

รายงานผู้ป่วย

โรคลำไส้อักเสบ Crohn's Disease

ประภาธร ขอบศิลป์ พ.บ.*

Abstract Crohn 's disease : a case report**Prapatorn Chobsin M.D.***

* Department of Surgery Trat Hospital, Trat Province, Thailand

J Prapokklao Hosp Clin Med Educat Center 2012;30:222-229

Crohn's disease is a chronic, relapsing, and remitting inflammatory condition of gastrointestinal tract. The incidence of Crohn's disease are lower in Asia than Western countries. Treatment of Crohn's disease initially treat with medication, may be antibiotics, corticosteroid, aminosalicylate or immunosuppressive drug depend on severity of disease. Obstruction, Bleeding, Perforation, Intraabdominal abscess or Fistula are complications of disease that need surgical treatment. A case report of female patient presented with severe abdominal pain and septic shock. Antibiotic and fluid resuscitation were administered and patient underwent emergency segmental resection of jejunum and end to end anastomosis. Histopathology report was Crohn's disease with active ulcer. No post-operative complication was found.

บทคัดย่อ

โรคลำไส้อักเสบโครห์นเป็นโรคที่เป็นเรื้อรัง มีโอกาสกลับเป็นใหม่สูงและเป็นสภาพการอักเสบที่เกิดขึ้นที่ส่วนใดส่วนหนึ่งก็ได้ของทางเดินอาหารทั้งหมด อุบัติการณ์การเกิดโรคลำไส้อักเสบโครห์นในประเทศแถบเอเชียต่ำกว่าประเทศในแถบตะวันตก การรักษาโรคลำไส้อักเสบโครห์นเริ่มแรกจะเป็นการรักษาด้วยการให้ยา อาจจะเป็นยาในกลุ่มยาฆ่าเชื้อ ยากลุ่มสเตอรอยด์ ยาในกลุ่ม Aminosalicylates และยาในกลุ่มกดภูมิคุ้มกัน การเลือกให้ยาแต่ละกลุ่มจะพิจารณาจากความรุนแรงของโรค ผู้ป่วยบาง

* กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลตราด จังหวัดตราด

รายอาจมีภาวะลำไส้อุดตัน เลือดออกหรือลำไส้ทะลุเป็นภาวะแทรกซ้อนของโรคลำไส้อักเสบโครห์นซึ่งจำเป็นต้องรักษาด้วยการผ่าตัด

รายงานผู้ป่วยฉบับนี้เป็นผู้ป่วยหญิงมาโรงพยาบาลด้วยอาการปวดท้องแบบรุนแรงร่วมกับมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด หลังจากให้สารน้ำและยาฆ่าเชื้อผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดฉุกเฉินโดยตัดลำไส้เล็กส่วน jejunum ผลการตรวจพยาธิวิทยาพบว่าเป็นโรคลำไส้อักเสบโครห์นโดยไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด

บทนำ

ภาวะปวดท้องแบบเฉียบพลันทางศัลยกรรม (acute abdominal pain) เป็นภาวะเร่งด่วนที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างทันที่ทั้งนี้โดยการผ่าตัดหรือการให้ยาเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยอยู่ในภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เพราะเมื่อเกิดภาวะนี้ขึ้นแล้วอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ สาเหตุของภาวะปวดท้องแบบเฉียบพลันทางศัลยกรรมที่พบบ่อยได้แก่

1. ลำไส้ติ่งอักเสบ (acute appendicitis)
2. ถุงน้ำดีอักเสบแบบเฉียบพลัน (acute cholecystitis)
3. ภาวะลำไส้เล็กอุดตัน (small bowel obstruction)
4. ภาวะทะลุอาหารทะลุ (peptic ulcer perforate)
5. ตับอ่อนอักเสบแบบเฉียบพลัน (acute pancreatitis)

สำหรับโรค Crohn's disease (CD) เป็นกลุ่มอาการของการอักเสบของลำไส้ ซึ่งเป็นหนึ่งในกลุ่มอาการของ Inflammatory bowel disease (IBD) โดยมีโรค Ulcerative colitis (UC) ที่จัดอยู่ในกลุ่มนี้เช่นกัน ซึ่งทั้งสองโรคมีความแตกต่างกัน โรค CD สามารถเกิดกับระบบทางเดินอาหารส่วนใดก็ได้ตั้งแต่ปากลงไปถึงทวารหนัก ส่วน UC มักจะเกิดกับลำไส้ใหญ่โดยไม่เกิดการอักเสบกับ

ลำไส้เล็ก และลักษณะพยาธิสภาพก็ต่างกัน กล่าวคือโรค CD จะมีการอักเสบของผนังลำไส้ทุกชั้น (transmural) และอาจจะเห็น granuloma ในผนังลำไส้ได้ แต่โรค UC จะมีการอักเสบเฉพาะ mucosa และ submucosa ทั้ง 2 โรคในกลุ่มนี้พบมากในประเทศในแถบตะวันตกและพบว่าอัตราการเกิดโรค UC มีมากกว่า CD และพบในเพศชายและเพศหญิงในอัตราส่วนเท่าๆ กัน อายุที่พบบ่อยจะพบในผู้ป่วยอายุน้อยโดยพบมากที่สุดในช่วงอายุ 10 – 40 ปี

สำหรับอาการโรคในกลุ่ม IBD ผู้ป่วยมักจะมาด้วยอาการปวดท้องเรื้อรัง ถ่ายเหลวบางครั้งมีถ่ายเป็นเลือด มีไข้ เบื่ออาหารน้ำหนักลด ซึ่งเป็นลักษณะอาการไม่จำเพาะทำให้แยกวินิจฉัยโรค CD กับ UC ทำได้ค่อนข้างยากแม้ว่าการรักษาจะคล้ายกันกล่าวคือ ให้ยาปฏิชีวนะเพื่อฆ่าเชื้อ ยาต้านการอักเสบกลุ่ม Corticosteroid ยาในกลุ่ม Aminosalicylates บางกรณีมีอาการของโรคเป็นมากขึ้นอาจมีความจำเป็นต้องให้ยาในการกดภูมิคุ้มกัน (Immunosuppressive drug) รวมทั้งอาจจำเป็นต้องให้ยาหยุดถ่ายเพื่อลดการเคลื่อนไหวของลำไส้และลดการเสียน้ำของร่างกาย และพิจารณาให้สารน้ำเพื่อทดแทนจากภาวะเสียน้ำของร่างกาย แต่เนื่องจากโรค CD มีการอักเสบทุกชั้นของผนังลำไส้ทำให้เกิดการอักเสบแบบเรื้อรังเมื่อการอักเสบเป็นมากขึ้นอาจทำให้มีการอุด

ต้นของลำไส้ได้หรืออาจเกิดการแตกทะลุเข้าในช่องท้องทำให้เกิดเป็นโพรงหนองในช่องท้อง หรือมีรูทะลุถึงกันระหว่างลำไส้สองส่วนได้ ผู้ป่วยในกลุ่มนี้มีความจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดเพื่อแก้ไขอาการซึ่งถือเป็นผู้ป่วยกลุ่มน้อยเมื่อเทียบกับการรักษาแบบประคับประคองโดยการให้ยา

ในรายงานฉบับนี้ได้รายงานผู้ป่วยที่เป็น CD แล้วเกิดการอักเสบอย่างรุนแรงทำให้เกิดภาวะที่คุกคามต่อชีวิตจำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดอย่างเร่งด่วน 1 ราย

รายงานผู้ป่วย

ผู้หญิงไทยอายุ 56 ปี เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลตราด ที่ห้องฉุกเฉิน ด้วยอาการปวดจุกแน่นท้องบริเวณใต้ชายโครงขวาและบริเวณลิ้นปี่ประมาณ 5 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการคลื่นไส้อาเจียนร่วมด้วย 2 ครั้ง และมีถ่ายเหลวเป็นน้ำ 2 ครั้ง ไม่มีไข้

แรกรับสัญญาณชีพ ความดันโลหิต 130/80 มม.ปรอท ชีพจร 64 ครั้ง/นาที การหายใจ 16 ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส แพทย์ได้ทำการวินิจฉัยว่าเป็น acute gastroenteritis ได้ให้การรักษาโดยการให้ยา Buscopan 20 mg ยา Ranitidine 50 mg และยา Plasil 10 mg เข้าทางหลอดเลือดดำ หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยสังเกตอาการที่ห้องฉุกเฉินประมาณ 1 ชั่วโมงโดยผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นจึงให้กลับบ้านพร้อมยา Buscopan, Plasil, Omeprazole, Norfloxacin และ ORS ไปรับประทานต่อที่บ้าน

หลังจากกลับบ้านไปได้ 1 วัน ผู้ป่วยมาห้องฉุกเฉินด้วยอาการปวดท้องมากขึ้น และปวดทั่วๆท้อง มีไข้สูง เหงื่อออกตัวเย็น มีคลื่นไส้อาเจียนเล็กน้อย

แรกรับสัญญาณชีพ ความดันโลหิต 50/30 มม.ปรอท ชีพจร 110 ครั้ง/นาที การหายใจ 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส ระดับออกซิเจนร้อยละ 85 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบได้แต่ดูอ่อนเพลียและมีปลายมือปลายเท้าเย็น

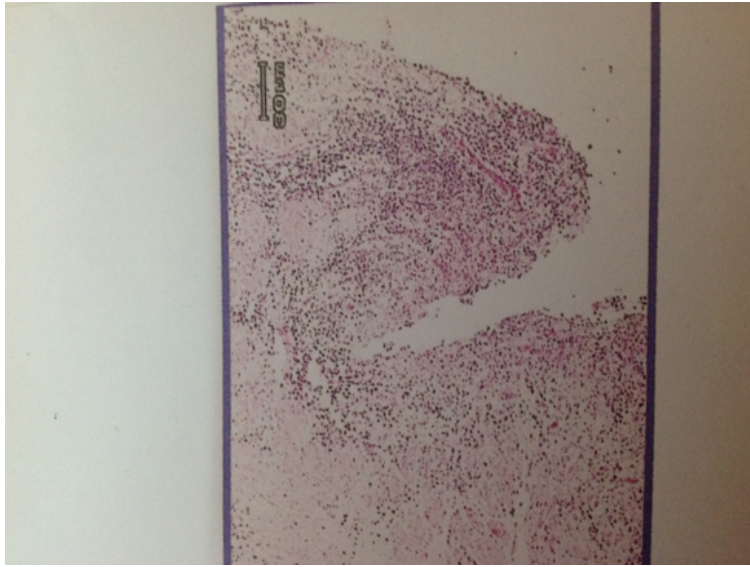
ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยการให้ออกซิเจนทางหน้ากาก เปิดเส้นเลือดดำ 2 เส้นเพื่อเร่งให้น้ำเกลือทดแทนโดยเปิดเป็นร้อยละ 0.9 NSS 1000 มล. ทั้งสองเส้น และมีการใส่สายสวนกระเพาะอาหารและกระเพาะปัสสาวะ ตรวจร่างกายแรกพบผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีปวดท้องทั่วท้องแต่กดเจ็บมากที่สุดบริเวณใต้ชายโครงขวา ฟังไม่พบเสียงลำไส้ ระหว่างนี้ได้มีการส่งเลือดเพื่อตรวจ routine lab (ส่งตรวจ Complete blood count, Electrolyte, BUN/Cr, Liver function test) รวมทั้งให้ยา Ceftriaxone 2 gm และ Metronidazole 500 mg เข้าทางหลอดเลือดดำ และให้ถ่ายภาพถ่ายรังสีปอดและช่องท้องที่ห้องฉุกเฉิน หลังจากให้สารน้ำเกลือทดแทนประมาณ 1 ลิตรแล้วได้มีการประเมินสัญญาณชีพผู้ป่วยใหม่พบว่า ความดันโลหิต 70/30 มม.ปรอท ชีพจร 110 ครั้ง/นาที การหายใจ 22 ครั้ง/นาที ระดับออกซิเจนเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 100 ผู้ป่วยมีปลายมือปลายเท้าอุ่นมากขึ้น จึงได้ให้สารน้ำทดแทนเพิ่มอีกประมาณ 2 ลิตรแล้วจึงประเมินสัญญาณชีพใหม่พบว่า ความดันโลหิต 70/30 มม.ปรอท ชีพจร 110 ครั้ง/นาที การหายใจ 22 ครั้ง/นาที ปัสสาวะออกคาสายสวน ผู้ป่วยยังรู้สึกตัวดี ถามตอบตรงคำถาม เนื่องจากผู้ป่วยได้รับสารน้ำเป็นปริมาณมากแต่ความดันโลหิตยังต่ำอยู่รวมทั้งปัสสาวะที่ออกน้อยจึงคิดว่าผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในระดับรุนแรง จำเป็นต้องได้รับการประเมินปริมาณน้ำที่ให้อย่างเหมาะสมเพื่อป้องกันการเกิดภาวะน้ำท่วมปอดที่อาจจะ

เกิดตามมา ดังนั้นจึงได้ทำ central line ผ่านทางหลอดเลือดดำใหญ่ใต้กระดูกไหปลาร้าด้านขวา (right subclavian vein) และได้ทำการวัดความดันหลอดเลือดดำพบว่าได้ 17 เซนติเมตรน้ำซึ่งพบว่าค่อนข้างสูง จึงได้เริ่มให้ Dopamine อัตราส่วน 2 : 1 เพื่อให้ความดันโลหิตมากกว่า 90/60 มม.ปรอท และได้ทำ Ultrasound upper abdomen bed side เพื่อวินิจฉัยหาถึงสาเหตุที่อาจจะเกิดจากการติดเชื้อในระบบตับและทางเดินน้ำดี ซึ่งพบว่าถุงน้ำดีบวมเล็กน้อย ท่อทางเดินน้ำดีขนาดไม่โต ไม่พบนิ่วในถุงน้ำดีหรือในทางเดินน้ำดี ตรวจพบน้ำอยู่ในช่องท้องเล็กน้อย หลังจากนั้นจึงให้ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลโดยอธิบายแผนการรักษาให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ

เมื่อมาถึงตีผู้ป่วยได้วัดสัญญาณชีพอีกครั้งพบว่า ความดันโลหิต 80/40 มม.ปรอท ชีพจร 86 ครั้ง/นาที การหายใจ 22 ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกาย 39 องศาเซลเซียส ระดับออกซิเจนร้อยละ 100 ตรวจร่างกายซ้ำพบว่ายังมีอาการปวดท้องทั่วท้องและปวดมากที่สุดใต้ชายโครงขวา ลักษณะเดิม และผลการตรวจภาพถ่ายรังสีไม่พบ free air ผลตรวจเลือดพบความผิดปกติกล่าวคือ CBC พบมี Leukocytosis ร่วมกับมี PMN predominate และตรวจพบว่ามีค่า BUN/Cr อยู่ในเกณฑ์ที่สูงผิดปกติมาก ส่วนค่า LFT อยู่ในเกณฑ์ปกติ แสดงว่าผู้ป่วยมีภาวะอักเสบติดเชื้อในช่องท้องร่วมกับมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรง จึงได้แจ้งผู้ป่วยและญาติถึงความจำเป็นในการรักษาด้วยการผ่าตัด โดยมีการเตรียมเลือดและให้สารน้ำทดแทนทางหลอดเลือดดำใหญ่รวมทั้งให้ยาปฏิชีวนะเพิ่มเป็น Sulperazone 1.5 gm

ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดโดยลงแผลผ่าตัดแบบตั้งกลางท้อง พบพยาธิสภาพคือก้อนเนื้อบริเวณลำไส้เล็กส่วนกลาง (jejunum) ยาวประมาณ 5 เซนติเมตร ตรวจพบ mesenteric fat wrapping บริเวณก้อนเนื้อ น้ำในช่องท้องสีเหลืองขุ่น (Intra-peritoneal fluid) 500 ซีซี และพบต่อมน้ำเหลืองบริเวณ mesentery บวมโตโดยไม่พบพยาธิสภาพบริเวณลำไส้เล็กและลำไส้ใหญ่ที่ส่วนอื่นๆ ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด Segmental resection of jejunum and end to end anastomosis หลังผ่าตัดได้ให้สารน้ำทดแทนรวมทั้งยาปฏิชีวนะเข้าทางเส้นเลือดดำ ซึ่งผู้ป่วยมีอาการที่ดีขึ้นเป็นลำดับเริ่มจิบน้ำได้ในวันที่ 5 หลังการผ่าตัด แต่ผู้ป่วยมีปัญหาไตวายแบบเฉียบพลัน (Acute renal failure) ซึ่งได้รับการรักษาแบบประคับประคองจนอาการดีขึ้นจนกลับมาเป็นปกติและสามารถกลับบ้านได้ในวันที่ 15 หลังจากนอนรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล จากการติดตามอาการหลังผ่าตัด 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยทานข้าวและขับถ่ายได้ปกติ ไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด

ผลพยาธิวิทยา พบว่ามี patchy foci of ulcer with marked transmural chronic inflammatory cell infiltration including lymphocytes, plasma cells, eosinophils and histiocytes. Prominent submucosa lymphedema, lymphoid hyperplasia in the lamina propria and submucosa. Focal areas of ulcer and fissure formation. Moderate hyperplasia of muscularis mucosae with fibrosis and prominent submucosal and myenteric nerve plexuses ผลเข้าได้กับ Crohn's disease with active ulcer ดังรูป



สำหรับเกณฑ์ในการวินิจฉัย Crohn's disease ในผู้ป่วยรายนี้มีสองประการ กล่าวคือ ประการแรกมีการตรวจพบ mesenteric fat wrapping บริเวณรอยโรคระหว่างการผ่าตัด ซึ่งเป็น pathognomonic sign ของ Crohn's disease และอีกประการคือผลพยาธิสภาพที่พบแผลบริเวณ รอยโรคและเกิด fibrosis ในชั้น submucosa และ myenteric nerve plexures ซึ่งโดยประสาทชนิดนี้ จะอยู่ชั้นกล้ามเนื้อของลำไส้ (muscularis propria) บ่งถึงอีกแบบหนึ่งของผนังลำไส้ทุกชั้น (transmural) ซึ่งพยาธิที่พบทั้งสองประการเข้าได้ กับ Crohn's disease แม้จะตรวจไม่พบ noncaseating granuloma ที่จะพบได้ประมาณร้อยละ 70 ของผู้ป่วยก็ตาม

วิจารณ์

ภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ (Peritonitis) ที่มีสาเหตุจากลำไส้เล็กทะลุในปัจจุบันมักเกิดตาม หลังการส่องกล้องตรวจทางเดินน้ำดีและตับ โดย พบอุบัติการณ์ร้อยละ 0.3 – 2.1 และจะพบมากขึ้นเมื่อมีการทำหัตถการเพิ่มเติม ส่วนสาเหตุอื่นๆ ได้แก่ การติดเชื้อโดยเฉพาะ tuberculosis,

typhoid และ CMV (Cytomegalovirus), Crohn's disease, การฉายแสง, โรค Meckel's diverticulum, เนื้องอกลำไส้เล็ก เช่น lymphoma, adenocarcinoma และ foreign bodies ในลำไส้เล็ก เมื่อเกิดภาวะนี้แล้วการรักษาจำเป็นต้องได้รับการ ผ่าตัดและให้ยาปฏิชีวนะอย่างเร่งด่วน อุตบัติการณ์ ของแต่ละโรคจะแตกต่างกันเป็นเพราะว่าภาวะ ลำไส้เล็กทะลุที่ไม่ได้เกิดจากอุบัติเหตุ (non-traumatic small bowel perforation) เกิดขึ้นได้น้อย มาก รายงานทางวิชาการส่วนใหญ่เป็นการเก็บ รวบรวมข้อมูลย้อนหลังมารายงาน (retrospective study) ดังนั้นอุบัติการณ์ของลำไส้เล็กทะลุในแต่ละ รายงานจึงแตกต่างกัน บางรายงานพบอุบัติการณ์ ลำไส้เล็กทะลุจาก typhoid และ tuberculosis ร้อย ละ 44 และร้อยละ 37 ตามลำดับ บางรายงาน พบอุบัติการณ์ลำไส้ทะลุจาก Crohn's disease ร้อยละ 46 เป็นต้น

โรค IBD เป็นโรคที่พบบ่อยในชาติตะวันตก โดยมีอุบัติการณ์ 10 - 15 คนต่อประชากร 100,000 คนในโรค UC และมีอุบัติการณ์ 1 - 5 คนต่อ ประชากร 100,000 คน ในโรค CD โดยมีแนวโน้ม ของอุบัติการณ์คงที่ ในขณะที่โรค IBD พบได้น้อย

กว่ามากในชาติแถบเอเชียแต่ในปัจจุบันพบว่าอุบัติการณ์ของโรคกลุ่มนี้กำลังเพิ่มสูงขึ้นเป็นลำดับ สำหรับในประเทศไทยได้มีการรวบรวมอุบัติการณ์ของโรค IBD อยู่บ้างโดยเฉพาะในศูนย์การแพทย์ใหญ่ๆ ซึ่งผลการศึกษาก็พบอุบัติการณ์คล้ายกับประเทศทางตะวันตก กล่าวคือพบโรค UC มากกว่าโรค CD สำหรับข้อจำกัดของการวินิจฉัยโรคนี้มีด้วยกันหลายประการ ประการแรกเนื่องจากว่าโรคในกลุ่มนี้พบได้น้อยและอาการแสดงของโรคนี้เริ่มแรกมีอาการคล้ายคลึงกับอาการลำไส้อักเสบทั่วไป แต่ต่างกันตรงที่โรคนี้จะเป็นแบบเรื้อรังและประสพการณ์ในการวินิจฉัยโรค IBD ของแพทย์ผู้ทำการรักษาโดยเฉพาะแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลจังหวัดเล็ก ๆ มีน้อยทำให้ไม่ได้คิดถึงโรคในกลุ่มนี้ ประการที่สองไม่มีเครื่องมือที่เป็น gold standard ที่ช่วยในการวินิจฉัย การวินิจฉัยอาศัยอาการและอาการแสดงที่เข้าได้กับโรค รวมทั้งการตรวจเลือด ตรวจภาพถ่ายรังสี การส่องกล้องลำไส้ และการส่งตรวจชิ้นเนื้อเพื่อหาพยาธิสภาพ สำหรับสาเหตุของโรคยังไม่ทราบแน่ชัด แต่ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคอาจเกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อม เช่น อาหาร การติดเชื้อบางชนิด การสูบบุหรี่ ต่อมแอลกอฮอล์ เกี่ยวกับทางพันธุกรรม หรืออาจจะเกี่ยวข้องกับภูมิคุ้มกันของลำไส้ที่ลดลง เป็นต้น

โดยปกติการรักษาผู้ป่วย CD ถ้าได้รับการวินิจฉัยมาก่อนแล้วมักเริ่มต้นด้วยการให้ยาเพื่อควบคุมอาการก่อน เริ่มแรกอาจพิจารณาให้ยาปฏิชีวนะเพื่อฆ่าเชื้อ ยาด้านการอักเสบกลุ่ม Corticosteroid ยาในกลุ่ม Aminosalicylates แต่ในบางกรณีที่อาการของโรคเป็นมากอาจมีความจำเป็นต้องให้ยาในการกดภูมิคุ้มกัน และที่สำคัญคือต้องดูแลภาวะโภชนาการของผู้ป่วยด้วยซึ่งบทบาทของศัลยกรรมในกรณีนี้จะมีน้อย

เนื่องจากพยาธิสภาพของโรค CD จะมีการ

อักเสบของผนังลำไส้ทุกชั้นทำให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาแทรกซ้อนตามมาได้ไม่ว่าจะเป็นลำไส้อุดตัน การแตกทะลุและเกิดเป็นโพรงหนองในช่องท้อง การเกิดรูต่อกันระหว่างลำไส้ หรือภาวะมีเลือดออกในลำไส้ ซึ่งศัลยกรรมจะเข้ามามีบทบาทในผู้ป่วยกลุ่มนี้ บางรายงานทางวิชาการพบว่าผู้ป่วยถึงร้อยละ 80 ที่จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดฉุกเฉินเพื่อแก้ไขภาวะเหล่านี้ และเนื่องจากว่าโรค CD เป็นโรคเรื้อรังและเกิดปัญหาได้ตั้งแต่ปากจนถึงรูทวาร ทำให้มีโอกาที่ผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดครั้งที่สองถึงร้อยละ 20 – 70 อย่างกรณีรายงานผู้ป่วยของผู้นิพนธ์ที่มาด้วยอาการติดเชื้ออย่างรุนแรงร่วมกับมีปวดท้องจนคุกคามต่อชีวิต ทำให้มีความจำเป็นที่ต้องผ่าตัดผู้ป่วยฉุกเฉินถึงแม้ว่าจะไม่ทราบมาก่อนว่าผู้ป่วยเป็น CD หรือไม่ก็ตามเพื่อที่จะรักษาชีวิตของผู้ป่วย แม้ว่าผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นหลังผ่าตัดจนสามารถกลับบ้านได้ในที่สุดรวมทั้งตรวจไม่พบอาการแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดเมื่อมาติดตามอาการ ผู้เขียนรายงานได้วางแผนส่งต่อผู้ป่วยเพื่อไปรักษาต่อในสถาบันที่พร้อมกว่าเนื่องจากโรค CD มีโอกาสกลับมาเป็นซ้ำได้จึงต้องควบคุมอาการด้วยการให้ยาต่อโดยแพทย์เฉพาะทางระบบทางเดินอาหารซึ่งผู้ป่วยให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

อย่างไรก็ดีในการติดตามอาการของผู้ป่วย CD มีข้อควรพึงระวังหลายประการ กล่าวคือประการที่หนึ่งคือ โรค CD เป็นโรคที่เรื้อรังไม่หายขาดจึงจำเป็นต้องอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงแผนการรักษาที่ต้องรักษาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอเพื่อป้องกันไม่ให้โรคมีอาการกำเริบ จำเป็นต้องทานยาควบคุมตลอดชีวิต ประการที่สองคือ ผลข้างเคียงของยาที่ใช้รักษา CD ตามรายงานทางวิชาการมีผลข้างเคียงหลายประการ เช่น มีเลือดออกทางเดินอาหาร เป็นพิษต่อตับ ไต ระบบประสาททำให้เกิดอาการชักได้ และระบบ

เม็ดเลือดทำให้เม็ดเลือดต่ำผิดปกติได้ เป็นต้น ดังนั้นการให้ยาแต่ละตัวจำเป็นต้องชั่งใจระหว่างข้อดีและข้อเสียของยา ประการที่สามคือ ต้องลดปัจจัยที่ทำให้ CD เป็นมากขึ้น นอกจากยาที่ให้ในการคุมอาการแล้วมีหลายรายงานทางวิชาการที่ระบุว่า การหยุดสูบบุหรี่ทำให้อาการของโรคดีขึ้นอย่างชัดเจน บางรายงานพบว่ายาปฏิชีวนะ Metronidazole ช่วยลดการกลับเป็นซ้ำหลังผ่าตัดนานถึง 18 เดือน หรือการตัดต่อลำไส้แบบ stapled end to end anastomosis ก็ช่วยลดความเสี่ยงในการกลับเป็นซ้ำเช่นกัน เป็นต้นและประการสุดท้ายคือ ความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่สูงถึงร้อยละ 20 ดังนั้นจึงต้องทำการสืบค้นด้วยการส่องกล้องเมื่อวินิจฉัยว่าเป็น CD โดยมีความถี่ในการส่องทุกๆ 1 – 2 ปี และควรตัดชิ้นเนื้อบริเวณลำไส้ไปตรวจพยาธิแม้ว่าลักษณะภายนอกจะไม่เหมือนมะเร็งก็ตาม

สรุป

โรค Crohn's disease เป็นกลุ่มอาการของ Inflammatory bowel disease เป็นโรคที่พบได้น้อยในแถบประเทศเอเชียรวมถึงประเทศไทยด้วย แม้ว่าสาเหตุของการเกิดโรคยังไม่ทราบแน่ชัดแต่เชื่อว่าเกิดมีการบกพร่องของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ทำให้เกิดการอักเสบแบบต่อเนื่องของลำไส้ ทำให้เกิดอาการปวดท้องเรื้อรัง ถ่ายเหลว บางครั้งมีเลือดปน มีไข้ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด การวินิจฉัยอาศัยประวัติตรวจร่างกาย การตรวจเลือด การส่องกล้องทางเดินอาหารรวมทั้งการตรวจทางพยาธิวิทยา การรักษาอาศัยการทานยาเป็นหลัก จะทำการผ่าตัดก็ต่อเมื่อทานยาแล้วไม่สามารถคุมอาการได้ เกิดภาวะแทรกซ้อนของตัวโรคเอง บทความนี้เป็นรายงานการผ่าตัดผู้ป่วยที่เป็น Crohn's disease ที่มาโรงพยาบาลด้วยอาการปวดท้องเฉียบพลันร่วมกับภาวะติดเชื้อในกระแส

เลือดรุนแรง ได้ให้การรักษาโดยการผ่าตัดฉุกเฉิน เอาพยาธิสภาพออก ภายหลังการผ่าตัดผู้ป่วยกลับบ้านและมาติดตามผลการผ่าตัดโดยไม่มีภาวะแทรกซ้อน

บรรณานุกรม

1. Ouyang Q, Tandon R, Goh KL, Pan GZ, \ Fock KM, Fiocchi C, et al. Management consensus of inflammatory bowel disease for the Asia-Pacific Region. J Gastroenterol Hepatol. 2006 ; 21:1772-82.
2. Burger D, Travis S. Conventional Medical Management of Inflammatory Bowel Disease. Gastroenterology 2011; 140:1827-37.
3. Knutson D, Greenberg G, Cronau H. Management of Crohn's disease--a practical approach. Am Fam Physician 2003;68:707-14.
4. Leighton JA, Shen B, Baron TH, Adler DG, Davila R, Egan JV, et al. ASGE guideline: endoscopy in the diagnosis and treatment of inflammatory bowel disease. Gastrointest Endosc 2006 ;63:558-65.
5. Sands BE. Medical Therapy of Crohn's disease : A Review of Recent Innovations. Johns Hopkins Advanced Studies in Medicine. 2006;6(7E):S737-49.
6. De Cruz P, Kamm MA, Prideaux L, Allen PB, Desmond PV. Postoperative Recurrent Luminal Crohn's Disease: A Systematic Review. Inflamm Bowel Dis 2012; 18:758-77.
7. Clyde A. Collins, Rachana Potru, Jesse Green. A Review of Postoperative Crohn's

- Disease. *Pract Gastroenterol* 2011;35: 20 –30.
8. Cummings JR, Keshav S, Travis SP. Medical management of Crohn's disease. *BMJ* 2008;336:1062-6.
 9. Yamamoto T. Factors affecting recurrence after surgery for Crohn's disease . *World J Gastroenterol* 2005;11:3971-9.
 10. Poggioli G, Pierangeli F, Laureti S, Ugo- lini F. Review article: indication and type of surgery in Crohn's disease. *Aliment Pharmacol Ther.* 2002 ;16 Suppl 4:59-64.
 11. Gardiner KR, Dasari BV. Operative Man- agement of Small Bowel Crohn's Disease. *Surg Clin North Am* 2007; 87:587-610.
 12. Cosnes J, Gower-Rousseau C, Seksik P, Cortot A. Epidemiology and Natural His- tory of Inflammatory Bowel Diseases. *Gastroenterology* 2011; 140:1785-94.
 13. Richards RJ. Management of abdominal and pelvic abscess in Crohn's disease. *World J Gastrointest Endosc* 2011;3:209- 12.
 14. Prideaux L, Kamm MA, De Cruz PP, Chan FK, Ng SC. Inflammatory bowel disease in Asia: A systematic Review. *J Gastro- enterol Hepatol* 2012;27:1266-80.
 15. Carter MJ, Lobo AJ, Travis SP. Guidelines for the management of inflammatory bowel disease in adults. *Gut* 2004 ;53 Suppl 5:V1-16.