

Obstructive defecation syndrome

เรียบเรียงโดย พญ. อนุชญา กอสกุล

อาจารย์ที่ปรึกษา นายแพทย์กฤษกร ศรีศิริตวิวงศ์

ท้องผูกเรื้อรัง (Chronic constipation) เป็นปัญหาของระบบทางเดินอาหารที่พบบ่อย โดยพบมากกว่าร้อยละ 30 ของประชาชนทั่วไป ปัญหาท้องผูกพบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชายและมักพบในผู้สูงอายุ ถึงแม้ว่าภาวะท้องผูกส่วนใหญ่จะไม่ทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายถึงชีวิต แต่ก็มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมาก ท้องผูกเกิดได้จากหลายสาเหตุและมักเกิดจากหลายสาเหตุร่วมกัน การรักษาภาวะท้องผูกจึงทำได้ยาก รวมทั้งต้องอาศัยความร่วมมือสหสาขาวิชาชีพจากทั้ง อายุรศาสตร์ ทางเดินอาหาร นารีเวช ศัลยศาสตร์ทางเดินปัสสาวะ และศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ความหมายของท้องผูกเรื้อรัง (Chronic constipation)

จะใช้เกณฑ์ของ ROME IV ดังนี้

1. มีอาการด้านล่างต่อไปนี้ > 2 อาการขึ้นไป (25% ของการขับถ่าย)
 - ถ่ายอุจจาระน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์
 - อุจจาระเป็นก้อนแข็ง
 - รู้สึกว่าถ่ายอุจจาระไม่สุด
 - รู้สึกว่าถ่ายอุจจาระไม่ออกเนื่องจากมีสิ่งอุดตันบริเวณทวารหนัก
 - ต้องใช้ตัวช่วยเพื่อทำให้อุจจาระออกมาด้วยตัวเอง
 - ต้องเบ่งมากกว่าปกติ
2. อุจจาระไม่ค่อยมีลักษณะเหลวหากไม่ใช่ยาระบาย
3. ไม่เข้าหลักเกณฑ์ของภาวะลำไส้แปรปรวน

โดยมีอาการข้างต้นครบเกณฑ์มานานมากกว่า 3 เดือนและเริ่มมีอาการครั้งแรก (ไม่จำเป็นต้องครบเกณฑ์) นานมากกว่า 6 เดือน

ท้องผูกเรื้อรังแบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ

1. primary constipation (idiopathic/functional constipation) สาเหตุมาจากการทำงาน ที่ผิดปกติของลำไส้ใหญ่ และระบบขับถ่ายโดยตรง จะแบ่งย่อยออกเป็น 2 ชนิดได้แก่
 - motility disorders ประกอบด้วย normal transit constipation, slow transit constipation
 - obstructive defecation syndromes
2. secondary constipation เกิดจาก comorbid medical conditions หรือ medications

Obstructive defecation syndromes

Obstructive defecation syndromes (ODS) หรือ ภาวะถ่ายอุจจาระลำบาก คือ ภาวะที่ไม่สามารถขับอุจจาระออกจากทวารหนักได้ obstructive defecation syndromes ยังแบ่งออกเป็นกลุ่มย่อย ได้แก่

1. Functional ODS เช่น anismus, rectal hyposensitivity
2. Mechanical ODS เช่น high grade internal rectal prolapse, external rectal prolapse, anterior rectocele, enterocele

Initial Evaluation

History and Physical examinations

การวินิจฉัยผู้ป่วยที่มีท้องผูกเรื้อรังแบบ ODS ควรเริ่มจากการซักประวัติและตรวจร่างกายอย่างละเอียด และควรมีการตรวจเพิ่มเติมเพื่อช่วยในการวินิจฉัย และต้องแยกภาวะท้องผูกเรื้อรังจากสาเหตุอื่น เช่น secondary constipation หรือ organic causes ออกไป การซักประวัติมีความสำคัญและใช้เวลามากเพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับพยาธิสภาพ ระยะเวลาการเกิด และความรุนแรงของอาการท้องผูก

ผู้ป่วยมักมีอาการปวดท้อง ท้องอืด การถ่ายอุจจาระลำบาก ต้องใช้เวลาเบ่งนานมากกว่าปกติ อุจจาระมีลักษณะแข็ง รึสิ่งมีสิ่งอุดตันบริเวณทวารหนัก ถ่ายอุจจาระไม่สุด อาจต้องใช้นิ้วล้วงที่ทวารหนัก หรือกดตรง perineum หรือหน้าทวารหนัก เพื่อช่วยในการขับถ่าย รู้สึกมีก้อนตรงทวารหนัก อาการเจ็บทวารหนักเวลาถ่าย ถ่ายเป็นเลือด กลั้นอุจจาระไม่ได้

ควรซักประวัติเกี่ยวกับจำนวนครั้งที่ถ่ายอุจจาระ ลักษณะและขนาดของอุจจาระ รวมทั้งอุปนิสัยการชอบกลั้น อุจจาระนอกจากนี้ควรซักประวัติโรคประจำตัวอาทิ มะเร็งลำไส้ โรคไทรอยด์ โรคไต โรคทางระบบประสาท โรคเบาหวาน เป็นต้น ยาที่รับประทานเป็นประจำโดยเฉพาะยาที่มีผลทำให้ท้องผูก เช่น anticholinergics, opioids, NSAID, anticonvulsants, antihypertensive drugs เช่น calcium channel blockers (verapamil), diuretics (furosemide), beta-blockers (atenolol), antiarrhythmics (amiodarone), antidepressants, calcium, iron เป็นต้น และ ต้องซักประวัติเกี่ยวกับการผ่าตัดต่างๆ โดยเฉพาะการผ่าตัดทางทวารหนัก หรือช่องคลอด ผ่าตัดมดลูก ประวัติการคลอดลูก และประวัติอุบัติเหตุต่างๆ รวมถึงประวัติการใช้ยาขยาย เป็นต้น

การตรวจร่างกาย การตรวจท้องเพื่อดูว่ามีท้องอืดหรือคลำได้ลำของอุจจาระหรือไม่ และเพื่อคลำหาก้อนในช่องท้อง การตรวจ perineum แผลผ่าตัดเดิม ผิวหนังโดยรอบว่ามีการระคายเคืองหรือไม่ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นอุจจาระหรือ ปัสสาวะไม่ได้ร่วมด้วย แผลที่ปากทวารหนัก external rectal prolapse การตรวจทวารหนักเพื่อตรวจหาก้อนที่ทวารหนัก หรือการตีบแคบของทวารหนัก การทำงานของกล้ามเนื้อหูรูดและกล้ามเนื้อ puborectalis ในขณะอยู่เฉยๆ (resting) บีบตัว (squeezing) และเบ่ง (straining) ตรวจการทำงานของกล้ามเนื้อ puborectalis ว่าทำงานสัมพันธ์กันในขณะเบ่งหรือไม่ และตรวจหา external rectal prolapse, internal rectal prolapse, rectocele, pelvic organ prolapse อื่นๆ เช่น uterine prolapse

Investigations

การตรวจเพิ่มเติม ได้แก่ complete blood count, BUN, Creatinine, thyroid function, electrolytes, calcium, magnesium, phosphorus เพื่อที่จะทำการวินิจฉัยโรคทางด้าน metabolic อื่นๆ ที่เป็นสาเหตุของท้องผูกเรื้อรัง ออกไป

Colonoscopy ควรทำในผู้ป่วยท้องผูกที่มีอาการบ่งชี้ของมะเร็งลำไส้ใหญ่หรือผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงที่จะเป็น โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และในผู้ป่วยที่สงสัยว่าอาจจะมีพยาธิสภาพอื่น เช่น inflammatory bowel disease, internal rectal prolapse เป็นต้น

Colonic Transit Study เป็นการตรวจเพื่อดูความเร็วในการเคลื่อนตัวของอุจจาระภายในลำไส้ใหญ่ ซึ่งสามารถทำได้ คือ ให้ผู้ป่วยกลืนเม็ดยาที่ภายในมีวัสดุที่บ่งชี้ขนาดเล็กๆ จำนวน 24 ชิ้น ระหว่างการตรวจผู้ป่วยต้องหยุดการใช้ยาขยายทุก ชนิดและรับประทานอาหารตามปกติ หลังจากนั้น 5 วันผู้ป่วยจะได้รับการถ่ายภาพรังสีช่องท้อง ถ้ามีจำนวน markers อยู่ใน ลำไส้ใหญ่มากกว่าร้อยละ 20 ของที่รับประทานเข้าไป (5 markers) ถือว่าผิดปกติ ถ้า markers อยู่กระจายทั่วลำไส้ใหญ่ จะบ่งว่าผู้ป่วยมีการทำงานของลำไส้ใหญ่ช้ากว่าปกติ (slow transit constipation) แต่ถ้า markers อยู่เฉพาะที่ rectosigmoid บ่งว่าผู้ป่วยมีภาวะ ODS



Fig. 1 Defecography

Defecography เพื่อช่วยวินิจฉัยความผิดปกติของลำไส้หรือกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน (structural abnormalities) เช่น rectocele, sigmoidocele, enterocele, internal rectal prolapse, external rectal prolapse, pelvic floor descent

Anorectal manometry เพื่อตรวจดูการทำงานของกล้ามเนื้อหูรูด (anal sphincter function), rectal sensation, recto-anal reflex, rectal compliance

Electromyometry เพื่อตรวจการทำงานของกล้ามเนื้อ puborectalis เมื่อมีการเบ่งในคนปกติพบว่า กล้ามเนื้อ puborectalis จะคลายตัวและมีการลดลงของ electrical activity แต่ในผู้ป่วยที่มีภาวะ dyssynergic จะพบว่า มีการเพิ่มขึ้นของ electrical activity ของกล้ามเนื้อ puborectalis

Specific disorders

Anismus (Pelvic floor dyssynergia/Spastic pelvic floor syndrome)

Anismus คือ การบีบตัวของกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักไม่ประสานกับการเบ่ง (paradoxical contraction) ผู้ป่วยที่มีภาวะนี้มักมาด้วยอาการถ่ายอุจจาระลำบาก ต้องใช้เวลาเบ่งนานมากกว่าปกติ ถ่ายอุจจาระไม่สุด บางครั้งอาจจะต้องใช้นิ้วล้วงเพื่อช่วยในการขับถ่าย สาเหตุของภาวะนี้ยังไม่ทราบแน่ชัด เกิดพบได้ร้อยละ 25-50 ของผู้ป่วยที่มีท้องผูกเรื้อรัง

การฝึกให้ผู้ป่วยรู้จักการเบ่งให้ถูกวิธี (Biofeedback) เป็นการรักษาแรกที่จะให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ มี success rate อยู่ระหว่างร้อยละ 40-90 ถ้าไม่ดีขึ้นมีวิธีการฉีด botox ที่กล้ามเนื้อ 50 – 100 unit ที่ puborectalis และ external anal sphincter

Internal rectal prolapse

เกือบครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยที่มี internal rectal prolapse (RP) มีอาการ ODS นั่นคือ ถ่ายอุจจาระลำบาก ต้องใช้เวลาเบ่งนานมากกว่าปกติ ถ่ายอุจจาระไม่สุด บางครั้งอาจจะต้องใช้นิ้วล้วงเพื่อช่วยในการขับถ่าย อาจจะมาด้วยถ่ายอุจจาระเป็นเลือด หรือกลืนอุจจาระไม่ได้ โดยสามารถแบ่ง IRP ตาม Oxford rectal prolapse grading system คือ

Grade I Descends no lower than proximal limit of rectocele

Grade II Descends into the level of the rectocele but not into sphincter/anal canal

Grade III Descends onto sphincter/anal canal

Grade IV Descends into sphincter/anal canal

โดย grade I และ II จัดเป็น low-grade IRP ส่วน grade III และ IV จัดเป็น high-grade IRP ถ้ามี ERP จัดเป็น

Grade v

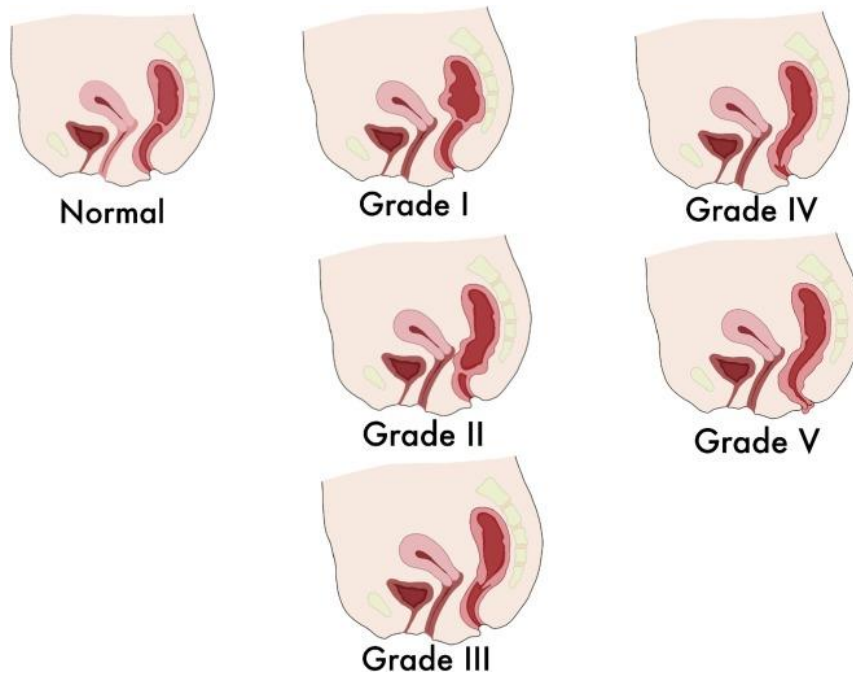


Fig. 2 Internal rectal prolapse

การรักษาผู้ป่วย ODS ที่มี IRP ควรเริ่มด้วย conservative treatment เช่น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานอาหารที่มีไฟเบอร์หรือใยอาหารสูง การปรับเปลี่ยนท่าทางการขับถ่าย การดื่มน้ำมากๆ retrograde colonic irrigation, biofeedback การให้ยาระบาย ได้แก่ bulk forming laxatives, stool softeners, osmotic laxative และ stimulant laxatives เป็นต้น โดย biofeedback ถือเป็น first line treatment ในการรักษา ก่อนที่จะทำการผ่าตัด

การผ่าตัดจะพิจารณาทำในผู้ป่วยที่มี high grade IRP และ solitary rectal ulcer associated with IRP ที่รักษาด้วยยาหรือตามอาการเต็มที่ 6 เดือนแล้วไม่ดีขึ้น

หลักการของการผ่าตัดแก้ไข เพื่อที่จะกำจัดการกลืนกันของลำไส้ หลักๆทำได้อยู่ 2 แบบ คือ reduction and fixation from above (Rectopexy) หรือ excision from below (Stapled transanal rectal resection; STARR และ Transtar หรือ Delorme's procedure)

ในปัจจุบัน Laparoscopic ventral rectopexy (LVR) ได้รับความนิยมอย่างแพร่หลาย เนื่องจากวิธีนี้ สามารถป้องกันการเกิดการบาดเจ็บของ autonomic nerve นอกจากนั้นยังสามารถแก้ไขพยาธิสภาพอื่นที่พบร่วมได้ เช่น rectocele, middle compartment prolapse, enterocele, sigmoidocele และให้ผลการรักษาที่ดีและเป็นที่ยอมรับ โดยผู้ป่วยร้อยละ 75-80 มีอาการ ODS ดีขึ้น โดยแนะนำให้ทำ LVR ในผู้ป่วย ODS ที่มี high grade IRP with/without rectocele และ solitary rectal ulcer associated with IRP

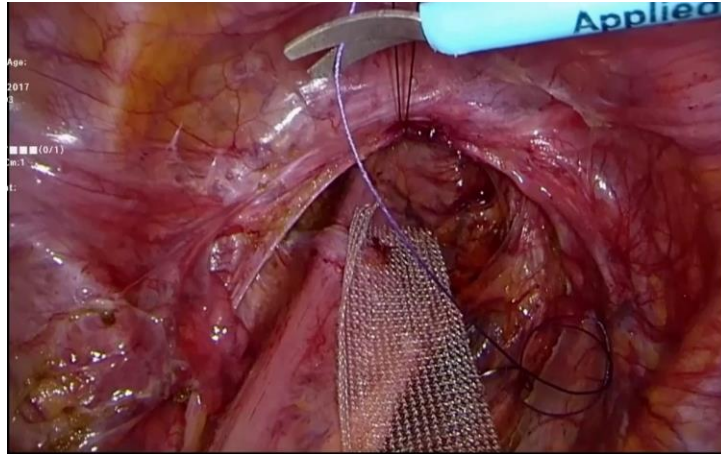


Fig. 3 Laparoscopic ventral rectopexy (LVR)

ส่วน STARR (ใช้ PPH-01 staple) และ Transtar (ใช้ Contour curve staple) ให้ผลการรักษาที่เทียบเท่า LVR และมีข้อดีกว่า LVR คือเป็นการผ่าตัดผ่านทางทวารหนัก (perineal procedure) และทำการผ่าตัดภายใต้ spinal anesthesia ภาวะแทรกซ้อนจากการทำการผ่าตัดวิธีนี้สูงถึงร้อยละ 36 โดยพบ defecatory urgency สูงถึงร้อยละ 20 และภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น ปวดทวารหนัก เลือดออก กลั้นอุจจาระไม่ได้ เป็นต้น

แนะนำให้ทำ STARR/Transtar ในผู้ป่วย ODS ที่มี rectocele and/or IRP และไม่แนะนำให้ทำในผู้ป่วยที่มี ERP การติดเชื้อเชิงกราน หรือ perineum, inflammatory bowel disease, radiation proctitis, ภาวะกลั้นอุจจาระไม่ได้, enterocele

External rectal prolapse

มักมาด้วยเรื่องก้อนที่ยื่นออกจากทวารหนัก หรืออาการ ODS และอาจพบกลั้นอุจจาระไม่ได้ร่วมด้วย วิธีการผ่าตัดแบ่งเป็น 2 วิธีหลัก คือ Transperineal approach (Perineal Rectosigmoidectomy; Altemeier's procedure และ Mucosal sleeve resection; Delorme's procedure) และ Transabdominal approach (Resection and suture rectopexy and Laparoscopic ventral rectopexy)

Transperineal approach มักจะใช้รักษาผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยที่ไม่มีความเสี่ยงต่อการดมยาสลบได้ และผู้ป่วยที่มีโรคร่วมเยอะ เพราะข้อดีของ transperineal approach คือ สามารถทำการผ่าตัดภายใต้ local anesthesia ได้ อีกทั้งไม่มีการทำ extensive pelvic dissections จึงมีโอกาสมากขึ้นที่จะเกิด nerve injury ที่มีผลต่อ erectile dysfunction น้อย ดังนั้น จึงเหมาะที่จะใช้ในผู้ป่วยเพศชายที่มีอายุน้อย อย่างไรก็ตามวิธีนี้มี อัตราการเป็นซ้ำ (สูงถึงร้อยละ 30 ที่สูงกว่า transabdominal approach (ร้อยละ 12) แต่ทั้งสองวิธีมีผล functional outcomes ที่ไม่แตกต่างกัน

Rectocele

เกิดจากการหย่อนของ rectovaginal septum ทำให้ septum ยื่นเข้าไปในช่องคลอด พบได้บ่อยในผู้ป่วย ODS โดยร้อยละ 30 ของผู้ป่วยที่มี pelvic organ prolapse มักพบ rectocele ร่วมด้วย และ rectocele ที่ขนาดเล็กกว่า 2 เซนติเมตร มักไม่ทำให้เกิดอาการ และมักไม่มีความจำเป็นต้องผ่าตัด การรักษาผู้ป่วย ODS ที่มี rectocele โดยการผ่าตัดจะพิจารณาทำในผู้ป่วยที่มี rectocele ขนาดมากกว่า 3 เซนติเมตร ที่มีอาการ ODS ไม่ดีขึ้นและไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยวิธีไม่ผ่าตัด

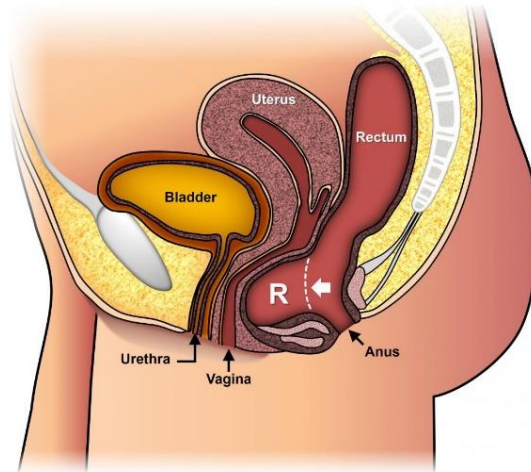


Fig. 4 Rectocele

การผ่าตัด rectocele สามารถทำได้ 3 ทาง คือ transvaginal repair, transrectal repair, transperineal repair Transvaginal repair ให้ผลการรักษาที่ดี การผ่าตัดวิธีนี้สามารถแก้ไข cystocele/vaginal vault prolapse ที่พบร่วมกัน และสามารถทำการตัดมดลูกผ่านทางช่องคลอดได้ ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือ dyspareunia พบได้สูงถึงร้อยละ 25 ถ้ามีการใช้ mesh พบว่ามีรายงาน mesh erosion ร้อยละ 18

Transrectal repair สามารถซ่อม sphincter ได้ การรักษาด้วยวิธีนี้เมื่อติดตามอาการ 6-24 เดือน พบว่าร้อยละ 75-93 ของผู้ป่วยอาการดีขึ้น แต่เมื่อติดตามอาการนานมากกว่า 2 ปี จำนวนผู้ป่วยที่ยังคงมีอาการดีขึ้นแต่ลดลงเป็นร้อยละ 50-62 ข้อดีของการรักษาด้วยวิธีนี้คือ มีผลกระทบต่อการมีเพศสัมพันธ์น้อยกว่า transperineal repair

Transperineal repair เป็นการผ่าตัดเย็บซ่อม rectocele มีทั้งการใช้ mesh (synthetic/biological mesh) และไม่ใช่ mesh เป็นการผ่าตัดผ่านทางฝีเย็บ ดังนั้นจึงไม่มีการยืดกล้ามเนื้อหูรูดและยังสามารถทำ sphincteroplasty หรือ levatoplasty ได้