

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

ประโยชน์ของการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ และตัดชิ้นเนื้อส่องตรวจทางพยาธิวิทยาในการวินิจฉัยโรคในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้ติดเชื้อเฮลิคอบัคทีเรียที่มาจากอาการถ่ายเหลวเรื้อรัง

Usefulness of Colonoscopy with Biopsy in Evaluation of Non-HIV Patients with Chronic Diarrhea

วรวิทย์ เจียรจรวงศ์ พ.บ.,

ว.ว. อายุรศาสตร์โรคระบบทางเดินอาหาร

กลุ่มงานอายุรกรรม

โรงพยาบาลนครปฐม

Voravut Jianjaroonwong M.D.,

Thai Board of Gastroenterology

Division of Medicine

Nakhonpathom Hospital

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาถึงประโยชน์ของการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ และตัดชิ้นเนื้อส่องตรวจทางพยาธิวิทยาในการวินิจฉัยโรคในผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ได้ติดเชื้อเฮลิคอบัคทีเรียที่มาจากอาการถ่ายเหลวเรื้อรัง รวมถึงประโยชน์เพิ่มเติมในการหาสาเหตุของภาวะนี้จากการส่องกล้องตรวจลำไส้เล็กส่วนปลายเพิ่มเติม

วัสดุและวิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาโดยรวบรวมข้อมูลแบบไปข้างหน้าในผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ได้ติดเชื้อโรคเฮลิคอบัคทีเรียที่มาจากอาการถ่ายเหลวมากกว่า 4 สัปดาห์ ที่โรงพยาบาลนครปฐมตั้งแต่ ตุลาคม 2553 - มกราคม 2556 ทำการศึกษาลักษณะทางคลินิก ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ และลำไส้เล็กส่วนปลาย ผลการตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา และโรคที่เป็นสาเหตุของอาการถ่ายเหลวเรื้อรัง

ผลการศึกษา: มีผู้ป่วยทั้งสิ้น 65 ราย เป็นชาย 33 ราย หญิง 32 ราย อายุเฉลี่ย 55.1 ± 14.8 ปี ระยะเวลาที่มีอาการถ่ายเหลวเรื้อรังเฉลี่ย 29.4 ± 60.3 สัปดาห์ ผลการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ที่พบบ่อยที่สุดคือ เยื่อบุลำไส้ใหญ่ปกติ 31 ราย (ร้อยละ 47.7) รองลงมาคือ focal colitis 12 ราย (ร้อยละ 18.5) และ cauliflower mass 11 ราย (ร้อยละ 16.9) การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ร่วมกับการตัดชิ้นเนื้อส่องตรวจทางพยาธิวิทยา ช่วยในการวินิจฉัยสาเหตุที่เฉพาะเจาะจงและมีผลต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ได้ติดเชื้อโรคเฮลิคอบัคทีเรียที่มาจากอาการถ่ายเหลวเรื้อรัง 26 ราย (ร้อยละ 40) การวินิจฉัยที่เฉพาะเจาะจงที่ทราบจากการตรวจนี้ได้แก่ มะเร็งลำไส้ใหญ่ 11 ราย วัณโรคลำไส้ 4 ราย ulcerative colitis 4 ราย lymphocytic colitis 4 ราย tubulovillous adenoma (ขนาด 2 ซม.) 2 ราย และ NSAIDs associated colitis 1 ราย การส่องกล้องตรวจลำไส้เล็กส่วนปลายเพิ่มเติมในผู้ป่วย 42 ราย พบว่ามีผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของเยื่อบุลำไส้เล็กที่พบได้จากการส่องกล้อง 4 ราย (ร้อยละ 9.5) ซึ่งช่วยสนับสนุนการวินิจฉัยโรควัณโรคลำไส้ 2 ราย ไม่พบผู้ป่วยที่ตรวจพบความผิดปกติที่เยื่อบุลำไส้เล็กส่วนปลายจากการส่องกล้องโดยที่ไม่มีความผิดปกติของลำไส้ใหญ่ร่วมด้วย

สรุป: การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่และตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจทางพยาธิวิทยาในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้ติดเชื้อเฮดส์ที่มาด้วยอาการถ่ายเหลวเรื้อรังช่วยในการวินิจฉัยโรคที่เฉพาะเจาะจงถึงร้อยละ 40 ในขณะที่การส่องกล้องตรวจลำไส้เล็กส่วนปลายเพิ่มเติมได้ประโยชน์ช่วยสนับสนุนการวินิจฉัยโรคในผู้ป่วยส่วนน้อย และการตัดชิ้นเนื้อเยื่อบุลำไส้เล็กส่วนปลาย ส่งตรวจ กรณีที่เยื่อบุลำไส้เล็กที่เห็นจากการส่องกล้องปกติไม่ได้ประโยชน์เพิ่มเติม

คำสำคัญ: การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่และตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจทางพยาธิวิทยา ถ่ายเหลวเรื้อรัง

ABSTRACT

Objective: To evaluate diagnostic yield of colonoscopy and biopsy with ileoscopy in non-HIV patients presented with chronic diarrhea.

Material and methods: Prospective study of non-HIV patients presented with chronic diarrhea at Nakhonpathom hospital since October 2010 - January 2013 was done by assessing clinical features, laboratory features, endoscopic findings from colonoscopy with distal ileoscopy, and histopathological results to identify etiology of chronic diarrhea.

Results: Overall patients in this study were 65 (male 33, female 32) with mean age of 55.1 ± 14.8 years. Mean duration of diarrhea was 29.4 ± 60.3 weeks. The most common endoscopic findings from colonoscopy were normal mucosa ($n = 31, 47.7\%$) followed by focal colitis ($n = 12, 18.5\%$) and cauliflower masses ($n = 11, 16.9\%$). Colonoscopy and biopsy yielded a specific diagnosis in 26 (40%) patients. These include colorectal cancer ($n = 11$), tuberculous ileocolitis ($n = 4$), ulcerative colitis ($n = 4$), lymphocytic colitis ($n = 4$), tubulovillous adenoma size 2 cm ($n = 2$) and NSAIDs associated colitis ($n = 1$). Ileoscopy was performed in 42 patients and was abnormal in 4 patients (9.5%). No patients had the sole abnormality on ileoscopy.

Conclusions: Colonoscopy and biopsy is useful in the investigation of non-HIV patients with chronic diarrhea yielding a specific diagnosis in 40% of patients without a previous diagnosis. Ileoscopy complemented colonoscopy findings in a minority of patients with chronic diarrhea and add some information for a diagnosis in only two patients. Ileal biopsy unhelpful when ileoscopy was normal.

Keywords: colonoscopy with biopsy, chronic diarrhea

บทนำ

ในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการนำมาด้วยอาการถ่ายเหลวเรื้อรัง มักจะมีปัญหาเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคทางสาเหตุ การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ และตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจทางพยาธิวิทยาในผู้ป่วยกลุ่มนี้ช่วยในการวินิจฉัยโรคลำไส้ใหญ่อักเสบเรื้อรัง เนื้อเยื่อลำไส้ใหญ่¹ การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ในผู้ป่วยที่มาด้วยอาการถ่ายเหลวเรื้อรังมีประโยชน์ชัดเจนในกลุ่มผู้ติดเชื้อเฮดส์² แต่ยังไม่ชัดเจน

ชัดเจนในผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ได้ติดเชื้อเฮดส์ว่าผู้ป่วยกลุ่มใดที่จะได้ประโยชน์สูงสุดจากการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ ข้อมูลจากการทบทวนการวิจัยต่างๆที่ผ่านมาในต่างประเทศ พบว่าการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่มีประโยชน์ช่วยในการวินิจฉัยผู้ป่วยกลุ่มนี้ร้อยละ 7-32 โดยสาเหตุที่พบบ่อยคือ inflammatory bowel disease และ microscopic colitis³ อย่างไรก็ตามก็ยังมีข้อมูลเกี่ยวกับบทบาทของการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ในการวินิจฉัยโรคในผู้ป่วยที่มาด้วยอาการถ่าย

เหลวเรื้อรังในประเทศไทยยังมีจำกัด อีกทั้งโรคที่เป็นสาเหตุที่พบบ่อยในข้อมูลจากต่างประเทศนั้น เป็นโรคที่พบน้อยหรือมีข้อมูลไม่มากในประเทศไทย

กรณีที่ผลการส่องกล้องตรวจเยื่อบุลำไส้ใหญ่ผิดปกติ มีข้อมูลว่าการตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจทางพยาธิวิทยาอาจจะได้ประโยชน์ เนื่องจากมีโรคที่เป็นสาเหตุของอาการถ่ายเหลวเรื้อรังหลายโรคที่อาจไม่พบความผิดปกติด้วยตาเปล่า จากการส่องกล้องที่มักมีรายงานจากการศึกษาในต่างประเทศ เช่น quiescent IBD, microscopic colitis, eosinophilic colitis และ amyloidosis³ มีรายงานอุบัติการณ์ของโรค microscopic colitis คือ lymphocytic colitis และ collagenous colitis ในผู้ป่วยที่มาด้วยอาการถ่ายเหลวเรื้อรัง และได้รับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ร้อยละ 5-9.5^{4,5,13} ข้อมูลดังกล่าวสนับสนุนการตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจทางพยาธิวิทยา กรณีที่ผลการส่องกล้องตรวจเยื่อบุลำไส้ใหญ่ปกติ อย่างไรก็ตามก็ดียังไม่มีข้อมูลอุบัติการณ์ของโรค microscopic colitis ในประเทศไทยที่ชัดเจน

นอกจากนี้ยังมีคำแนะนำให้ส่องกล้องตรวจลำไส้เล็กส่วนปลายเพิ่มเติมจากการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ ในผู้ป่วยที่มาด้วยอาการถ่ายเหลวเรื้อรังทุกราย⁶ การส่องกล้องตรวจลำไส้เล็กส่วนปลายเพิ่มเติมช่วยวินิจฉัยภาวะ isolated ileitis และช่วยแยกโรค Crohn's disease จาก ulcerative colitis ในภาวะ pancolitis มีการศึกษาย้อนหลังที่พบว่า การส่องกล้องตรวจลำไส้เล็กส่วนปลายเพิ่มเติมจากการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ ช่วยเพิ่มการวินิจฉัยในผู้ป่วยซึ่งไม่ได้ติดเชื้อเฮลิคอบัคทีเรียที่มาจากอาการถ่ายเหลวเรื้อรังถึงร้อยละ 18-31^{7,9} แต่ยังไม่มีการศึกษาแบบไปข้างหน้าที่ประเมินถึงประโยชน์ของแนวทางปฏิบัตินี้

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาถึงประโยชน์ของการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ และตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจทางพยาธิวิทยาในการวินิจฉัยโรคในผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ได้ติดเชื้อเฮลิคอบัคทีเรียที่มาจากอาการถ่ายเหลวเรื้อรัง รวมถึงประโยชน์เพิ่มเติมในการหาสาเหตุ

ของภาวะนี้จากการส่องกล้องตรวจลำไส้เล็กส่วนปลายเพิ่มเติม

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาแบบไปข้างหน้าในผู้ป่วยที่มารักษาที่โรงพยาบาลนครปฐมทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ที่มาด้วยอาการถ่ายเหลวเรื้อรัง ซึ่งผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้นยังไม่ทราบสาเหตุชัดเจน ตั้งแต่ตุลาคม 2553 - มกราคม 2556

เกณฑ์การคัดเลือกประชากร (inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่มีภาวะถ่ายเหลวเรื้อรังคือ มีถ่ายเหลวมากกว่า 3 ครั้ง ต่อวันเป็นเวลาอย่างน้อย 4 สัปดาห์
2. อายุมากกว่า 18 ปี
3. ผู้ป่วยยินยอมเข้ารับการศึกษ

เกณฑ์การคัดออกประชากร (exclusion criteria)

1. ผลตรวจเลือดพบมีภาวะต่อมธัยรอยด์ทำงานมากผิดปกติ
2. ผลตรวจอุจจาระพบสาเหตุที่อธิบายภาวะถ่ายเหลวเรื้อรังได้ เช่น ตรวจพบปรสิต
3. ผู้ป่วยที่มีประวัติทราบว่าได้ติดเชื้อเอชไอวีหรือตรวจเลือดพบ Anti HIV เป็นบวก
4. เคยมีประวัติผ่าตัดลำไส้ หรือได้รับการฉายแสงบริเวณช่องท้องมาก่อน
5. มีภาวะถ่ายเหลวเรื้อรังที่อธิบายได้จากโรคทางเดินอาหารที่เป็นอยู่ก่อน เช่น inflammatory bowel disease, chronic pancreatitis เป็นต้น
6. ไม่สามารถส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ครบทุกส่วนทั้งที่ยังไม่พบรอยโรคที่อธิบายสาเหตุของอาการถ่ายเหลวเรื้อรังได้ เช่น ลำไส้ใหญ่มีการบีบเกร็งมากไม่สามารถส่องกล้องผ่านได้ หรือภาวะ redundant colon ที่ทำให้ส่องกล้องไม่สำเร็จ

ผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินทางคลินิก และเจาะเลือดตรวจ CBC, ESR, BUN, Cr, albumin, thyroid function test, anti-HIV, CEA, stool exam, stool occult blood, stool con-

concentrate for parasite and ova จำนวน 3 ครั้ง ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การคัดเลือกจะได้รับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ และตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจทางพยาธิวิทยาทุกราย ในรายที่ยังไม่พบสาเหตุที่อธิบายได้ ผู้ป่วยจะได้รับการส่องกล้องตรวจลำไส้เล็กส่วนปลายเพิ่มเติม และตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจทางพยาธิวิทยา การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ และลำไส้เล็กส่วนปลายใช้กล้อง Olympus video optic endoscopes การตัดชิ้นเนื้อจากเยื่อลำไส้ใหญ่ส่งตรวจทางพยาธิวิทยาจะตัดชิ้นเนื้อจากบริเวณที่เห็นด้วยตาเปล่าจากการส่องกล้องว่าผิดปกติ กรณีที่ตรวจไม่พบความผิดปกติของเยื่อลำไส้ด้วยตาเปล่าจากการส่องกล้อง หรือตรวจพบเพียงรอยโรคที่ไม่สามารถอธิบายอาการถ่ายเหลวเรื้อรังได้ เช่น diverticulosis หรือติ่งเนื้อที่มีขนาดน้อยกว่า 1 เซนติเมตร ผู้ป่วยจะได้รับการส่องกล้องตัดชิ้นเนื้อจากลำไส้ใหญ่ด้านขวา (cecum, ascending colon และ transverse colon) อย่างน้อย 5 ชิ้น ลำไส้ใหญ่ด้านซ้าย (descending และ rectosigmoid colon) อย่างน้อย 5 ชิ้น และลำไส้เล็กส่วนปลาย (terminal ileum) อย่างน้อย 3 ชิ้น ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1

ชิ้นเนื้อที่ตัดมาทุกชิ้นจะแช่ใน 10% formalin และส่งตรวจทางพยาธิวิทยาย้อมสีด้วยวิธีมาตรฐานด้วย hematoxylin และ eosin การย้อมพิเศษเพิ่มเติมอื่นๆ เช่น acid fast staining, immunohistochemistry ขึ้นกับดุลยพินิจของพยาธิแพทย์ว่าจะใช้วิธีใดในการตรวจ เพื่อความเหมาะสมกับข้อมูลทางคลินิก และผลการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ ผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการนัดตรวจติดตาม เพื่อให้ทราบการวินิจฉัยขั้นสุดท้ายโดยประเมินจากผลการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ ผลการตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิ และผลการตอบสนองต่อการรักษา โดยจะถือว่าการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ และตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจทางพยาธิได้ประโยชน์ เมื่อตรวจพบความผิดปกติของเยื่อลำไส้ด้วยตาเปล่า จาก การส่องกล้อง หรือผลตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิ นำไปสู่การวินิจฉัย และดูแลรักษาที่เฉพาะเจาะจงเพิ่มเติม การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่พบ diverticulum หรือ hyperplastic polyps และ adenomatous polyp ที่มีขนาดน้อยกว่า 1

เซนติเมตร จะไม่ถือว่าเป็นรอยโรคผิดปกติในการศึกษานี้ เพราะไม่เคยมีรายงานว่าเป็นสาเหตุของภาวะถ่ายเหลวเรื้อรัง

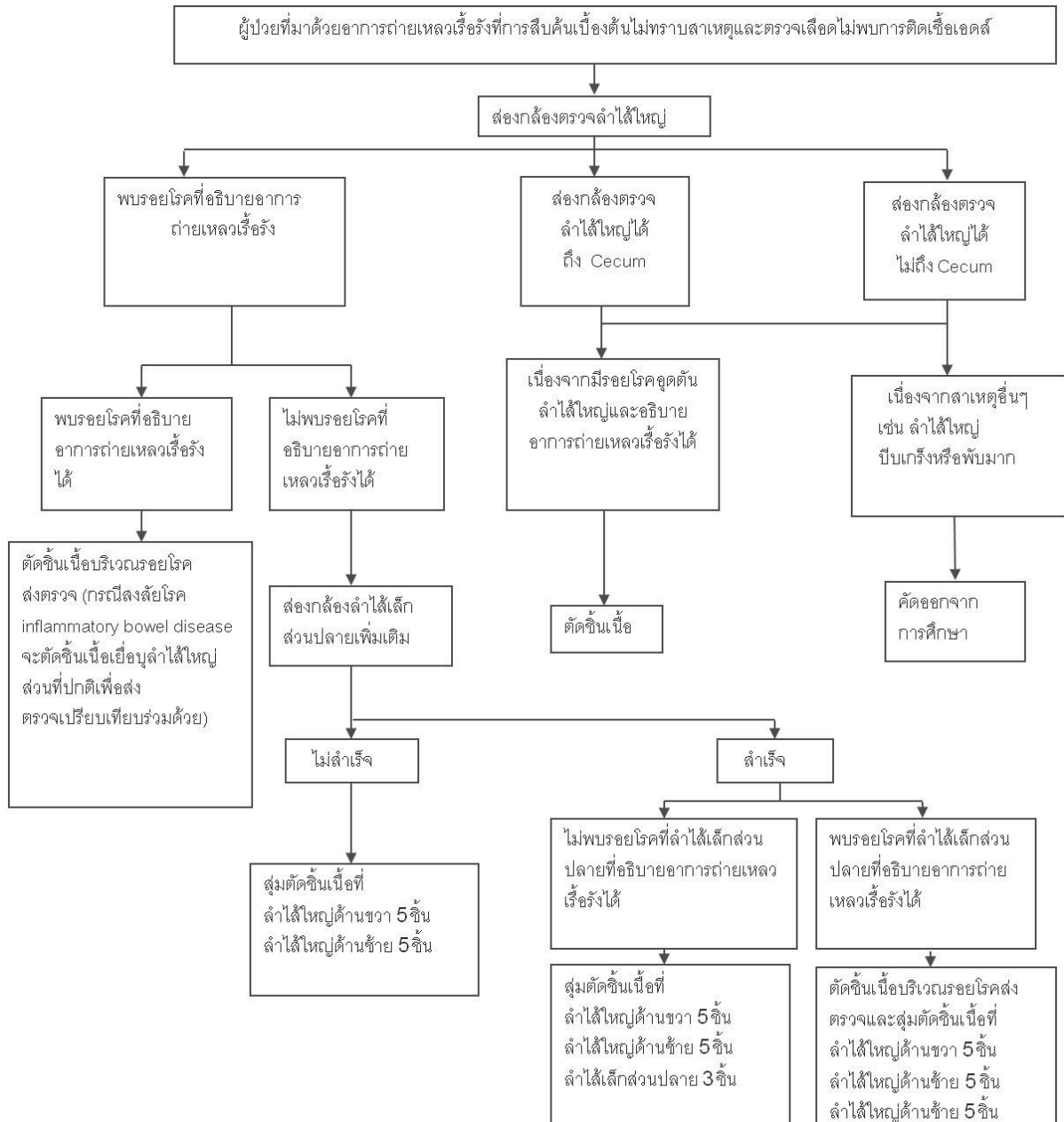
การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป การเปรียบเทียบปัจจัยต่างๆ เช่นลักษณะทางคลินิก ค่าเฉลี่ยของผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ผลการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ร่วมกับผลตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิได้ประโยชน์ช่วยในการวินิจฉัยโรคเฉพาะ และกลุ่มผู้ป่วยที่ผลการตรวจดังกล่าวไม่ได้ประโยชน์ช่วยในการวินิจฉัยโรคเฉพาะโดยใช้การเปรียบเทียบแบบ chi-square test และ 2-sample independent t-test และ Mann-Whitney u test โดยกำหนดให้ $p < 0.05$ จึงถือว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษา

ระหว่างช่วงตุลาคม 2553 - มกราคม 2556 มีผู้ป่วยทั้งหมด 76 ราย ที่มาตรวจหรือปรึกษาด้วยอาการถ่ายเหลวเรื้อรังที่โรงพยาบาลนครปฐม มีผู้ป่วยถูกคัดออก 11 ราย ด้วยเหตุผลดังนี้ มีประวัติโรคเอดส์ หรือตรวจพบ anti-HIV เป็นบวก 8 ราย ตรวจพบภาวะต่อมธัยรอยด์ทำงานมากผิดปกติ 1 ราย ไม่สามารถส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ครบทุกส่วนทั้งที่ยังไม่พบรอยโรคที่อธิบายสาเหตุของอาการถ่ายเหลวเรื้อรังได้ 2 ราย มีผู้ป่วยเข้าเกณฑ์การศึกษาทั้งหมด 65 ราย อายุเฉลี่ย 55.1 ± 14.8 ปี เป็นผู้ชาย 33 ราย (ร้อยละ 50.8) ผู้หญิง 32 ราย (ร้อยละ 49.2) ระยะเวลาที่มีอาการถ่ายเหลวเรื้อรังเฉลี่ย 29.4 ± 60.3 สัปดาห์ มีผู้ป่วยที่มีอาการถ่ายเหลวเรื้อรังมากกว่า หรือเท่ากับ 3 เดือน 22 ราย (ร้อยละ 33.9) มีผู้ป่วยที่ถ่ายเหลวเรื้อรังมากกว่าหรือเท่ากับ 8 ครั้งต่อวัน 14 ราย (ร้อยละ 21.5) ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษาส่วนใหญ่ ถ่ายอุจจาระเป็นน้ำ และไม่มีมูกปนเลือด 32 ราย (ร้อยละ 41.2) อาการ และอาการแสดงอื่นๆ ที่พบบ่อยคือ ปวด

แผนภูมิที่ 1 แสดงขั้นตอนการวินิจฉัยหาสาเหตุของอาการถ่ายเหลวเรื้อรังในผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษานี้ด้วยการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ และลำไส้เล็กส่วนปลาย



ตารางที่ 1 ลักษณะทางคลินิก (n = 65)

ลักษณะทางคลินิก	ค่าเฉลี่ย \pm S.D. หรือจำนวน (ร้อยละ)
อายุ (ปี)	55.1 \pm 14.8
เพศ: ชาย (%)	33 (50.8%)
ระยะเวลาที่ถ่ายเหลว (สัปดาห์)	29.4 \pm 60.3
ถ่าย < 3 เดือน	43 (66.1%)
ถ่าย \geq 3 เดือน	22 (33.9%)
จำนวนครั้งที่ถ่ายอุจจาระต่อวัน	
ถ่าย 4-5 ครั้งต่อวัน	34 (52.3%)
ถ่าย 6-8 ครั้งต่อวัน	17 (26.2%)
ถ่าย \geq 8 ครั้งต่อวัน	14 (21.5%)
ลักษณะอุจจาระ	
ไม่มีมูกปนเลือด	32 (41.2%)
มีมูกปน	16 (24.6%)
มีเลือดปน	1 (1.5%)
มีมูกปนเลือด	16 (24.6%)
อาการและอาการแสดงที่พบร่วม	
ไข้	8 (12.3%)
ปวดเบ่ง	6 (9.2%)
น้ำหนักลด \geq 3 กิโลกรัมต่อเดือน	14 (21.5%)
ปวดท้อง	34 (52.3%)
ปวดตรงลิ้นปี่	8 (23.5%)
ปวดท้องรอบสะดือ	8 (23.5%)
ปวด RLO	2 (5.9%)
ปวด LLO	7 (20.6%)
ปวดท้องน้อยตรงกลาง	4 (11.8%)
อาเจียน	12 (18.5%)
ซีด	20 (30.8%)
ปวดข้อ	1 (1.5%)
ประวัติมีแรงลำไส้ใหญ่ในครอบครัว	5 (7.7%)

ตารางที่ 2 ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ (n = 65)

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ	ค่าเฉลี่ย ± S.D. หรือจำนวน (%)
Hct (%)	35.2 ± 7.0
Wbc count (/ml)	7,278.2 ± 2,956.4
Eosinophil count (/ml)	121.4 ± 153.8
Platelet count (*10 ³ /ml)	289.1 ± 117.9
BUN (mg/dl)	14.0 ± 8.4
Creatinine (mg/dl)	1.2 ± 1.3
ESR (mm/hr)	39.4 ± 25.4
Albumin (gm/dl)	3.7 ± 0.9
CEA	8.6 ± 26.2
Stool exam	
stool rbc ≥ 3/HPF	11 (16.9%)
stool wbc ≥ 3 /HPF	11 (16.9%)
stool occult blood : positive	23 (35.4%)

ท้อง 34 ราย (ร้อยละ 52.3) โดยมากปวดท้องที่บริเวณ
ลิ้นปี่ หรือรอบสะดือ 8 ราย (ร้อยละ 23.5) รองลงมาคือ
น้ำหนักลด 14 ราย (ร้อยละ 21.5) มีผู้ป่วย 5 ราย (ร้อยละ
7.7) ที่มีประวัติมะเร็งลำไส้ใหญ่ในครอบครัว ดังแสดงใน
ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยของผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ดัง
แสดงในตารางที่ 2

ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษานี้ส่วนใหญ่ได้รับการส่อง
กล้องตรวจลำไส้ใหญ่ครบถ้วนจนถึงส่วน cecum คือ 54
ราย (ร้อยละ 83.1) สาเหตุที่ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถส่อง
กล้องได้ถึงส่วน cecum เนื่องจากมีรอยโรคที่อุดตันลำไส้-
ใหญ่ 9 ราย (ร้อยละ 13.8) และลำไส้ใหญ่พับ หรือบิดเกร็ง
มาก 2 ราย (ร้อยละ 3.1) แต่ผู้ป่วยทั้ง 2 รายนี้ได้รับ
การวินิจฉัยที่จำเพาะเจาะจงแล้ว จากผลส่องกล้องตรวจ
ลำไส้ใหญ่จึงไม่ถูกคัดออกจากการศึกษา คือ เป็นมะเร็ง
ลำไส้ใหญ่ที่ยังไม่อุดตันลำไส้ 1 ราย และลำไส้ใหญ่ด้าน

ซ้ายอักเสบจากการติดเชื้อ 1 ราย ดังนั้นเมื่อพิจารณาถึง
ความครบถ้วนสมบูรณ์ของการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่
หลังจากคัดผู้ป่วยที่มีรอยโรคอุดตันลำไส้ใหญ่ออก จะพบ
ว่าสูงถึงร้อยละ 96.4 ผลการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่พบ
ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีลักษณะเยื่อぶลำไส้ใหญ่ที่ปกติคือ
31 ราย (ร้อยละ 47.7) รองลงมาคือ focal colitis 12 ราย
(ร้อยละ 18.5) และ cauliflower mass 11 ราย (ร้อยละ 16.9)
ดังแสดงในตารางที่ 3 สำหรับผลตรวจทางพยาธิวิทยาของ
ชิ้นเนื้อเยื่อぶลำไส้ แยกตามกลุ่มผู้ป่วยที่พบ และไม่พบ
ความผิดปกติของเยื่อぶลำไส้ใหญ่จากการส่องกล้อง
พบว่าในกลุ่มผู้ป่วยที่พบความผิดปกติของเยื่อぶลำไส้ใหญ่
จากการส่องกล้อง ผลตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยาส่วน
ใหญ่เป็น adenocarcinoma 9 ราย (ร้อยละ 26.5) รองลงมา
คือ chronic active colitis 6 ราย (ร้อยละ 17.6) และ non-
specific colitis 5 ราย (ร้อยละ 14.7) ตามลำดับ กลุ่ม

ตารางที่ 3 ลักษณะของเยื่อบุลำไส้ที่พบจากการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ (n = 65)

Endoscopic finding	จำนวนผู้ป่วย (%)
Normal colonic mucosa	31 (47.7%)
Focal colitis	12 (18.5%)
Diffuse colitis	2 (3.1%)
Colonic ulcer	2 (3.1%)
Pseudopolypoid lesion	1 (1.5%)
Colonic polyp > 1 cm.	2 (3.1%)
Cauliflower mass	11 (16.9%)
Diffuse colitis and pseudopolypoid lesion	1 (1.5%)
Diffuse colitis and colonic ulcer	1 (1.5%)
Focal colitis and colonic polyp > 1 cm.	1 (1.5%)
Colonic ulcer and focal colitis	1 (1.5%)

ตารางที่ 4 ผลตรวจทางพยาธิวิทยาของเยื่อบุลำไส้ใหญ่ (n = 65)

ผลตรวจทางพยาธิวิทยาของเยื่อบุลำไส้ใหญ่	จำนวนผู้ป่วย (%)
กลุ่มผู้ป่วยที่ผลส่องกล้องพบความผิดปกติ (n = 34)	
Normal mucosa	4 (11.8%)
Nonspecific colitis	5 (14.7%)
focal active colitis, polymorphonuclear cell infiltration	4 (11.8%)
Chronic active colitis (ulcerative colitis)	6 (17.6%)
noncaseous ganuloma	1 (2.9%)
Tubulovillous adenoma size 2 cm.	2 (5.9%)
Adenocarcinoma	9 (26.5%)
Other	3 (8.8%)
กลุ่มผู้ป่วยที่ผลส่องกล้องไม่พบความผิดปกติ (n = 31)	
Normal mucosa	13 (41.9%)
Nonspecific colitis	12 (38.7%)
Lymphocytic colitis	4 (12.9%)
Focal active colitis, polymorphonuclear cell infiltration	2 (6.5%)

ผู้ป่วยที่ไม่พบความผิดปกติจากการส่องกล้องมีผู้ป่วยที่ผลตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยาปกติ 13 ราย (ร้อยละ 41.9) รองลงมาคือ nonspecific colitis 12 ราย (ร้อยละ 38.7) มีผู้ป่วย 4 ราย (ร้อยละ 12.9) ที่ผลตรวจทางพยาธิวิทยายืนยันว่าเป็น lymphocytic colitis ดังแสดงในตารางที่ 4

ผู้ป่วยในการศึกษานี้ที่สามารถส่องกล้องได้ถึงลำไส้ใหญ่ส่วน cecum และยังไม่พบความผิดปกติของเยื่อลำไส้ใหญ่ที่สามารถอธิบายภาวะถ่ายเหลวเรื้อรังชัดเจนทั้งหมด 48 ราย มีผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องตรวจลำไส้เล็กส่วนปลายเพิ่มเติมรวมถึงตัดชิ้นเนื้อจากเยื่อลำไส้เล็กสำเร็จ 42 ราย (ร้อยละ 87.5) พบผู้ป่วยที่ตรวจพบ และไม่พบความผิดปกติจากการส่องกล้องตรวจลำไส้เล็กส่วนปลาย 4 ราย (ร้อยละ 9.5) และ 38 ราย (ร้อยละ 90.5) ในกลุ่มที่พบความผิดปกติจากการส่องกล้องพบแผลที่ลำไส้เล็กส่วนปลาย 1 ราย และเยื่อลำไส้เล็กอักเสบ 3 ราย ซึ่งผลตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยารายงานว่า เป็น ileal ulcer 2 ราย chronic active ileitis 1 ราย และ nonspecific ileitis 1 ราย ผลตรวจดังกล่าวช่วยสนับสนุนการวินิจฉัยโรควัณโรค

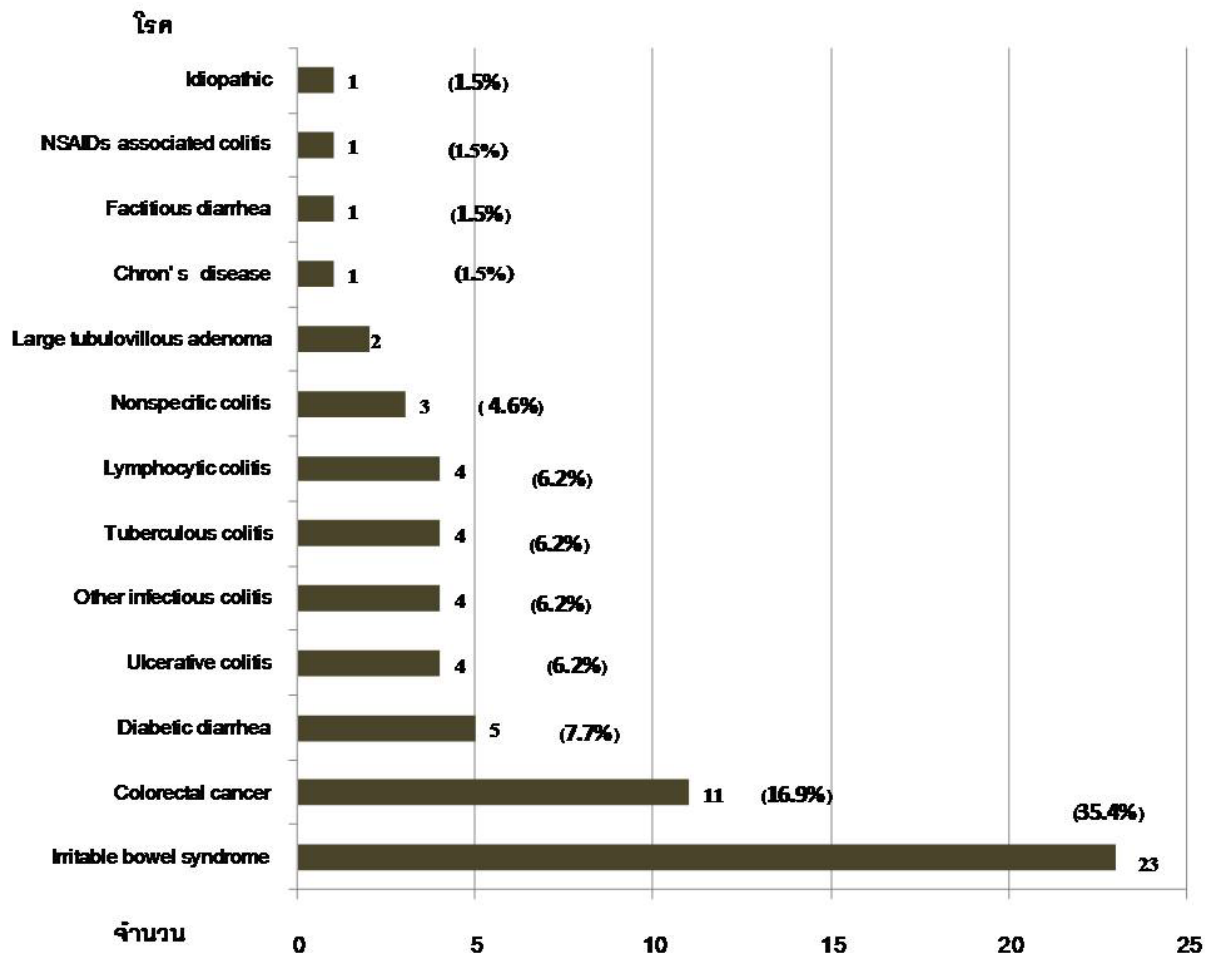
ลำไส้ 2 ราย และไม่พบผู้ป่วยที่ตรวจพบความผิดปกติที่เยื่อลำไส้เล็กส่วนปลายจากการส่องกล้องโดยที่ไม่พบความผิดปกติของเยื่อลำไส้ใหญ่ร่วมด้วย ดังแสดงในตารางที่ 5

การวินิจฉัยขั้นสุดท้ายของผู้ป่วยในการศึกษานี้อาศัยข้อมูลจากลักษณะทางคลินิก ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ร่วมกับลำไส้เล็กส่วนปลายเพิ่มเติม ผลตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา และการติดตามผู้ป่วยรวมถึงผลตอบสนองต่อการรักษาพบว่าสาเหตุของอาการถ่ายเหลวเรื้อรังที่พบบ่อยที่สุดคือ ลำไส้แปรปรวน (IBS หรือ Irritable bowel syndrome) 23 ราย รองลงมาคือ มะเร็งลำไส้ใหญ่ 11 ราย diabetic diarrhea 5 ราย สาเหตุอื่นๆ ได้แก่ วัณโรคลำไส้ใหญ่ ulcerative colitis และ lymphocytic colitis อย่างละ 4 ราย ดังแสดงในแผนภูมิที่ 2 เมื่อวิเคราะห์ผลตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยากับการวินิจฉัยขั้นสุดท้ายพบว่าผลตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยาสามารถระบุโรคเฉพาะได้ 24 ราย (ร้อยละ 36.9) ระบุโรคแบบไม่เฉพาะเจาะจง 26 ราย

ตารางที่ 5 ผลการส่องกล้องตรวจลำไส้เล็กส่วนปลายเพิ่มเติมและผลชิ้นเนื้อกรณีที่มีการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ยังไม่พบสาเหตุที่อธิบายได้ (n = 42)

ผลตรวจชิ้นเนื้อลำไส้เล็กส่วนปลาย	จำนวนผู้ป่วย (%)
กลุ่มผู้ป่วยที่ผลส่องกล้องตรวจลำไส้เล็กส่วนปลายพบความผิดปกติ (n = 4)	
Chronic active ileitis	1 (25%)
Nonspecific ileitis	2 (50%)
ileal ulcer	1 (25%)
กลุ่มผู้ป่วยที่ผลส่องกล้องตรวจลำไส้เล็กส่วนปลายไม่พบความผิดปกติ (n = 38)	
Normal	27 (71.1%)
Nonspecific ileitis	6 (15.8%)
ileal ulcer	2 (5.3%)
Chronic active ileitis	3 (7.9%)

แผนภูมิที่ 2 การวินิจฉัยขั้นสุดท้าย



(ร้อยละ 40) และผลตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยาปกติ 15 ราย (ร้อยละ 23.1) ดังแสดงในตารางที่ 6

การศึกษานี้พบว่าการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ ร่วมกับการตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจทางพยาธิวิทยาช่วยในการ วินิจฉัยสาเหตุที่เฉพาะเจาะจง และมีผลต่อการดูแลรักษา ผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ได้ติดเชื้อเฮลิคอบัคทีเรียที่มาด้วยอาการถ่ายเหลว เรื้อรัง 26 ราย (ร้อยละ 40) โดยแบ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มี ลักษณะเยื่อบุลำไส้ผิดปกติที่พบได้จากการส่องกล้อง ตรวจลำไส้ใหญ่ และผลตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา 22

ราย และกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะเยื่อบุลำไส้ที่พบจาก การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ปกติแต่ผลตรวจชิ้นเนื้อทาง พยาธิ พบความผิดปกติ 4 ราย การวินิจฉัยที่เฉพาะ เจาะจงที่ทราบจากการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ร่วมกับ การตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจทางพยาธิวิทยาในการศึกษานี้ ได้แก่ มะเร็งลำไส้ใหญ่ 11 ราย วัณโรคลำไส้ใหญ่ 4 ราย ulcerative colitis 4 ราย lymphocytic colitis 4 ราย tubulovillous adenoma ขนาด 2 ซม. 2 ราย และ NSAIDs associated colitis 1 ราย ดังแสดงในตารางที่ 7 และเมื่อวิเคราะห์หา

ตารางที่ 6 ผลตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยาและการวินิจฉัยขั้นสุดท้าย

การวินิจฉัย	จำนวนผู้ป่วย (%)
กลุ่มผู้ป่วยที่ผลตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิสามารถระบุโรคเฉพาะได้ (n = 24)	
Lymphocytis colitis	4 (16.7%)
Tuberculous colitis	2 (8.3%)
Ulcerative colitis	4 (16.7%)
Colorectal cancer	11 (45.8%)
Large tubulovillous adenoma (2 cm.)	2 (8.3%)
NSAIDs associated colitis	1 (4.2%)
กลุ่มผู้ป่วยที่ผลตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิผิดปกติแบบไม่เฉพาะเจาะจง (n = 26)	
Irritable bowel syndrome	12 (46.2%)
Nonspecific colitis	3 (11.5%)
Diabetic diarrhea	3 (11.5%)
Tuberculous colitis	2 (7.7%)
Crohn's disease	1 (3.8%)
Other infectious colitis	4 (15.4%)
Chronic ileitis	1 (3.8%)
กลุ่มผู้ป่วยที่ผลตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิปกติ (Normal histology) (n = 15)	
Irritable bowel syndrome	11 (73.3%)
Diabetic diarrhea	2 (13.3%)
Factitious diarrhea	1 (16.7%)

ปัจจัยทั้งลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วย และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้นที่บ่งชี้ว่าการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ และตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจทางพยาธิจะช่วยในการวินิจฉัยโรคที่เฉพาะเจาะจง พบว่าการถ่ายภาพจุลจากระลักษณะมีมูกปนเลือด อาการแสดงของภาวะขาดสารอาหาร Hematocrit น้อยกว่าร้อยละ 30 white blood cell count มากกว่า 10,000/มิลลิลิตร albumin น้อยกว่า 3.2 กรัม/

เดซิลิตร ผลตรวจจุลจากระที่พบเม็ดเลือดแดง หรือเม็ดเลือดขาวมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ตัวต่อ high power field และผลตรวจ stool occult blood ที่เป็นบวก พบได้บ่อยกว่าในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคที่เฉพาะเจาะจง ดังแสดงในตารางที่ 8 การศึกษานี้ไม่พบความแตกต่างกันของ eosinophil count, platelet count, BUN, Cr, ESR, CEA ในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม

ตารางที่ 7 ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยที่จำเพาะเจาะจงและมีผลต่อการรักษาจากการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่และลำไส้เล็กส่วนปลายเพิ่มเติมรวมทั้งผลตรวจทางพยาธิ

การวินิจฉัยที่จำเพาะเจาะจง	จำนวนผู้ป่วย (ราย)
ผลส่องกล้องและผลพยาธิชนิดปกติ (n = 22)	
Colorectal cancer	11
Tubulovillous ileocolitis	4
Ulcerative colitis	4
Large tubulovillous adenoma (2 cm.)	2
NSAIDs associated colitis	1
ผลส่องกล้องปกติแต่ผลตรวจทางพยาธิชนิดปกติ (n = 4)	
Lymphocytic colitis	4

ตารางที่ 8 ปัจจัยที่ช่วยบ่งชี้ว่าการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่และตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจทางพยาธิวิทยาจะได้ประโยชน์ช่วยการวินิจฉัยโรคเฉพาะ

ลักษณะทางคลินิก และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ	ทั้งหมด (n = 65)	การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่		P- value
		ช่วยการวินิจฉัยโรคเฉพาะ (n = 26)	ไม่ช่วยการวินิจฉัยโรคเฉพาะ (n = 39)	
ถ่ายมีมูกปนเลือด	16 (24.6%)	12 (46.2%)	4 (10.3%)	0.001
Malnutrition	7 (10.8%)	7 (26.9%)	0 (0%)	0.001
Hct < 30%	15 (23.1%)	11 (42.3%)	4 (10.3%)	0.004
Wbc count > 10,000 /ml	7 (10.8%)	7 (26.9%)	0 (0%)	0.001
Albumin < 3.2 gm/dl	12 (18.5%)	10 (38.5%)	2 (5.1 %)	0.011
Stool rbc ≥ 3 / HPF	11 (16.9%)	9 (34.6%)	2 (5.1%)	0.002
Stool wbc ≥ 3 / HPF	11 (16.9%)	9 (34.6%)	2 (5.1%)	0.002
Stool occult blood : positive	23 (35.4%)	16 (61.5%)	7 (17.9%)	0.000

วิจารณ์

การศึกษานี้เป็นการศึกษาที่เก็บรวบรวมข้อมูลแบบไปข้างหน้าในผู้ป่วยที่มาด้วยอาการถ่ายเหลวเรื้อรังตั้งแต่ 4 สัปดาห์ขึ้นไป โดยศึกษาเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้ติดเชื้อโรคเอดส์ซึ่งต่างจากการศึกษาอื่นๆ ที่ผ่านมา ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาโดยเก็บข้อมูลแบบย้อนหลัง ไม่ได้กำหนดระยะเวลาที่มีอาการถ่ายเหลวเรื้อรังชัดเจน มีทั้งผู้ป่วยที่ติดเชื้อและไม่ติดเชื้อเอดส์อยู่ในการศึกษา การศึกษานี้ยังรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลหลายส่วน ทั้งลักษณะทางคลินิก ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ลักษณะเยื่อลำไส้ใหญ่และลำไส้เล็กส่วนปลายที่พบได้จากการส่องกล้อง ผลตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา และการวินิจฉัยขั้นสุดท้ายจากข้อมูลทั้งหมด รวมถึงการติดตามผู้ป่วยเพื่อดูผลตอบสนองต่อการรักษา เมื่อพิจารณาถึงความครบถ้วนสมบูรณ์ของการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ และลำไส้เล็กส่วนปลาย จะพบว่าสูงถึงร้อยละ 96.4 และ 87.5 ตามลำดับ ซึ่งจัดว่าสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานของสมาคมแพทย์ส่องกล้องทางเดินอาหารประเทศสหรัฐอเมริกา (ASGE) ที่กำหนดว่าการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ควรส่องกล้องได้ถึงลำไส้ใหญ่ส่วน cecum อย่างน้อยร้อยละ 90 ของการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทั้งหมด^{13,18} ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษานี้มีอายุเฉลี่ย 55.1 ปี เป็นเพศชาย และหญิงใกล้เคียงกัน ส่วนใหญ่มีอาการถ่ายเหลวเรื้อรังน้อยกว่า 3 เดือน (ร้อยละ 66.1) การวินิจฉัยขั้นสุดท้ายที่พบบ่อยที่สุดจากการศึกษานี้คือ โรคลำไส้แปรปรวน รองลงมาคือมะเร็งลำไส้ใหญ่ สาเหตุอื่นๆ ได้แก่ diabetic diarrhea วัณโรคลำไส้ ulcerative colitis ซึ่งต่างจากการศึกษาของต่างประเทศที่ถึงแม้จะพบโรคลำไส้แปรปรวนมากที่สุด แต่พบว่ามะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นสาเหตุของอาการถ่ายเหลวเรื้อรังที่พบบ่อย แต่พบโรค microscopic colitis และ inflammatory bowel disease มากกว่า^{9,11,12} แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างของสาเหตุของอาการถ่ายเหลวเรื้อรังในคนไทย และคนแถบซีกโลกตะวันตก เหตุผลที่การศึกษาในต่างประเทศพบว่ามะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นสาเหตุของอาการถ่ายเหลวเรื้อรังที่พบบ่อย น่าจะมาจากแนวทางปฏิบัติ

ซึ่งแพร่หลายในต่างประเทศที่มีการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ เพื่อคัดกรองหามะเร็งลำไส้ใหญ่ในคนปกติที่มีอายุมากกว่า 50 ปี¹⁹ ทำให้พบติ่งเนื้อ หรือมะเร็งลำไส้ใหญ่ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นก่อนที่จะมีอาการ ผู้ป่วยในการศึกษานี้ส่วนใหญ่ได้รับการดูแลรักษา รวมถึงติดตามอาการที่คลินิกทางเดินอาหารโรงพยาบาลนครปฐม และพบว่าอาการถ่ายเหลวเรื้อรังดีขึ้นหรือหายไป มีผู้ป่วย 11 ราย ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้รับการส่งต่อไปรักษาที่แผนกศัลยกรรมโรงพยาบาลนครปฐม มีผู้ป่วย 1 ราย ที่นำผลการส่องกล้อง และผลชิ้นเนื้อทางพยาธิไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน ผู้ป่วยที่เหลืออีก 1 ราย ได้รับการส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลศิริราชและได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค Crohn's disease จากการส่องกล้อง single balloon enteroscopy นอกจากนี้ การศึกษานี้ยังพบว่าการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ร่วมกับการตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจทางพยาธิ ช่วยในการวินิจฉัยสาเหตุที่เฉพาะเจาะจง และมีผลต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ได้ติดเชื้อเอดส์ที่มาด้วยอาการถ่ายเหลวเรื้อรัง 26 ราย (ร้อยละ 40) ซึ่งมากกว่าผลที่ได้จากการศึกษาเดิมของ Shah และคณะ ที่ทำการศึกษาแบบย้อนหลังแล้วพบว่า การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ และตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจทางพยาธิช่วยในการวินิจฉัยโรคที่เฉพาะเจาะจงเพียงร้อยละ 31⁹ ในกลุ่มผู้ป่วย 26 ราย ที่ได้รับการวินิจฉัยที่เฉพาะเจาะจงนี้มีผู้ป่วย 4 ราย ที่มีผลการส่องกล้องตรวจเยื่อลำไส้ปกติ แต่ผลตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยาระบุว่าเป็น lymphocytic colitis 4 ราย โรคนี้เป็นโรคหนึ่งในกลุ่มโรค microscopic colitis ซึ่งเป็นสาเหตุของอาการถ่ายเหลวเรื้อรังที่ผลการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ปกติแต่มีลักษณะทางพยาธิวิทยาที่พบการอักเสบเรื้อรังมีการเพิ่มขึ้นของ lymphocyte ในชั้นเยื่อผิวลำไส้มากกว่า 20 เซลล์/100 surface epithelial cells โดยที่ crypt มีลักษณะปกติ¹⁰ อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ไม่พบผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น collagenous colitis ซึ่งเป็นโรคในกลุ่ม microscopic colitis อีกโรคหนึ่ง ดังนั้นการศึกษานี้ยืนยันถึงประโยชน์ของการตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจทางพยาธิวิทยา แม้ว่าลักษณะ

เยื่อลำไส้ที่พบจากการส่องกล้องจะดูปกติ และแสดงให้เห็นว่าโรคกลุ่มนี้พบได้ในผู้ป่วยคนไทย ควรที่จะมีการศึกษาหาความชุกของโรค microscopic colitis ในคนไทยต่อไป เนื่องจากเป็นโรคที่มีแนวทางการรักษาที่ได้ผลพอสมควร ได้แก่ การใช้ยาต้านการอักเสบกลุ่มสเตียรอยด์ เช่น prednisolone, budesonide หรือการใช้ยากกลุ่ม 5-aminosalicylate compound เช่น mesalazine¹⁶ หรือการใช้ยากกลุ่ม antidiarrheal drug เช่น loperamide ผู้ป่วยในการศึกษานี้มีผู้ป่วย 2 ราย ตอบสนองดีต่อยา prednisolone ผู้ป่วย 1 ราย ตอบสนองดีต่อ antidiarrheal drug คือ loperamide ผู้ป่วยอีก 1 ราย ติดตามการรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน รายงานส่วนใหญ่ของผู้ป่วยโรค microscopic colitis มักเป็นรายงานจากประเทศทางตะวันตก มีรายงานจากประเทศแถบเอเชียบ้าง เช่น รายงานจากประเทศเกาหลีที่พบผู้ป่วย lymphocytic colitis 1 ราย และ collagenous colitis 2 ราย ในผู้ป่วยที่มาด้วยอาการถ่ายเหลวเรื้อรัง และลักษณะเยื่อลำไส้ที่เห็นจากการส่องกล้องพบว่ามีปกติ¹⁷

เมื่อพิจารณาประโยชน์ของการส่องกล้องตรวจลำไส้เล็กส่วนปลายเพิ่มเติม ในกรณีที่ส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่แล้วยังไม่พบความผิดปกติที่อธิบายอาการถ่ายเหลวเรื้อรังได้ ในการศึกษานี้มีผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของเยื่อลำไส้ที่พบได้จากการส่องกล้อง 4 ราย ใน 42 ราย ซึ่งแม้ผลตรวจดังกล่าวจะไม่ช่วยในการวินิจฉัยที่เฉพาะเจาะจงแต่ช่วยสนับสนุนการวินิจฉัยโรควิวโรคลำไส้ 2 ราย และไม่มีพบว่าผู้ป่วยที่ตรวจพบความผิดปกติที่เยื่อลำไส้เล็กส่วนปลาย โดยที่ไม่มีความผิดปกติของเยื่อลำไส้ใหญ่ร่วมด้วย จากผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้ติดเชื้อเอ็ดส์ที่มีอาการถ่ายเหลวเรื้อรัง การส่องกล้องตรวจลำไส้เล็กเพิ่มเติมในกรณีที่ส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่แล้ว ยังไม่พบความผิดปกติมีประโยชน์น้อยในการช่วยวินิจฉัยโรคที่เฉพาะเจาะจงเพิ่มเติม นอกจากนี้ในกรณีที่ผลส่องกล้องตรวจลำไส้เล็กส่วนปลายไม่พบความผิดปกติ การตัดชิ้นเนื้อจากเยื่อลำไส้เล็กส่วนปลายส่งตรวจทาง

พยาธิวิทยาไม่ช่วยเพิ่มการวินิจฉัยที่เฉพาะเจาะจงเพิ่มเติม ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับผลการศึกษาแบบย้อนหลังของ Yusoff ที่พบว่า การส่องกล้องตรวจลำไส้เล็กส่วนปลายพบความผิดปกติจากการส่องกล้องร้อยละ 5 และพบผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของเยื่อลำไส้เล็กโดยที่ไม่มีความผิดปกติของเยื่อลำไส้ใหญ่ร่วมด้วยเพียงร้อยละ 3 และการตัดชิ้นเนื้อเยื่อลำไส้เล็กส่วนปลายส่งตรวจไม่มีความจำเป็นถ้าผลส่องกล้องตรวจลำไส้เล็กส่วนปลายปกติ¹¹ มีบางการศึกษาที่สนับสนุนการตัดชิ้นเนื้อเยื่อลำไส้เล็กส่งตรวจเพิ่มเติมในกรณีที่สงสัยโรค Crohn's disease หรือพบความผิดปกติจากการตรวจทางรังสีของลำไส้เล็กส่วนปลายหรือเมื่อตรวจพบความผิดปกติของเยื่อลำไส้เล็กส่วนปลายจากการส่องกล้อง¹⁴⁻¹⁵ อย่างไรก็ตามประเทศไทยมีรายงานผู้ป่วยโรค Crohn's disease น้อยกว่าต่างประเทศมาก และการศึกษาพบผู้ป่วยโรคนี้เพียง 1 ราย ที่รับการวินิจฉัยจากการส่องกล้อง single balloon enteroscopy ดังนั้นผู้วิจัยมีความเห็นว่าในผู้ป่วยคนไทยซึ่งไม่ได้ติดเชื้อเอ็ดส์ที่มาด้วยอาการถ่ายเหลวเรื้อรังนานกว่า 4 สัปดาห์ หลังจากได้รับการสืบค้นทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้นแล้วยังไม่พบสาเหตุชัดเจน ควรได้รับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ร่วมกับการตัดชิ้นเนื้อเยื่อลำไส้ส่งตรวจทางพยาธิวิทยาทุกราย แต่ไม่มีความจำเป็นต้องส่องกล้องตรวจลำไส้เล็กส่วนปลายเพิ่มเติม นอกจากมีลักษณะทางคลินิกและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้นที่สงสัยโรควิวโรคลำไส้หรือ inflammatory bowel disease และกรณีที่พบว่าเยื่อลำไส้เล็กจากการส่องกล้องตรวจลำไส้เล็กส่วนปลายปกติ ไม่มีความจำเป็นต้องตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจซึ่งจะช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายในการส่งตรวจชิ้นเนื้อด้วย

เมื่อพิจารณาหาปัจจัยที่ช่วยบ่งชี้ว่าการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ร่วมกับการตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจทางพยาธิได้ประโยชน์ช่วยในการวินิจฉัยโรคที่เฉพาะเจาะจงมากขึ้นพบว่าลักษณะของอุจจาระที่มีมูกปนเลือด หรือผลตรวจอุจจาระที่ผิดปกติเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญ สอดคล้องกับข้อมูลของ Gonvers ที่แนะนำให้ส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ใน

ผู้ป่วยที่มีอาการถ่ายเหลวเรื้อรัง ที่มีอาการสงสัยไปทางลำไส้ใหญ่มากกว่าลำไส้เล็ก เช่น ผู้ป่วยที่ถ่ายเป็นมูกปนเลือด ตรวจพบเม็ดเลือดแดง และเม็ดเลือดขาวในอุจจาระมากกว่าปกติ¹ สำหรับประวัติถ่ายอุจจาระเป็นมูกโดยที่ไม่มีเลือดปน รวมถึงอาการปวดบ่ง ไม่ช่วยในการบ่งชี้เชื่อว่าน่าจะมีสาเหตุมาจากผู้ป่วยไม่เข้าใจลักษณะอุจจาระที่เป็นมูกจริง หรืออาการปวดบ่งจึงให้ประวัติคลาดเคลื่อน ดังนั้นประวัติทั้งสองถือว่าเป็นประวัติที่เชื่อถือได้น้อยในคนไทย ปัจจัยที่พบอื่นๆ ได้แก่ อาการแสดงของลักษณะขาดสารอาหาร hematocrit น้อยกว่าร้อยละ 30 white blood cell count มากกว่า 10,000/มิลลิลิตร และ albumin น้อยกว่า 3.2 กรัม/เดซิลิตร ซึ่งปัจจัยเหล่านี้บ่งชี้ถึงภาวะที่มีการอักเสบในร่างกายหรือมะเร็งลำไส้ใหญ่

สรุป

ในผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ได้ติดเชื้อโรคเอดส์ที่มาด้วยอาการถ่ายเหลวเรื้อรัง การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่และตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจทางพยาธิมีประโยชน์ช่วยในการวินิจฉัยโรคที่เฉพาะเจาะจงถึงร้อยละ 40 ในขณะที่การส่องกล้องตรวจลำไส้เล็กส่วนปลายเพิ่มเติมได้ประโยชน์ในผู้ป่วยส่วนน้อยเพียง 2 ราย และไม่พบประโยชน์ของการตัดชิ้นเนื้อเยื่ออุ้งลำไส้เล็กส่วนปลายส่งตรวจ กรณีที่เยื่ออุ้งลำไส้เล็กที่เห็นจากการส่องกล้องปกติ กลุ่มผู้ป่วยที่ได้ประโยชน์สูงสุดจากการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ และตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจทางพยาธิคือ ผู้ป่วยที่ถ่ายอุจจาระเป็นมูกปนเลือด อาการแสดงของลักษณะขาดสารอาหาร ตรวจอุจจาระพบเม็ดเลือดแดงหรือเม็ดเลือดขาวมากกว่าหรือเท่ากับ 3 เซลล์/ high power field ผล stool occult blood เป็นบวก Hematocrit น้อยกว่าร้อยละ 30 white blood cell count มากกว่า 10,000/มิลลิลิตร และ albumin น้อยกว่า 3.2 กรัม/เดซิลิตร

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผศ.ดร. จุฬาลักษณ์ โกมลตรี อาจารย์

ประจำหน่วยระบาดวิทยาคลินิก สถานส่งเสริมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล และคุณสุรีย์ ไชวฉัตรธรมงานผู้ช่วยนอก แผนกอายุรกรรม และขอบคุณเจ้าหน้าที่งานห้องส่งกล้อง โรงพยาบาลนครปฐมที่ให้ความช่วยเหลืองานวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Donowitz M, Kokke FT, Saidi R. Evaluation of patients with chronic diarrhea. *N Engl J Med.* 1995;332:725-9.
2. Kearney DJ, Steuerwald M, Koch J, et al. A prospective study of endoscopy in HIV-associated diarrhea. *Am J Gastroenterol.* 1999;94:596-602.
3. ASGE guideline: The role of endoscopy in the management of patients with diarrhea. *Gastrointest Endosc.* 2010;71:887-92.
4. Alkhatib O, Ferrentino N, Moses PL, et al. The incidence of microscopic colitis in patients with chronic unexplained diarrhea. *Am J Gastroenterol.* 1998;93:AB294.
5. Fernandez-Banares F, Salas A, Forne M, et al. Incidence of collagenous and lymphocytic colitis: a 5-year population-based study. *Am J Gastroenterol.* 1999;94:418-23.
6. Gonvers JJ, Bochud M, Burnand B, et al. Appropriateness of colonoscopy: diarrhea. *Endoscopy.* 1999;31:646-6.
7. Zwas FR, Bonheim NA, Berken CA, et al. Diagnostic yield of routine ileoscopy. *Am J Gastroenterol.* 1995;90:1441-3.
8. Thomas PD, Forbes A, Green J, et al. Guidelines for the investigation of chronic diarrhea 2nd ed.

- Gut. 2003;52(Suppl V):v1-v15.
9. Shah RJ, Fenoglio-Preiser C, Bleau BL, et al. Usefulness of colonoscopy with biopsy in the evaluation of patients with chronic diarrhea. *Am J Gastroenterol.* 2001;96:1091-5.
 10. Nyhlin N, Bohr J, Eriksson S, et al. Systematic review: microscopic colitis. *Aliment Pharmacol Ther.* 2006;23:1525-34.
 11. Yusoff IF, Ormonde DG, Hoffman N. Routine colonic mucosal biopsy and ileoscopy increases diagnostic yield in patients undergoing colonoscopy for diarrhea. *J Gastroenterol Hepatol.* 2002; 17:276-80.
 12. Read NW, Krejs GJ, Read MG, et al. Chronic diarrhea of unknown origin. *Gastroenterology.* 1980;78:264-71.
 13. Rex DK, Petrini JL, Baron TH, et al. Quality indicators for colonoscopy. *Am J Gastroenterol.* 2006;101:873-85.
 14. McHugh JB, Appelman HD, McKenna BJ. The diagnostic value of endoscopic terminal ileum biopsies. *Am J Gastroenterol.* 2007;102: 1084-9.
 15. Geboes K, Ectors N, D, Haens G, et al. Is ileoscopy with biopsy worthwhile in patients presenting with symptoms of inflammatory bowel disease?. *Am J Gastroenterol.* 1998;93:201-6.
 16. Fernández-Bañares F, Salas A, Esteve M, et al. Collagenous and lymphocytic colitis: evaluation of clinical and histological features, response to treatment, and long-term follow-up. *Am J Gastroenterol.* 2003;98(2):340-7.
 17. Lee JH, Rhee PL, Kim JJ, et al. The role of mucosal biopsy in the diagnosis of chronic diarrhea: value of multiple biopsies when colonoscopic finding is normal or nonspecific. *Korean J Intern Med.* 1997;12(2):182-7.
 18. Marshall JB, Barthel JS. The frequency of total colonoscopy and terminal ileal intubation in the 1990s. *Gastrointest Endosc.* 1993;39:518-20.
 19. Screening for colorectal cancer: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med.* 2008;149:627-37.