

บทความวิชาการ

แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในผู้ใหญ่

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับ
สมาคมแพทย์โรคระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย*

โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน

โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในผู้ใหญ่ (acute diarrhea in adults) หมายถึง อาการอุจจาระร่วงอย่างเฉียบพลันในผู้ป่วยที่มีอายุ 15 ปีหรือมากกว่า ที่มีการถ่ายอุจจาระเหลวหรือถ่ายเป็นน้ำตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไปภายใน 24 ชม. หรือถ่ายเป็นมูกเลือด 1 ครั้งหรือมากกว่า โดยอาการเหล่านี้เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันและเป็นอยู่ไม่นานเกิน 2 สัปดาห์ ทั้งนี้ต้องไม่มีประวัติอุจจาระร่วงเป็นๆหายๆมาก่อนหน้านี้

ในกรณีที่มีการระบาด หากมีผู้ป่วยถ่ายอุจจาระเป็นน้ำ 1 ครั้งหรือมากกว่าใน 24 ชั่วโมง ก็ให้ถือว่าเป็นอุจจาระร่วงเฉียบพลันได้

การซักประวัติ

อาการอุจจาระร่วง ต้องถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ที่อยู่ อาชีพ วันเวลาที่เริ่มเป็น ระยะเวลาที่เป็น จำนวนครั้งที่ถ่าย ลักษณะอุจจาระ สี กลิ่น (ถามเจาะจงลักษณะของอุจจาระเป็นมูกเลือดหรือเป็นน้ำขุ่นเหมือนน้ำขาวขุ่น) ปริมาณอุจจาระที่ถ่ายแต่ละครั้ง การดำเนินโรครุนแรงมากขึ้นหรือน้อยลง มีไข้ร่วมด้วยหรือไม่ ไข้กี่วัน ไข้สูงหรือไม่ ปวดท้องหรือไม่ ปวดตรงตำแหน่งใด ปวดอย่างไร ปวดมากน้อยเพียงใด ปวดร้าวไปไหน ปวดเบ่งที่ทวารหรือไม่ คลื่นไส้อาเจียนหรือไม่ ลักษณะของสิ่งที่อาเจียน อาการอุจจาระร่วงหรืออาเจียนเด่นมากกว่า

ความรุนแรงของการเสียน้ำและเกลือแร่ อาการอ่อนเพลีย กระหายน้ำ ปากคอแห้ง หน้ามืดจะเป็นลม ซึมลง ปัสสาวะครั้งสุดท้ายเมื่อไร

สาเหตุของอุจจาระร่วง การกินอาหารหรือน้ำดื่มที่อาจปนเปื้อนเชื้อโรค อาหารที่เตรียมไม่สะอาด อาหารที่ตั้งทิ้งไว้นาน อาหารทะเลอาจติดเชื้อ *Vibrio parahaemolyticus* อาหารจำพวกเค้ก ขนมปัง แยม อาจกินสารพิษจากเชื้อ

Staphylococcus aureus หรือ *Bacillus cereus* การเดินทาง การใช้ยาที่อาจทำให้อุจจาระร่วงได้ ยาปฏิชีวนะที่ทำให้เกิด antibiotic associated diarrhea เช่น penicillin, cephalosporin, clindamycin ยารักษาโรคเกาต์ (colchicines) ยาลดความอ้วน ยาลดกรด ยาสมุนไพร เช่น ชุมเห็ดเทศ มะขามแขก สมอไทย มะกา ยาดำ รงทอง นอกจากนี้สุรายาเมา หรือยาเสพติด อาจทำให้เกิดอุจจาระร่วงได้

ระบาดวิทยาและภาวะแทรกซ้อน มีคนใกล้ชิดที่มีอาการเช่นเดียวกัน เป็นที่บ้าน หรือในโรงพยาบาล หรือในสถานสงเคราะห์ที่มีการอยู่อย่างแออัด ประวัติอุจจาระร่วงเป็นๆหายๆ ประวัติอื่นที่อาจบ่งบอกถึงภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง เช่น การติดเชื้อ HIV การได้รับยากดภูมิคุ้มกัน หรือเคมีบำบัด โรคประจำตัว

การตรวจร่างกาย

ตรวจดูภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ โดยจะต้องตรวจชีพจร (pulse) ความดันโลหิต (blood pressure) ทั้งท่านอนและท่านั่ง ความดันหลอดเลือดดำ (jugular venous pressure) ความตึงของผิวหนัง (skin turgor) ตูปาก คอ และเยื่อในปาก ตาบุ๋มลึก (sunken eye balls) capillary filling ซึ่งนำหน้ากัตัวอาการแสดงของการขาดน้ำและเกลือแร่ของผู้ใหญ่ อาจจะสังเกตได้ยากกว่าในเด็กเล็ก

การตรวจหน้าท้อง เป็นสิ่งที่จำเป็นต้องกระทำทุกราย การคลำจะต้องทำทั้ง light palpation และ deep palpation ถ้าตรวจพบความผิดปกติจากการตรวจหน้าท้อง ควรจะต้องตรวจอย่างอื่นเพิ่มเติมทันที เช่น CBC, urine examination, acute abdomen series, vaginal examination

การตรวจร่างกายในระบบอื่น ๆ ก็มีความสำคัญ เพราะผู้ป่วยอาจมีโรคประจำตัวอื่นๆ ที่อาจเป็นปัญหาแทรกซ้อน

*บรรณาธิการ: สถาพร มานัสสถิตย์ และคณะ

การแบ่งผู้ป่วยตามอาการนำเด่น

เมื่อซักประวัติตรวจร่างกายแล้ว ควรจะแบ่งผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีอาการอุจจาระร่วงเป็นอาการเด่น (diarrhea as major presentation) กับกลุ่มที่มีอาการอาเจียนเป็นอาการเด่น (vomiting as major presentation) **กลุ่มที่มีอาการอาเจียนเป็นอาการเด่น** อาจมีสาเหตุจาก bacterial preformed toxin-induced food poisoning หรือจาก viral gastroenteritis

1. อาหารเป็นพิษ จากสารพิษของเชื้อแบคทีเรีย ได้แก่ *Staphylococcus aureus*, *Bacillus cereus*, มักเป็นสารพิษที่ทนต่อความร้อน แม้จะนำอาหารไปอุ่นให้ร้อนก็ไม่สามารถทำลายสารพิษ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการหลังรับประทานอาหารประมาณ 6 - 24 ชั่วโมง โดยมีประวัติรับประทานอาหารประเภทที่ทิ้งค้างไว้นาน เช่น ข้าวผัด ขนมจีน ขนมปังสังขยา ขนมไส้ครีม แยม เยลลี่ เค้ก มักเริ่มต้นด้วยอาการอาเจียนรุนแรง ร่วมกับปวดท้อง แต่มักไม่มีไข้ ต่อมามีอาการถ่ายอุจจาระเป็นน้ำหรืออุจจาระเหลว โดยอาการอุจจาระร่วงไม่รุนแรง ไม่เป็นมูกเลือด ส่วนใหญ่อาการอุจจาระร่วงไม่ทำให้มีการเสียน้ำและเกลือแร่จากร่างกายมาก แต่อาการอาเจียนอาจทำให้เสียน้ำและเกลือแร่ได้มากกว่า ถ้าเป็นมากอาจทำให้มี metabolic alkalosis ได้ โดยทั่วไปอาการจะดีขึ้นเร็ว โดยเฉพาะอาการอาเจียน จะหายไปได้เองภายในเวลา 24 - 48 ชั่วโมง

การรักษา รักษาตามอาการ และรักษาประคับประคอง ถ้าผู้ป่วยยังพอรับประทานได้ควรให้ Oral Rehydration Salts Solution (ORS) หรือ Oral Rehydration Therapy (ORT) ถ้าอาเจียนมากรับประทานไม่ได้จำเป็นต้องให้เป็นสารน้ำและเกลือแร่ทางหลอดเลือดดำ การให้ยาแก้อาเจียน เช่น metoclopramide, domperidone โดยการกิน มักไม่ค่อยได้ผล ถ้าอาเจียนมากและจำเป็น อาจให้ในรูปของยาฉีดเข้ากล้ามเนื้อหรือฉีดเข้าหลอดเลือดดำ

ถ้าปวดท้องมาก ให้ antispasmodics เช่น hyoscine, hyoscyamine, dicyclomine

2. อุจจาระร่วงจากเชื้อไวรัส (viral gastroenteritis)

ในผู้ใหญ่พบได้น้อยกว่าในเด็ก ส่วนใหญ่เกิดจากเชื้อ Norwalk virus อาจเกิดจากเชื้อไวรัสอื่น เช่น Rotavirus, Adenovirus, Astrovirus, Calicivirus, Coronavirus, Enterovirus และ small round virus-like particles ติดต่อทางน้ำดื่มและอาหาร ระยะฟักตัวประมาณ 18 - 72 ชั่วโมง รายที่อาการชัดเจนมักเริ่มด้วยอาการไข้ต่ำๆ ไอ หัวใจเล็กน้อย ซึ่งมักเป็นอยู่ 1 - 2 วัน ต่อจากนั้นจะมีอาเจียน ปวดท้อง ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตัว อาการอาเจียนจะเป็นรุนแรงในเด็กมากกว่าในผู้ใหญ่ อาการอุจจาระร่วงอาจเป็นได้ตั้งแต่น้อยๆไปจนถึงรุนแรงมากหรืออาจถ่ายเป็นน้ำจำนวนมากได้ แต่จะไม่มีมูก ไม่มีเลือด บางรายอาการอุจจาระร่วงและอาเจียนอาจนานเป็นสัปดาห์

การรักษา ถ้าผู้ป่วยยังพอรับประทานได้ควรให้ ORS หรือ ORT ถ้าอาเจียนมากรับประทานไม่ได้ก็ต้องให้สารน้ำและเกลือแร่ทางหลอดเลือดดำ ไม่ต้องให้ยาปฏิชีวนะหรือยาด้านอุจจาระร่วง (antidiarrheal drugs) อื่นๆ อาการหายได้เองในเวลา 3 - 4 วัน บางรายอาจเป็นนานถึง 7 - 10 วัน

กลุ่มที่มีอาการอุจจาระร่วงเด่น แบ่งได้อีกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ถ่ายเหลวหรือเป็นน้ำ (watery diarrhea) กับกลุ่มที่ถ่ายเป็นมูกปนเลือด (mucous bloody diarrhea)

1. กลุ่มที่ถ่ายอุจจาระเหลวหรือเป็นน้ำ มักมีอาการถ่ายอุจจาระเหลวหรือเป็นน้ำ สีเหลืองหรือเขียวอ่อน ในรายที่เป็นรุนแรงอาจเป็นน้ำขุ่นคล้ายน้ำข้าวขำ ส่วนใหญ่มักมีอาการแสดงของการขาดน้ำและเกลือแร่ เกิดจากเชื้อแบคทีเรียที่สร้างสารพิษในลำไส้ (enterotoxin induced diarrhea) เช่น *Vibrio cholerae* O1, *Vibrio cholerae* O139, และ *Vibrio cholerae* non O1/non O139, Enterotoxigenic *E.coli*, Enteropathogenic *E. coli* บางรายอาจเกิดจากเชื้ออื่น ๆ เช่น *Vibrio parahaemolyticus*, *Salmonella* spp., *Aeromonas* spp., *Plesiomonas shigelloides*, *Campylobacter jejuni*, *Yersinia enterocolitica* และ *Clostridium difficile*

2. กลุ่มที่ถ่ายอุจจาระเป็นมูกเลือด อุจจาระมีมูกปนเลือด โดยที่มูกและเลือดนั้นผสมคลุกเคล้ากับอุจจาระ ไม่สามารถแยกออกจากเนื้ออุจจาระอย่างชัดเจน เมื่อดูด้วยกล้องจุลทรรศน์พบเม็ดเลือดแดงและเม็ดเลือดขาวจำนวนมาก ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีไข้ ปวดศีรษะ ปวดท้องหรือปวดเบ่งที่ ทวารหนัก ถ่ายบ่อย อุจจาระที่ออกในแต่ละครั้งจะมีปริมาณ ไม่มาก ไม่มีอาการแสดงของการขาดน้ำและเกลือแร่หรือมีก็ ไม่รุนแรง เชื่อที่เป็นสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจาก *invasive bacteria* ได้แก่ *Shigella* spp., *Salmonella* spp., *Campylobacter jejuni*, *Yersinia enterocolitica*, *Enteroinvasive E.coli*, *Enterohemorrhagic E. coli* หรือ *parasites* เช่น *Entamoeba histolytica* และ *Balantidium coli* สำหรับเชื้อที่เป็น *non-invasive bacteria* บางตัว เช่น *Vibrio parahaemolyticus*, *Aeromonas* spp. และ *Plesiomonas* spp. บางครั้งทำให้ถ่ายเป็นมูกเลือดได้ โดยเฉพาะในระยะท้ายๆ หรือวันหลังๆของโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน

การประเมินความรุนแรงของอุจจาระร่วงเฉียบพลัน

อาการแสดงของการขาดน้ำและเกลือแร่ในผู้ใหญ่มักไม่ปรากฏเด่นชัดเท่ากับในเด็กเล็ก การตรวจร่างกายหาอาการแสดงของการขาดน้ำและเกลือแร่ในผู้ใหญ่จึงมีความสำคัญมาก ในการประเมินภาวะความรุนแรงของอุจจาระร่วงควรจะต้องใช้ทั้งอาการ (subjective symptoms) และอาการแสดง (objective signs) ร่วมกัน

กลุ่มผู้ป่วยอุจจาระร่วงเป็นน้ำที่มีอาการแสดงของการขาดน้ำและเกลือแร่

โดยทั่วไป ผู้ป่วยที่ถ่ายเป็นน้ำจำนวนมากจนสามารถตรวจพบอาการแสดงของการขาดน้ำและเกลือแร่ มักเป็นผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง (อหิวาตกโรค) นอกจากอาการถ่ายเป็นน้ำอย่างรุนแรงร่วมกับการตรวจพบอาการแสดงของการขาดน้ำและเกลือแร่แล้ว อาการอื่นๆที่ช่วยประกอบในการวินิจฉัยโรค คือ อาการถ่ายเป็นน้ำมักเกิดขึ้นทันทีในเวลาอันรวดเร็ว (abrupt onset) ภายในไม่กี่ชั่วโมง แล้วนำไปสู่

อาการขาดน้ำและเกลือแร่อย่างรุนแรงในเวลาอันสั้น (rapid progression) ส่วนใหญ่ไม่ค่อยมีไข้หรือมีไข้ที่ไม่สูงมาก อาจมีอาการอาเจียนรุนแรง ไม่ค่อยมีอาการปวดท้องหรือถ้าปวดก็มักไม่รุนแรง บางรายอาจมีอาการเป็น “ตะคริว” โดยที่ไม่มีอาการเกร็งแข็งเป็นก้อนของกล้ามเนื้อ มักพบในคนที่ มีเศรษฐกิจต่ำ เช่น กรรมกร คนงานก่อสร้าง อย่างไรก็ตาม คนที่มีเศรษฐกิจดีก็เป็นโรคนี้ได้ โดยเฉพาะในแหล่งที่เป็น endemic area ของโรคนี้ เช่น นนทบุรี สมุทรปราการ สมุทรสาคร สมุทรสงคราม หรือในช่วงที่มีการระบาด (epidemics) เช่น ในช่วงฤดูร้อนอาจพบผู้ป่วยติดเชื้อ *Vibrio cholera* 01 ที่มีอาการไม่รุนแรงได้

ผู้ป่วยอุจจาระร่วงเป็นน้ำที่มีอาการแสดงของการขาดน้ำและเกลือแร่เหล่านี้ ควรจะได้รับการตรวจอุจจาระอย่างละเอียดด้วยกล้องจุลทรรศน์ และต้องส่งเพาะเชื้อเพื่อหาสาเหตุทุกราย การตรวจอุจจาระทางกล้องจุลทรรศน์จะไม่ค่อยพบเม็ดเลือดแดงและเม็ดเลือดขาว ควรจะจ้องมองหาแบคทีเรียที่มีการเคลื่อนไหวอย่างรวดเร็วเป็นแบบ shooting star โดยอาศัยกล้อง dark-field microscopy แต่ถ้าไม่มีกล้องดังกล่าวอาจดูได้ด้วยการปรับหรือแสงของกล้องจุลทรรศน์ให้พอเหมาะ ผลการเพาะเชื้อส่วนใหญ่จะรายงานเบื้องต้นว่าเป็นเชื้ออุจจาระร่วงอย่างแรงได้ใน 24 - 48 ชั่วโมง ถ้าพบว่าเป็นเชื้ออุจจาระร่วงอย่างแรง จะต้องรีบแจ้งสาธารณสุขอำเภอหรือจังหวัด เพื่อทำการสืบสวนและควบคุมการระบาดโรคโดยรีบด่วนต่อไป

การรักษา หลักสำคัญที่สุดอยู่ที่การแก้ไขภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ ถ้าสามารถให้การรักษาในส่วนนี้ได้ดี อัตราตายและโรคแทรกซ้อนจะน้อยลงอย่างมาก ยาปฏิชีวนะและยาด้านอุจจาระร่วงมีความสำคัญน้อยกว่ามาก

ในรายที่เสียน้ำและเกลือแร่ไม่มาก ควรให้รับประทาน ORS โดยให้รับประทานประมาณ 1 - 1.5 เท่าของปริมาณอุจจาระที่ถ่าย ในรายที่ไม่สามารถรับประทานได้หรือมีอาการอาเจียนมากอาจจะต้องให้ทดแทนน้ำและเกลือแร่ทางหลอดเลือดดำ โดยให้ในรูปของ Ringer lactate หรือ Acetar

กลุ่มผู้ป่วยอุจจาระร่วงเป็นน้ำที่ไม่มีอาการแสดงของการขาดน้ำและเกลือแร่

เป็นผู้ป่วยที่พบได้มากที่สุด โดยทั่วไปถ่ายประมาณ 4 - 6 ครั้งต่อวัน ไม่รุนแรง ไม่มีอาการหรือแสดงอาการของการขาดน้ำและเกลือแร่ ไม่มีไข้หรือไข้ไม่สูง และมักจะไม่เกิน 2 วัน อาการปวดท้องและอาเจียนอาจมีรุนแรงได้ในวันแรกๆ แต่จะค่อยๆหายไปในวันต่อมา และไม่มี abdominal tenderness ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังแข็งแรง สามารถดำเนินชีวิตและประกอบอาชีพได้ตามปกติ ไม่รู้สึกอ่อนเพลีย รู้สึกดี ไม่ซึม สามารถทำงานหนักได้ และไม่รู้สึกระคายน้ำ ผู้ป่วยเหล่านี้ไม่จำเป็นต้องตรวจอุจจาระ ถ้าตรวจก็มักจะไม่มีพบเม็ดเลือดแดงและเม็ดเลือดขาวหรือมีจำนวนน้อย อาการจะเป็นอยู่ไม่กี่วันและหายไปได้เองภายใน 1 - 2 สัปดาห์ อย่างไรก็ตามควรเฝ้าติดตามดูอาการอย่างใกล้ชิด เพราะผู้ป่วยอุจจาระร่วงในกลุ่มนี้อาจมีอาการเปลี่ยนแปลงเป็นกลุ่มที่มีความรุนแรงได้

การรักษา ทำได้ด้วยการให้ ORT ไม่จำเป็นต้องให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ โดยทั่วไปไม่มีความจำเป็นต้องให้ยาปฏิชีวนะ ยกเว้นในผู้ป่วยสูงอายุหรือมีภูมิคุ้มกันบกพร่อง

กลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการถ่ายเป็นมูกเลือด

มักมีไข้สูง (ส่วนใหญ่สูงมากกว่า 38.5°C) มักเป็นไม่เกิน 2-3 วัน อุจจาระในวันแรกๆอาจมีลักษณะเหลวหรือเป็นน้ำ ต่อมาจึงมีลักษณะเป็นมูกเลือด ในรายที่เป็นมูกเลือดชัดเจนผู้ป่วยอาจสังเกตเห็นได้ด้วยตาเปล่า แต่ในรายที่สังเกตไม่ได้หรือมองเห็นไม่ชัดเจน แพทย์ควรทำ rectal examination และล้างเอาอุจจาระใน rectum ออกมาดูด้วยตนเอง ผู้ป่วยมีอาการถ่ายบ่อยหลายครั้งมาก อาจมีอาการปวดเบ่งที่ทวารหนัก (tenesmus) อุจจาระที่ออกแต่ละครั้งมักมีปริมาณไม่มาก อาการปวดท้องและอาเจียนอาจเป็นรุนแรงได้ ส่วนใหญ่มักไม่ค่อยมีอาการแสดงของการขาดน้ำและเกลือแร่ การตรวจอุจจาระถึงแม้จะเห็นเป็นมูกเลือดชัดเจนด้วยตาเปลาก็ควรตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์เพื่อยืนยัน และตรวจให้แน่ใจว่า ไม่มีสาเหตุอื่นที่ต้องการการรักษาที่แตกต่างออกไป เช่น *Entamoeba histolytica*, *Balantidium coli* ซึ่งต้อง

การให้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยที่เป็นโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงหรือมีอาการคล้ายอหิวาต์ (cholera-like diarrhea) สามารถช่วยให้ผู้ป่วยหายเร็วขึ้นและถ่ายอุจจาระน้อย รวมทั้งลดปริมาณการทดแทนน้ำและเกลือแร่ลงด้วย ควรพิจารณาให้ยาปฏิชีวนะไปเลย การเลือกยาปฏิชีวนะควรเลือกโดยยึดถือตามข้อมูลล่าสุด เกี่ยวกับความไวต่อยาปฏิชีวนะของ *Vibrio cholerae* 01 สายพันธุ์ที่มีการระบาดในช่วงเวลานั้นเป็นหลัก ในปี พ.ศ. 2544 พบว่าเชื้อ *Vibrio cholerae* 01 ส่วนใหญ่เป็น serotype Inaba ไวต่อยาพื้นฐาน คือ tetracycline, cotrimoxazole, ampicillin, chloramphenicol ดังนั้นถ้าจะเลือกให้ยาปฏิชีวนะควรเลือกเป็น tetracycline (250 มก.) 2 เม็ด วันละ 4 ครั้ง นาน 3 วัน หรือ doxycycline (100 มก.) 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง นาน 3 วัน ถ้าผู้ป่วยแพ้ยาอาจพิจารณาให้ยา cotrimoxazole (80/400 มก.) 2 เม็ด วันละ 2 ครั้งติดต่อกัน 3 วัน หรือยา norfloxacin (400 มก.) 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง ติดต่อกัน 3 วัน สำหรับในรายที่ตั้งครรภ์ควรให้เป็น furazolidone 100 มก. วันละ 4 ครั้ง นาน 3 วัน

การรักษา ผู้ป่วยในกลุ่มนี้มักจะไม่ขาดน้ำและเกลือแร่มาก แต่การให้น้ำและเกลือแร่ทดแทนก็ยังคงต้องกระทำในผู้ป่วยทุกราย สามารถให้ในรูปแบบของ ORT ไม่ต้องให้เข้าทางหลอดเลือดดำ การรักษามุ่งเน้นที่การให้ยาปฏิชีวนะที่สามารถทำลายเชื้อในลำไส้ โดยให้เป็นแบบ empiric เพื่อลดระยะเวลาการเจ็บป่วยและลดอาการถ่ายบ่อยหรือปวดเบ่งที่ทวาร โดยทั่วไปยาปฏิชีวนะที่ควรให้ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือ norfloxacin 400 มก. วันละ 2 ครั้ง นาน 3 วัน ในรายที่สงสัยว่าอาจจะมีการติดเชื้อเข้ากระแสเลือดหรือเพื่อป้องกันการติดเชื้อแทรกซ้อนสู่กระแสเลือดโดยเฉพาะผู้ป่วยที่สูงอายุ หรือผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำหรือผู้ป่วยที่มีแนวโน้มว่าจะติดเชื้อเข้ากระแสเลือดง่าย เช่น ผู้ป่วยเบาหวาน โรคตับแข็ง ควรให้เป็น ciprofloxacin 500 มก. วันละ 2 ครั้ง นาน 5 - 7 วัน

ผู้ป่วยในกลุ่มนี้ห้ามให้ยาต้านอุจจาระร่วง โดยเฉพาะยาในกลุ่มที่ลดการเคลื่อนไหวของลำไส้ (antiperistaltics) เช่น loperamide, diphenoxylate, codeine เพราะอาจทำให้เชื้อโรคเพิ่มจำนวนในลำไส้มากขึ้น และอาจติดเชื้อเข้ากระแสเลือดมากขึ้นได้

การตรวจอุจจาระ

ถ้าเป็นไปได้ ควรจะตรวจอุจจาระผู้ป่วยอุจจาระร่วงเฉียบพลันในผู้ใหญ่ทุกราย แต่ในความเป็นจริงไม่สามารถทำได้ทุกราย เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มักไม่ถ่ายอุจจาระให้ตรวจได้ทันที ประกอบกับข้อจำกัดในด้านทรัพยากรและจำนวนผู้ป่วยที่ต้องให้บริการ จึงทำให้แพทย์ส่วนใหญ่ต้องให้การรักษาไปก่อนโดยไม่ได้ตรวจดูอุจจาระ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ ในช่วงวันแรกของโรคอุจจาระร่วง การตรวจอุจจาระด้วยกล้องจุลทรรศน์ให้ทำทันที ในกลุ่ม

ผู้ป่วยที่ถ่ายเป็นน้ำจำนวนมากร่วมกับมีอาการแสดงของการขาดน้ำและเกลือแร่ และในกลุ่มผู้ป่วยที่ถ่ายเป็นมูกเลือด

ในการตรวจอุจจาระ ควรให้ผู้ป่วยเก็บอุจจาระที่ถ่ายเสร็จใหม่ๆ โดยทั่วไปไม่ควรเกิน 2 ชั่วโมง ตรวจหา shooting star bacteria เม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาว พยาธิและไข่พยาธิ โดยเฉพาะ *Entamoeba histolytica* cyst และ/หรือ trophozoites สำหรับผู้ป่วยที่สงสัยเป็น immunocompromised host เช่น ผู้ป่วย HIV จะต้องทำการตรวจย้อมสีพิเศษ (special staining) เช่น acid fast bacilli (AFB) stain, modified AFB stain สำหรับ cryptosporidium และ modified trichrome stain สำหรับ microsporidia

การเพาะเชื้อจากอุจจาระ

โดยทั่วไปผลเพาะเชื้อจากอุจจาระมักจะได้ผลกลับมาเมื่อผู้ป่วยมีอาการหายดีแล้ว อย่างไรก็ตามการเพาะเชื้อจากอุจจาระก็มีประโยชน์ สำหรับรายที่ได้รับการรักษาเบื้องต้นแล้วอาการไม่ดีขึ้น หรือในแง่ระบาดวิทยาเพื่อควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อที่มีความสำคัญ เช่น เชื้อ *Vibrio cholerae* 01, *Salmonella* spp., *Shigella* spp. แนะนำให้ทำการเพาะเชื้อจากอุจจาระ ในผู้ป่วยกลุ่มที่มีอุจจาระเหลวหรือเป็นน้ำ และมีอาการแสดงของการขาดน้ำและเกลือแร่กับกลุ่มที่มีการถ่ายอุจจาระเป็นมูกเลือด

การให้สารละลายน้ำและเกลือแร่ทางปาก

Oral Rehydration Salts Solution (ORS) หมายถึง สารน้ำและเกลือแร่สูตรขององค์การอนามัยโลก ซึ่งประกอบด้วย sodium chloride 3.5 กรัม, glucose 20 กรัม (หรือ sucrose 50 กรัม), trisodium citrate dehydrate 2.9 กรัม, (หรือ sodium bicarbonate 2.5 กรัม) และ potassium chloride 1.5 กรัม ในน้ำสะอาด 1 ลิตร ผู้ป่วยอุจจาระร่วงในผู้ใหญ่ที่มีอาการแสดงของการขาดน้ำและเกลือแร่ชนิดปานกลางและรุนแรงควรให้การทดแทนด้วย ORS เพราะจะทดแทนการขาดน้ำและเกลือแร่ได้รวดเร็ว และเพียงพอมากกว่าการให้ทดแทนด้วย ORT

Oral Rehydration Therapy (ORT) หมายถึงการให้ทดแทนสารน้ำและเกลือแร่ด้วยสารน้ำและเกลือแร่สูตรที่ไม่เหมือนขององค์การอนามัยโลก กล่าวคือ การให้สารน้ำสูตรที่มีส่วนผสมของ sodium ต่ำกว่า 90 mmol/L เช่น สูตรเกลือแร่ที่มี sodium 40 mmol/L (ซึ่งใช้ทดแทนเกลือแร่จากการออกกำลังกาย) การเติมเกลือประมาณ 1/3 ซ้อนชา (ประมาณ 1 หยิบนิ้วมือ) ในเครื่องดื่มพวกน้ำอัดลมไม่มีสีที่มีน้ำตาลอยู่ด้วย หรือการผสมสารละลายเกลือแร่และน้ำตาลขึ้นใช้เองตามบ้าน การใช้ ORT เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการแสดงของการขาดน้ำไม่รุนแรง หรือใช้ทดแทนหลังจากได้แก้ไขภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ส่วนใหญ่ไปแล้ว

การให้ ORS หรือ ORT ในผู้ใหญ่มีโอกาสที่จะเกิด hyponatremia และ hypernatremia น้อยกว่าในเด็กมาก ยกเว้นในผู้ป่วยสูงอายุ (มากกว่า 65 ปี) ดังนั้นในผู้สูงอายุที่มีการเสียน้ำและเกลือแร่เป็นจำนวนมาก จึงแนะนำให้ตรวจ serum electrolytes ทุกสายเพื่อประเมินภาวะสมดุลของเกลือแร่และจะได้รับการแก้ไขก่อนที่จะมีปัญหารุนแรงต่อไป

ข้อมูลจาก Cochrane Database of Systemic Review พบว่า reduced osmolarity ORS และ rice-based ORS มีประโยชน์มากกว่า WHO-ORS กล่าวคือ สามารถช่วยลดปริมาณอุจจาระ และลดปริมาณน้ำเกลือที่ต้องให้ทางหลอดเลือดดำลงได้อย่างมีนัยสำคัญในผู้ป่วยอหิวาต์ และสามารถใช้อย่างปลอดภัยทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ โดยไม่เกิด hyponatremia หรือ hypernatremia

การให้สารละลายเกลือแร่เข้าหลอดเลือดดำ

ในผู้ใหญ่ ควรให้เป็น Ringer lactate solution หรือ Acetar solution เนื่องจากมี potassium ผสมอยู่แล้ว ทำให้ไม่จำเป็นต้องไปเติม potassium ในน้ำเกลือ สำหรับสารน้ำอื่นๆ ที่สามารถใช้ทดแทนได้แทน Ringer lactate ได้แก่ Acetar หรือ 0.9% normal saline solution (NSS) การให้น้ำเกลือเข้าทางหลอดเลือดดำควรให้เฉพาะในรายที่มีการเสียน้ำและเกลือแร่อย่างรุนแรง หรือมีอาการแสดงของการขาดน้ำและเกลือแร่ปานกลางหรือรุนแรง หรือในรายที่มีอาการ

อาเจียนมากจนไม่สามารถรับประทาน ORS หรือ ORT ได้เพียงพอ

การให้อาหารสำหรับผู้ป่วยอุจจาระร่วงเฉียบพลัน

ไม่แนะนำให้หยุดอาหาร ควรรับประทานอาหารต่อไปเหมือนปกติโดยเฉพาะในรายที่มีอาการไม่รุนแรง ในรายที่มีอาการรุนแรงปานกลางหรือมาก อาจแนะนำให้รับประทานอาหารอ่อนๆ ที่ย่อยง่าย เช่น ข้าวต้ม โจ๊ก น้ำข้าว ขนมปังเค็ม น้ำซूप น้ำผลไม้ น้ำมะพร้าว นมถั่วเหลือง ส่วนนมสดไม่ควรรับประทานมากเพราะอาจเกิดอุจจาระร่วงเพิ่มขึ้นจากภาวะ lactase deficiency แต่อาจให้รับประทานโยเกิร์ต ซึ่งมีการย่อย lactose ไปส่วนหนึ่งแล้วและยังมีผลช่วยปรับสมดุลของจุลินทรีย์ในลำไส้ นอกจากนี้ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่เผ็ดจัด เปรี้ยวจัด หรือหวานจัด ไม่ควรรับประทานอาหารที่มีไขมันมาก ถ้าเป็นไปได้ควรเป็นอาหารไขมันต่ำ นอกจากนี้ไม่ควรรับประทานเครื่องดื่ม เช่น กาแฟ หรือน้ำดื่มบางรสกำลังต่างๆ ถ้าจะรับประทานเครื่องดื่มพวกน้ำอัดลมไม่มีสี ควรเติมเกลือประมาณ 1/3 ซ้อนชาในน้ำอัดลม 1 ขวด (375 มล.)

การให้ยาต้านอุจจาระร่วง (Antidiarrheal drugs)

ยาส่วนใหญ่ ไม่มีหลักฐานยืนยันได้แน่ชัดว่าได้ผลดีในการลดระยะเวลาเจ็บป่วยหรือลดปริมาณการถ่ายอุจจาระอย่างมีนัยสำคัญ การใช้ยาต้านอุจจาระร่วงจึงไม่มีความจำเป็นมากนักโดยเฉพาะในรายที่มีอาการไม่รุนแรง ส่วนในรายที่เป็นรุนแรงปานกลางถึงรุนแรงมากการรักษาที่มุ่งเน้นที่การทดแทนน้ำและเกลือแร่ให้เพียงพอ การให้ยาต้านอุจจาระร่วงอาจจะพอให้ได้ในรายที่ต้องทำงานต่อเนื่อง ไม่สามารถหยุดงานได้หรือต้องเดินทางไกล ควรจะเลือกยาในกลุ่มที่มีผลเป็น antisecretory หรือสามารถลดปริมาณอุจจาระที่ถ่ายได้เป็นหลัก กลุ่มที่ถ่ายเป็นมูกเลือดไม่แนะนำให้ใช้ยาต้านอุจจาระร่วงทุกชนิด

ยาลดการเคลื่อนไหวของลำไส้ (Antiperistaltics) ได้แก่

loperamide, diphenoxylate, codeine, tincture opium ยาที่มีผลแทรกซ้อนน้อยที่สุดในกลุ่มนี้ คือ loperamide ถ้าต้องการจะให้ ก็ควรให้ไม่เกิน 1 - 2 เม็ด (2 มก.) ต่อวัน

ยาด้านฤทธิ์ cholinergic (Anticholinergics) ได้แก่ hyoscine, hyoscyamine, dicyclomine ยาในกลุ่มนี้ไม่ค่อยได้ผลในการลดปริมาณอุจจาระหรือทำให้ถ่ายน้อยลง แต่มีผลทำให้อาการปวดท้องลดลงได้ดีกว่า ไม่ควรให้ขนาดสูงเพราะอาจทำให้มีผลแทรกซ้อน เช่น ปากแห้ง คอแห้ง ใจสั่น ปัสสาวะไม่ออก ในรายที่เป็นโรคต่อมลูกหมากโต หรือเป็นต้อหิน (glaucoma) ต้องระวังเป็นพิเศษ ดังนั้น ในรายที่มีอาการปวดท้องรุนแรงมาก อาจให้ยากกลุ่มนี้ด้วยความระมัดระวัง ทั้งนี้ต้องแน่ใจว่าผู้ป่วยไม่ได้มีอาการปวดท้องเนื่องมาจากเยื่อช่องท้องอักเสบด้วย

ยาออกฤทธิ์ดูดซับสารพิษ (Adsorbents) เช่น activated charcoal, kaolin, pectin, dioctahedral smectite, attapulgite (anhydrous aluminium silicate), aluminium hydroxide, bismuth salts เช่น bismuth subsalicylate, bismuth subcitrate ยากลุ่มนี้ดูดซับ enterotoxin ที่สร้างจาก bacteria ไม่ให้ไปเกาะกับผนังลำไส้ และทำให้ bile acids ไม่สามารถออกฤทธิ์ต่อเยื่อลำไส้ ดังนั้นถ้าจะให้จึงควรให้เร็วที่สุดก่อนที่ enterotoxin จะไปเกาะกับผนังลำไส้ คือให้ภายใน 24 - 48 ชั่วโมงแรกจึงจะได้ผลดี ส่วนใหญ่เป็นยาที่ค่อนข้างปลอดภัยเพราะไม่ดูดซึมเข้าสู่ร่างกาย ยกเว้นยาในกลุ่ม bismuth salts ซึ่งอาจมีผลทำให้อุจจาระเป็นสีดำและลิ้นดำ และมีอาการซึมได้ในผู้ใหญ่

Probiotics เช่น *Lactobacillus acidophilus*, *Saccharomyces boulardii* ยาในกลุ่มนี้ออกฤทธิ์โดยการไปแบ่งตัวเพิ่มจำนวนในลำไส้แล้วสร้าง metabolites ที่สามารถทำให้ pH ในอุจจาระเป็นกรดมากขึ้น และยับยั้งการเจริญเติบโต

ของ enteropathogens ป้องกันการ colonize ของแบคทีเรียที่ผนังเยื่อลำไส้ นอกจากนี้ยังสังเคราะห์ไขมันสั้นชนิดไม่อิ่มตัว (short chain fatty acid) ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการซ่อมแซมลำไส้ ทำให้ลำไส้สามารถดูดซึมน้ำและเกลือแร่กลับได้ดีขึ้น แต่กลไกการออกฤทธิ์อาจจะค่อนข้างช้าจึงไม่ค่อยได้ประโยชน์ ในรายที่อุจจาระร่วงหายได้เองในเวลาอันสั้น จะได้ประโยชน์ ในรายที่อุจจาระร่วงยืดเยื้อหรือมีแนวโน้มว่าจะเป็นนานหรือในรายที่เป็นอุจจาระร่วงจากการใช้ยาปฏิชีวนะเป็นเวลานาน โดยทั่วไปจึงไม่นิยมใช้ในรายที่อุจจาระร่วงเฉียบพลัน

Antisecretory drugs เช่น aspirin, indomethacin, chlorpromazine, encephalinase inhibitor เป็นยาที่มีกลไกการออกฤทธิ์เป็น antiprostaglandin หรือออกฤทธิ์ต่อ cyclic AMP หรือ protein kinase ในเยื่อลำไส้ ทำให้ลำไส้มีการหลั่งน้ำและเกลือแร่ลดลง แต่ฤทธิ์ antisecretory ของยาเหล่านี้ต้องใช้ขนาดยาที่สูง และมีผลแทรกซ้อนค่อนข้างมาก จึงไม่เป็นที่นิยม

ยาในกลุ่มนี้ออกฤทธิ์ต่อ 5 - hydroxytryptamine (5HT) หรือ serotonin ซึ่งเป็น neurotransmitter ที่พบทั้งในสมองและในระบบประสาทของทางเดินอาหาร (enteric nervous system, ENS) ซึ่ง ENS นี้มีหน้าที่สำคัญในการควบคุม motility และ secretory function ปัจจุบันพบ 5HT receptor ในทางเดินอาหารอย่างน้อย 6 ชนิด และแต่ละชนิดที่มีบทบาทสำคัญในการออกฤทธิ์แตกต่างกัน ยาที่ออกฤทธิ์เป็น 5-HT3 antagonist พบว่ามีผลยับยั้งการกระตุ้น extrinsic sensory neurons ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียน ปวดท้อง และท้องเฟ้อ และทำให้ลด peristalsis และ secretory reflex ช่วยทำให้ถ่ายอุจจาระลดน้อยลง และถ่ายเป็นก้อนมากขึ้น ส่วนยา octreotide แม้จะเป็น antisecretory drug ที่ดี แต่ต้องให้โดยการฉีดเข้าใต้ผิวหนังเท่านั้น จึงไม่เหมาะสมที่จะนำมาใช้ในผู้ป่วยอุจจาระร่วงเฉียบพลัน

ยาสมุนไพร (Herbal medicine) มียาสมุนไพรหลายชนิดที่มีบันทึกว่าสามารถรักษาโรคอุจจาระร่วงได้ เช่น ฟ้ายะลวยโจร เมล็ดหรือเปลือกทับทิม เปลือกมังคุด แต่ไม่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่ดีเพียงพอที่จะยืนยันผลของยาต่างๆ เหล่านั้น มีเพียงการศึกษาทางวิทยาศาสตร์บ้าง อาจนำยาสมุนไพรมาใช้ในการรักษาทางเลือก (alternative medicine) โดยเฉพาะในรายที่เป็นอุจจาระร่วงเฉียบพลันชนิดไม่รุนแรง

หากจะใช้ยาสมุนไพรรักษาควรใช้ร่วมกับ ORS หรือ ORT เสมอ

กรณีผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงปานกลางหรือรุนแรงมาก ผู้ป่วยที่ถ่ายอุจจาระเป็นมูกเลือด และผู้ป่วยอุจจาระร่วงในกลุ่มที่ต้องการดูแลเป็นพิเศษ **ไม่ควรใช้ยาสมุนไพรในการรักษา** เพราะอาจทำให้เสียเวลา หรือเสียโอกาสการรักษาที่ถูกต้อง โดยเฉพาะในรายที่ต้องการการรักษาโดยเร่งด่วน

การให้ Specific antibiotics หลังจากทราบผลเพาะเชื้อแล้ว

ส่วนใหญ่เมื่อทราบผลเพาะเชื้อจากอุจจาระ ผู้ป่วยมักหายจากอุจจาระร่วงแล้ว ในกรณีที่ทราบผลเพาะเชื้อแล้ว และอาการอุจจาระร่วงยังไม่หาย ควรจะต้องให้การรักษาที่ถูกต้องและจำเพาะสำหรับเชื้อนั้นๆ ทั้งนี้ต้องระลึกไว้เสมอว่าเชื้อบางตัวถึงแม้จะเพาะเชื้อขึ้น แต่ก็ไม่ได้หมายความว่า จะต้องให้ยาปฏิชีวนะเสมอไปในทุกราย

กรณีอุจจาระร่วงไม่หายภายหลังจากได้รับการรักษาตามขั้นตอน

หากผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้องและจำเพาะสำหรับเชื้อนั้นๆ หรือได้รับการรักษาตามขั้นตอนแล้ว แต่ถ้าอาการอุจจาระร่วงยังไม่หายภายใน 3 - 5 วัน หรือภายใน 14 วัน ตั้งแต่เริ่มมีอาการอุจจาระร่วง แสดงว่าอาจจะมีสาเหตุอื่นๆ จำเป็นต้องสืบค้นหาสาเหตุต่อไปด้วยการตรวจเพิ่มเติมอื่นๆ เช่น การทำ repeat stool examination, repeat stool culture, sigmoidoscopy, barium enema

แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในผู้ใหญ่

จัดทำโดย สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

พิมพ์ครั้งที่ 2 กรกฎาคม 2546

จำนวน 56 หน้า

ตารางที่ 1 การวินิจฉัยแยกโรค
ตารางที่ 2 ภาวะอุจจาระร่วงที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ
ตารางที่ 3 การประเมินความรุนแรงของภาวะขาดน้ำและเกลือแร่
ตารางที่ 4 ยาปฏิชีวนะในการรักษาเชื้อแบคทีเรียที่เป็นสาเหตุ
ตารางที่ 5 กรณีที่ต้องให้ยาปฏิชีวนะเป็นพิเศษ

ภาคผนวก

download ได้จาก <http://www.gastrothai.com/guide.php>