

นิพนธ์ค้นฉบับ

ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะท้องผูกในเด็กก่อนวัยเรียน ในโรงเรียนอนุบาลแห่งมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

พรรณพัชร พิริยะนนท์*, ศุภระวรรณ อินทรชา*, อภิญญา ยวงทอง**

บทคัดย่อ

- บทนำ:** ภาวะท้องผูก (Constipation) เป็นปัญหาที่พบได้ในทุกช่วงอายุ โดยพบบ่อยในเด็กเล็ก เนื่องจากมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ พฤติกรรมการกิน การขับถ่ายและสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อการควบคุมการขับถ่าย
- วิธีการศึกษา:** เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาและวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง เก็บข้อมูลในเด็กก่อนวัยเรียน อายุ ๓ - ๖ ปี ณ โรงเรียนอนุบาลแห่งมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ตั้งแต่เดือนเมษายนถึงกันยายน ๒๕๕๗ โดยใช้แบบสอบถามสำหรับผู้ปกครองเกี่ยวกับอาการระบบทางเดินอาหาร ในเด็กตามเกณฑ์วินิจฉัย Rome III
- ผลการศึกษา:** ศึกษาวิจัยในเด็กก่อนวัยเรียนอายุ ๓ - ๖ ปี จำนวน ๓๖๒ คน พบความชุกของภาวะท้องผูก ร้อยละ ๒๕.๑ อายุเฉลี่ย 5 ± 0.8 ปี อาการที่พบบ่อย ได้แก่ ความถี่ของการขับถ่ายอุจจาระ ๒ ครั้งต่อสัปดาห์หรือน้อยกว่า ร้อยละ ๘๖.๗ เจ็บก้นขณะถ่ายอุจจาระ ร้อยละ ๘๔.๖ และเกร็งตัว ไขว้ขาเพื่อกลั้นอุจจาระ ร้อยละ ๕๔.๙ ตามลำดับ กลุ่มที่มีภาวะท้องผูกจะมีประวัติท้องผูกของสมาชิกในครอบครัวโดยเฉพาะบิดา มารดา พี่น้องท้องเดียวกัน และปริมาณน้ำที่ดื่มในแต่ละวัน มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และในกลุ่มท้องผูกมีเพียงร้อยละ ๒๑ ที่ไปพบแพทย์ ส่วนที่เหลือจะรักษาด้วยตนเอง
- วิจารณ์ และสรุปผลการศึกษา:** ภาวะท้องผูกในเด็กก่อนวัยเรียนเป็นปัญหาที่พบได้บ่อย แพทย์ทั่วไปและกุมารแพทย์ผู้ดูแล ควรให้การตระหนักถึงปัญหาและวินิจฉัยภาวะท้องผูก โดยอาศัยเกณฑ์ Rome III เพื่อจะได้มีความแม่นยำ อีกทั้งควรให้คำแนะนำในการดูแลและปรับพฤติกรรมอย่างเหมาะสมแก่ผู้ปกครอง
- คำสำคัญ:** ผู้ป่วยเด็ก, เกณฑ์การวินิจฉัยสำหรับอาการท้องผูกไร้โรคทางกาย (ROME III criteria), ภาวะท้องผูกที่ไร้โรคทางกาย, ความชุก, ปัจจัย

วันที่รับบทความ: ๑๗ กรกฎาคม ๒๕๖๐

วันที่อนุญาตให้ตีพิมพ์: ๒๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑

* หน่วยโรคทางเดินอาหารและตับเด็ก ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

** ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

บทนำ

ท้องผูกในเด็ก (constipation) เป็นปัญหาที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติ จากการศึกษาในต่างประเทศพบร้อยละ ๑๐ ของผู้ป่วยเด็กจะมีปัญหาท้องผูกเรื้อรัง อย่างไรก็ตามมีเพียงร้อยละ ๓ ของผู้ป่วยท้องผูกเท่านั้น^๑ ที่มาพบกุมารแพทย์ และในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวพบร้อยละ ๑๐ - ๒๕ ที่ได้รับการส่งต่อกุมารแพทย์โรคทางเดินอาหาร^{๒-๔} ภาวะท้องผูกเรื้อรัง สาเหตุส่วนใหญ่เป็นท้องผูกไร้โรคทางกาย โดยอุบัติการณ์ของภาวะท้องผูกในเด็ก พบอยู่ในช่วงระหว่างร้อยละ ๐.๗ - ๓๐^{๕-๖} ขึ้นกับเกณฑ์วินิจฉัย ได้แก่ Rome II criteria^๗, NASPGHAN (ค.ศ. 1999) และ The Paris Consensus on Childhood constipation Terminology (ค.ศ. 2005) เป็นต้น ต่อมาได้มีการปรับเปลี่ยนเกณฑ์วินิจฉัยจาก Rome II เป็น Rome III ในปี ค.ศ. 2006^๘ โดยมีรายละเอียดของอาการและอาการแสดงมากขึ้นเพื่อช่วยในการวินิจฉัยภาวะท้องผูกได้ดียิ่งขึ้น

สาเหตุของอาการท้องผูกเรื้อรังในเด็กมีหลายสาเหตุ ส่วนใหญ่ร้อยละ ๙๐ เป็นภาวะท้องผูกไร้โรคทางกาย (functional constipation)^{๑, ๙} แต่มักจะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการกิน เช่น ในช่วงเด็กเล็กอาจพบในวัยเปลี่ยนจากกินนมแม่หรือนมวัวตัดแปลงมาเป็นนมวัวธรรมดา หรือได้รับผัก ผลไม้ หรือน้ำน้อยกว่าปริมาณแนะนำในแต่ละวัน^๔ นอกจากนี้การขับถ่ายไม่เป็นเวลา และการกลั้นอุจจาระ มักเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้อง อีกทั้งการเปลี่ยนแปลงในครอบครัว หรือสิ่งแวดล้อมก็อาจส่งผลต่อการขับถ่าย เช่น การมีสมาชิกใหม่ในครอบครัว หรือการเริ่มไปโรงเรียน เป็นต้น อย่างไรก็ตามท้องผูกเรื้อรังอาจเกิดจากสาเหตุจากโรคทางกาย ได้แก่ ความผิดปกติของประสาทที่ควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ เช่น โรคลำไส้โป่งพองแต่กำเนิด (Hirschsprung's disease) ภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมน เป็นต้น

ปัจจุบันภาวะท้องผูกเรื้อรังในเด็กเป็นปัญหาที่พบบ่อย และมีความเข้าใจผิดของผู้ดูแลที่สามารถหายเองได้ รวมถึงยังรับการรักษาไม่เหมาะสม ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้ อีกทั้งยังไม่มีรายงานข้อมูลอุบัติการณ์ของภาวะท้องผูกที่แท้จริงในชุมชนในประเทศไทย โดยอ้างอิงตามเกณฑ์วินิจฉัย Rome III จึงนำมาสู่การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เพื่อที่จะหาอุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะท้องผูกเรื้อรังในเด็กก่อนวัยเรียน รวมถึงวิธีการรักษาและผลการรักษาที่ผ่านมา เพื่อนำข้อมูลมาใช้เป็นแนวทางในการป้องกันและการดูแลรักษาภาวะท้องผูกเรื้อรังได้อย่างเหมาะสม

วิธีการศึกษา

ศึกษาแบบเชิงพรรณนาและวิเคราะห์แบบ (descriptive and analytic cross-sectional study) โดยเก็บข้อมูลในเด็กก่อนวัยเรียน อายุ ๓ - ๖ ปี ทั้งหมด ๓๖๒ คน ณ โรงเรียนอนุบาลแห่งมหาวิทยาลัย ธรรมศาสตร์ เป็นระยะเวลา ๖ เดือน เริ่มตั้งแต่เดือน เมษายน พ.ศ. ๒๕๕๗ ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. ๒๕๕๘ โดยให้ผู้ปกครองที่เลี้ยงดูหลักตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับภาวะท้องผูก โดยมีผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย (คุณครูประจำชั้น อ.๑ - อ.๓) คอยแนะนำในการตอบแบบสอบถาม

แบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษานี้ นำมาจากแบบสอบถามสำหรับผู้ปกครองเกี่ยวกับอาการระบบทางเดินอาหารในเด็กตาม Rome III ซึ่งได้รับการแปลเป็นภาษาไทย ตรวจสอบความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นโดยธิดิมา เงินมาก และคณะ^{๑๐} โดยมีเกณฑ์ในการคัดเข้า (inclusion criteria) คือ เป็นเด็กนักเรียนระดับชั้นอนุบาล อายุ ๓ - ๖ ปี และผู้ปกครองยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและตอบแบบสอบถามภาษาไทยได้ เกณฑ์ในการคัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ คนที่ไม่มีโรคของลำไส้หรือมีประวัติผ่าตัดลำไส้มาก่อน และกินยา กลุ่มที่ทำให้มีภาวะท้องผูก โดยการวินิจฉัยภาวะท้องผูกอ้างอิงตามเกณฑ์การวินิจฉัย Rome III^๘ ดังนี้ คือ เด็กมีอาการและอาการแสดงต่อไปนี้อย่างน้อย ๒ ข้อ เป็นเวลาอย่างน้อย ๑ ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นเวลาอย่างน้อย ๒ เดือน และอาการไม่เข้าเกณฑ์วินิจฉัยกลุ่มอาการลำไส้แปรปรวน ในเด็กอายุตั้งแต่ ๔ ปีขึ้นไป

๑. ถ่ายอุจจาระ ๒ ครั้งต่อสัปดาห์หรือน้อยกว่า
๒. กลั้นอุจจาระไม่อยู่อย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์
๓. มีประวัติกลั้นอุจจาระหรือมีอุจจาระคั่งค้างปริมาณมาก
๔. มีประวัติอุจจาระแข็งหรือถ่ายแล้วเจ็บ
๕. มีอุจจาระขนาดใหญ่ในไส้ตรง
๖. มีประวัติถ่ายอุจจาระก้อนใหญ่จนอาจทำให้ล้มอูดตัน

ในเด็กที่อายุน้อยกว่า ๔ ปี ต้องมีอย่างน้อย ๒ ข้อ ระยะเวลาอย่างน้อย ๑ เดือน และอาจมี ร้องกวน เบื่ออาหาร หรืออึดเร็ว ซึ่งอาการดังกล่าวจะดีขึ้นทันทีหลังถ่ายอุจจาระ

ผลการศึกษา

ความชุกของภาวะท้องผูกในเด็กและข้อมูลทั่วไป

จากการศึกษาในเด็กก่อนวัยเรียนอายุ ๓ - ๖ ปี จำนวน ๓๖๒ คน ณ โรงเรียนอนุบาลแห่งมหาวิทยาลัย ธรรมศาสตร์ พบความชุกของภาวะท้องผูกเป็นร้อยละ ๒๕.๑

โดยใช้เกณฑ์วินิจฉัยตาม Rome III อายุเฉลี่ย 5 ± 0.8 ปี เป็นอัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิงอัตราส่วน ๑:๒:๑ โดยผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็นบิดาและมารดาเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม

โรคประจำตัวที่พบในกลุ่มท้องผูก ได้แก่ ภูมิแพ้ทางจมูก และ หอบหืด ซึ่งไม่มีผลต่อภาวะท้องผูก สำหรับรายได้ของผู้ปกครองส่วนใหญ่มากกว่า ๔๐,๐๐๐ บาทต่อเดือน ซึ่งไม่มีความแตกต่างกันในทั้งสองกลุ่ม ดังแสดงตารางที่ ๑

ตารางที่ ๑ ข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มที่มีภาวะท้องผูกและกลุ่มที่ไม่มีภาวะท้องผูก

ปัจจัย	กลุ่มที่มีภาวะท้องผูก N (%) (n=๙๑)	กลุ่มที่ไม่มีภาวะท้องผูก N (%) (n=๒๗๑)	p-value
อายุ (ปี \pm SD)	5.15 ± 0.82	4.98 ± 0.96	0.6๑๓
รายได้ (บาท/เดือน)			
< ๓๐,๐๐๐	๑๙ (๒๐.๘๘)	๗๘ (๒๘.๗๘)	
๓๐,๐๐๐ - ๔๐,๐๐๐	๑๓ (๑๔.๒๙)	๔๓ (๑๕.๘๗)	0.๒๕๒
> ๔๐,๐๐๐	๕๙ (๖๔.๘๔)	๑๕๐ (๕๕.๓๕)	
เพศ			
ชาย	๕๑ (๕๖.๐๔)	๑๑๕ (๔๒.๙๔)	0.๕๑๒
หญิง	๔๐ (๔๓.๙๖)	๑๕๖ (๕๗.๕๖)	
โรคประจำตัว			
ได้แก่ ภูมิแพ้และหอบหืด	๑๔ (๑๕.๕๖)	๐ (๐)	< 0.๐๐๑
ผู้ดูแลหลัก			
พ่อ, แม่	๘๙ (๙๐.๑)	๒๔.๗ (๙๑.๒)	0.๔๔
ปู่, ย่า, ตา, ยาย	๙ (๙.๙)	๒๔ (๘.๘)	

ลักษณะอาการและอาการแสดงของเด็กที่มีภาวะท้องผูก

สำหรับในเด็กกลุ่มที่มีภาวะท้องผูก จำนวน ๙๑ คน ดังแสดงตารางที่ ๒ พบว่าเริ่มมีอาการท้องผูกครั้งแรก ในช่วงอายุ ๒ - ๓ ปี คิดเป็นร้อยละ ๖๓.๗ อาการที่พบบ่อย ได้แก่ ความถี่ของการขับถ่ายอุจจาระ ๒ ครั้งต่อสัปดาห์หรือน้อยกว่า ร้อยละ ๙๖.๗ เจ็บก้นขณะถ่ายอุจจาระ ร้อยละ ๘๔.๖ และเกร็งตัวไขว้ขาเพื่อกลั้นอุจจาระ ร้อยละ ๕๔.๙ ตามลำดับ

ส่วนอาการและอาการแสดงตามเกณฑ์วินิจฉัย Rome III อื่นๆ ได้แก่ อุจจาระค้างในทวารหนัก ร้อยละ ๒๐.๘ เด็กถ่ายก้อนใหญ่อุดตันโถส้วม ร้อยละ ๔๗.๒ เด็กมีอาการถ่ายไม่สุด ร้อยละ ๔๕.๑ และกลั้นอุจจาระไม่อยู่อย่างน้อย ๑ ครั้งต่อสัปดาห์ ร้อยละ ๒๓ นอกจากนี้ยังพบว่ามีอุจจาระมีเลือดเคลือบหรือเลือดหยดตาม ร้อยละ ๓๕.๑

ตารางที่ ๒ อาการและอาการแสดงของภาวะท้องผูก

อาการและอาการแสดง	จำนวน (ร้อยละ) (n = ๙๑)
ถ่ายอุจจาระ ๒ ครั้งต่อสัปดาห์หรือน้อยกว่า	๘๘ (๙๖.๗)
กลิ่นอุจจาระไม่อยู่ อย่างน้อย ๑ ครั้งต่อสัปดาห์	๒๑ (๒๓)
มีอุจจาระค้างในทวารหนัก	๑๙ (๒๐.๘)
เด็กเกร็งตัว ไช้ขำเพื่อกลั้นอุจจาระ	๕๐ (๕๔.๙)
อาการเจ็บเวลาถ่ายอุจจาระ	๗๗ (๘๔.๖)
เด็กถ่ายก้อนใหญ่อุดตันโถส้วม	๔๓ (๔๗.๒)
เด็กมีอาการถ่ายไม่สุด	๔๑ (๔๕.๑)
อาการอุจจาระมีเลือดเคลือบ/เลือดหยดตาม	๓๒ (๓๕.๑)

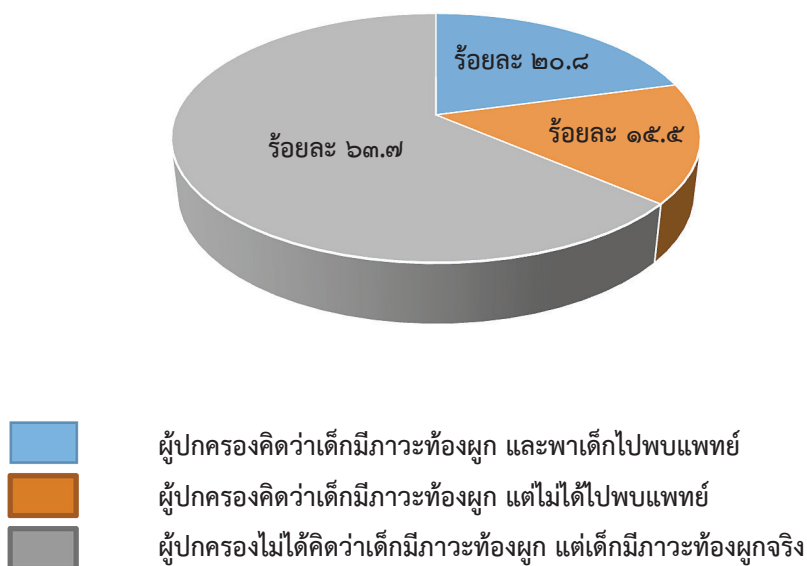
ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะท้องผูกโดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ท้องผูกและไม่มีภาวะท้องผูก

ประวัติท้องผูกของสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะ บิดา มารดา พี่น้องท้องเดียวกัน เป็นปัจจัยเดียวที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบร้อยละ ๖๐.๔ และ ร้อยละ ๓๒.๕ ในกลุ่มที่มีภาวะท้องผูกและไม่มีภาวะท้องผูก ตามลำดับ ($p < ๐.๐๐๐๑$) รวมถึงปริมาณน้ำที่กินต่อวันพบว่า

กลุ่มที่ท้องผูกจะกินน้ำ น้อยกว่า ๔ แก้วต่อวัน (ร้อยละ ๘๑.๓) ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีอาการท้องผูก ($p < ๐.๐๐๘$) สำหรับปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ ปริมาณนมที่ดื่มมากกว่า ๙๐๐ มล.ต่อวัน การใช้ห้องน้ำที่โรงเรียน การออกกำลังกาย และประวัติการกระทบกระเทือนจิตใจอย่างรุนแรงไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทั้งสองกลุ่ม ดังตารางที่ ๓

ตารางที่ ๓ ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะท้องผูกในกลุ่มที่มีภาวะท้องผูกและไม่มีภาวะท้องผูก

ปัจจัย	มีภาวะท้องผูก คน (ร้อยละ)	ไม่มีภาวะท้องผูก คน (ร้อยละ)	p-value
ปริมาณการดื่มนม(มล./วัน)			
≤ ๙๐๐	๘๘ (๙๖.๗)	๒๕๗ (๙๔.๘)	๐.๕๓๘
> ๙๐๐	๒ (๒.๒)	๙ (๓.๓)	
ปริมาณน้ำดื่ม แก้ว/วัน (๒๕๐ มล./แก้ว)			
≤ ๔	๗๔ (๘๑.๓)	๑๖๗ (๖๑.๖)	๐.๐๐๘
> ๔	๑๗ (๑๘.๗)	๑๐๔ (๓๘.๔)	
การออกกำลังกาย	๘๓ (๙๑.๒)	๒๕๒ (๙๒.๙)	๐.๕๗๖
การใช้ห้องน้ำที่โรงเรียน			
ไม่เคย	๘ (๘.๘)	๒๒ (๘.๑)	
บางครั้ง	๖๑ (๖๗.๐)	๑๗๔ (๖๔.๒)	๐.๘๖๕
ประจำ	๑๒ (๑๓.๒)	๔๖ (๑๗)	
ไม่ทราบ	๑๐ (๑๐)	๒๙ (๑๐.๗)	
ไม่มีประวัติการกระทบ	๘๖ (๙๔.๕)	๒๖๘ (๙๘.๙)	๐.๔๖๒
กระเทือนจิตใจอย่างรุนแรง			
มีประวัติท้องผูกของสมาชิกในครอบครัว (บิดา มารดา พี่น้องท้องเดียวกัน)	๕๕ (๖๐.๔)	๘๘ (๒๗)	< ๐.๐๐๑



แผนภูมิที่ ๑ ทศนคติของผู้ปกครองในกลุ่มเด็กที่มีภาวะท้องผูก

ทัศนคติและแนวทางการดูแลรักษาเบื้องต้นของผู้ปกครองในกลุ่มเด็กที่มีภาวะท้องผูก

จากแผนภูมิที่ ๑ ในเด็กกลุ่มที่มีภาวะท้องผูกพบว่า ผู้ปกครองของเด็กกลุ่มนี้คิดว่าเด็กมีภาวะท้องผูกจริง ร้อยละ ๓๗ และในกลุ่มนี้มีเพียง ๒๑ ราย ที่ผู้ปกครองพาเด็กไปพบแพทย์ และที่เหลือ ๑๖ ราย ผู้ปกครองรักษาด้วยตนเอง และมีผู้ปกครองที่ไม่ได้คิดว่าเด็กมีภาวะท้องผูกทุกๆ ที่เด็กมีภาวะท้องผูกจากเกณฑ์วินิจฉัยถึงร้อยละ ๖๓ สำหรับแนวทางการดูแลรักษาเบื้องต้น ผู้ดูแลจะอาศัยข้อมูลจากคอมพิวเตอร์ ร้อยละ ๙๒.๘ และทางแผ่นพับ ร้อยละ ๓๐.๙ อย่างไรก็ตามพบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ ๙๑ ต้องการความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ แนวทางการรักษาส่วนใหญ่จะให้กินผักผลไม้เพิ่มขึ้น ร้อยละ ๘๖.๘ และกินน้ำเพิ่มขึ้นร้อยละ ๘๐.๒ ส่วนยาที่ใช้เองเบื้องต้น เป็นยาสมุนไพรร้อยละ ๓๔ และยาระบายกินร้อยละ ๑๓

วิจารณ์และสรุปผลการศึกษา

ภาวะท้องผูกในเด็กเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยมากขึ้น และยังเป็นอาการหลัก ๑ ใน ๑๐ โรค ที่ผู้ปกครองพามาพบแพทย์ ซึ่งสาเหตุของอาการท้องผูกเรื้อรังมักเกิดจากภาวะท้องผูกไร้โรคทางกาย ซึ่งพบได้ในทุกอายุ โดยจากการศึกษาแบบทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในเด็กตั้งแต่วัยทารกถึง

อายุ ๑๖ ปี พบความชุกของภาวะท้องผูกร้อยละ ๐.๗ - ๒๙.๖^๕ ความชุกที่แตกต่างกันอาจจะขึ้นอยู่กับลักษณะอาหารที่กิน รวมถึงการเลือกกลุ่มประชากรศึกษา สถานที่ที่ทำการศึกษาและนิยามการวินิจฉัยภาวะท้องผูกอีกด้วย^{๕, ๗} ผลการวิจัยนี้เป็นการศึกษาแรกในประเทศไทยที่ศึกษาความชุกของภาวะท้องผูกของเด็กวัยก่อนเรียนในชุมชนที่อาศัยเกณฑ์วินิจฉัยตาม Rome III โดยพบความชุกร้อยละ ๒๕.๑ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาในชุมชน ปี ค.ศ. 2005 ในเด็กปกติอายุ ๓ - ๕ ปี ประเทศฮ่องกง โดยใช้เกณฑ์วินิจฉัย Rome II พบอุบัติการณ์สูงถึงร้อยละ ๓๐^๔ ส่วนการสำรวจในประเทศไทย ปี ค.ศ. 2002 ในเด็กไทยอายุ ๔ - ๑๔ ปี ในลักษณะภาคตัดขวาง โดยใช้แบบสอบถามเพื่อศึกษาความชุกของท้องผูก พบได้ร้อยละ ๔.๖ โดยใช้เกณฑ์วินิจฉัยถ่ายผิดปกติอย่างน้อย ๓ ครั้ง ต่อสัปดาห์^{๑๑} อย่างไรก็ตามในการศึกษาปัจจุบันหลังจากการปรับเปลี่ยนเกณฑ์วินิจฉัย Rome II เป็น Rome III ในปี ค.ศ. 2006 มีรายงานในประเทศศรีลังกา ปี ค.ศ. 2010 ในเด็กอายุ ๑๒ - ๑๖ ปี จำนวน ๔๒๗ คน โดยเปรียบเทียบความชุกของภาวะท้องผูกในเด็ก โดยใช้เกณฑ์วินิจฉัย Rome II และ III พบว่ามีความชุกของภาวะท้องผูกเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญจากร้อยละ ๑.๔ เป็น ๔.๒^{๑๒} สำหรับการศึกษาความชุกของภาวะท้องผูกในเด็กก่อนวัยเรียน ที่อ้างอิงตามเกณฑ์วินิจฉัยตาม Rome III มีเพียงสองการศึกษา โดยรายงานแรกใน ปี ค.ศ. 2009 ในประเทศสหรัฐอเมริกา

ในเด็กอายุ ๕ - ๘ ปี ศึกษาที่คลินิกเด็ก พบภาวะท้องผูก ร้อยละ ๑๐^{๑๓} สำหรับในประเทศไทยมีรายงานของเสกสิต โอสธากุล และคณะ ศึกษาความชุกของภาวะท้องผูกในเด็กอายุ ๔ เดือน - ๕ ปี ที่คลินิกเด็กดีโดยใช้เกณฑ์วินิจฉัย Rome II และ III พบความชุกค่อนข้างต่ำเพียงร้อยละ ๒.๔^{๑๔} จากผลการวิจัยนี้ พบความชุกค่อนข้างสูง เนื่องจากสถานที่ศึกษาจากการวิจัยนี้ ศึกษาในโรงเรียนอนุบาล ซึ่งกลุ่มประชากรส่วนใหญ่ยังไม่เคย ได้รับการวินิจฉัยและรับการรักษาหรือได้รับคำแนะนำที่ถูก ต้องโดยบุคลากรทางการแพทย์ อีกทั้งมีลักษณะเป็นสังคมเมือง มีการบริโภคอาหารเป็นลักษณะอาหารจานด่วน รับประทานอาหารที่มีใยอาหารน้อย นอกจากนี้ยังพบว่าเด็กที่มีภาวะท้องผูกแต่ผู้ปกครองไม่ตระหนักว่าเด็กมีภาวะท้องผูกจริง ถึงร้อยละ ๖๓ ซึ่งเด็กที่ท้องผูกกลุ่มนี้จะถูกละเลย ไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม และมักเกิดปัญหาท้องผูกเรื้อรังมีอุจจาระ เล็ดตามมา

การวินิจฉัยภาวะท้องผูกโดยใช้เกณฑ์ตาม Rome III ทำให้มีความแม่นยำขึ้น สามารถวินิจฉัยภาวะท้องผูกได้มากขึ้น จากการศึกษานี้จะเห็นว่านอกจากความถี่ของการขับถ่าย อุจจาระที่ใช้วินิจฉัยแล้วยังมีเด็กถึงร้อยละ ๘๔.๖ มีอาการเจ็บกันขณะถ่ายอุจจาระ และเกร็งตัว ไช้ขาเพื่อกลั้นอุจจาระ (retentive posturing) ร้อยละ ๕๔.๙ ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่าเด็กที่มีอายุมากกว่า ๔ ปี มีการกลั้นอุจจาระไม่อยู่ อย่างน้อย ๑ ครั้งต่อสัปดาห์ ค่อนข้างมากถึงร้อยละ ๒๓ ซึ่งสัมพันธ์การที่มีอุจจาระค้างในทวารหนักมากถึงร้อยละ ๒๐.๘ การศึกษานี้ พบการถ่ายอุจจาระเล็ดค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับการศึกษาที่ผ่านมาของ Chang และคณะ ซึ่งพบอุจจาระเล็ด ร้อยละ ๑๖ อาจเนื่องมาจากงานวิจัยนี้ศึกษาในโรงเรียน ซึ่งมีเด็กที่ภาวะท้องผูกบางส่วนที่ยังได้รับการรักษาที่ไม่เหมาะสม แตกต่างจากงานวิจัยที่ผ่านมาที่จะทำการศึกษาในคลินิกเด็กและคลินิกโรคระบบทางเดินอาหารที่ได้รับการรักษามาแล้ว อย่างไรก็ตามภาวะอุจจาระเล็ด ควรพิจารณาว่าเกิดจาก retentive fecal incontinence ซึ่งเกิดจากท้องผูกเรื้อรังและมีอุจจาระคั่งค้าง หรือเกิดจากสาเหตุอื่น เช่น non-retentive fecal incontinence และสาเหตุจากโรคทางกาย ที่จำเป็นต้องตรวจเพิ่มเติมเพื่อให้ได้การวินิจฉัยเนื่องจากมีหลักการรักษาที่แตกต่างกัน

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะท้องผูกในเด็ก จากการศึกษาพบว่าเด็กที่มีประวัติสมาชิกในครอบครัวท้องผูกจะมีโอกาสท้องผูกมากกว่า ซึ่งใกล้เคียงกับงานวิจัยที่ผ่านมาของ Abrahamian และคณะ^{๑๕} พบว่ามากกว่าครึ่งของเด็กที่มีภาวะ

ท้องผูกมีประวัติสมาชิกในครอบครัวท้องผูก ซึ่งสาเหตุยังไม่ทราบชัดเจน แต่อาจเกิดจากปัจจัยทางพันธุกรรม สิ่งแวดล้อม และการบริโภคอาหารที่คล้ายกัน^{๑๖}

นอกจากนี้เรื่องการดื่มน้ำที่น้อยกว่า ๘๐๐ มล. ต่อวันก็เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้มีท้องผูกเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการรักษาภาวะท้องผูกของ ESPGHAN และ NASPGHAN ค.ศ. 2015^{๑๗} ซึ่งแนะนำให้เด็กเล็กดื่มน้ำ ๑,๐๐๐ - ๑,๕๐๐ มล. ต่อวัน สำหรับปริมาณนมที่ดื่มมากกว่า ๙๐๐ มล. ต่อวัน การออกกำลังกาย และประวัติการไม่ยอมเข้าห้องน้ำที่โรงเรียน ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะท้องผูกในการศึกษานี้ อย่างไรก็ตามปัจจัยอื่นๆ ที่สำคัญ ได้แก่ การกินอาหารที่มีกากใย ประวัติการฝึกการขับถ่าย และการได้รับนมแม่และนมผสมในช่วงวัยทารก ควรจะมีการศึกษาและเก็บข้อมูลเพิ่มเติมต่อไป

การรักษาภาวะท้องผูกในเด็กตามทัศนคติของผู้ปกครอง มีร้อยละ ๒๑ ที่พาไปพบแพทย์ ส่วนที่เหลือจะรักษาด้วยตนเองโดยอาศัยข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต โดยส่วนใหญ่นิยมให้กินผักผลไม้ และดื่มน้ำมากขึ้น ซึ่งก็เป็นแนวทางการปรับพฤติกรรมเบื้องต้นที่เหมาะสม ส่วนการใช้ยาระบายนั้น บิดามารดานิยมใช้ยาเหน็บทวาร เช่น แ่งเทียน ยาสวนทางทวารหนักเวลามีอาการถึงร้อยละ ๓๔ ซึ่งอาจไม่เหมาะสมในผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่มีแผลปริบริเวณรอบรูทวารร่วมด้วย ซึ่งผู้ป่วยจะเจ็บมากและต่อต้าน ไม่รวมมือในการรักษา ดังนั้นจึงไม่แนะนำให้ใช้การสวนเป็นการรักษาแรกในผู้ป่วยที่มีอาการท้องผูกเรื้อรัง สำหรับการกินยาระบาย มีเพียงร้อยละ ๑๓ ซึ่งน่าจะเกิดจากความเชื่อผิดที่ว่ากินยาระบายแล้วจะติดยา ทำให้ขับถ่ายเองไม่เป็น จากงานวิจัยนี้จะเห็นว่าผู้ดูแลยังมีแนวทางที่ไม่ถูกต้องในเรื่องการรักษาท้องผูก ทำให้เด็กกลุ่มนี้ท้องผูกเรื้อรังและนำไปสู่การมีภาวะแทรกซ้อน ดังนั้นจึงควรมีการให้ความรู้ที่ถูกต้องแก่ผู้ปกครอง ทั้งในแง่การวินิจฉัยภาวะท้องผูก การดูแลรักษาเบื้องต้น ตลอดจนการรักษาระยะยาว ผ่านข้อมูลทางอินเทอร์เน็ตที่เข้าถึงได้ง่ายและน่าเชื่อถือ จะทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะท้องผูกได้ดียิ่งขึ้น

ภาวะท้องผูกในเด็กก่อนวัยเรียนในชุมชนเป็นปัญหาที่พบได้บ่อย ซึ่งมักถูกละเลยโดยผู้ปกครองคิดว่าเป็นภาวะปกติ ดังนั้นแพทย์ผู้ดูแลควรให้การตระหนักถึงปัญหา วินิจฉัยภาวะท้องผูก โดยอาศัยเกณฑ์ Rome III อีกทั้งควรให้คำแนะนำในการดูแลและปรับพฤติกรรมอย่างเหมาะสมแก่ผู้ปกครอง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์นายแพทย์ภาสกร ศรีทิพย์สุโข ที่ให้คำปรึกษาและแนะนำในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติในการทำวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณอาจารย์ดาวพระศุภร์ ภู่อสุกุล และอาจารย์ทุกท่านจากโรงเรียนอนุบาลแห่งมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ที่ให้ความช่วยเหลือในการเก็บข้อมูลแบบสอบถามงานวิจัย

เอกสารอ้างอิง

๑. Rajindrajith S, Devanarayana NM, Benninga MA. Constipation-associated and nonretentive fecal incontinence in children and adolescents: an epidemiological survey in Sri Lanka. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2010;51:472-6.
๒. Taitz LS, Wales JK, Urwin OM, Molnar DL. Factors associated with outcome in management of defecation disorders. *Arch Dis Child* 1986;61:472-7.
๓. Di Lorenzo C. Childhood constipation: Finally some hard data about hard stools. *J Pediatr.* 2000;136:4-7.
๔. Ip KS, Lee WTK, Chan JSH, Young BWY. A Community-based study on the prevalence of constipation in young children and the role of dietary fibre. *Hong Kong Med J* 2005;11:431-6.
๕. van den Berg MM, Benninga MA, Di Lorenzo C. Epidemiology of Childhood Constipation: A Systematic Review. *Am J Gastroenterol.* 2006;101:2401-9.
๖. Mugie SM, Benninga MA, Di Lorenzo C. Epidemiology of constipation in children and adults: a systematic review. *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2011;25:3-18.
๗. Rasquin-Weber A, Hyman PE, Cucchiara S, D R Fleisher, J S Hyams, P J Milla, et al. Childhood functional gastrointestinal disorders. *Gut.* 1999;45:60-8.
๘. Rasquin A, Di Lorenzo C, Forbes D, Guiraldes E, Hyams JS, Staiano A, et al. Childhood functional gastrointestinal disorders: child/adolescent. *Gastroenterology.* 2006;130:1527-37.
๙. van der Wal MF, Benninga MA, Hirasing RA. The prevalence of encopresis in multicultural population. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2005;40:345-8.
๑๐. Ngoenmak T, Yimyam P, Treepongkaruna S. Reliability and validity of Thai version ROME III questionnaire for children with functional gastrointestinal disorders. *J Med Assoc Thai.* 2013;96:790-3.
๑๑. Rangkakulnuwat P, Wongsawasdi L. Constipation in children in Chiang Mai. *Thai J Pediatr.* 2002;41:123-30.
๑๒. Devanarayana NM, Adhikari C, Pannala W, Rajindrajith S. Prevalence of functional gastrointestinal diseases in a cohort of Sri Lankan adolescents: comparison between Rome II and Rome III criteria. *J Trop Pediatr.* 2011;57:34-9.
๑๓. Wald ER, Di Lorenzo C, Cipriani L, Colborn DK, Burgers R, Wald A. Bowel habits and toilet training in a diverse population of children. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2009;48:294-8
๑๔. Osatakul S, Puetpaiboon A. Use of Rome II versus Rome III criteria for diagnosis of functional constipation in young children. *Pediatr Int.* 2014;56:83-8.
๑๕. Abrahamian FP, Lloyd-Still JD. Chronic constipation in childhood: a longitudinal study of 186 patients. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 1984;3:460-7.
๑๖. Chan AO, Lam KF, Hui WM, Leung G, Wong NY, Lam SK, et al. Influence of positive family history on clinical characteristics of functional constipation. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2007;5:197-200.
๑๗. Tabbers MM, DiLorenzo C, Berger MY, Faure C, Langendam MW, Nurko S, et al. Evaluation and treatment of functional constipation in infants and children: evidence-based recommendations from ESPGHAN and NASPGHAN. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2014;58:258-74.

Abstract

The prevalence of constipation in preschool children at The Kindergarten of Thammasat University: a school-based study using Rome III criteria

Punnapatch Piriyanon*, Sukkrawan Intarakhao*, Apinya Yuangthong**

* Division of Gastroenterology and Hepatology, Department of Pediatrics, Faculty of Medicine, Thammasat University

** Department of Pediatrics, Faculty of Medicine, Thammasat University

Introduction: To study the prevalence and factors associated with constipation in preschool children among age 3 - 6 years

Method: The questionnaire, which covered socio-demographic variables and the bowel habits of the children, was completed by the parents of 362 children who were attending at The Kindergarten of Thammasat University, Patum-thani, Thailand in April - September 2014. The children's bowel habits were evaluated by use of the Rome III criteria, which is a validated questionnaire. Children with constipation were diagnosed based on Rome III criteria. Cross-sectional and descriptive study.

Results: Based on the 362 students who completed the questionnaire, the prevalence of constipation was 25.1 %. Symptoms associated with constipation were defined as defecation frequency of <3/wk 96.7%, painful and hard bowel movement 84.6% and retentive posturing 54%. Constipated children had a significantly fluid intake less than 1000 ml/day than the non-constipated group (81.3 vs 61.6%, p 0.008). The family history of constipation was significantly higher in constipated group. Only 21 % of the children with constipation sought medical attention for their symptoms.

Discussion and Conclusion: Our findings showed that constipation is a common health problem in primary school children.

In an effort to increase awareness of children's bowel habit problems, the risk factors for constipation. The education campaigns are necessary for parents to help develop healthy dietary habit and bowel habit in early life to prevent childhood constipation.

Key words: Children, functional constipation, Rome III, prevalence, factor