 13% และ 11% เป็นทั้ง defecatory disorders และ slow transit constipation⁽⁶⁾ โดยอาการท้องผูก เช่น ต้องใช้แรงเบ่งอุจจาระมาก อุจจาระแข็ง รู้สึกถ่ายไม่สุด รู้สึกมีอะไรอุดที่ทวารหนัก การใช้นิ้วล้วงเพื่อช่วยในการถ่ายไม่สามารถช่วยในการแยกประเภทของท้องผูกได้ ยกเว้นความถี่ของการถ่าย ที่ห่างพบว่าสัมพันธ์กับภาวะ delayed colonic transit

ประวัติและการตรวจร่างกายเมื่อผู้ป่วยมีภาวะท้องผูกเรื้อรัง

ประวัติและการตรวจร่างกายเป็นหัวใจสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วย เพื่อหาอาการหรืออาการแสดงของโรคที่เป็นสาเหตุของอาการท้องผูก โดยการซักประวัติจำเป็นต้องถามถึงอาการที่รบกวนมากที่สุด ความถี่ในการถ่ายอุจจาระ ลักษณะอุจจาระและอาการร่วม เช่น ปวดท้อง ท้องอืดมีลมมาก ที่ดีขึ้นหรือแย่ลงสัมพันธ์กับอาการท้องผูก นอกจากนี้ควรถามถึงความรู้สึกอยากถ่ายอุจจาระตอนเช้าหรือหลังอาหาร และการตอบสนองต่อความรู้สึกดังกล่าวในเวลาที่เหมาะสม รวมถึงประวัติการตอบสนองและผลข้างเคียงของยาระบาย เช่น ปวดท้อง ถ่ายเหลว กลั้นอุจจาระไม่ได้ การไชยาสวนหรือการใช้วิธีอื่น ๆ ช่วยในการถ่ายอุจจาระ การตรวจร่างกายเพื่อหาสาเหตุอื่น ๆ ของการเกิดภาวะท้องผูก และการตรวจทวารหนัก (digital rectal examination) เพื่อประเมินการทำงานของระบบประสาท ประเมินการเคลื่อนไหวของอุ้งเชิงกรานหรือโรคของทวารหนัก เช่น ลำไส้ตรงปลิ้น (rectal prolapse) ระวังที่ให้ผู้ป่วยลองเบ่งถ่ายอุจจาระ รายละเอียดจากการซักประวัติและตรวจร่างกายจะทำให้ทราบสาเหตุที่แท้จริงของภาวะท้องผูก และสามารถที่จะให้การรักษาได้อย่างเหมาะสม

การตรวจเพิ่มเติมทางห้องปฏิบัติการควรจะทำเมื่อมีอาการทางคลินิกที่เข้าได้กับโรคหรือภาวะต่าง ๆ ที่สงสัย เช่น ภาวะที่มีความผิดปกติหรือไม่สมดุลของ thyroid stimulating hormone, serum glucose, creatinine หรือ calcium นอกจากนี้ในผู้ป่วยที่มีอาการเตือน (alarm symptoms) ได้แก่ น้ำหนักลด ซีด หรืออุจจาระเป็นเลือด มีอาการเป็นเร็ว มีประวัติมะเร็งลำไส้ใหญ่ในครอบครัว หรืออายุมากกว่า 50 ปี แนะนำให้ตรวจ



ส่องกล้องลำไส้ใหญ่เพื่อประเมินรอยโรคความผิดปกติของลำไส้ใหญ่

การตรวจสรีรวิทยาในการขับถ่าย (anorectal physiologic tests)

การตรวจสรีรวิทยาในการขับถ่าย ได้แก่ การตรวจดูการทำงานของทวารหนักและกล้ามเนื้อที่ควบคุมการขับถ่าย (anorectal manometry) และการทดสอบการเบ่งลูกโป่ง (rectal balloon expulsion) ควรพิจารณาส่งตรวจเมื่อผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อยาบรรเทาและการปรับพฤติกรรม การตรวจ anorectal manometry จะช่วยประเมินแรงเบ่งว่ามีประสิทธิภาพหรือไม่ ซึ่งดูได้จากความดันในลำไส้ตรงในขณะเบ่ง และการทำงานของกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักขณะเบ่งว่าเกร็งหรือคลายตัว รวมถึงการรับรู้ความรู้สึกของทวารหนัก (rectal sensation) ส่วนการตรวจ rectal balloon expulsion จะตรวจเพื่อหาระยะเวลาในการเบ่งลูกโป่งบรรจุน้ำในทวารหนักออกมา เพื่อทดสอบว่าผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับการเบ่งหรือไม่ ซึ่งจะใช้ประกอบกับการตรวจ anorectal manometry

การตรวจ anorectal manometry และ rectal balloon expulsion นั้นมีความปลอดภัย โดยผลการตรวจจะถูกนำมาใช้ในการเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสมกับความผิดปกติที่เป็นสาเหตุของอาการท้องผูกที่พบ ทั้งนี้มีหลักฐานจากการศึกษาแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (randomized control study) ว่าการฝึกเบ่งกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนัก (biofeedback) มีประสิทธิภาพการรักษาดีกว่าการรักษาด้วยยาบรรเทาในผู้ป่วยที่มี defecatory disorders

การตรวจ colonic transit study

เป็นการตรวจเพื่อดูการเคลื่อนตัวของกากอาหารในลำไส้ใหญ่ว่าช้าหรือปกติ วิธีที่ทำได้ง่ายคือ การให้รับประทานวัสดุทึบแสงรังสี (radio-opaque marker) การตรวจนี้ควรพิจารณาส่งตรวจเมื่อผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อยาบรรเทาและการปรับพฤติกรรมแล้ว และไม่พบความผิดปกติจากการตรวจ anorectal manometry และ rectal balloon expulsion

การถ่ายภาพรังสีการขับถ่ายอุจจาระ (defecography)

สามารถตรวจพบความผิดปกติทางกายวิภาค เช่น พบว่ามีทวารหนักยื่นโป่งเข้าไปในช่องคลอดหรืออวัยวะข้างเคียง

(rectocele rectal intussusception) และเยื่อบุอ่อนยื่นออกมาจากทวารหนัก (internal mucosal prolapse) ซึ่งต้องพิจารณา ร่วมกับอาการของผู้ป่วยเสมอ ก่อนส่งผ่าตัดว่าเกี่ยวข้องกับ ความผิดปกติทางกายวิภาคที่พบดังกล่าวหรือไม่

การดูแลรักษาท้องผูกเรื้อรัง

- **การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม** ผู้ใหญ่ควรดื่มน้ำอย่างน้อย 1.5 ลิตรต่อวัน และออกกำลังกายให้เพียงพอ
- **Bowel habit training** เวลาที่เหมาะสมสำหรับการถ่ายอุจจาระควรเป็นหลังตื่นนอนตอนเช้า หรือ หลังอาหารมื้อใดมื้อหนึ่ง ซึ่งมักจะเกิดในช่วง 5-30 นาที หลังมื้ออาหาร เป็นผลมาจากการบีบตัวอย่างแรงของลำไส้ใหญ่ (high amplitude propagated contractions และ gastrocolic reflex) จึงควรแนะนำให้ผู้ป่วยตื่นนอนและรับประทานอาหารเช้าเป็นเวลา ไม่ควรละเลยหรือไม่ตอบสนองต่อความรู้สึกอยากถ่ายอุจจาระ^(7,8)
- **แนะนำการรับประทานกากใยอาหาร (fiber) ให้เพียงพอ** กากใยอาหารจะเพิ่มความถี่ในการถ่ายอุจจาระในผู้ที่มีอาการท้องผูกเรื้อรัง และทำให้อาการของโรคลำไส้แปรปรวนดีขึ้น ขณะเดียวกัน อาจก่อให้เกิดผลข้างเคียงได้ เช่น ท้องอืด หรือ มีลมในช่องท้อง ดังนั้น จึงควรเพิ่มปริมาณกากใยอาหารอย่างช้า ๆ ทั้งที่ได้จากอาหารและกากใยอาหารสำเร็จรูป โดยแนะนำกากใยอาหารชนิดละลายน้ำได้ (soluble fiber) เช่น psyllium เนื่องจากมีผลข้างเคียงเรื่องปวดท้อง หรืออึดอัดแน่นท้องน้อยกว่ากากใยอาหารชนิดไม่ละลายน้ำ⁽⁹⁾ และควรลองบริโภคผักหรือผลไม้ที่หลากหลาย

การใช้ยาบรรเทา

- **Osmotic laxatives** ประกอบด้วย โมเลกุลที่ดูดซึมน้ำได้น้อยที่ทำให้มีน้ำอยู่ในลำไส้มากขึ้น เช่น milk of magnesia, poorly absorbed sugar (lactulose และ sorbitol) และ polyethylene glycol (PEG) โดยมีการศึกษาที่แสดงว่า PEG ทำให้อาการในผู้ป่วยภาวะท้องผูกเรื้อรังดีขึ้น⁽⁹⁾ พบว่าทำให้มีลม แน่นท้อง



น้อยกว่ากลุ่ม poorly absorbed sugar⁽⁸⁾ แต่ไม่มีหลักฐานสนับสนุนว่า PEG ทำให้อาการปวดท้องในผู้ป่วยโรค IBS ดีขึ้น⁽⁹⁾

- **Stimulant laxatives** กระตุ้นให้ลำไส้ใหญ่ขับน้ำและเกลือแร่ หรือกระตุ้นให้มีการบีบตัวของลำไส้ใหญ่ เช่น senna, bisacodyl, sodium picosulfate ยากลุ่มนี้อาจมีผลข้างเคียงเรื่องปวดท้อง จึงอาจไม่เหมาะกับผู้ป่วยโรค IBS⁽⁹⁾
- **Newer agents**

5-HT4 agonist

Prucalopride ออกฤทธิ์กระตุ้น 5-HT4 receptor ทำให้เพิ่ม intestinal secretion กระตุ้นการบีบตัวของลำไส้ และลด gastrointestinal transit time จากข้อมูลพบว่ามีประสิทธิภาพมากกว่ายาหลอกในผู้ป่วยท้องผูกเรื้อรัง โดยมี NNT = 5 (95% CI 4-8) ผลข้างเคียงที่อาจพบ ได้แก่ ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ยานี้เป็นยาที่มีใช้ในประเทศไทย มีข้อบ่งใช้ในการรักษาอาการท้องผูกเรื้อรังในผู้ป่วยที่เคยใช้ยาละลายแต่ไม่ได้ผลเป็นที่น่าพอใจ ในขนาด 1-2 มิลลิกรัม วันละครั้ง⁽⁹⁾

Prosecretory agents

Lubiprostone ออกฤทธิ์กระตุ้น chloride channel type 2 ที่อยู่บนผิวด้านบนของ intestinal epithelium ทำให้มีการหลั่งคลอไรด์และน้ำเข้าไปสู่ intestinal lumen ทำให้เกิด intestinal transit ที่เร็วขึ้น⁽⁹⁾ ทำให้ยานี้มีประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วยท้องผูกเรื้อรัง ซึ่งใน American College of Gastroenterology Monograph on the Management of Irritable Bowel Syndrome and Chronic Idiopathic Constipation ในปี ค.ศ. 2014 แนะนำว่า lubiprostone มีประสิทธิภาพดีกว่ายาหลอกในการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะลำไส้แปรปรวนที่มีอาการท้องผูกเด่น (constipation-predominant IBS, IBS-C) โดยมี NNT เท่ากับ 12.5 (95% CI 8-25)⁽¹⁰⁾ และมีประสิทธิภาพในการรักษาภาวะท้องผูกเรื้อรัง (chronic idiopathic constipation, CIC) โดยมี NNT เท่ากับ 4 (95% CI 3-6)

Lubiprostone ได้รับการอนุมัติในประเทศสหรัฐอเมริกาในปี ค.ศ. 2006 เพื่อใช้รักษาผู้ป่วยท้องผูกเรื้อรัง (chronic idiopathic constipation, CIC) ในผู้ใหญ่ในขนาด 24 ไมโครกรัม วันละ 2 ครั้ง และสำหรับการรักษาโรคลำไส้แปรปรวนที่มีอาการท้องผูกเด่น (constipation-predominant IBS, IBS-C) ในผู้หญิงอายุ 18 ปีขึ้นไป ขนาด 8 ไมโครกรัม

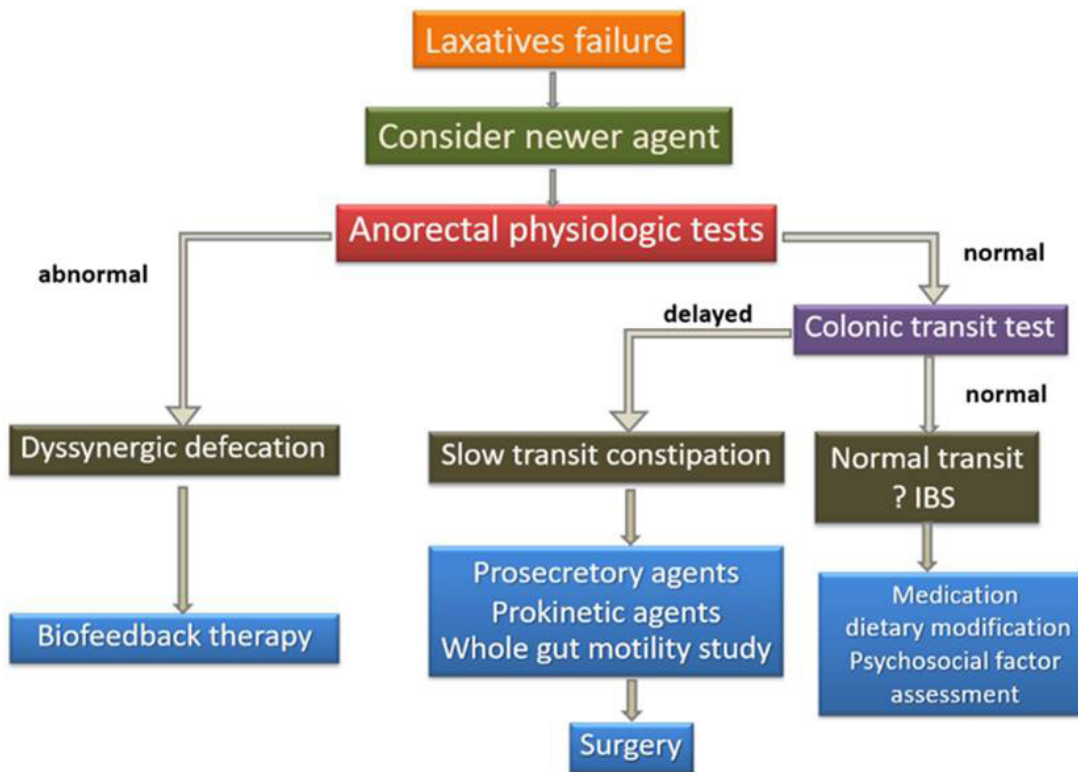
วันละ 2 ครั้ง โดยมีผลข้างเคียง ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย อึดอัดแน่นท้อง⁽⁹⁾

เนื่องจาก prosecretory agents มีประสิทธิภาพในการรักษาโรคลำไส้แปรปรวนที่มีอาการท้องผูกเด่น (IBS-C) และโรคท้องผูกเรื้อรัง (CIC) แต่อย่างไรก็ตาม การศึกษาเป็นการศึกษาเปรียบเทียบกับยาหลอก ยังไม่มีการศึกษาเปรียบเทียบกับยาระบายอื่น ๆ ใน American Gastroenterological Association Medical Position Statement on Constipation กล่าวว่า newer agent มีบทบาทใน normal หรือ slow transit ที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาระบาย⁽¹¹⁾

สำหรับในประเทศไทยจากคำแนะนำเกี่ยวกับโรคลำไส้แปรปรวนสำหรับแพทย์ทั่วไปปี ค.ศ. 2012 โดยสมาคมประสาททางเดินอาหารและการเคลื่อนไหว (ไทย)⁽⁷⁾ ระบุว่า lubiprostone เป็นยาที่สามารถเลือกใช้ในการรักษาโรคลำไส้แปรปรวนที่มีอาการท้องผูกเด่น (IBS-C)

Lubiprostone ได้รับการขึ้นทะเบียนในประเทศไทย เพื่อใช้รักษาผู้ป่วยภาวะท้องผูกเรื้อรังในผู้ใหญ่ (CIC) โดยใช้ในขนาด 24 ไมโครกรัม วันละ 2 ครั้ง และสำหรับการรักษาโรคลำไส้แปรปรวนที่มีอาการท้องผูกเด่น (IBS-C) ในผู้หญิงอายุ 18 ปีขึ้นไป ในขนาด 8 ไมโครกรัม วันละ 2 ครั้ง ในผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาระบาย โดยแนะนำว่าควรให้พร้อมอาหารเพื่อลดอาการคลื่นไส้ที่อาจเป็นผลข้างเคียงได้ และหากยังไม่ตอบสนองต่อการรักษาควรพิจารณาส่งตรวจสรีรวิทยาในการขับถ่าย (anorectal physiologic tests) ต่อไป ดังรายละเอียดที่กล่าวข้างต้น (แผนภูมิที่ 1)

สำหรับ prosecretory agents อื่น ๆ เช่น linaclotide, plecanatide ในปัจจุบันยังไม่มียานี้จำหน่ายในประเทศไทย



Adapted from Nat Rev Dis Primers. 2017; 14;3:17095.

เอกสารอ้างอิง

- Rantis PC Jr., Vernava AM 3rd, Daniel GL, Longo WE. Chronic constipation--is the work-up worth the cost? Dis Colon Rectum. 1997;40(3):280-6.
- Mugie SM, Benninga MA, Di Lorenzo C. Epidemiology of constipation in children and adults: a systematic review. Best Pract Res Clin Gastroenterol. 2011;25(1): 3-18.
- Belsey J, Greenfield S, Candy D, Geraint M. Systematic review: impact of constipation on quality of life in adults and children. Aliment Pharmacol Ther. 2010;31(9): 938-49.
- Mearin F, Lacy BE, Chang L, Chey WD, Lembo AJ, Simren M, et al. Bowel Disorders. Gastroenterology. 2016.
- Bharucha AE, Pemberton JH, Locke GR 3rd. American Gastroenterological Association technical review on constipation. Gastroenterology. 2013;144(1):218-38.
- Gonlachanvit S, Patcharatrakul T. Causes of idiopathic constipation in Thai patients: associations between the causes and constipation symptoms as defined in the Rome II criteria. J Med Assoc Thai. 2004;87 Suppl 2: S22-8.
- คำแนะนำเกี่ยวกับโรคลำไส้แปรปรวนสำหรับแพทย์ทั่วไป (แนวทางเวชปฏิบัติ) 2012. สมาคมประสาททางเดินอาหารและการเคลื่อนไหว (ไทย).
- แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยท้องผูกเรื้อรัง: สมาคมประสาททางเดินอาหารและการเคลื่อนไหว (ไทย); 2552.
- Ford AC, Moayyedi P, Lacy BE, Lembo AJ, Saito YA, Schiller LR, et al. American College of Gastroenterology monograph on the management of irritable bowel syndrome and chronic idiopathic constipation. Am J Gastroenterol. 2014;109 Suppl 1:S2-26; quiz S7.
- Drossman DA, Chey WD, Johanson JF, Fass R, Scott C, Panas R, et al. Clinical trial: lubiprostone in patients with constipation-associated irritable bowel syndrome--results of two randomized, placebo-controlled studies. Aliment Pharmacol Ther. 2009;29(3):329-41.
- American Gastroenterological A, Bharucha AE, Dorn SD, Lembo A, Pressman A. American Gastroenterological Association medical position statement on constipation. Gastroenterology. 2013;144(1):211-7.
- Camilleri M, Ford AC, Mawe GM, Dinning PG, Rao SS, Chey WD, et al. Chronic constipation. Nat Rev Dis Primers. 2017;3:17095.



1. ข้อใดต่อไปนี้เป็นอาการท้องผูก

- A. ถ่ายอุจจาระน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์
- B. อุจจาระเป็นก้อนแข็ง
- C. รู้สึกถ่ายอุจจาระไม่สุด
- D. รู้สึกถ่ายอุจจาระไม่ออกเนื่องจากมีสิ่งอุดตันบริเวณทวารหนัก
- E. ถูกทุกข้อ

2. หากผู้ป่วยมีอาการครบเกณฑ์ตาม Rome IV criteria จะต้องมีอาการมาเป็นเวลาเท่าไรจึงจะวินิจฉัยได้ว่าเป็นโรคท้องผูกเรื้อรัง

- A. นานกว่า 1 สัปดาห์
- B. นานกว่า 2 สัปดาห์
- C. นานกว่า 1 เดือน
- D. นานกว่า 3 เดือน
- E. นานกว่า 6 เดือน

3. การรักษาที่เป็นมาตรฐานของ defecatory disorders คือข้อใด

- A. การให้ยาระบายกลุ่ม Stimulant laxatives
- B. การให้ Prosecretory agents
- C. Biofeedback therapy
- D. Total colectomy
- E. แนะนำการรับประทานอาหารกากใย (fiber)

4. ยาในข้อใดไม่สัมพันธ์กับอาการท้องผูก

- A. Verapamil
- B. Iron supplement
- C. Tramadol
- D. Metformin
- E. Calcium

5. ข้อใดไม่ใช่ alarm symptoms ที่เป็นข้อบ่งชี้ว่าผู้ป่วยควรตรวจส่องกล้องเพื่อประเมินรอยโรคความผิดปกติของลำไส้ใหญ่

- A. มีภาวะซีด
- B. อุจจาระเป็นเลือด
- C. น้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุ
- D. มีประวัติคนในครอบครัวเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่
- E. ผู้ป่วยที่อายุไม่เกิน 50 ปี

6. การตรวจสรีรวิทยาในการขับถ่าย (anorectal manometry) และการทดสอบการเบ่งลูกโป่ง (rectal balloon expulsion) ควรพิจารณาส่งตรวจเมื่อใด

- A. เมื่อผู้ป่วยมีอาการท้องผูกเรื้อรัง โดยใช้เพื่อหาสาเหตุจำเพาะที่ส่งผลให้เกิดอาการ

- B. เมื่อผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาด้วยการให้ยาระบายโดยใช้เพื่อติดตามประสิทธิภาพในการรักษาของยา
- C. เมื่อผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาโดยการปรับพฤติกรรมโดยใช้เพื่อติดตามประสิทธิภาพของการรักษา
- D. เมื่อผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการให้ยาระบายและการปรับพฤติกรรม
- E. ไม่จำเป็นต้องพิจารณาส่งตรวจในผู้ป่วยโรคท้องผูกเรื้อรัง

7. ข้อใดไม่ใช่วิธีการดูแลรักษาท้องผูกเรื้อรัง

- A. ผู้ใหญ่ควรดื่มน้ำอย่างน้อย 1.5 ลิตรต่อวัน และออกกำลังกายให้เพียงพอ
- B. ตื่นนอนและรับประทานอาหารเช้าให้เป็นเวลา
- C. ไม่ละเลยหรือไม่ตอบสนองต่อความรู้สึกอยากถ่ายอุจจาระ
- D. รับประทานกากใยอาหารให้เพียงพอ
- E. รับประทานอาหารรสจัด เช่น เป็รียวหรือเผ็ดเพื่อกระตุ้นการทำงานของระบบทางเดินอาหาร

8. ยา Lubiprostone มีกลไกการออกฤทธิ์อย่างไร

- A. กระตุ้นให้ลำไส้ขับน้ำและเกลือแร่ หรือกระตุ้นให้มีการบีบตัวของลำไส้ใหญ่
- B. กระตุ้น Chloride channel type 2 บน intestinal epithelium ทำให้มีการหลั่งคลอไรด์และน้ำเข้าสู่ intestinal lumen ส่งผลให้ intestinal transit เร็วขึ้น
- C. เป็นโมเลกุลที่ดูดซึมได้น้อยทำให้น้ำอยู่ในลำไส้ยาวนานขึ้น
- D. ออกฤทธิ์กระตุ้น 5-HT4 receptor ทำให้เพิ่ม intestinal secretion กระตุ้นการบีบตัวของลำไส้ และลด gastrointestinal transit time
- E. ช่วยเพิ่มปริมาณอุจจาระ

9. ยา Lubiprostone มีวิธีการใช้อย่างไรเพื่อรักษาภาวะท้องผูกเรื้อรังในผู้ใหญ่ (CIC)

- A. 8 mcg วันละ 2 ครั้ง
- B. 8 mg วันละ 2 ครั้ง
- C. 24 mcg วันละ 1 ครั้ง
- D. 24 mcg วันละ 2 ครั้ง
- E. 24 mg วันละ 2 ครั้ง

10. วิธีใดที่สามารถลดอาการคลื่นไส้จากยา Lubiprostone ได้

- A. รับประทานยาก่อนอาหาร
- B. รับประทานยาพร้อมกับอาหาร
- C. รับประทานยาหลังอาหาร
- D. รับประทานยาก่อนนอน
- E. รับประทานยาระหว่างมื้ออาหาร



กระดาษคำตอบ

CME PLUS

CONTINUING MEDICAL EDUCATION

นพ. พญ. เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ

ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี.....
สาขา.....ร.พ.
 ร.พ.รัฐบาล ร.พ.เอกชน คลินิก อื่น ๆ.....ที่อยู่เลขที่.....
หมู่.....ซอย.....อาคาร.....ชั้นที่.....
แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....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

เรื่อง CHRONIC CONSTIPATION:
FROM GUIDELINES TO PRACTICE
.....
.....
.....
.....
รหัส 3-3220-000-9301/190901

หมายเหตุ แพทย์ผู้ตอบ 1 ชุดมาตรฐาน จะต้องตอบถูก 6 ใน 10 ข้อ จะได้รับ 2 หน่วยกิตชั่วโมง ในกรณี 1 ชุด มี 10 ข้อ
ข้อเสนอแนะในการจัดทำ CME

โปรด!! ส่งกระดาษคำตอบของท่านมาที่

บริษัท วงการแพทย์ พลัส มีเดีย จำกัด (ศูนย์ข้อมูล CME) ภายใน 3 เดือน 71/16 ถ.บรมราชชนนี แขวงอรุณอมรินทร์
เขตบางกอกน้อย กทม. 10700 โทร. 0-2435-8111, 0-2435-8444 แฟกซ์ 0-2423-2286