



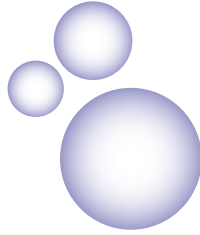
คำแนะนำเกี่ยวกับ

# โรคลำไส้แปรปรวน

# IBS

สำหรับแพทย์ทั่วไป  
(แนวทางเวชปฏิบัติ 2012)

โดยสมาคมประสาททางเดินอาหารและการเคลื่อนไหว (ไทย)



คำแนะนำเกี่ยวกับ  
โรคลำไส้แปรปรวน  
สำหรับแพทย์ทั่วไป  
(แนวทางเวชปฏิบัติ)  
2012

โดย

สมาคมประสาททางเดินอาหารและการเคลื่อนไหว (ไทย)

# คำแนะนำเกี่ยวกับโรคลำไส้แปรปรวน สำหรับแพทย์ทั่วไป (แนวทางเวชปฏิบัติ) 2012

โดย สมาคมประสาททางเดินอาหารและการเคลื่อนไหว (ไทย)

พิมพ์ครั้งที่ 1 เมษายน 2556

จำนวน 5,000 เล่ม 32 หน้า

สงวนลิขสิทธิ์

พิมพ์ที่

PENTAGON ADVERTISING LTD., PART.

566/124 ซอยกิจพานิช ถนนพระราม 4 แขวงมหาพฤฒาราม เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500

566/124 Soi Kijpanich, Rama 4 Rd., Bangrak, Bangkok 10500

Tel : 235-6038, 633-3762 Fax 633-0334

Email: [toon47@asianet.co.th](mailto:toon47@asianet.co.th)





# คำนำ

Irritable Bowel Syndrome (IBS) เป็นปัญหาที่พบบ่อยในประเทศไทยและ post infectious diarrhea อาจจะเป็นสาเหตุหนึ่งของ IBS ได้ ทำให้ incidence เพิ่มขึ้นในบ้านเรา

Guideline นี้ ช่วยให้แพทย์ที่พบผู้ป่วยด้วยปัญหานี้เข้าใจและ approach คนไข้ ได้เหมาะสมขึ้น

ขอขอบคุณอาจารย์ทุกท่านที่สละเวลา และตั้งใจทำให้ได้ guideline ดีและ practical ที่สุดสำหรับประเทศไทย

**ศ.นพ.สิน อนุราษฎร์**

นายกสมาคมประสาททางเดินอาหารและการเคลื่อนไหว (ไทย)



# คำนำ

Irritable Bowel Syndrome (IBS) เป็นกลุ่มอาการที่พบบ่อยในทางเวชปฏิบัติ ผู้ป่วย IBS มีอาการคล้ายกับโรคอื่น เช่น dyspepsia ท้องเสีย และท้องผูก หรือ IBS อาจเกิดร่วมกันกับโรคอื่น ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรค IBS ในหมู่แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปยังมีน้อยอยู่โดยที่ผู้ป่วย IBS มักจะได้รับกรวินิจฉัยเป็นโรคอื่น เช่น dyspepsia จุดมุ่งหมายของ guideline นี้ คือ เป็นการให้องค์ความรู้เกี่ยวกับ IBS แนวทางในการตรวจค้นและการรักษาที่เหมาะสมตามสถานะและข้อมูลที่มีอยู่ในปัจจุบัน

คำแนะนำใน guideline นี้ เป็นเพียงแนวทางในการดูแลผู้ป่วย IBS อย่างไรก็ดีตามแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยอาจจะทำการดูแลรักษาผู้ป่วยแตกต่างกันไปตามความเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย

บทสรุปต่างๆ ที่เกี่ยวกับ IBS ในคู่มือฉบับนี้ได้รวบรวมและเขียนขึ้นมาโดยอ้างอิงถึงข้อมูลจากต่างประเทศเป็นส่วนใหญ่และเป็นความเห็นของผู้เชี่ยวชาญในกรณีที่มีข้อมูลไม่เพียงพอหรือไม่มี โดยเฉพาะอย่างยิ่งข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับ IBS ในประเทศไทย ซึ่งมีคำถามหลายประการที่ยังไม่มีคำตอบที่ชัดเจน และคงต้องทำการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อนำมาใช้ในการจัดทำ guideline ครั้งต่อไปให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

Guideline นี้สำเร็จลุล่วงได้ดีโดยความร่วมมือของกรรมการที่ระดมความคิดเห็นในการประชุมครั้งแรก วันที่ 22 - 23 มกราคม 2554 และครั้งที่สองวันที่ 23 - 24 มิถุนายน 2555 จึงขอขอบคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้ด้วย

**รศ.นพ.บัญชา โอวาทพารพร**  
ประธานการจัดทำ guideline



คำนำ	นายกสมาคมประสาททางเดินอาหารและการเคลื่อนไหว (ไทย)	3
คำนำ	ประธานการจัดทำ Guideline for Management of Irritable Bowel Syndrome	4
	คำแนะนำเกี่ยวกับโรคลำไส้แปรปรวนสำหรับแพทย์ทั่วไป (แนวทางเวชปฏิบัติ)	6
Definition		6
ข้อสรุปที่ 1.		6
ข้อสรุปที่ 2.		6
ข้อสรุปที่ 3.		7
Overlapping syndrome		8
ข้อสรุปที่ 4.		8
Pathophysiology		10
ข้อสรุปที่ 5.		10
ข้อสรุปที่ 6.		11
ข้อสรุปที่ 7.		11
Clinical evaluation		13
ข้อสรุปที่ 8.		13
ข้อสรุปที่ 9.		13
ข้อสรุปที่ 10.		14
ข้อสรุปที่ 11.		15
ข้อสรุปที่ 12.		15
ข้อสรุปที่ 13.		15
ข้อสรุปที่ 14.		16
ข้อสรุปที่ 15.		16
Non-pharmacological treatment		18
ข้อสรุปที่ 16.		18
ข้อสรุปที่ 17.		18
ข้อสรุปที่ 18.		19
ข้อสรุปที่ 19.		19
ข้อสรุปที่ 20.		20
Pharmacological treatment		24
ข้อสรุปที่ 21.		24
ข้อสรุปที่ 22.		26
Psychiatric problems ใน IBS		29
ข้อสรุปที่ 23.		29
ข้อสรุปที่ 24.		30
IBS Guideline		31
รายนามผู้เข้าร่วมประชุมสัมมนาพิจารณา IBS Guideline		32



2.2 มีอาการปวดท้องหรือไม่สบายในท้องมากกว่าหรือเท่ากับ 3 วันต่อเดือนใน 3 เดือนที่ผ่านมาพร้อมกับลักษณะอาการทางคลินิกอย่างน้อย 2 ใน 3 ลักษณะต่อไปนี้

2.2.1 อาการปวดท้องหรือไม่สบายในท้องดีขึ้นหลังการถ่ายอุจจาระ

2.2.2 อาการปวดท้องหรือไม่สบายในท้องเกิดร่วมกับการเปลี่ยนแปลงของความถี่ของการถ่ายอุจจาระ

2.2.3 อาการปวดท้องหรือไม่สบายในท้องเกิดร่วมกับการเปลี่ยนแปลงของลักษณะความแข็งหรือเหลวของอุจจาระ

เกณฑ์การวินิจฉัย Rome III เป็นที่ยอมรับในปัจจุบัน ใช้เป็นแนวทางหนึ่งในการช่วยวินิจฉัยโรคลำไส้แปรปรวน และใช้เป็นแนวทางในการวิจัย

### ข้อสรุปที่ 3.

ผู้ป่วยโรคลำไส้แปรปรวนอาจมีอาการท้องเสียเป็นอาการเด่น ท้องผูกเป็นอาการเด่น ท้องผูกสลับกับท้องเสีย หรือไม่สามารถจะจัดลักษณะการขับถ่ายของผู้ป่วยได้เลยก็ได้

โรคลำไส้แปรปรวน แบ่งได้เป็น 4 ชนิด (subtype) ได้แก่

1. ลำไส้แปรปรวน ชนิดท้องเสียเด่น (diarrhea predominate IBS or IBS-D) ผู้ป่วยต้องมีอาการท้องเสีย ไม่น้อยกว่าร้อยละ 25 ของการขับถ่าย และต้องมีอาการท้องผูกไม่เกินร้อยละ 25 ของการขับถ่าย

2. ลำไส้แปรปรวน ชนิดท้องผูกเด่น (constipation predominate IBS or IBS-C) ผู้ป่วยต้องมีอาการท้องผูก ไม่น้อยกว่าร้อยละ 25 ของการขับถ่าย และต้องมีอาการท้องเสียไม่เกินร้อยละ 25 ของการขับถ่าย

3. ลำไส้แปรปรวน ชนิดท้องเสียสลับท้องผูก (mixed IBS หรือ IBS-M) ผู้ป่วยต้องมีอาการท้องเสียสลับท้องผูก อย่างละ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 25 ของการขับถ่าย

4. ลำไส้แปรปรวนชนิดไม่ชัดเจน (undetermined IBS หรือ IBS-U) ผู้ป่วยต้องมีอาการท้องเสียสลับกับท้องผูก อย่างละไม่เกินร้อยละ 25 ของการขับถ่าย

#### Reference:

1. Longstreth GF, Thompson W, Chey WD, Houghton LA, Mearin F, Spiller RC. Functional Bowel Disorder p.487-556. In Rome III: The Functional Gastrointestinal Disorders. Drossman DA, eds. Degnon Associates, Mclean, Virginia USA 2006.



# Overlapping Syndrome

## ข้อสรุปที่ 4.

โรคลำไส้แปรปรวนสามารถพบร่วมกับโรคกรดไหลย้อนหรือกระเพาะอาหารทำงานผิดปกติ (dyspepsia) ได้ แพทย์ผู้ดูแลควรให้การรักษาร่วมตามความเหมาะสม

โรคลำไส้แปรปรวนสามารถพบร่วมกับโรคกรดไหลย้อน กระเพาะอาหารทำงานผิดปกติ (dyspepsia) และโรคท้องผูกได้บ่อย จากการศึกษาด้วยแบบสอบถามอาการกรดไหลย้อน dyspepsia ลำไส้แปรปรวน อาการท้องผูก และอาการท้องเดิน ในประชากร 657 คน พบว่ามีความชุก (prevalence) ในประชากรที่มีอาการเหล่านี้ อย่างน้อย 2 อาการที่ร้อยละ 4-9 และความชุกในประชากรที่มีอย่างน้อย 3 กลุ่มอาการขึ้นไปที่ร้อยละ 1-4<sup>1</sup> โดยอีกการศึกษา ผู้ป่วย 1290 ราย พบว่ามีความชุกของลำไส้แปรปรวน ร้อยละ 12.8 และ dyspepsia ร้อยละ 14 โดยร้อยละ 87 ของผู้ป่วยลำไส้แปรปรวน มีอาการ dyspepsia ร่วมด้วย พบว่ามากกว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยทั้งหมดมีอาการที่เปลี่ยนแปลงไป ภายหลังจาก 1 ปี พบว่าการลำไส้แปรปรวนยังคงอยู่ร้อยละ 57-74 หรือ สามารถหายไป หรืออาจมีอาการอื่น เช่น dyspepsia ขึ้นมาแทนได้<sup>2</sup> ในอีกการศึกษา พบว่า ร้อยละ 23-87 ของผู้ป่วยลำไส้แปรปรวน มีอาการ functional dyspepsia ด้วย และร้อยละ 13-87 ของผู้ป่วย dyspepsia มีอาการลำไส้แปรปรวนชัดเจน<sup>3</sup> สำหรับอาการกรดไหลย้อน เช่น heartburn พบว่า ร้อยละ 47 ของผู้มีอาการนี้ มีอาการลำไส้แปรปรวนร่วมด้วย และในทางกลับกัน ผู้ที่มีอาการลำไส้แปรปรวนก็พบว่ามีอาการกรดไหลย้อนได้ร้อยละ 46.5<sup>4</sup>

นอกจากอาการดังกล่าวข้างต้นที่พบร่วมกับอาการลำไส้แปรปรวนได้บ่อยแล้ว ยังมีอาการหรือโรคทางเดินอาหารอื่นๆ รวมทั้งอาการ functional disorders อื่นๆ นอกกระบบทางเดินอาหารอีกหลายชนิด ที่พบร่วมได้บ่อยในผู้ป่วยลำไส้แปรปรวนอีกด้วยเช่นกัน<sup>5</sup>

เนื่องจากสามารถพบอาการเหล่านี้ได้หลายกลุ่มอาการในผู้ป่วยรายเดียวกัน แพทย์ผู้ดูแลควรให้การรักษาร่วมตามความเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย





**References:**

1. Locke GR, Zinsmeister AR, Fett SL, Melton LJ, Talley NJ. Overlap of gastrointestinal symptom complexes in a US community. *Neurogastroenterol Motil* 2002;17:29-34.
2. Agreus L, Svarsdudd K, Nyren O, Tibblin G. Irritable bowel syndrome and dyspepsia in the general population: Overlap and lack of stability over time. *Gastroenterology* 1995;109:671-680.
3. Whitehead WE, Palsson OS, Levy RR, Feld AD, Turner M, Von Korff M . Comorbidity in irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol* 2007;102:2767-2776.
4. Kennedy TM, Jones RH, Hungin AP, O'flanagan H, Kelly P. Irritable Bowel Syndrome, Gastro-oesophageal reflux, and bronchial responsiveness in the general population. *Gut* 1998; 43:770-774
5. Frissora CL and Koch KL. Symptom overlap and comorbidity of irritable bowel syndrome with other conditions. *Curr Gastroenterol Rep* 2005;7:264-271.



# คำแนะนำเกี่ยวกับโรคลำไส้แปรปรวน สำหรับแพทย์ทั่วไป (แนวทางเวชปฏิบัติ)

## วัตถุประสงค์ของคำแนะนำเกี่ยวกับโรคลำไส้แปรปรวน

1. เพื่อเสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับโรคลำไส้แปรปรวนให้กับแพทย์ทั่วไปให้แพร่หลายมากขึ้น
2. เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคลำไส้แปรปรวนให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ
3. เพื่อให้การใช้ทรัพยากรทางการแพทย์และคุณภาพชีวิตดีขึ้น ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคลำไส้แปรปรวน

## คำแนะนำเกี่ยวกับโรคลำไส้แปรปรวนสำหรับแพทย์ทั่วไป

### Definition

#### ข้อสรุปที่ 1.

นิยาม โรคลำไส้แปรปรวน เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากการทำงานของทางเดินอาหารผิดปกติ โดยมีอาการปวดท้องหรือไม่สบายในท้องที่สัมพันธ์กับการถ่ายอุจจาระเป็นอาการเด่น โดยไม่พบความผิดปกติทางกายวิภาคหรือโรคทางกาย (organic disease) ที่สามารถอธิบายว่าเป็นสาเหตุของอาการได้

ผู้ป่วยลำไส้แปรปรวนต้องมีอาการข้างต้นไม่น้อยกว่า 3 เดือน

#### ข้อสรุปที่ 2.

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคลำไส้แปรปรวนตาม Rome III ผู้ป่วยต้องมีอาการตามข้อ 2.1 และ 2.2 ดังต่อไปนี้

2.1 อาการปวดท้องหรือไม่สบายในท้องเป็นเวลานานอย่างน้อย 6 เดือน นับตั้งแต่เริ่มมีอาการ

## ข้อสรุปที่ 5.

สาเหตุของโรคลำไส้แปรปรวนยังไม่เป็นที่ทราบกันชัดเจน พบว่ากลไกในการเกิดโรคลำไส้แปรปรวนมีหลายกลไก ได้แก่ การเคลื่อนไหวของทางเดินอาหารผิดปกติ (GI dysmotility) ประสาทรับรู้ความรู้สึกในทางเดินอาหารไวกว่าปกติ (visceral hypersensitivity) การอักเสบของเยื่ออุ้งลำไส้ (gut inflammation) ความผิดปกติของแบคทีเรียประจำถิ่นในลำไส้ และความผิดปกติของการตอบสนองระหว่างสมองและลำไส้ (brain-gut interaction)

การศึกษาวิจัยพบว่า คนที่เป็นโรคลำไส้แปรปรวนมีการเคลื่อนไหวของทางเดินอาหารผิดปกติ เช่น มีการศึกษาพบว่าการเคลื่อนไหวของลำไส้เล็กมีลักษณะเฉพาะ เช่น เป็นแบบ cluster หรือ minute contraction ซึ่งพบได้จากการตรวจดูการบีบตัวของลำไส้เล็ก นอกจากนี้ยังพบว่าการบีบตัวที่ผิดปกติของลำไส้เล็ก โดยเฉพาะการบีบตัวที่แรงๆ ที่บริเวณลำไส้เล็กส่วนปลายมีความสัมพันธ์กับอาการปวดท้องในผู้ป่วยลำไส้แปรปรวน และยังมีการศึกษาพบว่าเมื่อกระตุ้นลำไส้ใหญ่ในผู้ป่วยที่เป็นลำไส้แปรปรวน ผู้ป่วยจะรับรู้ความรู้สึกได้มากกว่าคนปกติ รวมถึงการกระตุ้นด้วยสารเคมี เช่น การรับประทานพริก ที่มีส่วนประกอบของแคปไซซิน ก็มีรายงานว่าทำให้เกิดอาการปวดท้อง แสบท้องในผู้ป่วยโรคลำไส้แปรปรวนที่มีอาการท้องเสียเด่นมากกว่าคนปกติ ดังนั้นผู้ป่วยลำไส้แปรปรวนจึงมีความไวของทางเดินอาหารที่ตอบสนองต่อทั้งการกระตุ้นทางกล (mechanical stimulation) หรือทางเคมี (chemical stimulation)

นอกจากนี้ยังพบว่าภาวะลำไส้แปรปรวนมีความสัมพันธ์กับการมีการอักเสบเล็กน้อยบริเวณลำไส้ ซึ่งมีรายงานในผู้ป่วยที่เป็นลำไส้แปรปรวนหลังการติดเชื้อของทางเดินอาหาร (post infectious IBS) และยังมีรายงานถึงความผิดปกติของการตอบสนองของสมองในผู้ป่วยลำไส้แปรปรวนซึ่งต่างไปจากคนปกติ



## ข้อสรุปที่ 6.

**ปัจจัยที่สามารถกระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคลำไส้แปรปรวนมีอาการกำเริบได้แก่ อาหารบางชนิด ยาบางชนิด ความเครียดทั้งทางกายและจิตใจ การติดเชื้ในทางเดินอาหารและนอกทางเดินอาหาร**

ผู้ป่วยที่เป็นโรคลำไส้แปรปรวนอาจมีอาการกำเริบขึ้นจากปัจจัยหลายอย่าง เช่น มีการศึกษาพบว่าอาหารบางชนิดสามารถกระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคลำไส้แปรปรวนมีอาการมากขึ้นได้ เช่น อาหารมัน อาหารที่ผลิตแก๊สในลำไส้มากผิดปกติ เช่น กลุ่ม fructose หอม กระเทียม ซึ่งสามารถกระตุ้นให้เกิดอาการมากขึ้น ยาบางอย่างที่ระคายเคืองต่อทางเดินอาหารอาจจะทำให้เกิดอาการคล้ายโรคลำไส้แปรปรวน เช่น อาการปวดท้อง อึดแน่นท้อง หรือความเครียดทางด้านร่างกายและจิตใจก็กระตุ้นให้ทางเดินอาหารมีความไวต่อการรับรู้ความรู้สึกรวมถึงบีบตัวผิดปกติได้

นอกจากนั้นการติดเชื้อทั้งในทางเดินอาหารและนอกทางเดินอาหารสามารถกระตุ้นให้เกิดการกำเริบของโรคลำไส้แปรปรวนได้ ดังนั้นการหลีกเลี่ยงปัจจัยต่างๆ เช่น อาหาร ยา และความเครียด อาจสามารถทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการกำเริบได้น้อยลง จึงควรแนะนำให้หลีกเลี่ยงปัจจัยดังกล่าวในผู้ป่วยทุกราย

## ข้อสรุปที่ 7.

**โรคทางเดินอาหารที่ทำให้มีอาการเหมือนโรคลำไส้แปรปรวนที่พบได้ในประเทศไทยได้แก่ การติดเชื้ในทางเดินอาหาร ภาวะการดูดซึมน้ำตาลแล็กโทสไม่สมบูรณ์ (lactose malabsorption) การดูดซึมสารอาหารบกพร่อง (malabsorption syndrome) มีแบคทีเรียในลำไส้เล็กมากกว่าปกติ (small intestinal bacterial overgrowth) กล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักทำงานไม่ประสานกับการเบ่ง (anismus) ลำไส้อักเสบเรื้อรัง (inflammatory bowel disease) และมะเร็งของทางเดินอาหาร เป็นต้น**

โรคทางเดินอาหารที่อาจทำให้เกิดอาการคล้ายโรคลำไส้แปรปรวนที่พบได้บ่อยในประเทศไทยได้แก่การติดเชื้ในทางเดินอาหาร เช่น การติดเชื้ *Giardia lamblia* เป็นวัณโรคในลำไส้เล็กส่วนปลายหรือลำไส้ใหญ่ หรือการดูดซึมน้ำตาลแล็กโทสไม่สมบูรณ์ ซึ่งอาจทำให้เกิดอาการอึดแน่นท้อง ปวดท้อง หรือท้องเสีย คล้ายโรคลำไส้



แปรปรวนได้ การดูดซึมสารอาหารบกพร่อง เนื่องจากสาเหตุใดๆ ก็ตาม เช่น จากตับอ่อนทำงานผิดปกติทำให้เกิดการดูดซึมไขมันไม่สมบูรณ์ (fat malabsorption) ก็อาจทำให้เกิดอาการถ่ายผิดปกติ อืดแน่นท้อง เหมือนโรคลำไส้แปรปรวนได้ ภาวะแบคทีเรียในลำไส้เล็กมากกว่าปกติ ทำให้เกิดอาการท้องเสีย อืดท้อง ร่วมกับปวดท้องคล้ายโรคลำไส้แปรปรวนชนิดท้องเสีย นอกจากนั้นการมีกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักทำงานไม่สัมพันธ์กับแรงเบ่ง หรือ anismus ก็สามารถทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดถ่ายแต่ถ่ายไม่สุด หรือกระตุ้นให้เกิดอาการอืดแน่นท้อง ปวดท้องซึ่งเป็นอาการของลำไส้แปรปรวนเป็นมากขึ้นได้

โรคลำไส้อักเสบ หรือ inflammatory bowel disease สามารถทำให้เกิดอาการปวดท้อง ถ่ายเหลว คล้ายโรคลำไส้แปรปรวนได้เช่นกัน ส่วนมะเร็งของทางเดินอาหารระยะแรกมักไม่ทำให้เกิดอาการ แต่เมื่อมีขนาดของมะเร็งใหญ่ขึ้นหรือเป็นที่บริเวณทวารหนัก อาจทำให้เกิดอาการถ่ายผิดปกติ หรืออาการปวดท้อง แน่นท้อง คล้ายๆอาการลำไส้แปรปรวนได้ ดังนั้นผู้ป่วยที่มีอาการลำไส้แปรปรวน ควรซักประวัติ ตรวจร่างกายหรือส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้น เช่น stool examination, CBC, ESR เพื่อประเมินว่าผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคที่กล่าวมาหรือไม่



## Clinical evaluation

### ข้อสรุปที่ 8.

การวินิจฉัยโรคลำไส้แปรปรวนอาศัยลักษณะอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยทางคลินิกเป็นหลัก ส่วนการตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้นและการตรวจพิเศษอื่น ๆ ควรพิจารณาตามความเหมาะสมของผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคลำไส้แปรปรวนอาจจะมีอาการอื่น ๆ นอกเหนือจากอาการด้านทางเดินอาหารได้

โรคลำไส้แปรปรวนเป็นโรคที่วินิจฉัยโดยอาศัยประวัติ อาการ และอาการแสดงเป็นหลัก ไม่มีความจำเป็นต้องทำการสืบค้นเพิ่มเติม เนื่องจากผลของการสืบค้นเพิ่มเติมไม่ได้พบโรคแตกต่างกับกลุ่มประชากรปกติ มีเพียงบางแนวทางการดูแลรักษา (guidelines)<sup>1</sup> ที่แนะนำการสืบค้นเบื้องต้นบางอย่างว่าอาจมีความจำเป็นสำหรับผู้ป่วยโรคนี้<sup>2-4</sup> โดยผู้ป่วยไม่ควรจะมีอาการและอาการแสดงเตือน (alarm features)<sup>3, 5</sup> ในผู้ป่วยบางราย การสืบค้น อาทิ complete blood count (CBC), stool examination, ESR, C-reactive protein เป็นต้นอาจมีความจำเป็น<sup>4</sup> สำหรับการสืบค้นเบื้องต้นที่มีโรคที่คล้ายคลึงกับโรคนี้ อาทิ การตรวจอุจจาระเพื่อวินิจฉัยโรคพยาธิลำไส้ในผู้ป่วยที่มีอาการโรคลำไส้แปรปรวนชนิดที่มีการท้องเสียเด่นหรือมีอาการสลับทั้งท้องผูกและท้องเสียและแบบผสมเด่น<sup>3, 6</sup> สำหรับผู้ป่วยที่มีการเบื้องต้นที่น่าสงสัยว่าจะเป็นโรคอื่น แนะนำให้ตรวจเพิ่มเติมหรือปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคลำไส้แปรปรวน สามารถที่จะพบอาการในด้านอื่น ๆ นอกเหนืออาการทางเดินอาหารร่วมได้ เช่น อ่อนเพลีย, นอนไม่หลับ, fibromyalgia, ปวดหลัง, ปัสสาวะบ่อย และมีอาการเจ็บปวดขณะมีเพศสัมพันธ์ (dyspareunia), ความเครียด, ซึมเศร้า และมี somatization

### ข้อสรุปที่ 9.

ผู้ป่วยที่มีอาการปวดท้องหรือไม่สบายในท้องเรื้อรังทุกราย แพทย์ผู้ดูแลควรสอบถามความสัมพันธ์ของอาการปวดท้อง/ไม่สบายในท้องกับการเปลี่ยนแปลงของความถี่ของการถ่ายอุจจาระและลักษณะของอุจจาระ

สืบเนื่องจากโรคลำไส้แปรปรวนเป็นโรคที่ทำให้การวินิจฉัยโดยอาศัยอาการปวดท้องหรือไม่สบายในท้องเรื้อรังร่วมกับการขับถ่ายที่เปลี่ยนแปลงไป หรืออาการปวดท้อง



หรือไม่สบายในท้องที่ดีขึ้นหลังการถ่ายอุจจาระ ถึงแม้ผู้ป่วยจะมีการเฉพาหรือจะมีอาการปวดท้องหรือไม่สบายในท้องเฉพาะบริเวณลึ้นปีก็ตาม โดยการวินิจฉัยและแยกชนิดของโรคนี้มีความจำเป็นต้องรู้ความถี่ของการถ่ายอุจจาระและลักษณะของอุจจาระ<sup>1</sup> ซึ่งจะสามารถทำให้แยกชนิดเป็น 4 ชนิด ตามข้อสรุปที่ 3

## ข้อสรุปที่ 10.

**ผู้ป่วยที่ควรได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือการตรวจเพิ่มเติมแก่ผู้ป่วยที่มีลักษณะเตือนดังต่อไปนี้**

- 10.1 ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง
- 10.2 ผู้ป่วยที่มีน้ำหนักลดลงผิดปกติ (ลดลงมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 10 ใน 3 เดือน)
- 10.3 ผู้ป่วยที่เริ่มมีอาการเมื่ออายุ 50 ปีขึ้นไป
- 10.4 ผู้ป่วยที่มีอาการถ่ายเป็นเลือดหรือมูกเลือด
- 10.5 โลหิตจางจากขาดธาตุเหล็ก วิตามินบี 12 หรือโฟเลต ที่ไม่สามารถอธิบายได้จากสาเหตุอื่นนอกทางเดินอาหาร
- 10.6 ผู้ป่วยที่มีอาการปวดหรือแน่นท้องรบกวนขณะนอนหลับ
- 10.7 ตรวจร่างกายพบลักษณะผิดปกติ เช่น ตับโต ก้อนในท้อง ซีด เหลือง เป็นต้น
- 10.8 มีไข้
- 10.9 ประวัติมะเร็งลำไส้ใหญ่ในครอบครัวที่เป็นญาติสายตรง (first degree relatives)

การอาศัยลักษณะของอาการและอาการแสดงเตือนในแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคลำไส้แปรปรวนของประเทศไทยได้ใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคนี้ของเอเชียมาประกอบ<sup>๖</sup>ในกรณีที่ผู้ป่วยมีลักษณะเตือนแนะนำว่าควรตรวจเพิ่มเติมหรือปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ



## ข้อสรุปที่ 11.

**ผู้ป่วยโรคลำไส้แปรปรวนที่ไม่มีลักษณะเตือนมีโอกาสเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ ไม่ต่างจากประชากรทั่วไป**

การศึกษาของ Cash และคณะ<sup>7</sup> พบว่าผู้ป่วยโรคลำไส้แปรปรวนมีความชุกของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ร้อยละ 0-0.51 ขณะที่ความชุกของโรคนี้ในประชากรทั่วไปอยู่ที่ร้อยละ 0-6 ซึ่งไม่มีความแตกต่างกัน

## ข้อสรุปที่ 12.

**โรคลำไส้แปรปรวนเป็นโรคเรื้อรัง หรือเป็น ๆ หาย ๆ ผู้ป่วยมักมีอายุยืนยาว ไม่ต่างจากประชากรทั่วไป แต่จะมีคุณภาพชีวิตที่ด้อยกว่า**

การศึกษาหลายการศึกษา<sup>8, 9</sup> พบว่าผู้ป่วยโรคลำไส้แปรปรวนมีคุณภาพชีวิตที่ด้อยกว่าประชากรทั่วไป อาทิ การศึกษาของ Lu และคณะ<sup>8</sup> ในผู้ป่วยชาวจีนที่เป็นโรคลำไส้แปรปรวน พบว่าผู้ป่วยเพศหญิงมีแนวโน้มหยุดงานมากกว่า มีปัญหาการนอน (sleep disturbance) มากกว่าผู้ป่วยชาย ส่วนการศึกษาของ Rey และคณะ<sup>9</sup> ก็พบว่าในผู้ป่วยโรคลำไส้แปรปรวนที่ปรึกษาแพทย์ และที่ไม่ได้ปรึกษาแพทย์ล้วนมีคุณภาพชีวิตที่ด้อยกว่ากลุ่มที่ไม่มีโรค

## ข้อสรุปที่ 13.

**ลักษณะการถ่ายอุจจาระในผู้ป่วยลำไส้แปรปรวนมีประโยชน์ในการกำหนดแนวทางการสืบค้นหาสาเหตุของอาการ (ในกรณีที่มีข้อบ่งชี้) และแนวทางการให้ยารักษา**

แนะนำให้สืบค้นเพิ่มเติมในผู้ป่วยโรคลำไส้แปรปรวนตามชนิดของโรคนี้อย่าง<sup>3, 10</sup> โดยเฉพาะชนิดที่เป็นแบบท้องเสียเด่น ให้ระวังโรคลำไส้ที่อาจมีอาการท้องเสียเรื้อรังได้ เช่น giardiasis, tropical sprue, hyperthyroidism, inflammatory bowel disease (IBD) เป็นต้น

เป้าหมายของการรักษาผู้ป่วยโรคลำไส้แปรปรวนคือ ลดอาการและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย<sup>3, 5</sup> ดังนั้นการจำแนกผู้ป่วยโรคนี้นี้เป็น 4 ชนิดคือ ลำไส้แปรปรวน ชนิดท้องเสียเด่น, ลำไส้แปรปรวน ชนิดท้องผูกเด่น, ลำไส้แปรปรวน ชนิดท้องเสียสลับท้องผูก (IBS-M), ลำไส้แปรปรวนชนิดไม่ชัดเจน (IBS-U) จะทำให้การรักษาซึ่ง





มุ่งเน้นที่ความต้องการลดอาการของผู้ป่วยเป็นหลัก ทำให้สะดวกและง่ายต่อการจัดยาอื่นรวมไปถึงทำให้การศึกษาวินิจฉัยโรคนี้นี้เป็นไปในแนวทางเดียวกันอีกด้วยเช่น ผู้ป่วยที่มีอาการท้องเสียเด่นอาจใช้ยาซึ่งประกอบไปด้วยยา antispasmodics, loperamide และ alosetron เป็นต้น

## ข้อสรุปที่ 14.

**การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษที่มีประโยชน์ในการแยกโรคอื่นที่ทำให้เกิดอาการคล้ายอาการของโรคลำไส้แปรปรวน ได้แก่**

14.1 การตรวจพื้นฐาน CBC, ESR, stool exam

14.2 การตรวจพิเศษระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ barium enema, upper GI study with small bowel follow through, gastroscopy, sigmoidoscopy, colonoscopy, ultrasono-graphy หรือ CT scan ของช่องท้อง, น่าจะทำ H<sub>2</sub>-breath test สำหรับ small bowel bacterial overgrowth, lactose malabsorption, gastro-intestinal transit study และ anorectal function tests

14.3 การตรวจอื่นๆ เช่น thyroid function tests, serum cortisol, serum calcium, electrolytes เป็นต้น

การตรวจเพิ่มเติมทางห้องปฏิบัติการนั้นจะมีประโยชน์ในผู้ป่วยโรคลำไส้แปรปรวนโดยเฉพาะถ้ามีลักษณะเตือน โดยจะมีแนวทางการสืบค้นตามลักษณะของชนิดของโรคลำไส้แปรปรวนที่ผู้ป่วยนั้นมีปัญหา<sup>3</sup> สำหรับ Asian guideline แนะนำว่า ถ้ารักษาผู้ป่วยไป 12 สัปดาห์แล้ว ผู้ป่วยยังคงมีอาการไม่ดีขึ้นแนะนำให้ ควรส่งต่อผู้ป่วยปรึกษาแพทย์เฉพาะทางโรกระบบทางเดินอาหาร

## ข้อสรุปที่ 15.

**ผู้ป่วยโรคลำไส้แปรปรวนที่ควรส่งต่อไปพบแพทย์เฉพาะทางโรกระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ในการตรวจพิเศษเพิ่มเติมหรือผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงรักษาแล้วไม่สามารถควบคุมอาการได้**

การรักษาผู้ป่วยโรค IBS<sup>3, 11</sup> นี้แบ่งการดูแลเป็น 3 ระดับคือ ในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการไม่มาก ให้ใช้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (life style modifications) การหลีกเลี่ยงอาหารหรือการเปลี่ยนชนิดของอาหาร อธิบายการวินิจฉัยและการดำเนิน



ของโรค ทำให้ผู้ป่วยมั่นใจในตัวโรคว่าโรคนี้ไม่ร้ายแรงแต่เรื้อรังซึ่งอาจมีผลให้คุณภาพชีวิตลดลงได้ ถ้าผู้ป่วยเริ่มมีอาการมากขึ้นแนะนำให้ใช้ยารักษาตามอาการและชนิดของลำไส้แปรปรวนที่ผู้ป่วยเป็น ร่วมกับการรักษาความเครียด ตลอดจนการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง สำหรับรายที่มีความรุนแรงมากแนะนำให้มีการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องตลอดจนพิจารณาปรึกษาทางจิตเวชทั้งการใช้ยาและจิตบำบัดเพิ่ม

สำหรับแพทย์ทั่วไปการรักษาในผู้ป่วยที่มีอาการเล็กน้อยจนถึงปานกลางสามารถทำได้ ส่วนในรายที่มีอาการมาก การรักษาโดยแพทย์เฉพาะทางโรกระบบทางเดินอาหารและจิตเวชมีความจำเป็น เนื่องจากอาจต้องมีการสืบค้นเพิ่มเติมและเป็นการทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในแนวทางการรักษามากขึ้น ว่าได้รับการดูแลจากแพทย์ผู้มีความเชี่ยวชาญในโรคที่เป็น ในขณะที่อาการยังไม่ดีขึ้นเท่าที่ควร

## References

1. Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, Houghton LA, Mearin F, Spiller RC. Functional bowel disorders. *Gastroenterology* 2006;130:1480-91.
2. Svendsen JH, Munck LK, Andersen JR. Irritable bowel syndrome: prognosis and diagnostic safety. A 5-year follow-up study. *Scand J Gastroenterol* 1985;20:415-8.
3. Brandt LJ, Chey WD, Foxx-Orenstein AE, Schiller LR, Schoenfeld PS, Spiegel BM, et al. An evidence-based position statement on the management of irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol* 2009;104 Suppl 1:S1-35.
4. Spiller R, Aziz Q, Creed F, et al. Guidelines on the irritable bowel syndrome: mechanisms and practical management. *Gut* 2007;56:1770-98.
5. Gwee KA, Bak YT, Ghoshal UC, et al. Asian consensus on irritable bowel syndrome. *J Gastroenterol Hepatol* 2010;25:1189-205.
6. Tungtrongchitr A, Manatsathit S, Kositchaiwat C, et al. Blastocystis hominis infection in irritable bowel syndrome patients. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 2004;35:705-10.
7. Cash BD, Schoenfeld P, Chey WD. The utility of diagnostic tests in irritable bowel syndrome patients: a systematic review. *Am J Gastroenterol* 2002;97:2812-9.
8. Lu CL, Chang FY, Lang HC, Chen CY, Luo JC, Lee SD. Gender difference on the symptoms, health-seeking behaviour, social impact and sleep quality in irritable bowel syndrome: a Rome II-based survey in an apparent healthy adult Chinese population in Taiwan. *Aliment Pharmacol Ther* 2005;21:1497-505.
9. Rey E, Garcia-Alonso MO, Moreno-Ortega M, Alvarez-Sanchez A, Diaz-Rubio M. Determinants of quality of life in irritable bowel syndrome. *J Clin Gastroenterol* 2008;42:1003-9.
10. Mayer EA. Clinical practice. Irritable bowel syndrome. *N Engl J Med* 2008;358:1692-9.
11. Drossman DA, Camilleri M, Mayer EA, Whitehead WE. AGA technical review on irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 2002;123:2108-31.



## Non-pharmacological Treatment

### ข้อสรุปที่ 16.

**ผู้ป่วยลำไส้แปรปรวนที่มีอาการไม่รบกวนคุณภาพชีวิต การดูแลรักษามีเป้าหมายเพื่อสร้างความมั่นใจและคลายความวิตกกังวลของผู้ป่วย**

การดูแลรักษาผู้ป่วยลำไส้แปรปรวนที่มีอาการไม่รบกวนคุณภาพชีวิต มีเป้าหมายที่สำคัญคือสร้างความมั่นใจและคลายความวิตกกังวลของผู้ป่วย สิ่งแรกต้องอธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึง natural history ของโรคว่าโรคลำไส้แปรปรวน เป็นโรคที่ไม่ร้ายแรง ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่จะทำให้เสียชีวิต แต่มีการดำเนินโรคที่เรื้อรัง มักเป็นๆ หายๆ แม้ได้รับการรักษาหลังการรักษาถ้าผู้ป่วยอาการไม่ดีขึ้นจะยังทำให้ผู้ป่วยวิตกกังวลมากคือกลัวเป็นมะเร็งลำไส้ แพทย์ต้องอธิบายเพื่อสร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วยว่าโรคลำไส้แปรปรวนไม่ใช่โรคมะเร็งและจะไม่กลายเป็นมะเร็งแม้จะมีอาการที่นำผู้ป่วยมาพบแพทย์เหมือนกัน แพทย์ต้องซักประวัติและตรวจร่างกายอย่างละเอียด และทำการสืบค้นอย่างเหมาะสมก่อนที่จะให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคลำไส้แปรปรวน รวมทั้งจะต้องค้นหาคำเพิ่มเติมที่ว่าไม่พบมีลักษณะเตือน (alarm symptoms) ซึ่งบ่งชี้ว่าอาจจะมีโรคร้ายแรงเช่นมะเร็งลำไส้ร่วมด้วย เพื่อยืนยันให้ผู้ป่วยมั่นใจว่าไม่มีโรคร้ายแรง<sup>1-5</sup>

### ข้อสรุปที่ 17.

**ผู้ป่วยลำไส้แปรปรวนที่มีอาการรบกวนคุณภาพชีวิต วัตถุประสงค์ของการรักษานอกจากสร้างความมั่นใจและคลายความวิตกกังวลให้ผู้ป่วยแล้ว ควรให้การรักษาเพื่อบรรเทาอาการของผู้ป่วยควรเริ่มต้นด้วยการแนะนำให้ปรับเปลี่ยนการปฏิบัติตัวในการดำเนินชีวิตประจำวัน (life style modifications)**

การรักษาเพื่อบรรเทาอาการของผู้ป่วยควรเริ่มต้นด้วยการแนะนำให้ปรับเปลี่ยนการปฏิบัติตัวในการดำเนินชีวิตประจำวัน (life style modifications) เช่น การรับประทานอาหาร ชนิดของอาหาร ยา ความเครียด หลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการมากขึ้น เป็นต้น แม้ไม่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่สนับสนุนว่าการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติตัวมีประโยชน์ในการรักษา แต่การแนะนำให้ปรับเปลี่ยนการปฏิบัติตัวอาจทำให้อาการดีขึ้นในผู้ป่วยบางรายและช่วยลดความถี่ในการกลับเป็นซ้ำได้ด้วย<sup>6</sup>



## ข้อสรุปที่ 18.

**การให้การวินิจฉัยโรคเชิงบวกและการมีความสัมพันธ์ที่ติระหว่างแพทย์และผู้ป่วยมีความสำคัญต่อผลสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยโรคลำไส้แปรปรวน**

การตระหนักถึงและวินิจฉัยโรคลำไส้แปรปรวนด้วยความมั่นใจเป็นสิ่งสำคัญที่แพทย์จะสร้างความมั่นใจแก่ผู้ป่วยและสำคัญต่อผลสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยโรคลำไส้แปรปรวน เมื่อผู้ป่วยมีความมั่นใจในการดูแลรักษาของแพทย์จะส่งผลให้เกิดความสัมพันธ์ที่ติระหว่างแพทย์และผู้ป่วย ซึ่งจะมีความสำคัญต่อผลสำเร็จของการรักษา เนื่องจากโรคลำไส้แปรปรวนมีการดำเนินโรคที่เรื้อรัง มักเป็น ๆ หาย ๆ ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาติดต่อกันระยะยาวและต้องได้รับความร่วมมืออย่างดีจากผู้ป่วย อีกด้วยดังนั้นเมื่อผู้ป่วยมีความเชื่อถือและความมั่นใจในตัวแพทย์แล้ว ผู้ป่วยจะรู้สึกว่แพทย์เป็นที่พึ่งได้ตลอดเวลาทำให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลลงอาจช่วยทำให้อาการดีขึ้น แม้ผู้ป่วยจะยังคงมีอาการอยู่บ้างไม่หายขาดแต่ผู้ป่วยจะมีความทุกข์ทรมานเกี่ยวกับโรคลดน้อยลง<sup>6-9</sup>

## ข้อสรุปที่ 19.

**การชักประวัติพฤติกรรมกรับประทานอาหารและเครื่องดื่มรวมถึงคำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและเครื่องดื่ม มีประโยชน์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยลำไส้แปรปรวน**

ผู้ป่วยส่วนใหญ่รู้สึกว่อาหารบางอย่างทำให้อาการของโรคลำไส้แปรปรวนเป็นมากขึ้น<sup>10</sup> มีการศึกษาที่เป็น systematic review ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการศึกษาแบบ uncontrolled พบว่ การหลีกเลี่ยงอาหารที่จะทำให้อาการเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับ placebo ผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นร้อยละ 12.5-67 ซึ่งไม่สามารถสรุปได้ว่เป็น placebo effect หรือไม่<sup>11</sup> มีการศึกษาที่เป็น randomized control trial (RCT) พบว่ การหลีกเลี่ยงอาหารที่จะทำให้อาการเพิ่มขึ้นซึ่งยืนยันโดยการตรวจพบ IgG antibody ต่ออาหารชนิดนั้น ทำให้อาการดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับ sham diet โดยมี number needed to treat (NNT) เท่ากับ 2.5<sup>12</sup> ในปัจจุบันยังไม่มีหลักฐานที่ตีพิมพ์ที่จะแสดงถึงประสิทธิภาพของการหลีกเลี่ยงอาหารที่จะทำให้อาการเพิ่มขึ้น<sup>13</sup> จึงยังไม่แนะนำให้ตรวจหา IgG antibody เป็น routine ในเวชปฏิบัติทั่วไป อย่างไรก็ตามการแนะนำให้หลีกเลี่ยงอาหารที่จะทำให้อาการเพิ่มขึ้น เช่นอาหารรสจัด อาหารมัน ของดอง แอลกอฮอล์ทุกชนิด กาแฟ น้ำอัดลม เป็นต้น



ถือว่ามียาประโยชน์โดยอาจทำให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้นได้ นอกจากนี้การกินอาหารควรกินทีละน้อยแต่กินให้บ่อยขึ้น ไม่ควรกินจนอึดมาก เพราะว่าจะกระตุ้นให้มีอาการปวดท้องและท้องเสียได้ง่าย

## ข้อสรุปที่ 20.

**การรักษาโดยไม่ใช้ยาที่อาจมีประโยชน์ในผู้ป่วยลำไส้แปรปรวนได้แก่ การใช้ educational self-help guidebook, psychological therapy, การรักษาด้วยสารสมุนไพรรักษา การฝังเข็ม และ biofeedback therapy**

การรักษาโดยไม่ใช้ยา (non-drug therapy) ที่อาจมีประโยชน์ในผู้ป่วยโรคลำไส้แปรปรวนได้แก่

20.1 การใช้ educational self-help guidebook เป็นการให้การศึกษแก่ผู้ป่วยให้มีความรู้เกี่ยวกับโรคทั้งในด้านพยาธิกำเนิด การวินิจฉัยและการรักษา ตลอดจนเข้าใจลักษณะการดำเนินโรคและแนวทางในการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมเพื่อลดอาการที่ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน มีการศึกษาที่เป็น RCT โดยประเมินผลลัพธ์คือ symptom score, perception of improvement และ primary care consultation rates ผลการศึกษาที่หนึ่งปีพบว่าในกลุ่ม self-help guidebook มีผู้ป่วยมาพบแพทย์ลดลงน้อยกว่า control group 1.56 ครั้งต่อปีอย่างมีนัยสำคัญ (95% CI, 1.15-1.98) หรือลดลงร้อยละ 60 นอกจากนี้พบว่าในกลุ่ม self-help guidebook ผู้ป่วยรายงาน perceived improvement มากกว่าโดยมี mean effect เท่ากับ 0.51 (95% CI, 0.23-0.79)<sup>14</sup>

20.2 Psychological therapy เนื่องจากผู้ป่วยโรคลำไส้แปรปรวนมักมีภาวะ anxiety, depression และ somatization ร่วมด้วย<sup>15,16</sup> มีการศึกษาที่เป็น systematic review และ meta-analysis ที่แสดงว่า psychological therapy ซึ่งประกอบด้วย cognitive behavioral therapy (CBT), dynamic psychotherapy และ hypnotherapy ทำให้ global IBS symptoms ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบกับการรักษาตามปกติ<sup>17-19</sup> โดย CBT เป็นแนวทางการรักษาที่มีการศึกษามากที่สุด โดยเฉพาะมีการศึกษาที่ใหญ่และมีคุณภาพสูงหนึ่งการศึกษาที่แสดงว่า CBT ได้ประโยชน์ทำให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้นอย่างชัดเจน มีการศึกษาที่เป็น single-blinded study เปรียบเทียบ CBT กับ patient education alone พบว่า CBT ทำให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้นร้อยละ 73 ซึ่งได้ผลดีกว่า education group ซึ่งได้ผลร้อยละ 41.3 อย่างมีนัยสำคัญ



ทางสถิติ (NNT= 3.2)<sup>20</sup> สำหรับ hypnotherapy มีการศึกษาที่เป็น systematic review ประกอบด้วย 6 การศึกษาที่มี control และ 8 การศึกษาที่ไม่มี control มีผู้ป่วยรวม 644 ราย พบว่าร้อยละ 80 มี global IBS symptoms ดีขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วย typical IBS จะตอบสนองได้ดี ส่วนผู้ป่วยชายที่มีท้องเสียเป็นอาการเด่น และผู้ป่วย IBS ที่มี atypical symptoms หรือมี comorbid psychopathology มักไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษา<sup>21</sup>

20.3 Probiotics<sup>22-25</sup> กลไกหนึ่งของพยาธิสรีระวิทยาของ IBS คือมีการเปลี่ยนแปลงของ intestinal microbiota ผิดปกติไปจากเดิม โดยเกิดความไม่สมดุลของ intestinal microbiota เช่น มีการลดลงของ *Lactobacilli* และ *Bifidobacteria* ซึ่งเป็นแบคทีเรียที่ดีเกิดประโยชน์ต่อร่างกายขณะเดียวกันมีแบคทีเรียที่ไม่ดีเพิ่มขึ้นเช่น *Clostridia* และ *Enterobacteriaceae* เป็นต้น นำไปสู่ภาวะ dysbiosis, elevated luminal gas production และ immune activation ดังนั้นเป้าหมายหนึ่งของการรักษา IBS จึงมุ่งไปที่การแก้ไขความผิดปกติของ intestinal microbiota มีการศึกษาที่เป็น systematic review 3 การศึกษา (2 การศึกษาเป็นผู้ป่วยผู้ใหญ่อย่างเดียว, 1 การศึกษาเป็นผู้ใหญ่และเด็ก)<sup>2-4</sup> พบว่า probiotics ทำให้ผู้ป่วยมี global IBS symptoms, abdominal pain และ flatulence ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญและประโยชน์ที่ได้เป็น strain-specific และ symptom-specific สำหรับ probiotic ที่เป็นสายพันธุ์เดี่ยว หลักฐานที่ดีที่สุดคือ *Bifidobacteria infantis* รองลงไปคือ *Lactobacillus planetarium* ส่วน probiotic ที่เป็นสายพันธุ์ผสมเช่น *E.coli-Nisle* + *Streptococcus faecalis* เนื่องจากมีปัจจัยหลายอย่างเช่น strain selection, optimum dosage, mode of action, safety และ long-term tolerability ซึ่งมีผลต่อผลของการรักษาจึงยังไม่สามารถกำหนดให้ probiotics เป็น general recommendation ในการรักษาผู้ป่วย IBS ได้

20.4 สารสมุนไพร จากการศึกษาโดย Cochrane systematic review 75 RCTs มีผู้ป่วยรวม 7,957 ราย พบว่ามีสารสมุนไพรบางอย่างอาจทำให้อาการของผู้ป่วยโรคลำไส้แปรปรวนดีขึ้นได้<sup>26</sup> มีการศึกษาที่เป็น RCT แบบ multicenter โดยศึกษาตำรับสมุนไพรชื่อ Iberogast ซึ่งประกอบด้วยสมุนไพรหลายชนิด พบว่าทำให้อาการของผู้ป่วยโรคลำไส้แปรปรวนดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบกับยาหลอก โดยผู้ป่วยทนยาได้ดีและได้ผลดีไม่ว่าจะมี predominant symptom แบบใด<sup>27</sup> อย่างไรก็ตามการประเมินประโยชน์ที่แท้จริงของสมุนไพรอาจได้ผลไม่แน่นอน เนื่องจาก



การศึกษาต่างๆ มีความหลากหลายของจำนวนและชนิดสมุนไพรที่ใช้และต้องคำนึงถึงพิษจากความไม่บริสุทธิ์ในสมุนไพรนั้นๆ ด้วยซึ่งทำให้เป็นข้อจำกัดของสมุนไพรที่จะนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ในการรักษา<sup>13</sup>

20.5 การฝังเข็ม จากการศึกษาที่เป็น systematic review พบว่าไม่สามารถสรุปได้ว่าการฝังเข็มได้ประโยชน์ในการรักษาโรคลำไส้แปรปรวน เนื่องจากผลการรักษามีทั้งที่ทำให้อาการดีขึ้นและไม่ดีขึ้น จึงต้องการการศึกษาเพิ่มเติมอีกมากก่อนที่จะแนะนำการฝังเข็มให้เป็นหนึ่งในแนวทางการรักษา<sup>13</sup>

### 20.6 Biofeedback therapy

Biofeedback therapy<sup>28</sup> หรือการฝึกเบ่งอุจจาระ มีรายงานว่ามียุทธศาสตร์ในผู้ป่วยลำไส้แปรปรวนชนิดท้องผูกเด่นที่มีปัญหาเบ่งไม่ถูกวิธี (anismus) ร่วมด้วย โดยพบว่าถ้าผู้ป่วยสามารถฝึกเบ่งจนสามารถเบ่งอุจจาระได้ถูกวิธี อาการปวดแน่นท้องจากลำไส้แปรปรวนจะดีขึ้น สัมพันธ์กับการคลายตัวของหูรูดทวารหนักขณะเบ่งที่ดีขึ้น ดังนั้นผู้ป่วยลำไส้แปรปรวนชนิดท้องผูกเด่นที่มีอาการรบกวนมากหรือต้องการรักษา การตรวจการทำงานของทวารหนัก เช่น anorectal manometry, balloon expulsion test หรือ defecogram เพื่อค้นหาภาวะเบ่งไม่ถูกวิธี (anismus) และให้การรักษาโดยวิธี biofeedback จึงน่าจะมีประโยชน์ต่อผู้ป่วย

### References :

1. Brandt LJ, Bjorkman D, Fennerty MB, et al. Systematic review on the management of irritable bowel syndrome in North America. *Am J Gastroenterol* 2002;97 (Suppl 11):S7- 26.
2. Tack J, Fried M, Houghton LA, Spicak J, Fisher G. Systematic review: the efficacy of treatments for irritable bowel syndrome: a European perspective. *Aliment Pharmacol Ther* 2006;24:183 - 205.
3. Hammer J, Eslick GD, Howell SC, Altiparmak E, Talley NJ. Diagnostic yield of alarm features in irritable bowel syndrome and functional dyspepsia. *Gut* 2004;53:666-72.
4. Ford AC, Talley NJ, Veldhuyzen van Zanten SJ, Vakil NB, Simel DL, Moayyedi P. Will the history and physical examination help establish that irritable bowel syndrome is causing my patient's lower gastrointestinal symptoms? *JAMA* 2008;300:1793-805.
5. Cash BD, Schemed P, Chey WD. The utility of diagnostic tests in irritable bowel syndrome patients: a systematic review. *Am J Gastroenterol* 2002;97:2812-9.
6. American Gastroenterological Association. AGA medical position statement: Irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 2002;123:2105-7.
7. Manning AP, Thompson WG, Heaton KW, et al. Towards positive diagnosis of the irritable bowel. *Br Med J* 1978;277:653-4.
8. Owens DM, Nelson DK, Talley NJ. The irritable bowel syndrome: long-term prognosis and the physician-patient interaction. *Ann Intern Med* 1995;122:107-12.
9. Spiegel BMR, Nalibo7 B, Mayer E, et al. The effectiveness of a model physician-patient relationship versus usual care in irritable bowel syndrome: a randomized controlled trial. *Gastroenterology* 2006;130:A773.
10. Simren M, Mansson A, Langkilde AM, et al. Food-related gastrointestinal symptoms in the irritable bowel syndrome. *Digestion* 2001;63:108-15.



11. Park MI, Camilleri M. Is there a role of food allergy in irritable bowel syndrome and functional dyspepsia? A systematic review. *NeurogastroenterolMotil* 2006;18:595-607.
12. Atkinson W, Sheldon T, Shaath N, Whorwell PJ. Food elimination based on IgG antibodies in irritable bowel syndrome: a randomized controlled trial. *Gut* 2004;53:1459-64.
13. Brandt LJ, Chey WD, Foxx-Orenstein AE, et al. American College of Gastroenterology Task Force on Irritable Bowel Syndrome. An evidence-based position statement on the management of irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol*. 2009;104 Suppl 1:S1-35.
14. Robinson A , Lee V, Kennedy A , et al. A randomized controlled trial of self-help interventions in patients with a primary care diagnosis of irritable bowel syndrome. *Gut* 2006;55:643-648.
15. Whitehead WE, Palsson O, Jones KR.. Systematic review of the comorbidity of irritable bowel syndrome with other disorders: what are the causes and implications? *Gastroenterology* 2002;122:1140-56.
16. Miller AR, North CS, Clouse RE, Wetzel RD, Spitznagel EL, Alpers DH. The association of irritable bowel syndrome and somatization disorder. *Ann Clin Psychiatry* 2001;13:25-30.
17. Lackner JM, Mesmer C, Morley S, Dowzer C, Hamilton S. Psychological treatments for irritable bowel syndrome: a systematic review and meta-analysis .*J Consult Clin Psychol* 2004;72: 1100-13.
18. Ford A, Talley N, Schoenfeld P, et al. Efficacy of psychological therapies in irritable bowel syndrome: systematic and meta-analysis. *Am J Gastroenterol* 2008;103 (Suppl 1):S477.
19. Webb AN, Kukuruzovic RH, Catto-Smith AG, Sawyer SM. Hypnotherapy for treatment of irritable bowel syndrome. *Cochrane Database Syst Rev* 2007 (4) CD005110.
20. Drossman D, Toner B, Whitehead W, et al. Cognitive-behavioral therapy vs. education and desipramine vs. placebo for moderate to severe functional bowel disorders. *Gastroenterology* 2003; 125:19-31.
21. Tan G, Hammond D, Gurralla J. Hypnosis and irritable bowel syndrome: a review of efficacy and mechanism of action. *Am J Clin Hypnosis* 2005;47:161-178.
22. Whelan K. Probiotics and prebiotics in the management of IBS: a review of recent clinical trials and systematic reviews. *Curr Opin Clin Nutr Care* 2011;14:531-7.
23. McFarland LV, Dubin S. Meta-analysis of probiotics for the treatment of IBS. *World J Gastroenterol* 2008;14:2650-61.
24. Brenner DM, Moeller MJ, Chey WD, Schoenfeld PS. The utility of probiotics in the treatment of IBS; a systematic review. *Am J Gastroenterol* 2009;104:1033-49.
25. Moayyedi P, Ford AC, Talley NJ, et al. The efficacy of probiotics in the treatment of IBS: a systematic review. *Gut* 2010;59:325-32.
26. Liu J, Yang M, Liu Y, Wei M, Grimsgaard S. Herbal medicines for treatment of irritable bowel syndrome. *Cochrane Database Syst Rev* 2006 ;(1):CD004116.
27. Madisch A, Holtmann G, Plein K, Hotz J. Treatment of irritable bowel syndrome with herbal preparations: results of a double-blind, randomized, placebo-controlled, multi-centre trial. *Aliment Pharmacol Ther* 2004;19:271-279.
28. Patcharatrakul T, Gonlachanvit S. Outcome of biofeedback therapy in dyssynergic defecation patients with and without irritable bowel syndrome. *J Clin Gastroenterol* 2011; 45(7):593-598.





# Pharmacological Treatment

## ข้อสรุปที่ 21.

ยาที่มีประโยชน์ในการรักษาผู้ป่วยโรคลำไส้แปรปรวนได้แก่ antispasmodics, fiber, anti-diarrheal, laxatives, antibiotics, probiotics, lubiprostone, linaclotide, anti-depressants (TCA and SSRI) และยาที่ออกฤทธิ์ผ่านระบบ serotonin หรือ 5-HT receptor

การรักษาลำไส้แปรปรวนปัจจุบันยังเน้นที่การรักษาตามอาการเป็นหลัก ส่วนยาที่ออกฤทธิ์ผ่าน serotonin receptors นั้นก็สามารถใช้ได้ตามข้อบ่งชี้

21.1. การรักษาอาการปวดท้อง สามารถใช้ยาที่ลดอาการปวดเกร็ง (antispasmodics) ได้ ไม่ว่าจะเป็น hyoscine, mebeverine แต่เนื่องจากยาเหล่านี้มีจำหน่ายมานานแล้ว การศึกษาที่เคยทำเมื่อนานแล้วนั้น มักมีขนาดเล็ก ไม่สมบูรณ์ ในเชิง RCT และอาจมี publication bias แม้มีผู้ทำ meta-analysis แสดงให้เห็นประโยชน์แล้วก็ตาม<sup>1</sup>

นอกจากนี้ยังมียาที่ขึ้นทะเบียนในประเทศอื่น เช่น Trimebutine (ซึ่งเป็น opioid antagonist), pinaverium (Dicetel<sup>®</sup>) และ dicyclomine (dicycloverine) แต่ก็ไม่มีหลักฐานว่ามีประโยชน์อย่างชัดเจน อย่างไรก็ตามมีผู้ป่วยบางรายที่ตอบสนองต่อการรักษาเช่นกัน

ส่วนยา เช่น alverine (Spasmonal<sup>®</sup>), fenoverine (Spasmopriv<sup>®</sup>) เคยมีจำหน่ายในประเทศ แต่ปัจจุบันได้ถอนทะเบียนไปแล้ว

ยาที่มีผลต่อ pain modulation ก็เลือกใช้ได้ เช่น tricyclic antidepressant และ SSRI<sup>2</sup> แต่ยากลุ่ม GABA analogue เช่น gabapentin และ pregabalin ยังไม่มีการศึกษาใน IBS

21.2. การรักษาอาการท้องเสีย เลือกใช้ยาต่อไปนี้ได้

- Antidiarrheal drugs เช่น ยาผสม diphenoxylate หรือ loperamide โดยยาสามารถลดความถี่ ทำให้ปริมาณอุจจาระ, ลักษณะอุจจาระดีขึ้นได้ แต่ไม่มีผลต่ออาการปวดท้อง และ global assessment ดีขึ้นน้อย<sup>3,4</sup>

- ส่วน codeine ไม่แนะนำให้ใช้เพราะนำไปสู่ abuse ได้
- 5-HT<sub>3</sub> antagonists เช่น alosetron, ramosetron



Alosetron ยังไม่ได้ขึ้นทะเบียนในประเทศไทย แม้พบว่าได้ผลดีมาก แต่เนื่องจากพบผลข้างเคียงคือ ischemic colitis และมีบางรายเสียชีวิต ผู้ผลิตจึงจำกัดให้แพทย์สั่งใช้เฉพาะกรณีมีข้อบ่งชี้และผู้ป่วยทราบผลข้างเคียงและยินยอมใช้เท่านั้น และเฉพาะในสหรัฐอเมริกาประเทศเดียว ล่าสุดพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถช้ยาในระยะยาวได้อย่างได้ผลและปลอดภัย<sup>5</sup>

Ramosetron ขึ้นทะเบียนในประเทศไทยแล้ว พบว่าได้ผลดีมากในผู้ป่วยชาย และกำลังมีการศึกษาในวงกว้างต่อไป<sup>6</sup>

การใช้ยาปฏิชีวนะอาจมีประโยชน์ในการรักษา IBS-D ได้ โดยมีสมมติฐานว่าผู้ป่วยอาจมีการติดเชื้อแฝงหรือเป็นการปรับสิ่งแวดล้อมจุลชีพในลำไส้ หรือผู้ป่วยอาจมี small intestinal bacterial overgrowth หรือ tropical sprue อยู่

ยาปฏิชีวนะที่มีการศึกษาปัจจุบันมีเพียงขนานเดียว คือ Rifaximin เมื่อปี 2011 มีการศึกษา phase III ที่แสดงให้เห็นว่า Rifaximin ได้ผลดีในผู้ป่วย non IBS-C โดยทำให้อาการรวมดีขึ้น ปวดท้อง ท้องอืดดีขึ้น ตลอดจนถึงลักษณะอุจจาระที่เหลวเป็นน้ำก็ดีขึ้นด้วย<sup>7</sup>

### 21.3. การรักษาอาการท้องผูก เลือกใช้ยาต่อไปนี้ได้

- Fiber โยอาหารให้ผลดีในรายที่ได้รับใยอาหารต่อวันน้อยกว่าเกณฑ์หรือกลุ่มที่ต้องการใยอาหารมากกว่าอัตราเฉลี่ย หรือผู้ที่รับประทานใยอาหารไม่สม่ำเสมอ<sup>8-10</sup> อย่างไรก็ตามหากผู้ป่วยไม่ได้ต้องการใยอาหารเพิ่มขึ้นกว่าที่ควรได้ ก็มักมีอาการข้างเคียงเช่น ท้องอืด มีลมในท้อง หากเป็นไปได้ควรได้รับใยอาหารในรูปแบบธรรมชาติ เช่นจากผัก ผลไม้ มากกว่าในรูปแบบที่ขึ้นทะเบียนเป็นยาหรือผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร

- Laxatives ไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ในการใช้ยา conventional laxatives (เช่น magnesium salt, lactulose, bisacodyl, senna) ในผู้ป่วย IBS แต่พบว่ามีการใช้ยากลุ่มนี้อย่างกว้างขวาง และเป็นที่ยอมรับทั้งในผู้ป่วยและแพทย์

ส่วน polyethylene glycol มีการศึกษาขนาดเล็ก แต่ก็พบว่าได้ผลดีกว่า อาการข้างเคียงน้อยกว่า lactulose<sup>11</sup>

- Lubiprostone ซึ่งพบว่าการใช้แม้ในระยะยาวก็ได้ผลดี ปลอดภัย และผู้ป่วยทนการรักษาได้ดี ยาผ่านการรับรองจาก US FDA แล้วและเป็นเพียงขนานเดียวที่



รับรองให้ใช้ใน IBS-C ได้ทั่วไปไม่มีข้อจำกัดหรือข้อบ่งชี้เฉพาะ ขณะนี้รอขึ้นทะเบียนในประเทศไทย<sup>12</sup>

- 5-HT4 agonist

Tegaserod เป็นยากลุ่มนี้ที่เคยขึ้นทะเบียนในประเทศ และพิสูจน์ว่าได้ผลดีปลอดภัย แต่ต่อมาผู้ผลิตและจำหน่ายขอยกเลิกไม่จำหน่าย จากที่มีการศึกษาทบทวนผู้ป่วยที่เข้าร่วมการทดสอบทางคลินิกจำนวนมากพบว่าผู้ที่ได้รับยามี้อัตราก่ภาวะแทรกซ้อนและอัตราการตายจากโรคหัวใจและ stroke มากกว่า<sup>13</sup>

- Prucalopride ยานี้ขึ้นทะเบียนแล้วทั้งในและต่างประเทศเพื่อใช้รักษา chronic constipation ซึ่งให้ผลดีและปลอดภัยขณะนี้มีข้อมูลว่าได้ผลดีในผู้ป่วย IBS-C แต่ยังไม่ได้ขึ้นทะเบียนการรักษาในข้อบ่งชี้

- Linaclotide ปัจจุบันขึ้นทะเบียนในสหรัฐอเมริกาเพื่อรักษา IBS-C แล้ว<sup>14</sup> แต่ยังไม่ใช้ในประเทศไทย

- Cisapride ปัจจุบันผู้ผลิตยาดันตำรับถอนทะเบียนไปนานแล้ว ในประเทศมีจำหน่ายเป็นยา generic เท่านั้น การศึกษาผลของ cisapride ใน IBS-C มีไม่มาก มีเพียงการศึกษาเดียวที่พบว่าดีกว่า placebo<sup>17</sup> แต่หลังจากนั้นและจาก systematic review<sup>18</sup> พบว่าไม่ได้ผลดีกว่า placebo

- Mosapride เท่าที่สืบค้นได้มีเพียงการศึกษาเดียว<sup>19</sup> เป็นการศึกษาแบบเปิดในผู้ป่วย 10 ราย พบว่าช่วยให้อาการโดยรวมดีขึ้นได้

## ข้อสรุปที่ 22.

**ไม่มีข้อบ่งชี้ในการใช้ยาลดกรดในผู้ป่วยลำไส้แปรปรวนที่ไม่มีอาการของกรดไหลย้อนหรือภาวะอาหารทำงานผิดปกติ (ปวดแสบท้องบริเวณลิ้นปี่)**

ผู้ป่วยลำไส้แปรปรวนที่ไม่มีอาการของกรดไหลย้อนหรือภาวะอาหารทำงานผิดปกติ (ปวดแสบท้องบริเวณลิ้นปี่) การใช้ยาระงับการหลั่งกรดมีบทบาทน้อยจากการสืบค้น พบว่า

22.1. ไม่มีการศึกษาถึงบทบาทของยาระงับการหลั่งกรด ไม่ว่าจะเป็น H2-receptor antagonist หรือ PPI ในผู้ป่วยลำไส้แปรปรวนเลย

22.2. อย่างไรก็ตาม พบว่าผู้ป่วยอาจมีอาการของทั้งลำไส้แปรปรวนและ



โรคกรดไหลย้อนหรือ functional dyspepsia เหลื่อมซ้อนได้ในขณะเดียวกัน โดยมีความชุกอยู่ราว 11-27 %<sup>15</sup> ผู้ป่วยมักมีอาการมากกว่าผู้ที่มีภาวะหนึ่งภาวะใดเพียงอย่างเดียว จึงพบได้มากในสถานพยาบาลระดับตติยภูมิ และมักมี psychiatric comorbidity<sup>16</sup> อันอาจได้รับประโยชน์จากการประเมินและรักษาทางจิตเวช ส่วนอาการของแต่ละภาวะแนะนำให้รักษาแยกจากกัน

## Reference

1. Poynard T, Regimbeau C, Benhamou Y. Meta-analysis of smooth musclerelaxants in the treatment of irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther* 2001;15:355-61.
2. Jackson JL, O'Malley PG, Tomkins G, Balden E, Santoro J, Kroenke K. Treatment of functional gastrointestinal disorders with antidepressant medications: a meta-analysis. *Am J Med* 2000; 108:65-72.
3. Lavo B, Stenstam M, Nielsen A-L. Loperamide in treatment of irritable bowel syndrome - A double-blind placebo controlled study. *Scand J Gastroenterol Suppl* 1987;22:77-80.
4. Palmer KR, Corbett CL, Holdsworth CD. Double-blind cross-over study comparing loperamide, codeine and diphenoxylate in the treatment of chronic diarrhea. *Gastroenterology* 1980;79:1272-5.
5. Nicandro JP, Shin P, Chuang E. Evaluation of treatment continuation with alosetron by IBS-D severity criteria. *Curr Med Res Opin* 2012;28:449-56.
6. Lee KJ, Kim NY, Kwon JK, et al. Efficacy of ramosetron in the treatment of male patients with irritable bowel syndrome with diarrhea: a multicenter, randomized clinical trial, compared with mebeverine. *Neurogastroenterol Motil* 2011;23:1098-104.
7. Pimentel M, Lembo A, Chey WD, et al. Rifaximin Therapy for Patients with Irritable Bowel Syndrome without Constipation. *New Engl J Med* 2011;364:22-32.
8. Francis CY, Whorwell PJ. Bran and irritable bowel syndrome: time for reappraisal. *Lancet* 1994;344:39-40.
9. Prior A, Whorwell PJ. Double blind study of ispaghula in irritable bowel syndrome. *Gut* 1987;28:1510-13.
10. Bijkerk CJ, Muris JWM, Knottnerus JA, Hoes AW, De Wit NJ. Systematic review: the role of different types of fibre in the treatment of irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther* 2004;19:245-51.
11. Attar A, Lemann M, Ferguson A, et al. Comparison of a low dose polyethylene glycol electrolyte solution with lactulose for treatment of chronic constipation. *Gut* 1999;44:226-30.
12. Chey WD, Drossman DA, Johanson JF, Scott C, Panas RM, Ueno R. Safety and patient outcomes with lubiprostone for up to 52 weeks in patients with irritable bowel syndrome with constipation. *Aliment Pharmacol Ther* 2012;35:587-99.
13. Evans BW, Clark WK, Moore DJ, Whorwell PJ. Tegaserod for the treatment of irritable bowel syndrome and chronic constipation. *Cochrane Database Syst Rev* 2007:CD003960.
14. Wensel TM, Luthin DR. Linaclotide: a novel approach to the treatment of irritable bowel syndrome. *Ann Pharmacother* 2011;45:1535-43.
15. Suzuki H, Hibi T. Overlap syndrome of functional dyspepsia and irritable bowel syndrome - are both diseases mutually exclusive? *J Neurogastroenterol Motil* 2011;17:360-5.



16. Piacentino D, Cantarini R, Alfonsi M, et al. Psychopathological features of irritable bowel syndrome patients with and without functional dyspepsia: a cross sectional study. *BMC Gastroenterol* 2011;11:94.
17. Van Outryve M, Milo R, Toussaint J, Van Eeghem P. “Prokinetic-treatment of constipation-predominant irritable bowel syndrome: a placebo-controlled study of cisapride. *J Clin Gastroenterol* 1991;13:49-57.
18. Ford AC, Brandt LJ, Young C, Chey WD, Foxx-Orenstein AE, Moayyedi P. Efficacy of 5-HT<sub>3</sub> antagonists and 5-HT<sub>4</sub> agonists in irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol* 2009;104:1831-43.
19. Nakamura M, Ohmiya N, Miyahara R, et al. Are symptomatic changes in irritable bowel syndrome correlated with the capsule endoscopy transit time? A pilot study using the 5-HT<sub>4</sub> receptor agonist mosapride. *Hepatogastroenterology* 2011;58:453-8.



## Psychiatric problems ใน IBS

### ข้อสรุปที่ 23.

**ภาวะความผิดปกติทางจิตเวช เช่น เครียด วิตกกังวล หรือซึมเศร้า เป็นภาวะที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคลำไส้แปรปรวน และควรได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม**

ความผิดปกติทางจิตเวช เช่น anxiety, depression และ somatization ในผู้ป่วย Irritable Bowel Syndrome (IBS) ข้อมูลของ Lee และคณะ<sup>1</sup> ซึ่งศึกษาในประชากรทั่วไปที่ส่งงบจำนวน 2,005 ราย พบว่าผู้ป่วยที่มี general anxiety disorder (GAD) มีอัตราการพบ IBS ได้มากกว่าผู้ที่ไม่ใช่ GAD 4.7 เท่า และผู้ป่วย IBS มีอัตราการพบ GAD ได้มากกว่าผู้ที่ไม่ใช่ IBS ได้ถึง 5 เท่า ข้อมูลการศึกษาของ Chung PS และคณะ<sup>2</sup> พบว่าผู้ป่วยที่มี somatic symptom score สูง มีอัตราการเกิดโรค IBS ได้สูงกว่าผู้ที่มี somatic symptom score ต่ำ ได้ถึง 4 เท่า ผลการศึกษาของ Henningsen และคณะ<sup>3</sup> โดยทำ meta-analysis พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการของ IBS มีอัตราการพบ anxiety และ depression ได้มากกว่าที่พบในคนปกติ หรือผู้ป่วยที่มีอาการเนื่องจากมี organic cause ในผู้ป่วย IBS ที่มาปรึกษาแพทย์จะมีอัตราการพบ anxiety ได้สูงกว่าผู้ป่วย IBS ที่ไม่ได้มาพบแพทย์ ในรายงานของ Gros และคณะ<sup>4</sup> พบว่าผู้ป่วย panic disorders, GAD และผู้ป่วยที่มี major depression มีอัตราการเกิดอาการของ IBS ได้มากกว่า โดยที่ผู้ป่วยที่เป็น social anxiety disorder, specific phobia และ obsessive-compulsive disorder มีอาการของ IBS ไม่ต่างจากคนปกติ ความรุนแรงและความถี่ของอาการ IBS ในผู้ป่วย GAD จะมากกว่าในกลุ่มผู้ป่วยอื่นๆ รายงานของ Creed และคณะ<sup>5</sup> พบว่าผู้ป่วย IBS ที่มี marked somatization อาการของ IBS จะดีขึ้นโดยการรักษาด้วย psychotherapy หรือ antidepressant มากกว่าการรักษาโดยวิธีปกติ การศึกษาโดย Friedrich และคณะ<sup>6</sup> ซึ่งเป็นการทำ meta-analysis พบว่าการใช้ยา antidepressant (TCA และ SSRI) ในการรักษา IBS ที่มี depression ร่วมด้วย พบว่ายา antidepressant บางขนานอาจจะทำให้อาการของ IBS ดีขึ้น โดยไม่มีความสัมพันธ์กับผลของยาต่ออาการ depression ที่เกิดร่วม

โรค IBS ไม่ได้เป็นโรคทางจิตเวชแต่ผู้ป่วย IBS มีโอกาสที่จะพบความผิดปกติ



ทางจิตเวชได้มากกว่าประชากรทั่วไปดังกล่าวมาข้างต้น ผู้ป่วย IBS ที่มีปัญหาทางจิตเวชควรได้รับการดูแลรักษาร่วมไปด้วยกันทั้งสองปัญหา

### References

1. Lee S, Wu J, Ma YL, Tsang A, Guo WJ, Sung J. Irritable bowel syndrome is strongly associated with generalized anxiety disorder: a community study. *Aliment Pharmacol Ther* 2009;30:643-51.
2. Choung RS, Locke R, Zinsmeister AR, Schleck CD, Talley NJ. Psychosocial distress and somatic symptoms in community subjects with irritable bowel syndrome: a psychological component is the rule. *Am J Gastroenterol* 2009;104:1772-9.
3. Henningsen P, Zimmermann T, Sattel H. Medically unexplained physical symptoms, anxiety, and depression: a meta-analytic review. *Psychosomatic Medicine* 2003;65:528-33.
4. Gros DF, Antony MM, McCabe RE, Swinson RP. Frequency and severity of the symptoms of irritable bowel syndrome across the anxiety disorders and depression. *J Anxiety Disorders* 2009;23:290-6.
5. Creed F, Tomenson B, Guthrie E, et al. The relationship between somatization and outcome in patients with severe irritable bowel syndrome. *J of Psychosomatic Res* 2008;64:613-20.
6. Friedrich M, Grady SE, Wall GC. Effects of antidepressants in patients with irritable bowel syndrome and comorbid depression. *Clin Ther* 2010;32:1221-33.

## ข้อสรุปที่ 24.

**การสวนล้างลำไส้อาจทำให้อาการลำไส้แปรปรวนดีขึ้นชั่วคราว แต่ผลดีหรือผลเสียระยะยาวยังไม่มีข้อมูลทางการแพทย์ชัดเจน**

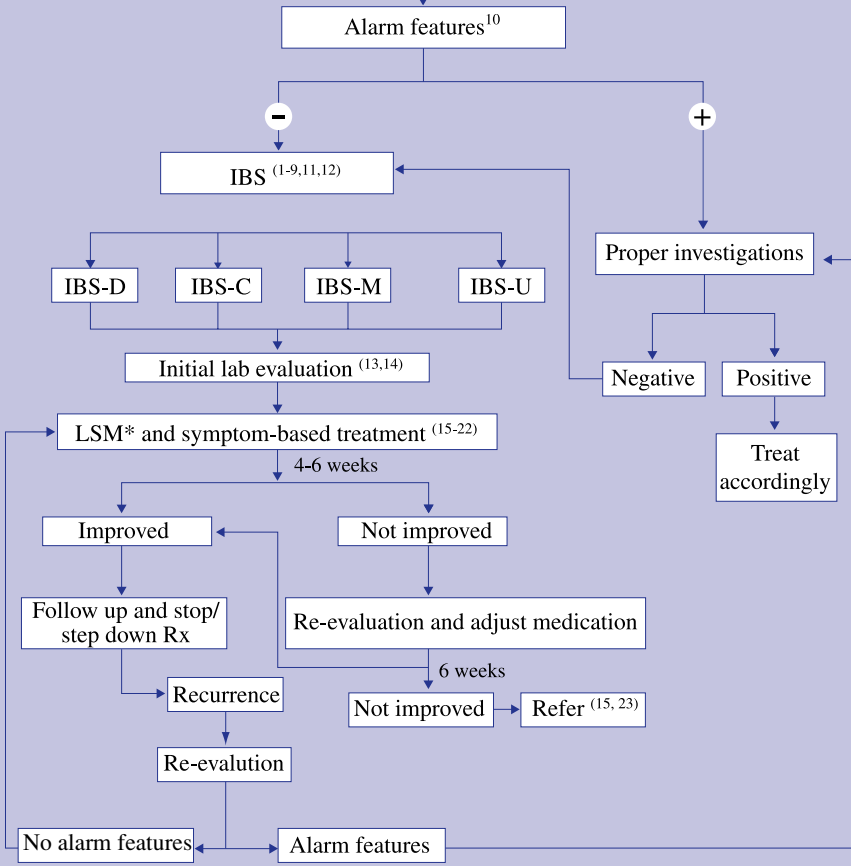
ในผู้ป่วยลำไส้แปรปรวนที่มีอาการท้องผูกเป็นประจำการสวนล้างลำไส้ อาจทำให้อาการดีขึ้นชั่วคราวแต่ไม่ควรทำเป็นประจำเนื่องจากไม่มีข้อมูลทางการแพทย์ที่บ่งบอกถึงผลดีหรือผลเสียระยะยาว

ในผู้ป่วยลำไส้แปรปรวนที่มีอาการอ่อนไปทางท้องเสียการสวนล้างลำไส้ไม่น่าจะได้ประโยชน์ใด ๆ



# IBS Guideline

Chronic abdominal pain/discomfort associated with altered bowel movement



หมายเลขในแต่ละกรอบ เป็นหมายเลขของข้อสรุปที่เกี่ยวข้อง  
 \*LSM = Life Style Modification





# รายนามผู้เข้าร่วมประชุมสัมมนาพิจารณา

## Guideline for Management of Irritable bowel syndrome

ครั้งที่ 1 วันที่ 22-23 มกราคม 2554

ณ โรงแรมดุสิตธานี พัทยา จังหวัดชลบุรี

ครั้งที่ 2 วันที่ 23-24 มิถุนายน 2555

ณ โรงแรมเชอราตัน หัวหิน รีสอร์ทแอนด์สปา จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

นายแพทย์กิตติ	จันทร์เลิศฤทธิ์	โรงพยาบาลศรีนครินทร์	ขอนแก่น
แพทย์หญิงจินดารัตน์	เจียเจษฎากุล	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	กรุงเทพมหานคร
แพทย์หญิงโฉมศรี	โฉมิตชัยวัฒน์	โรงพยาบาลรามาริบัติ	กรุงเทพมหานคร
แพทย์หญิงฐนิศา	พัชรตระกูล	โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	กรุงเทพมหานคร
นายแพทย์ธเนศ	จัดวัฒนกุล	โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา	ชลบุรี
นายแพทย์ธเนศ	ชิตาพนารักษ์	โรงพยาบาลมหาสารคามศรีเชียงใหม่	เชียงใหม่
นายแพทย์นพวุฒิ	กิริตกรณัฐกัก	โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา	ชลบุรี
แพทย์หญิงนิศา	เนตินาถสุนทร	โรงพยาบาลสงขลานครินทร์	สงขลา
นายแพทย์บัญญัติ	โอวาทพารพร	โรงพยาบาลสงขลานครินทร์	สงขลา
แพทย์หญิงบุษบา	วิวัฒน์เวคิน	โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	กรุงเทพมหานคร
แพทย์หญิงมณฑิรา	มณีรัตน์นะพร	โรงพยาบาลศิริราช	กรุงเทพมหานคร
นายแพทย์รัฐกร	วิไลชนม์	โรงพยาบาลธรรมศาสตร์	กรุงเทพมหานคร
แพทย์หญิงวรรณุช	จงศรีสวัสดิ์	โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	กรุงเทพมหานคร
แพทย์หญิงวรรณ	เจียมศรีพงษ์	โรงพยาบาลพุทธชินราช	พิษณุโลก
นายแพทย์วานิช	ปียนรินทร์	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	กรุงเทพมหานคร
แพทย์หญิงโรชา	มหาชัย	โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	กรุงเทพมหานคร
นายแพทย์ศตวรรษ	ทองสวัสดิ์	โรงพยาบาลมหาสารคามศรีเชียงใหม่	เชียงใหม่
นายแพทย์ศรัณย์	วรรณภาสนี	โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์	อุบลราชธานี
นายแพทย์ศุภชัย	ศรีศิริรุ่ง	โรงพยาบาลพญาไท ศรีราชา	ชลบุรี
นายแพทย์สมชาย	ลีลากุลสลวงค์	โรงพยาบาลศิริราช	กรุงเทพมหานคร
นายแพทย์สยาม	ศิรินครปฐมญา	โรงพยาบาลราชวิถี	กรุงเทพมหานคร
นายแพทย์สิน	อนุราษฎร์	โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์	กรุงเทพมหานคร
แพทย์หญิงสุพร	ตรีพงษ์กรณา	โรงพยาบาลรามาริบัติ	กรุงเทพมหานคร
นายแพทย์สุริยะ	จักกะพาก	โรงพยาบาลรามาริบัติ	กรุงเทพมหานคร
นายแพทย์สุเทพ	กลชาณวิทย์	โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	กรุงเทพมหานคร
นายแพทย์อุดม	คชินทร	โรงพยาบาลศิริราช	กรุงเทพมหานคร



The image features a background of concentric, slightly blurred circles in various shades of blue, creating a tunnel-like or ripple effect. In the center, the letters "IBS" are displayed in a bold, white, serif font. The "I" is a simple vertical bar, while the "B" and "S" have classic serif curves. The text is centered horizontally and vertically within the frame.

IBS