

How Experts Do It?

“การรักษาโรคเป็นทั้ง “ศาสตร์” และ “ศิลป์” การใช้ “ศาสตร์” เพียงอย่างเดียวบางครั้งก็ไม่พอ ต้องมี “ศิลป์” ซึ่งจะเกิดได้ก็ด้วยจากความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ คอลัมน์นี้คือการแบ่งปัน แนวคิด เทคนิค และประสบการณ์จากผู้ที่ได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้เชี่ยวชาญในเรื่องนั้น”

Chronic Diarrhea

สถาพร มานัสสถิตย์

รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาโรคระบบทางเดินอาหาร
โรงพยาบาลศิริราช



ถาม Chronic diarrhea เป็นเรื่องแพทย์ให้ความสนใจเพราะมีปัญหาในเวชปฏิบัติ มากๆ คำจำกัดความของ chronic diarrhea นั้นมีการใช้ระยะเวลาของอาการ diarrhea ที่แตกต่างกันไป อาจารย์ใช้ระยะเวลาเกินกี่สัปดาห์ครับ?

ตอบ คำจำกัดความมีทั้งนานกว่า 3 หรือ 4 สัปดาห์ แต่นี่คือทางทฤษฎี เพราะโดยปกติ acute diarrhea มักหายใน 3-5 วัน ดังนั้นถ้าเข้าสัปดาห์ที่ 2 ยังไม่หายก็ควรต้องสืบค้นบางอย่างได้แล้ว เช่น ควรเริ่มตรวจอุจจาระ เพาะเชื้อ หรือบางรายอาจต้องทำ sigmoidoscopy หรือ colonoscopy แล้วไม่ใช่ต้องรอให้เกิน 3 หรือ 4 สัปดาห์จนครบเกณฑ์ของ chronic diarrhea ก่อนค่อยทำการสืบค้น

ถาม สาเหตุของ chronic diarrhea ในประเทศไทยเคยมีงานวิจัยหรือรายงานใหญ่ๆ บ้างหรือไม่ครับว่ามีสาเหตุจากอะไรบ้าง?

ตอบ มีน้อยครับ เท่าที่มีเป็นข้อมูลรวบรวมของอาจารย์บุญ วนาสิน โรงพยาบาลศิริราช

ประมาณกว่า 20 ปีมาแล้ว แต่ไม่ได้มีการตีพิมพ์ ซึ่งสาเหตุก็มีหลากหลายรวมทั้งมีบางส่วนที่ไม่ทราบสาเหตุ

ถาม สาเหตุในสมัยก่อนอาจแตกต่างจากปัจจุบันนะครับ เช่น สมัยก่อนอาจมี inflammatory bowel disease (IBD) น้อย และ irritable bowel syndrome (IBS) ก็ยังไม่รู้จักกันดี แล้วในประสบการณ์ของอาจารย์เท่าที่เห็นในระยะหลังๆ สาเหตุที่พบบ่อยของ chronic diarrhea มีอะไรบ้างครับ?

ตอบ ในประเทศไทยสาเหตุของ chronic diarrhea ยังไม่มีการศึกษาแบบไปข้างหน้า หรือการรวบรวมผู้ป่วยชัดเจน เพราะมีปัญหาเรื่องคำจำกัดความ เช่น diarrhea คือต้องถ่ายเกิน 3 ครั้งใน 1 วัน แต่ผู้ป่วยไทยที่ถ่ายไม่มากก็มักยังไม่มาพบแพทย์ ก็จะไม่ถูกเก็บรวบรวม หรือผู้ป่วยในที่มาด้วยโรคอื่นแต่มี diarrhea ร่วมด้วยซึ่งไม่มากจะรวมด้วยหรือไม่ หรือต้องเอาที่มาจากอาการ diarrhea เป็นอาการนำเท่านั้น เป็นต้น ดังนั้นข้อมูลทางสถิติของ chronic diarrhea จึงมีน้อยมาก ในต่างประเทศที่พบบ่อยจะเป็น celiac sprue, IBD และ IBS ส่วนในประเทศไทยถ้าเป็นผู้ป่วยต่างจังหวัดต้องระวังการติดเชื้อปรสิตเสมอ เพราะมักตรวจอุจจาระไม่ดีและอาจได้รับการรักษามาแล้วบางส่วน เวลาผู้ป่วยถูกส่งต่อเข้ากรุงเทพฯ บางครั้งต้องตรวจอุจจาระถึงครั้งที่ 10 จึงจะพบ capillariasis ก็มี ทั้งที่ตามทฤษฎีตรวจ 3 ครั้งถือว่าน่าจะเพียงพอแล้ว สาเหตุอื่นๆ ที่รองลงมา ได้แก่ วัณโรคลำไส้ แล้วจึงเป็นสาเหตุกลุ่มที่ไม่ใช่โรคติดเชื้อ เช่น ไทรอยด์เป็นพิษ ลิมโฟมา และ IBD ถ้าเป็นผู้ป่วยในก็เป็น antibiotic-associated diarrhea

ถาม IBS ก็น่าจะเป็นสาเหตุที่พบบ่อยนะครับ

ตอบ ใช่ครับ น่าจะบ่อยที่สุด แต่ที่เราพูดถึงคือกรณีที่เป็น organic chronic diarrhea

ถาม โรคติดเชื้อจะยังเป็นสาเหตุที่สำคัญอยู่ดังนั้นเช่นกรณีผู้ป่วยเอดส์ที่มี chronic diarrhea ระหว่างที่รอการตรวจอุจจาระหรือ colonoscopy อาจารย์มีหลักการให้ยาแบบ empiric ไปก่อนหรือไม่ อย่างไรครับ?

ตอบ โดยปกติผู้ป่วยเอดส์สาเหตุมักเป็นโรคติดเชื้อ แต่มีสาเหตุหลากหลายมากๆ ทั้ง cryptosporidium, isospora, microsporidium, cyclospora แล้วยังมีวัณโรค

เชื้อราอีก ผมเองไม่แนะนำให้ empiric แต่ควรสืบค้นก่อนโดยตรวจอุจจาระ ย้อม AFB, modified AFB, modified trichrome ถ้าไม่พบก็ควรทำ colonoscopy และตรวจชิ้นเนื้อ แต่ในกรณีที่ไม่ได้คำตอบก็อาจให้ ciprofloxacin, metronidazole และ cotrimoxazole ได้ และแม้แต่การให้ยา antiretroviral (ARV) ก็ทำให้ผู้ป่วยมีอาการ diarrhea ทุเลาได้ คือจากเป็นโรค (ปรสิทหรือโปรโตซัว) ก็กลายเป็นพาหะเฉยๆ

ถาม กลับมาในกรณีเป็นผู้ป่วยปกติทั่วไปที่มี chronic diarrhea ระหว่างรอผลตรวจอุจจาระ อาจารย์มีหลักอย่างไรว่ารายได้ควรลองให้การรักษาเชื้อปรสิทแบบ empiric ไปเลยมีหรือไม่ครับ?

ตอบ การเลือกการสืบค้นหรือลองรักษาผู้ป่วย chronic diarrhea ควรดูที่ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาและความรุนแรงของโรค ถ้าเป็นมานานแล้วแต่ผู้ป่วยยังดูดี แสดงว่าการดำเนินโรคไม่รุนแรง ผมอาจให้การรักษาตามอาการไประหว่างการสืบค้นสาเหตุ รักษาพลาซ สืบค้นพลาซ ซึ่งบางทีโรคก็หายไปเอง (ซึ่งอาจเป็น IBS เป็นต้น) แต่ถ้าผู้ป่วยมีประวัติลิ้น หรือมีอาการรุนแรง น้ำหนักลดมาก แอลบูมินต่ำ ซีด ขาดอาหาร ต้องสืบค้นหาสาเหตุให้ถึงที่สุดก่อน ไม่ควรรักษาแบบ empiric



ถาม ดังนั้นหลักของอาจารย์คือ chronic diarrhea ควรต้องรู้สาเหตุก่อนรักษา ซึ่งต่างจาก acute diarrhea ซึ่งไม่ต้องรู้สาเหตุจำเพาะแต่รักษาครอบคลุมเป็นหลัก ยกเว้น chronic diarrhea ที่เป็นมานานมากแต่ดูดีอาจ empiric ได้

ตอบ หรืออีกกรณีหนึ่ง คือเป็นมาไม่นาน เช่น 2-3 สัปดาห์ และยังไม่มีอาการใดๆ ของภาวะติดตามมาของ diarrhea ก็อาจรักษาแบบ empiric เชื้อแบคทีเรียหรือปรสิทดูได้

ถาม ถ้าใช้หลักว่าถ้าตอนเริ่ม (onset) ของ chronic diarrhea ถ้าอ่อนข้ำง sud-den, acute น่าจะเป็นกลุ่มติดเชื้อ เช่น แบคทีเรีย ก็อาจรักษาแบบ empiric หรือ

ถ้าพบ eosinophilia ก็อาจให้ยารักษาปรลิตจะ^{ได้}หรือไม่ครับ?

ตอบ ได้ครับ

ถาม อาจารย์มี routine lab ที่ควรตรวจเสมอ เช่น anti HIV, thyroid function test, albumin, CBC, ESR หรือไม่ครับ?

ตอบ ไม่ถึงกับเป็น routine แต่ส่วนใหญ่ anti HIV และ thyroid function test ก็น่าตรวจเพราะตรวจไม่ยากและบางอย่างถ้าพบก็รักษาได้เลย และการสืบค้นอื่นๆ ของ chronic diarrhea เราก็ทำได้ไม่มากอยู่แล้ว การตรวจทางห้องปฏิบัติการเหล่านี้มีประโยชน์มากในรายที่ก้ำกึ่งว่าเป็น functional หรือ organic ถ้าเป็น organic ชัดเจนการตรวจเหล่านี้ก็ดูมีประโยชน์น้อย

ถาม ในต่างประเทศแนวทางการสืบค้นมักใช้การ approach ทางพยาธิสรีรวิทยา (pathophysiology) เช่น เป็น secretory, osmotic, fatty และ inflammatory diarrhea แต่ในประเทศไทยดูจะ approach เป็น small bowel หรือ large bowel diarrhea มากกว่า อาจารย์มีความเห็นอย่างไรครับ?

ตอบ ในต่างประเทศผู้ป่วย chronic diarrhea จะได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการเป็นชุดเลย เช่น CBC, ESR, thyroid function test, anti HIV หรือแม้แต่ฮอร์โมน เช่น gastrin, หรือ vasoactive intestinal peptide (VIP) ก็เป็นส่วนหนึ่งของการตรวจเลือดด้วยซ้ำ ซึ่งในประเทศไทยทำแบบนี้ไม่ได้ ผมเองจะพยายามเลือกการสืบค้นโดยดูผู้ป่วยว่ามีอาการแสดงของความรุนแรงหรือผลพวง (consequence) ของ diarrhea ต่อสุขภาพมากน้อยเพียงใด โดยดูอาการ ตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ซีด hypoalbuminemia, hypocholesterolemia เป็นต้น เพราะ chronic diarrhea แต่ละเหตุก็มีผลต่อร่างกายแตกต่างกัน เช่น lactose intolerance ไม่น่ามีผลมาก small bowel bacterial overgrowth syndrome มีสเปคตรัมกว้าง ถ้าเป็นลิมโฟมาหรือวัณโรคก็จะรุนแรง เป็นต้น

ถาม แสดงว่าอาจารย์จะประเมินก่อนว่าถ้าเป็น “minor” chronic diarrhea อาจารย์ก็อาจจะไม่ต้องสืบค้นมากนัก แต่ถ้าเป็น “major” chronic diarrhea ก็จะมาหาแบบดูเด็ดกว่าใช่หรือไม่ครับ?

ตอบ ใช่ครับ อย่างกรณีแรกนั้นเราก็อาจจะลองรักษาดูหลายๆ ระหว่างที่สืบค้น เช่น

ให้ loperamide, cholestyramine ไประหว่างที่สับสน เพราะถ้าหุเลาก่อนก็จะได้ไม่ต้องสับสนต่อ

ถาม ในราย chronic diarrhea ที่ค่อนข้าง minor หรือเป็นนานๆ อาจารย์จะสับสนมากน้อยเพียงใด?

ตอบ อาจทำแค่ตรวจอุจจาระให้ดีๆ และทำ colonoscopy อย่างเดียวก็พอแล้ว หรืออาจจะเลือกทำ barium enema ก็พออนุโลมได้แม้จะไม่ดีเท่า colonoscopy ส่วน H₂-breath test สำหรับ small bowel bacterial overgrowth syndrome นั้นผมไม่ค่อยส่งทำยกเว้นมีความเสี่ยงของภาวะนี้ เช่น ผ่าตัดช่องท้อง หรือเป็น scleroderma เป็นต้น

ถาม ถ้า colonoscopy ปกติ อาจารย์จะตรวจชิ้นเนื้อ (biopsy) เป็น routine หรือไม่ครับ?

ตอบ ไม่ทำเป็น routine เพราะ microscopic colitis นั้นพยาธิแพทย์ในประเทศไทยมักไม่อ่าน จึงไม่เปลี่ยนแนวทางการรักษาแบบ empiric ของผมนัก ในรายที่ค่อนข้างเหมือน functional หรือ IBS ผมอาจทำแค่ colonoscopy อย่างเดียวโดยไม่ตรวจชิ้นเนื้อ

ถาม ในราย “minor” chronic diarrhea อาจารย์จะไม่สับสนทางลำไส้เล็ก (small bowel diarrhea) เลยใช้หรือไม่ครับ?

ตอบ ไม่ทำครับ และในรายที่ก้ำกึ่งกับ functional (IBS) ผมอาจให้ชั่ง stool weight 24 ชั่วโมงเลย โดยให้ผู้ป่วยเก็บอุจจาระใส่ถุงแล้วชั่งตาชั่งดิจิตอลเล็กๆ ที่มีหัวไป ถ้ามากกว่า 500 กรัม/วันก็จะสับสนต่อ ถ้าน้อยกว่า 300 กรัม/วันก็ถือเป็น functional ก็ไม่ต้องสับสนต่ออีก ถ้าอยู่ระหว่าง 300-500 กรัม/วันก็รอตรวจซ้ำใหม่อีกครั้ง

ถาม ในรายที่ colonoscopy ปกติแต่ผลชิ้นเนื้ออ่านว่ามี mild colitis, nonspecific colitis อาจารย์มีแนวทางการดูแลอย่างไรครับ?

ตอบ ต้องขึ้นกับอาการและผล colonoscopy ด้วยว่าปกติจริงหรือไม่ เพราะ colonoscopic finding ของ mild colitis อาจเห็นแค่ความมันของ mucosa หายไปเท่านั้นก็เอาแล้ว จึงขึ้นกับคนที่ดู ถ้าดูมี mild colitis แล้วผลชิ้นเนื้ออ่านว่ามี colitis ก็คงต้องเอา แต่ถ้าดู colonoscopy ปกติแน่ๆ แต่ชิ้นเนื้ออ่าน colitis อย่างนี้คง

ต้องดูอาการทางคลินิกเป็นสำคัญ

ถาม ฉะนั้นถ้าเอาว่าเป็น mild colitis จริงจะรักษาอย่างไรครับ?

ตอบ ถ้าในต่างประเทศ ถ้าพบ mild colitis เขาจะนับเป็น ulcerative colitis (UC) แล้ว ดังนั้นในบ้านเราคงต้องกลับมาดูผู้ป่วยอยู่ดี ถ้าผู้ป่วยดีมาก ถ่ายเป็น “minor” มากๆ ก็อาจจะรักษาตามอาการไปก่อน แต่ถ้าถ่ายมาก ดูไม่ดีก็อาจต้องรักษาแบบ UC นอกจากนี้ก็อาจเป็น mild antibiotic-associated colitis ได้เพราะการตรวจ *C. difficile* toxin เรายังทำได้ไม่ดีนัก

ถาม กรณีแบบนี้อาจารย์จะเลือกรักษา UC ก่อนหรือ *C. difficile*-associated colitis ก่อน?

ตอบ เลือกรักษา *C. difficile* ก่อน เช่น metronidazole แล้ว 2-3 สัปดาห์ก็ส่องกล้องติดตามซ้ำว่าดีขึ้นหรือไม่ เพราะถ้ารักษา UC ต้องรอ 2-3 เดือนจึงค่อยส่องกล้องซ้ำ

ถาม เคยเห็นบ่อยๆ ครับว่าแพทย์ส่องกล้องพบ mild colitis แดงๆ ก็ให้ sulphasalazine หรือ 5-ASA ไปเลย

ตอบ ก็ไม่ถึงกับผิด แต่ที่สำคัญคือการส่องกล้องติดตาม เพราะ UC ต้องเป็นเดือนจึงจะดีขึ้น ดังนั้นถ้าไม่ก็สัปดาห์ก็หายแล้วไม่น่าใช่ UC

ถาม คราวนี้กลับมาถ้าเป็น chronic diarrhea ที่รุนแรง (“major”) อาจารย์จะสืบค้นอะไรก่อนครับ?

ตอบ ขึ้นกับศักยภาพของสถานพยาบาลที่อยู่ ถ้าทำได้มาก ก็ควรทำให้หมดทุกอย่างเท่าที่ทำได้ เช่น colonoscopy, small bowel biopsy, thyroid function test, anti HIV แม้แต่ H₂-breath test ผมก็คิดว่าน่าจะทำ

ถาม อาจารย์ใช้ clinical clue อะไรหรือไม่ครับว่ารายใดควร colonoscopy ก่อน รายใดควรตรวจลำไส้เล็กไปเลย?

ตอบ ถ้ามีอาการของ malabsorption ชัดเจน เช่น แอลบูมินต่ำ ซีด ขาดอาหาร หรือถ่ายเป็นน้ำมากๆ ไม่บ่อยครั้ง มวนกลางท้อง ก็ควรตรวจลำไส้เล็ก ถ้าถ่ายเป็นมูกเลือดหรือถ่ายน้อยๆ บ่อยๆ ก็ควร colonoscopy ถ้าอาการกำกึ่งควรตรวจลำไส้ใหญ่ก่อนเพราะมีโอกาสพบโรคมมากกว่า แต่อย่างไรก็ตามถ้าตรวจทางหนึ่งแล้วพบค่า

ตอบที่อธิบายได้ไม่ดีก็ควรตรวจอีกทางหนึ่งเสมอ

ถาม ในรายที่สงสัยรอยโรคในลำไส้เล็ก อาจารย์ชอบใช้การตรวจ esophago-gastroduodenoscopy (EGD) เข้าไปตรวจชิ้นเนื้อเล็กๆ หรือทำ small bowel follow through (SBFT) หรือ CT scan ครับ?

ตอบ EGD เล็กๆ เช่นเอกกล้อง colonoscope มาทำให้ลึกแล้วตรวจชิ้นเนื้อครับ ส่วน SBFT มีความไว ความจำเพาะต่ำ จึงพลาดการวินิจฉัยได้บ่อยมาก ก็อาจทำในรายที่คิดว่าน่าจะมีความผิดปกติมากๆ หรือในรายที่คิดว่าไม่น่ามีอะไรแล้วถ้าเห็น villi ชัดๆ สวยๆ ก็พอจะมั่นใจได้ ส่วน CT scan ผมจะใช้เป็นอันดับท้ายๆ ในรายที่ถ่ายเป็นน้ำมากๆ จริงๆ หรือเป็นๆ หายๆ หรือที่สงสัย neuroendocrine tumor เท่านั้น

ถาม บทบาทของ enteroscopy หรือ capsule endoscopy มีหรือไม่ครับ?

ตอบ มีไม่มากนักครับ เพราะปัญหาสำคัญของ chronic diarrhea ในบ้านเราคือ มันไปมีความผิดปกติที่ระหว่างการสืบค้นขั้นต้นๆ มากกว่า เช่น ตรวจอุจจาระไม่ดี หรือไม่มากพอ ตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิแล้วอ่านผลไม่ได้มากกว่า เป็นต้น ทำให้การวินิจฉัยพลาดหรือถูกมองข้ามไปแล้ว โอกาสที่จะเป็นโรคที่ซ่อนอยู่ในลำไส้เล็กจนต้องไปทำ enteroscopy น่าจะมีไม่มาก แต่ถ้าคิดว่าตลอดทางทำการสืบค้นมาอย่างดีแล้ว ก็ควรทำ enteroscopy ตรวจชิ้นเนื้อส่งพยาธิที่วางใจได้ก็อาจจะวินิจฉัย eosinophilic enteritis, celiac sprue, Whipple disease หรือ IPSID ได้ เป็นต้น

ถาม ปัญหาที่พบบ่อยอันหนึ่งได้แก่ colonoscopy พบแผลที่ ileocaecal area เล็กน้อย ผลชิ้นเนื้ออ่านเป็น acute ulcer หรือ nonspecific ileitis แบบนี้อาจารย์มีแนวทางการดูแลอย่างไรครับ?

ตอบ อย่างน้อยก็แสดงว่าเราพบโรคแล้ว แต่เพียงพยาธิแพทย์ไม่อ่านเท่านั้น จึงขึ้นกับเราเป็นสำคัญ เพราะการวินิจฉัยแยกโรคแฉนี้ไม่มากนัก เช่น IBD, Behcet's disease, vasculitis, CMV ซึ่งน่าจะวินิจฉัยจากทางคลินิกได้ในที่สุด ดังนั้นจึงไม่น่าห่วงเพราะถือว่าเราพบโรคแล้ว แต่ก็มีอีกภาวะหนึ่งคือ idiopathic ulcer ด้วยซึ่งไม่ทราบสาเหตุ

ถาม อันหลังนี้อาจเป็น NSAID-induced ulcer ได้หรือไม่?

ตอบ เป็นได้ แต่ถ้าไม่มีประวัติ NSAID รายแบบนี้ผมจะให้แค่ sulphasalazine หรือ

5-ASA แต่จะให้ขนาดสูงแบบใน IBD และจะไม่ให้คอร์ติโคสเตียรอยด์ แล้วให้นานไปเลย เช่น 6 เดือน แล้วส่งมาหาล้างติดตาม ถ้าทุเลาก็หยุดยา ถ้ายังไม่ทุเลาก็จะนึกถึง IBD มากขึ้น

ถาม ในประสบการณ์ของอาจารย์มีผู้ป่วย chronic diarrhea ที่ในที่สุดแล้วก็ไม่พบสาเหตุ แล้วส่งมาหาอาจารย์มากน้อยเพียงใดครับ?

ตอบ ปีละประมาณ 1 รายซึ่งก็ต้องใช้การติดตามไป ส่วนหนึ่งก็หายเอง แต่ผู้ป่วยที่จะใช้วิธีติดตามได้คืออาการต้องไม่มาก ถ้าอาการหนักหาไม่พบอะไรก็ต้องหาใหม่ทั้งหมดซ้ำอีก

ถาม ท้ายที่สุดนี้อาจารย์มีข้อคิดอะไรที่อยากจะให้แก่แพทย์ที่ต้องดูแลผู้ป่วย chronic diarrhea ครับ?

ตอบ พยายามดูผู้ป่วยว่าถ้ามีอาการไม่รุนแรง (“minor” chronic diarrhea) ซึ่งคุณสามารถดูแลสืบค้นได้เอง และให้การรักษาแบบ empiric ได้ เช่น ให้ loperamide แต่ถ้ายังไม่มั่นใจว่าอาจมีสาเหตุจากโรคติดเชื้อก็อาจให้ cholestyramine แต่รายที่เป็นรุนแรง (“major” chronic diarrhea) ต้องทำให้ถึงที่สุดและทุ่มเทหาแบบ “เทหน้าตัด” ไม่ควรรักษาแบบ empiric