

วิชา ทฤษฎีวิทยาการบาดเจ็บและภาวะฉุกเฉินทางศัลยศาสตร์  
รหัสรายวิชา 3000510

## เรื่อง Colo-anal emergency

เรียบเรียงโดย

**อาจารย์นายแพทย์สุภกิจ ชมวิสัย**

หน่วยศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ภาควิชาศัลยศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

<http://www.colorectalchula.com>

## แผนการสอน

อาจารย์นายแพทย์สุภกิจ ชมวิสัย

1. วิชา (Subject) : ศัลยศาสตร์
2. เรื่อง (Topic) : Colo-anal emergency
3. วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม (Behavioral objective)
  - 3.1. นิสิตสามารถบอกแนวทางในการวินิจฉัยผู้ป่วยมีภาวะฉุกเฉินทางลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้
  - 3.2. นิสิตสามารถบอกแนวทางในการประเมินและดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้
4. การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ (Learning experiences)
  - 4.1. บรรยายเรื่อง Colo-anal emergency
  - 4.2. บรรยายแนวทางในการวินิจฉัย ประเมินและดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้
  - 4.3. อภิปรายและซักถาม
5. สื่อการสอน (Educational media)
  - 5.1. Computer, Video projector, Video clip in division website
6. การประเมินผล (Evaluation)
  - 6.1. โดยการสังเกตและการซักถามในระหว่างชั่วโมงบรรยาย
  - 6.2. โดยการสอบ MCQ และ MEQ เมื่อสิ้นสุดการเรียน

## สารบัญ

	หน้า
<b>1. บทนำ</b>	<b>4</b>
<b>2. Diverticulitis</b>	<b>4</b>
a. Definition	4
b. Incidence	6
c. Etiology	6
d. Sign and Symptoms	7
e. Pattern of Classification	7
f. Differential diagnosis	8
g. Investigation	9
h. Treatment	10
i. Special circumstances	14
<b>3. Inflammatory bowel disease</b>	<b>14</b>
a. Sign and Symptoms	15
b. Investigation	15
c. Treatment	17
d. Screening for colorectal cancer	17
<b>4. References</b>	<b>18</b>

## Colo-anal emergency

นายแพทย์สุภกิจ ขมวิลัย

e-mail : [supakijkhomvilai@me.com](mailto:supakijkhomvilai@me.com)

ภาวะฉุกเฉินทางลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ การจำแนกชนิดหรือรูปแบบของภาวะฉุกเฉิน มีจุดมุ่งหมายเพื่อวินิจฉัยแยกโรคและหาต้นเหตุที่แท้จริงหรือการวินิจฉัยที่ถูกต้องของอาการที่ทำให้เกิดภาวะฉุกเฉินนั้นๆ และให้การรักษาตามแต่ละโรคต่อไป

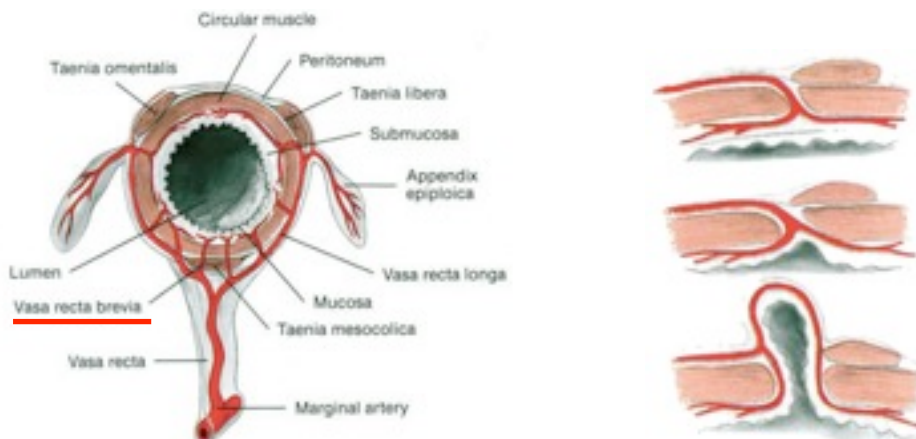
ภาวะฉุกเฉินทางลำไส้ใหญ่และทวารหนัก หากจะแบ่งคร่าว ๆ ได้แก่

1. Lower GI bleeding
2. Colonic obstruction
3. Perianal pain
4. Inflammatory process

ซึ่งในเอกสารประกอบการสอนนี้จะกล่าวถึงเฉพาะ inflammatory process อันได้แก่ Diverticulitis และ Inflammatory bowel diseases

### Diverticulitis

คือ ภาวะการอักเสบของกระเปาะของลำไส้ใหญ่ (colonic diverticulum) หรือหากจะเรียกชื่อเต็มๆที่ถูกต้อง น่าจะต้องเป็น colonic diverticulitis เนื่องจากกระเปาะดังกล่าว สามารถเกิดขึ้นได้ในอวัยวะใดก็ตามที่มีลักษณะเป็น ท่อกลวง (hollow structure) และไม่ได้เป็นลักษณะปกติ แต่เกิดขึ้นจากการโป่งพองของเยื่อลำไส้ผ่านผนังที่มีความอ่อนแอเมื่อแรงดันภายในท่ออวัยวะนั้นเพิ่มมากขึ้น สำหรับลำไส้ใหญ่ ตำแหน่งที่มักเกิด diverticulum ได้แก่บริเวณที่ เส้นเลือดทางผ่านชั้นกล้ามเนื้อในผนังลำไส้ (vasa recta brevia) ดังรูปที่ 1 และบริเวณที่เกิด diverticulum มากที่สุดในลำไส้ใหญ่ คือ sigmoid colon เนื่องจากตามกฎของ Laplace แล้ว ( $Tension = Radius * Pressure$ ) ในท่อที่ต่อถึงกัน ความดันภายในที่เพิ่มขึ้น จะส่งผลมากที่สุด ต่อผนังลำไส้ส่วนที่เล็กที่สุดซึ่งได้แก่ sigmoid colon



รูปที่ 1 แสดงลำไส้ใหญ่ในภาพตัดขวาง และการเกิด colonic diverticular จากหนังสือ Principles and Practice of Surgery for the Colon, Rectum and Anus, 3rd edition <sup>(1)</sup>

### Definition

ก่อนจะทำความเข้าใจในเนื้อหาของโรคที่เกี่ยวข้องกับ colonic diverticulum เราควรทำความเข้าใจเกี่ยวกับความหมายของคำที่ใช้เรียก ภาวะ colonic diverticulum ได้แก่

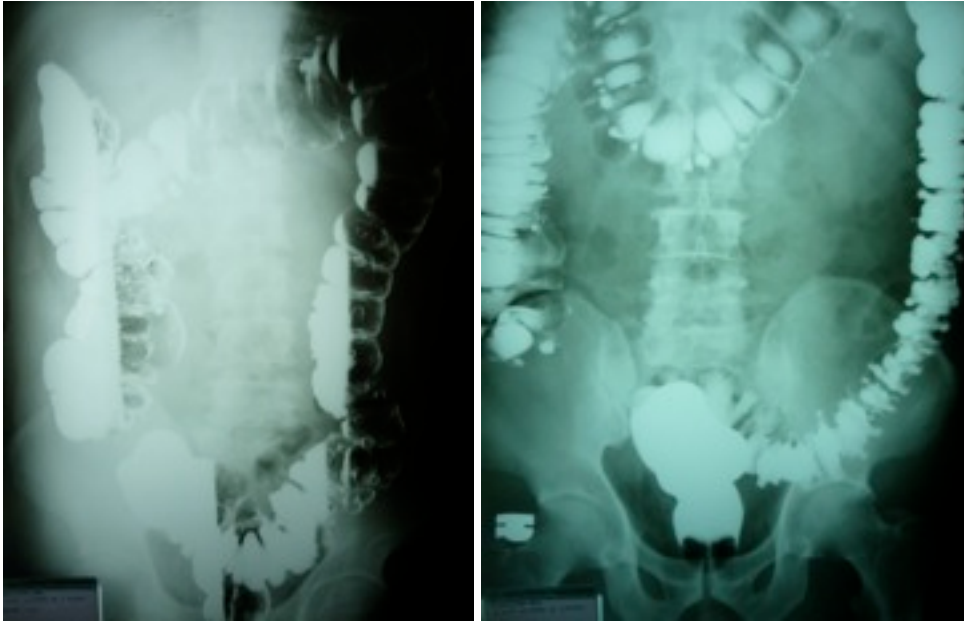
**Diverticulum** : กระเปาะยื่นของลำไส้ อันเดียว

**Diverticula** : เป็นพหูพจน์ของ diverticulum ที่มากกว่า 1 อัน

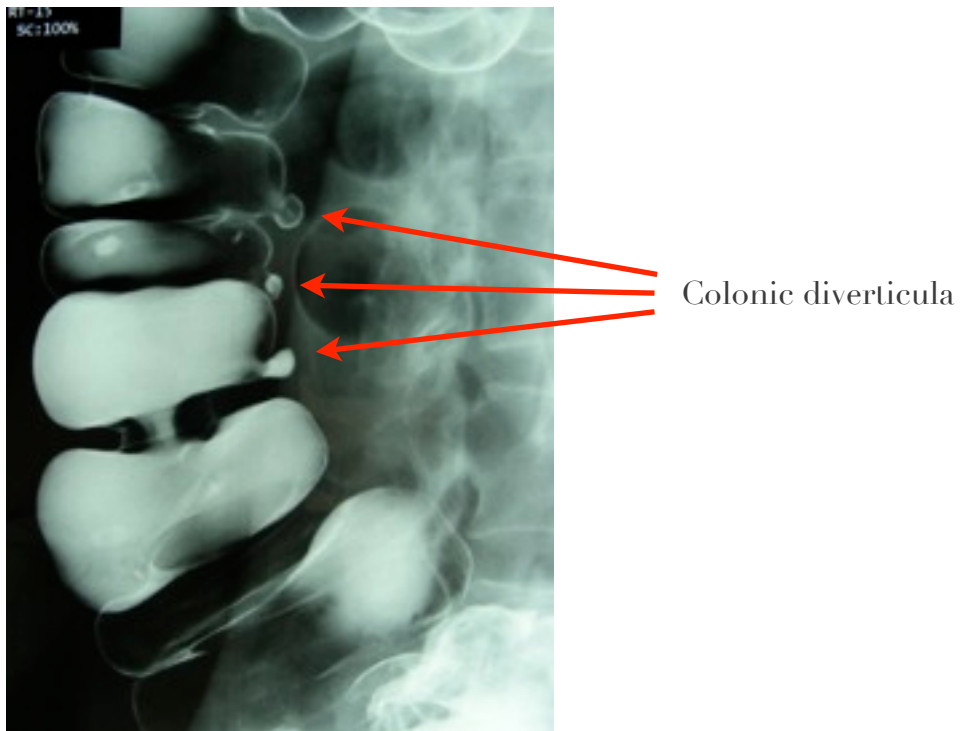
**Diverticulosis** : ภาวะที่มี diverticula ในลำไส้ใหญ่

**Diverticular disease** : ใช้เรียกเมื่อ ผู้ป่วยมีอาการอะไรก็ตามที่เกิดขึ้น อันเนื่องมาจาก diverticulum

**Diverticulitis** : ภาวะการอักเสบของ diverticulum หรือ diverticula



รูปที่ 2 และ 3 แสดงภาพถ่าย barium enema ของผู้ป่วยที่มี diverticulosis

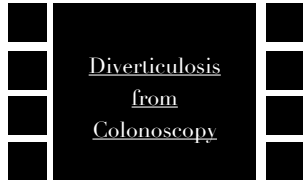


รูปที่ 4 แสดงภาพถ่าย barium enema ของ diverticula

## Incidence

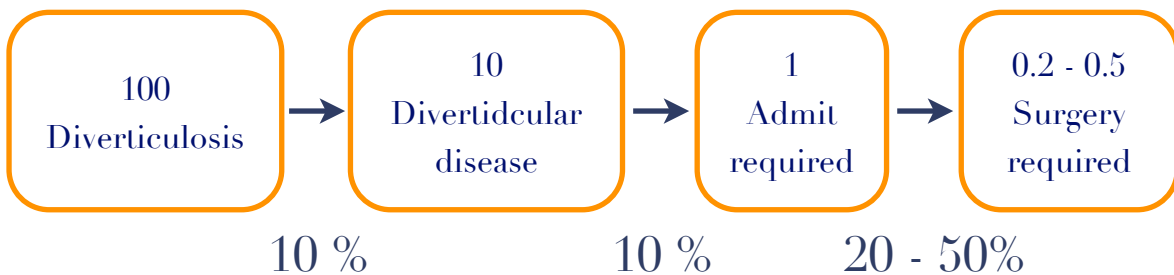
ภาวะ diverticulosis มักพบได้มากขึ้น ตามอายุของผู้ป่วย จากการสำรวจพบว่า กว่าร้อยละ 60 ของประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มี diverticulosis แต่อัตราการพบภาวะนี้ เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 70 ของประชากรที่มีอายุมากกว่า 70 ปี และจากรายงานของประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ในประชากรที่อายุน้อยกว่า 40 พบ diverticulosis เพียงร้อยละ 5 เมื่อเทียบกับ ร้อยละ 80 ของประชากรที่มีอายุมากกว่า 80 ปี <sup>(2)</sup>

นอกจากนั้น ไม่ว่าประเทศใดในโลก sigmoid colon ยังคงเป็นส่วนของลำไส้ที่เกิด diverticulosis มากที่สุด เมื่อเทียบกับลำไส้ส่วนอื่น แต่อย่างไรก็ดี จากรายงาน incidence ของประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก พบว่า ประเทศแถบ asia ( เกาหลี ญี่ปุ่น จีน ) พบการเกิด diverticulum ทางด้านขวาของลำไส้มากขึ้นกว่า รายงานจากประเทศทางตะวันตก แต่จำนวนของผู้ป่วยที่เกิดอาการและอาการแสดงขึ้นก็ยังคงน้อยกว่า sigmoid diverticulosis <sup>(3)</sup>



VDO clip 1 แสดง ภาพจาก colonoscopy ในผู้ป่วยที่มีภาวะ Diverticulosis

เมื่อเกิดภาวะ diverticulosis ขึ้น สิ่งนี้อาจเกิดขึ้นตามมาอันเนื่องมาจาก diverticulosis ได้แก่ การเกิดเลือดออก ( diverticulosis bleeding ) และ การอักเสบ ( diverticulitis ) ซึ่งทั้งนี้ ผู้ป่วยไม่จำเป็นที่จะต้องมีอาการ หรืออาการแสดงดังกล่าวเสมอไป และจากการสังเกตผู้ป่วยที่มี diverticulosis พบกว่า จากผู้ป่วย 100 คนที่พบภาวะนี้มีผู้ป่วย 10 คนที่จะมีอาการหรืออาการแสดงเกิดขึ้นอันเกิดจาก diverticula ( กลายเป็น diverticular disease 10% ) และในผู้ป่วย diverticular disease มี 10% ที่ต้องเข้ารับรักษาตัวภายในโรงพยาบาล จากการเกิด diverticular disease ซึ่งเท่ากับ 1 คน จาก 100 คนของ ผู้ป่วย diverticulosis และในจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับรักษาตัวภายในโรงพยาบาล มี 20 - 50% ที่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาผ่าตัด เพื่อรักษาภาวะที่เกิดขึ้น ดังนั้นโดยรวมแล้วผู้ป่วย < 1% ที่มีภาวะ diverticulosis จะต้องเข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัด สำหรับภาวะ diverticular disease ที่เกิดขึ้น ตามแผนภูมิที่ 1



**Overall < 1% required Surgery**

แผนภูมิที่ 1 แสดง natural history ของผู้ป่วยที่มีภาวะ Diverticulosis

## Etiology

ต้นเหตุของการเกิด การอักเสบของ diverticulum จนเกิดเป็น diverticulitis นั้น จริง ๆ แล้ว เกิดจากการแตก ทะลุ ของ diverticulum ซึ่งมักจะเป็นเพียงอันเดียว ที่เกิดการแตกทะลุขึ้น ต่อมาร่างกายเกิดปฏิกิริยา ซ่อมแซมตัวเอง ด้วย inflammatory process จนเกิดกลายเป็นการอักเสบขึ้น แต่ทั้งนี้รูแตกที่ว่า เป็นเพียงรูแตกขนาดเล็ก ( Microperforation ) จึงทำให้ผู้ป่วยมีอาการของการอักเสบในช่องท้องเฉพาะที่ ( Localized peritonitis ) ไม่มีอาการของการอักเสบทั่วทั้งท้อง ( Peritonitis ) เกิดขึ้น แต่ทั้งนี้ ถ้ารูของการแตกทะลุมีขนาดใหญ่ ก็อาจทำให้เกิดเป็นการอักเสบทั่วทั้งท้อง ( Generalized peritonitis ) ได้เช่นกัน

ปัจจัยที่ทำให้เกิด diverticulitis นั้น เชื่อกันว่า เกิดจากการที่ผู้ป่วยบริโภคอาหารที่มี ปริมาณไฟเบอร์ต่ำ และ เนื้อแดงในปริมาณสูง ซึ่ง ทำให้การเคลื่อนไหวของลำไส้ใหญ่ ( peristalsis ) ทำได้ลำบากมากยิ่งขึ้น เมื่อการเคลื่อนไหวแบบ peristalsis นี้จะทำให้อาหารเคลื่อนที่ไปด้านหน้า จนกระทั่งลงสู่ลำไส้ตรง ออกเป็นอุจจาระ

(propulsive wave) ล้ำบากมากขึ้น แรงบีบของลำไส้ก็จะเปลี่ยนแนวการกระทำกลายเป็นแรงกระทำต่อผนังรอบ ๆ ลำไส้ใหญ่เอง (segmental wave) จนทำให้แรงดันภายในลำไส้ใหญ่เพิ่มสูงขึ้น ดังจะเห็นได้จาก แรงดันภายในลำไส้ใหญ่ของผู้ป่วยที่มีภาวะ diverticulosis อาจมีแรงได้ถึง 90 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งมากกว่าคนปกติถึง 9 เท่า (4) สิ่งที่เกิดขึ้น คือ เยื่อผนังลำไส้ก็จะเคลื่อนที่ผ่าน ส่วนของผนังลำไส้ที่มีความแข็งแรงน้อยกว่า เกิดเป็น diverticulum เกิดขึ้น ในส่วนของลำไส้ที่เป็น diverticulum อยู่แล้ว ก็โป่งพองมากขึ้น จนเกิดการแตกทะลุออกมาภายในผนังช่องท้อง กลายเป็นภาวะ diverticulitis เกิดขึ้น และในผู้ป่วยที่มีภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ (immunocompromised host) และ ผู้ป่วยที่ได้รับยา NSAIDs เป็นเวลานาน (การสร้าง prostaglandin ลดลง จนทำให้เกิดเลือดมาเลี้ยงลำไส้ได้น้อยกว่าปกติ) อาจทำให้เกิดผลข้างเคียงของการเกิด diverticulitis มากกว่าผู้ป่วยทั่วไป นอกจากภาวะต่าง ๆ ดังกล่าวแล้ว มีรายงานว่า การสูบบุหรี่ ทำให้เกิดเป็น diverticulitis เพิ่มมากขึ้น (5)

## Signs and Symptom

อาการของผู้ป่วย diverticulitis คือ อาการและอาการแสดงของการอักเสบของ ลำไส้ใหญ่บริเวณที่เกิด diverticulitis ขึ้น อันได้แก่ การปวด บวม แดง ร้อน ของลำไส้บริเวณดังกล่าว ผู้ป่วยมักมาพบแพทย์ ด้วยอาการปวดท้อง และมีไข้ ส่วนใหญ่จะมีอาการปวดบริเวณช่องท้องด้านซ้าย ซึ่งเป็นบริเวณที่ sigmoid colon วางตัวอยู่ อาการของผู้ป่วยจะมากหรือน้อย ขึ้นกับระยะและขอบเขตของพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น รวมถึงความสามารถในการรักษาตัวเองของผู้ป่วย

ยกตัวอย่างของ sigmoid diverticulitis ในระยะแรกผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการปวดท้องบริเวณด้านซ้าย มีไข้ต่ำ ๆ จากการตรวจร่างกาย อาจยังไม่มีอาการของ localized peritonitis อาจมีเพียงความรู้สึกปวดเมื่อโดนกดบริเวณนั้น ๆ ต่อมาเมื่อกลไกการรักษาตัวเองของร่างกายทำงานมากขึ้น เพื่อปิดรูแตกทะลุที่เกิดขึ้น จะทำให้อาการปวดของผู้ป่วยเป็นมากขึ้น จนสามารถตรวจพบลักษณะของ localized peritonitis บริเวณช่องท้องด้านซ้าย ต่อมาถ้าการอักเสบสามารถควบคุมการแตกทะลุของ diverticulum นั้น ๆ ได้ ก็อาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการที่ดีขึ้น หรืออาจทำให้บริเวณที่มีการอักเสบกลายเป็นหนองหรือฝีเกิดขึ้น (pus and abscess formation) ซึ่งอาจตรวจพบก้อนบริเวณดังกล่าวได้จากการตรวจร่างกาย ในทางตรงกันข้าม ถ้าหากร่างกายไม่สามารถควบคุมการแตกทะลุได้ ผู้ป่วยก็จะเกิดภาวะ generalized peritonitis และมีการติดเชื้อเข้าภายในกระแสเลือด เกิดภาวะ Sepsis จนกระทั่งทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้

ในขณะเดียวกัน หากรูแตกทะลุอยู่ใกล้กับอวัยวะอื่น ๆ เช่น กระเพาะปัสสาวะ มดลูก หรือ ส่วนของลำไส้เล็ก ก็อาจทำให้เกิดผลแทรกซ้อน กลายเป็นช่องติดต่อกับอวัยวะดังกล่าวได้ เรียกว่า fistula ซึ่ง fistula ที่พบได้บ่อย ๆ จากภาวะ diverticulitis ได้แก่ Enterovesicle fistula (รูเปิดระหว่างลำไส้ใหญ่และกระเพาะปัสสาวะ) Enterovaginal fistula (รูเปิดระหว่างลำไส้ใหญ่และช่องคลอด และ Enteroenteral fistula (รูเปิดระหว่างลำไส้ใหญ่และลำไส้ใหญ่หรือลำไส้เล็กเอง) อาการของผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ ขึ้นกับอวัยวะที่กลายเป็น fistula เช่น Enterovesicle fistula ผู้ป่วยอาจมีลมปนออกมารวมกับปัสสาวะเมื่อผู้ป่วยเบ่งปัสสาวะ (Pneumaturia) Enterovaginal fistula ผู้ป่วยอาจมีอุจจาระออกทางช่องคลอด

## Pattern of Classification

จากอาการของผู้ป่วยซึ่งเกิดขึ้นตามพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นของ diverticulitis เราสามารถแบ่งกลุ่มของผู้ป่วย เพื่อช่วยในการตัดสินใจให้การรักษา ได้แก่

### Acute หรือ Chronic diverticulitis

การแบ่ง acute หรือ chronic นั้น ไม่มีระยะเวลาในการตัดสินใจที่แน่นอน แต่ทั้งนี้ ขึ้นกับประวัติของผู้ป่วยเป็นสำคัญ หากผู้ป่วยให้ประวัติการปวดท้อง และมีไข้ เป็น ๆ หาย ๆ เข้าได้กับ diverticulitis เป็นมานาน หลายครั้ง ก็เข้าได้กับ chronic แต่หากให้ประวัติการปวดเพียงเกิดขึ้น ณ วันที่มาพบแพทย์ก็จัดอยู่ในกลุ่ม acute หรือหาก มีประวัติเข้าได้กับ chronic diverticulitis แต่ครั้งนี้ที่มาพบแพทย์อาการปวดเกิดขึ้นมาได้ 2 วัน ทั้งนี้เราอาจเรียกได้ว่าเป็น acute on top of chronic diverticulitis

## Complicated หรือ Uncomplicated diverticulitis

การจัดกลุ่มผู้ป่วยโดยการใช้ term ว่า complicated นั้น เป็นส่วนสำคัญในการให้การรักษา เนื่องจาก การจัดผู้ป่วยอยู่ในกลุ่ม complicated diverticulitis นั้น ต้องมีลักษณะการแตกทะลุของ diverticulum ที่ชัดเจน ได้แก่ การเกิดเป็นหนองฝี หรือ abscess formation การมีการอักเสบทั่วทั้งช่องท้อง หรือ generalized peritonitis ซึ่งเมื่อเกิดขึ้นแล้ว การรักษาต้องจบลงที่การผ่าตัด เอาจุดที่มีการแตกทะลุ นั้น ๆ ออกเสมอ แต่ทั้งนี้ระยะเวลาที่จะนำผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัด ทันทีหรือนัดมาผ่าตัดภายหลัง ขึ้นกับลักษณะพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น เมื่อแพทย์ทำการวินิจฉัยผู้ป่วยดังกล่าว

## Complex diverticulitis

คือ ผู้ป่วย diverticulitis ที่มีผลข้างเคียงแทรกซ้อน หรือ complication เกิดขึ้นร่วมได้ อันได้แก่ obstruction หรือ fistula formation หรือเกิดลำไส้ใหญ่ตีบ ( stricture ) จากการอักเสบเป็นระยะเวลานาน ๆ

## Malignant diverticulitis

เป็น term ที่ใช้เรียกภาวะที่มีพังผืดและหนองติดแน่นจากการอักเสบ ( Severe fibrosis c plegmonous inflammation ) ซึ่งมักติดแน่นลงไปในเชิงกรานต่ำกว่า peritoneal reflexion ลงไป และอาจเกิด fistula และ obstruction ตามมา บางครั้งผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยผิดพลาดจาก Crohn's disease

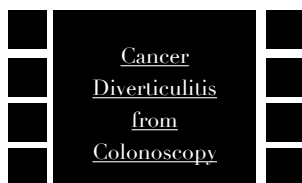
## Differential diagnosis

ผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ด้วยอาการปวดท้อง และมีไข้ นอกจากทำให้แพทย์คิดถึงภาวะ diverticulitis แล้ว พยาธิสภาพ หรือ โรคและความผิดปกติ อื่น ๆ ที่สามารถทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการแบบเดียวกัน ได้แก่

Acute gastroenteritis ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีอาการของความผิดปกติ ตลอดทั้ง GI tract ตั้งแต่ คลื่นไส้ อาเจียน ถ่ายอุจจาระเป็นน้ำ หรือเป็นมูก ต่างกับ diverticulitis ที่ผู้ป่วยมีอาการเฉพาะที่บริเวณที่เกิดการอักเสบเท่านั้น

Acute appendicitis อาการและอาการแสดงเฉพาะสำหรับ acute appendicitis อาจคล้ายกับอาการของผู้ป่วย acute diverticulitis ที่เกิดบริเวณ right sided ของลำไส้ใหญ่ได้ การวินิจฉัยแยกกัน อาจทำได้ยากจากประวัติ แต่พอจะบอกได้จาก CT-scan แต่ทั้งนี้หากผู้ป่วยมาพบแพทย์ด้วยอาการและอาการแสดงที่เข้าได้กับ acute appendicitis แพทย์ควรคิดถึง acute appendicitis เป็นอันดับแรก และให้พึงระลึกไว้ว่า การวินิจฉัยโรคที่ถูกต้อง อาจเป็นอย่างอื่นได้ ได้แก่ acute right sided diverticulitis เป็นต้น

Colorectal cancer ตามที่ได้กล่าวข้างต้น ถึงกลไกการเกิด diverticulitis นั้นเกิดจากการแตกทะลุของ diverticulum ซึ่งหากไม่ใช่การแตกจาก diverticulum เป็นการแตกทะลุของ เนื้องอก หรือ มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเอง ก็ทำให้เกิดอาการและอาการที่เหมือนกัน หากมีขนาดของรูแตกทะลุที่ไม่ใหญ่มาก การวินิจฉัยแยกด้วยประวัติ อาจพอช่วยได้ หากผู้ป่วยมีประวัติประกอบของการเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ร่วมด้วย อันได้แก่ การถ่ายอุจจาระที่มีขนาดเล็กลง มีมูกปนเลือดปนมากับอุจจาระ แต่ทั้งนี้ หากก้อนมะเร็งสามารถแตกทะลุได้ ควรจะต้องมีขนาดที่ใหญ่พอสมควร ดังนั้น ผู้ป่วยจึงควรมีอาการหรืออาการแสดงของลำไส้ใหญ่อุดตัน ไม่มากนัก หากผู้ป่วยไม่มีประวัติต่าง ๆ เหล่านี้ การวินิจฉัย CT-scan ก็อาจแยกกับการอักเสบของ diverticulitis ได้ยาก จึงเป็นหลักการปฏิบัติอยู่เสมอ เมื่อผู้ป่วย acute diverticulitis ได้รับการรักษาแบบ conservative จนผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นแล้ว ประมาณ 6 สัปดาห์ ต้องทำการตรวจลำไส้ใหญ่ของผู้ป่วย ด้วยการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ( Colonoscopy ) เสมอ เพื่อยืนยันการวินิจฉัย diverticulitis และแยกโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ดังจะเห็นได้จากตัวอย่าง VDO clip 2



VDO Clip 2 แสดง ภาพจาก Colonoscopy ในผู้ป่วย misdiagnosis colorectal cancer



VDO clip 2 แสดง Colonoscopy ของ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นเป็น diverticulitis แต่จากการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่และทวารหนักในเวลาต่อมาที่ 6 สัปดาห์ พบเนื้องอกภายในลำไส้ส่วน sigmoid colon ซึ่งผลการตรวจชิ้นเนื้อที่ได้ทำการตัดออกมาพบว่าเป็น Adenocarcinoma

จากรายงานต่าง ๆ พบว่า มีผู้ป่วยประมาณ 1% ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น acute diverticulitis แต่เมื่อทำการตรวจวินิจฉัยภายหลังพบว่า กลายเป็น colorectal cancer ซึ่งยืนยันจากการตรวจชิ้นเนื้อ เมื่อการรักษาเสร็จสิ้น

Inflammatory bowel disease ได้แก่ Ulcerative colitis และ Crohn's disease ทั้งสองโรคผู้ป่วยจะมีอาการถ่ายเหลว อาจมีเลือดปนออกมากับอุจจาระ ร่วมกับน้ำหนักลด และมักจะมีประวัติของอาการและอาการแสดงที่ยาวนาน ซึ่งสามารถให้การวินิจฉัยได้จากการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ร่วมกับการตัดชิ้นเนื้อตัวอย่างจากบริเวณเยื่อบุลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่สงสัยมาตรวจทางพยาธิวิทยา

Irritable bowel syndrome ก่อนที่แพทย์จะให้การวินิจฉัย irritable bowel syndrome แก่ผู้ป่วยรายใดนั้น ควรจะต้องทำการตรวจวิเคราะห์ หาสาเหตุของอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย อย่างละเอียด ด้วยวิธีทางต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นการซักประวัติ ตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจวินิจฉัยด้วยรังสี และการใช้เครื่องมือต่าง ๆ ที่มีและไม่พบสาเหตุใด ๆ ที่จะทำให้เกิดอาการและอาการแสดงต่าง ๆ แล้วจึงนึกถึงการวินิจฉัยโรคนี้ ดังนั้นผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ด้วยอาการของ diverticulitis แต่มีอาการเรื้อรังมานาน แพทย์ควรนึกถึงการวินิจฉัยโรคที่ทำให้เกิดความเรื้อรังของอาการของผู้ป่วยไว้เสมอ

### Investigation

จากการซักประวัติและการตรวจร่างกาย เมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์ด้วยอาการและอาการแสดงที่ทำให้แพทย์นึกถึงภาวะ diverticulitis สิ่งที่ยืนยันการวินิจฉัยของแพทย์ ก็คือ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจวินิจฉัยด้วยรังสี รวมถึงการใช้เครื่องมือต่าง ๆ ช่วยในการตรวจอวัยวะที่สงสัยว่ามีพยาธิสภาพ

สำหรับ diverticulitis การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ควรพบลักษณะของการอักเสบติดเชื้อภายในร่างกาย อันได้แก่ leucocytosis ( เม็ดเลือดขาวเพิ่มปริมาณมากขึ้น ) หากอาการของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจนมีลักษณะเข้าได้กับ complicated diverticulitis อาจตรวจพบการติดเชื้อในกระแสเลือด แต่ทั้งนี้ การส่งเพาะเชื้อจากเลือด ในระยะแรก ๆ หรือ ในผู้ป่วย uncomplicated diverticulitis อาจไม่ได้ประโยชน์และไม่ได้เปลี่ยนแปลงการรักษา

การตรวจวินิจฉัยด้วยรังสี ที่เป็นมาตรฐานในการยืนยันการวินิจฉัยภาวะ diverticulitis ได้แก่ การตรวจ CT-scan ซึ่งจากการศึกษาพบว่า มี sensitivity 98% และ accuracy 98 - 99% (6,7) ลักษณะที่ตรวจพบจาก CT-scan ในผู้ป่วย diverticulitis คือ การแสดงถึงการอักเสบของ fat รอบ ๆ ลำไส้ส่วนที่เกิด diverticulitis ( pericolic fat stranding / inflammation ) ผนังลำไส้หนาตัวขึ้น และอาจพบ diverticula หรืออาจพบ abscess เกิดขึ้นในบริเวณต่าง ๆ ขึ้นกับพยาธิสภาพ

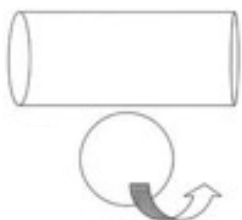
ด้วยลักษณะการตรวจพบจากการตรวจด้วย CT-scan ทำให้แพทย์สามารถจำแนกผู้ป่วย acute complicated diverticulitis ออกเป็นกลุ่ม ๆ ตาม Hinchey's classification (8) เพื่อประกอบการตัดสินใจในการเลือกให้การรักษาผู้ป่วยได้ดังนี้



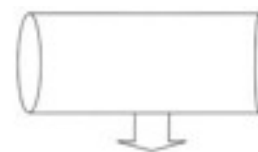
Class I : Pericolic abscess



Class II : Localized abscess



Class III : Purulent peritonitis



Class IV : Fecal peritonitis

รูปที่ 5 แสดง Hinchey's classification (8)

นอกจากนี้ Ambrosetti et al (9) ได้นำเสนอการแบ่งกลุ่มผู้ป่วยเพื่อช่วยในการตัดสินใจให้การรักษาด้วยการผ่าตัด โดยอาศัยการตรวจพบจาก CT-scan เมื่อผู้ป่วยมีภาวะ acute left sided diverticulitis ครั้งแรก Ambrosetti ได้ทำการแบ่งการตรวจพบจากภาพ CT-scan ออกเป็น mild และ severe finding โดยแยกจากหากมีการตรวจพบ abscess, extraluminal air หรือ extraluminal Gas- trografen อย่างใดอย่างหนึ่งหรือร่วมกัน เข้าได้กับ severe finding แต่หากตรวจพบเพียง localized thickening of colonic wall หรือ inflammation ของ pericolic fat จัดอยู่ในกลุ่ม mild finding

### Treatment

การรักษาผู้ป่วย diverticulitis ขึ้นกับพยาธิสภาพและการตอบสนองของร่างกายที่เกิดขึ้น แต่เราสามารถแบ่งการรักษาได้เป็น 2 ทาง คือ การรักษาด้วยการผ่าตัด และ การรักษาด้วยวิธีการอื่น ๆ ที่ไม่ใช่การผ่าตัด หรือที่เรียกว่า conservative treatment ทั้งนี้การพิจารณาจะให้การรักษาผู้ป่วยด้วยวิธีการใดนั้น แพทย์ผู้ให้การรักษาสามารถนำเอาการแบ่งกลุ่มผู้ป่วยด้วยวิธีการต่าง ๆ มาช่วยร่วมในการตัดสินใจ ได้แก่

#### Acute uncomplicated diverticulitis

ในกลุ่มนี้ผู้ป่วย ไม่มีการแตกทะลุที่ชัดเจน ไม่มีลักษณะของหนองฝีเกิดขึ้น มีเพียงการอักเสบรอบ ๆ บริเวณ diverticulum ที่เป็นสาเหตุของการอักเสบนั้น ๆ การให้การรักษา สามารถทำได้ด้วย conservative treatment โดยผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ( outpatient treatment ) ผู้ป่วยควรได้รับการแนะนำให้ปฏิบัติตัว เพื่อให้การทำงานลำไส้ใหญ่ ลดน้อยลง ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีกากน้อย หรือ ไม่มีกาก ( low residual diet หรือ clear liquid diet ) ร่วมกับการให้ยาปฏิชีวนะที่มีฤทธิ์ฆ่าเชื้อที่เป็นเชื้อ flora ภายในลำไส้ใหญ่ ได้แก่ Gram -ve bacteria, Anaerobe เช่น E.Coli, B.Fragilis และ Steptococcal fecalis เป็นต้น ซึ่งยาปฏิชีวนะที่ให้อาจให้ในรูปยากินได้ เพื่อความสะดวกในการบริหารยา

เมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นแล้ว ประมาณ 4 - 6 สัปดาห์ แพทย์ควรนัดตรวจดูภายในลำไส้ใหญ่และทวารหนักด้วย colonoscopy เพื่อยืนยันการวินิจฉัยของภาวะ diverticulitis และแยกผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักให้ได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้อง ดังที่เคยกล่าวเบื้องต้น

นอกจากนั้น เมื่อผู้ป่วยหายจากการอักเสบที่เกิดขึ้น แพทย์ควรแนะนำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ให้มี ไฟเบอร์ เป็นส่วนประกอบของอาหารที่รับประทานให้มากขึ้น ( high fiber diet, fiber > 30 gm/day ) ทั้งนี้การรับประทาน ไฟเบอร์ ดังกล่าวจะมีผลช่วยป้องกันให้เกิดซ้ำของ diverticulitis ลดน้อยลง ( protective effect ) เนื่องจากการรับประทานอาหารที่มีไฟเบอร์ปริมาณมาก จะทำให้เมื่ออาหารผ่านเข้าสู่ลำไส้ใหญ่จะมีการดูดน้ำเข้าไปในตัวกากอาหารทำให้ ก้อนของอุจจาระที่ผ่านในลำไส้ใหญ่มีขนาดใหญ่กว่า อาหารที่มีปริมาณไฟเบอร์น้อย ขนาดของลำไส้ก็ใหญ่ขึ้นเช่นเดียวกัน ทำให้การหดตัวแบบ segmental contraction ลดลง ซึ่งโดยรวมแล้ว ความดันในท่อลำไส้ใหญ่ก็ลดน้อยลงตามไปด้วย เมื่อเทียบกับลำไส้ใหญ่ของผู้ป่วยที่รับประทานอาหารที่มีไฟเบอร์ต่ำ นอกจากนั้นได้มีการแนะนำให้มีการใช้ probiotic เพื่อช่วยในการลดการกลับมาเป็นใหม่ของผู้ป่วย diverticulitis ซึ่งหลักการใช้ probiotic คือการให้เชื้อโรคที่ไม่ก่อให้เกิดโรคเข้าไปในลำไส้ใหญ่ เพื่อช่วยในการเคลื่อนที่ของอุจจาระภายในลำไส้ใหญ่ เป็นไปได้ง่ายมากขึ้น เชื้อโรคที่กล่าวคือเชื้อ Lactobacillus แต่ probiotic ที่มีจำหน่ายยังมีราคาแพงมาก และมีรายงานว่าเชื้อดังกล่าวสามารถทำให้ผู้ป่วยเกิดการติดเชื้อในกระแสเลือดจนเสียชีวิตได้ ดังนั้น การใช้ probiotic จึงยังไม่เป็นหลักในการปฏิบัติมาตรฐานที่แนะนำผู้ป่วยในปัจจุบัน

#### Acute complicated diverticulitis

ผู้ป่วยที่ได้รับการจัดให้อยู่ในกลุ่มนี้ ควรได้รับการรักษาภายในโรงพยาบาล เนื่องจากอาการของผู้ป่วย สามารถเปลี่ยนแปลงแย่งได้ตลอดเวลา ผู้ป่วยควรได้รับการงดรับประทานอาหาร เพื่อให้ลำไส้ใหญ่ได้รับการหยุดพักจากการทำงานอย่างเต็มที่ และเป็นการควบคุมการแตกทะลุของลำไส้ที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยควรได้รับยาปฏิชีวนะที่มีฤทธิ์ฆ่าเชื้อที่เป็นเชื้อ flora ภายในลำไส้ใหญ่ ทางเส้นเลือดดำทันที นอกจากนั้นผู้ป่วยทุกคนควรได้รับการประเมินพยาธิสภาพของโรคด้วยการตรวจ CT-scan เสมอ

เมื่อได้ผลการตรวจ CT-scan เราสามารถแบ่งผู้ป่วยตามผลภาพของ CT-scan เพื่อช่วยในการให้การรักษา โดยที่ผู้ป่วยที่มีอาการและอาการแสดงของการอักเสบภายในช่องท้อง ( generalized peritonitis ) ร่วมกับภาพถ่าย

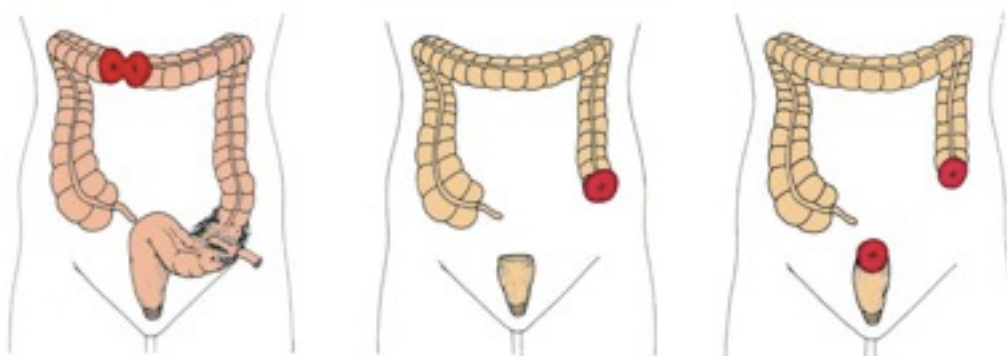
CT-scan แสดงถึงการอักเสบและการแตกทะลุที่ชัดเจน หรืออาจเห็นลมเกิดขึ้นภายในช่องท้อง ซึ่งตรงกับ Hinchey class III และ IV ผู้ป่วยควรได้รับการผ่าตัดฉุกเฉิน เพื่อทำการรักษาภาวะแตกทะลุที่เกิดขึ้น

ในทางตรงกันข้ามหากผู้ป่วย ไม่มีภาวะ generalized peritonitis เกิดขึ้น และ ลักษณะของ CT-scan แสดงเพียง การอักเสบรอบ ๆ บริเวณที่เป็นสาเหตุของ diverticulitis หรือ แสดงการเกิดหนองฝีขึ้นภายในช่องท้อง ( abscess formation ) ในเบื้องต้นอาจให้การรักษาแบบ conservative treatment แพทย์ควรให้การรักษาตามหลักการ รักษาการอักเสบติดเชื้อทั่ว ๆ ไป ได้แก่ หากมีหนองต้องระบาย เมื่อมีเชื้อให้ป้ายเอาไปตรวจและเพาะดู ยามาเชื้อ ทุกตัวเท่าที่รู้ ถ้าเจอรูแตกทะลุต้องผ่าตัดซ่อม เมื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการรักษาผู้ป่วยคือ หากตรวจพบหนองฝีเกิดขึ้นภายในช่องท้อง ควรทำการระบายหนองด้วยการเจาะออก ( percutaneous drainage, PCD ) เมื่อได้หนอง ออกมาแล้วควรส่งตรวจเพาะเชื้อ เพื่อดู sensitivity ต่อยาปฏิชีวนะที่ให้ และเฝ้าติดตามดูอาการของผู้ป่วยอย่าง ใกล้ชิด รวมถึงการแจ้งให้ญาติและผู้ป่วยทราบถึงแผนการรักษา หากผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่แย่ลง หรือ ไม่ดีขึ้น แพทย์อาจต้องพิจารณาให้การผ่าตัดรักษาอย่างฉุกเฉิน

การตรวจติดตามอย่างใกล้ชิด ขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วยเป็นสำคัญ ในผู้ป่วยบางคนแพทย์อาจแวะเวียนเข้าไป เยี่ยมผู้ป่วยทุก 4 -6 ชั่วโมง แต่ในผู้ป่วยบางคน อาจต้องเฝ้าติดตามอาการทุกครั้งถึงหนึ่งชั่วโมง ก็อาจเป็นได้ เมื่อ เวลาผ่านไป 24 - 72 ชั่วโมง หากอาการของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบ conservative treatment แล้วอาการ ของผู้ป่วยยังไม่ดีขึ้น ได้แก่ การปวดท้อง ไข้ sign หน้าท้องและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการแสดงถึงการอักเสบ ติดเชื้อที่รุนแรงมากขึ้น แพทย์อาจจำเป็นต้องทำการประเมินผู้ป่วยอีกครั้งด้วย CT-scan หรือ อาจแนะนำให้ผู้ป่วย เข้ารับการผ่าตัดรักษาทันที ขึ้นกับพยาธิสภาพขณะนั้น

หลักการผ่าตัดฉุกเฉินสำหรับภาวะ diverticulitis นั้น จุดมุ่งหมายคือการกำจัด ต้นกำเนิดของการอักเสบติดเชื้อ ออกจากช่องท้อง พร้อมทั้งทำการล้างทำความสะอาดภายในช่องท้อง หลังจากนั้น การจะต่อส่วนของลำไส้ที่ได้รับการ ตัดหรือไม่นั้น ขึ้นกับพยาธิสภาพ และสภาพของผู้ป่วยในขณะนั้น โดยศัลยแพทย์ต้องคำนึงถึง ลักษณะเนื้อเยื่อ ของลำไส้ เลือดที่มาเลี้ยง และความตึงหย่อนของรอยต่อของลำไส้เมื่อทำการต่อ เพื่อให้ได้รอยต่อของลำไส้ที่ ปลอดภัย ( safe anastomosis ) และหากจำเป็นก็ควรนำลำไส้มาเปิดที่หน้าท้อง ( diverting ostomy ) เพื่อ เป็นการป้องกันไม่ให้เกิดรอยรั่วทะลุของรอยต่อของลำไส้ใหญ่

การผ่าตัดฉุกเฉินในผู้ป่วย Acute diverticulitis ทำให้เกิดการผ่าตัดที่เรียกว่า staged operation กล่าวคือ ผู้ป่วย อาจได้รับการผ่าตัดหลายครั้งจนหายเป็นปกติ ในอดีตการผ่าตัดสำหรับภาวะแบบนี้เรียกว่า Three-stage operation โดยศัลยแพทย์จะทำการผ่าตัดครั้งแรก เพื่อยกลำไส้ใหญ่ให้มาเปิดที่หน้าท้อง เพื่อเป็นการป้องกันไม่ ให้อุจจาระวิ่งผ่านลงไปยังลำไส้ใหญ่ส่วนที่มีพยาธิสภาพ ( diverting colostomy ) โดยหวังว่าจะสามารถควบคุม การแตกทะลุของลำไส้ใหญ่บริเวณดังกล่าวได้ ต่อมาเมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นจึงทำการผ่าตัดเข้าไปตัดเอาลำไส้ใหญ่ ส่วนที่มีพยาธิสภาพออก ซึ่งโดยส่วนใหญ่คือ sigmoid colon และทำการล้างช่องท้อง จากนั้นนำเอาปลาย ลำไส้ใหญ่ส่วนดังกล่าวมาเปิดที่หน้าท้อง เป็นทวารเทียม ( colostomy ) หรือที่เรียกว่า Hartman's procedure เพื่อให้ผู้ป่วยถ่ายทางหน้าท้องชั่วคราว หลังจากนั้นจึงนัดผู้ป่วยมาผ่าตัดปิดทวารเทียมอีกครั้งหนึ่ง ( Closure hartman ) รวมทั้งหมดแล้วผู้ป่วยต้องเข้ารับการผ่าตัดทั้งหมด 3 ครั้งจึงเป็นที่มาของชื่อเรียกการผ่าตัดฉุกเฉิน แบบนี้



Diverting colostomy

Hartman's procedure

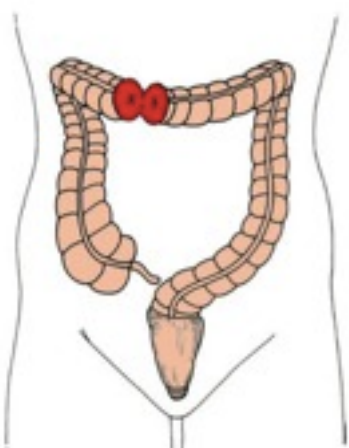
Hartman's procedure with Mucous fistula

รูปที่ 6 แสดงการขั้นตอนการผ่าตัดแบบ Three stage procedure (1)

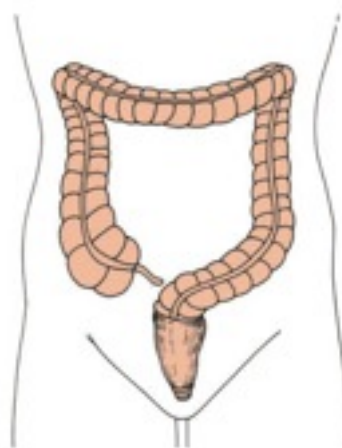
ต่อมาเมื่อวิวัฒนาการเทคนิคการผ่าตัดดีขึ้น เวลาที่ใช้ในการผ่าตัดลดลง ยาน้ำสลบและยาปฏิชีวนะปลอดภัยและดีขึ้นทำให้มีการพัฒนาการผ่าตัดที่เรียกว่า Two-stage operation กล่าวคือ ผู้ป่วยจะได้รับการผ่าตัดฉุกเฉิน เพื่อเอาลำไส้ใหญ่ส่วนที่ก่อให้เกิดพยาธิสภาพออก และนำเอาปลายลำไส้ใหญ่ส่วนที่ตัดออกมาเปิดที่หน้าท้องเป็นทวารเทียม (Hartman's procedure) และทำการล้างท้อง ต่อมาเมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น จึงนัดผ่าตัด Hartman closure อีกครั้งหนึ่ง หรือ ศัลยแพทย์อาจพิจารณาทำการตัดลำไส้ส่วนที่มีพยาธิสภาพและทำการต่อลำไส้ใหญ่เข้าด้วยกัน (Sigmoidectomy) เมื่อเข้าผ่าตัดฉุกเฉิน และทำการยกลำไส้เล็กส่วนปลาย (terminal ileum) ขึ้นมาเปิดที่หน้าท้องเป็นทวารเทียมชั่วคราว (Ileostomy) เพื่อไม่ให้อุจจาระวิ่งผ่านลงไปยังรอยต่อของลำไส้ใหญ่ และเมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น จึงนัดผู้ป่วยมาผ่าตัด ปิดทวารเทียม (Ileostomy closure) การทำทวารเทียมเพื่อป้องกันรอยต่อของลำไส้ใหญ่นั้น ไม่ได้ทำให้อัตราการรั่วของรอยต่อลำไส้ใหญ่ลดน้อยลงจากรายงานทางการแพทย์ แต่เมื่อเกิดการรั่วขึ้นแล้ว ผู้ป่วยจะมีความรุนแรงของอาการลดน้อยลง เนื่องจากไม่มีอุจจาระรั่วเข้าในช่องท้อง แต่ทั้งนี้ การเลือกวิธีการผ่าตัดแบบนี้ ศัลยแพทย์ต้องตัดสินใจจาก สภาวะของผู้ป่วย คุณภาพและพยาธิสภาพของลำไส้ใหญ่ ขณะเข้าทำการผ่าตัด ปริมาณเลือดที่สามารถมาเลี้ยงรอยต่อของลำไส้ใหญ่ว่าเพียงพอจะทำการตัดต่อลำไส้ได้อย่างปลอดภัย

การผ่าตัดแบบ stage operation นี้ ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดฉุกเฉินจากภาวะ acute complicated diverticulitis มักไม่ได้เข้ารับการผ่าตัดจนครบทุกคน ส่วนใหญ่แล้ว ผู้ป่วยไม่สามารถเข้ารับการผ่าตัดปิดทวารเทียมได้ อันเนื่องมาจากสภาวะของผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่เหมาะแก่การผ่าตัด เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอายุมาก โรคประจำตัวเยอะ มีความเสี่ยงจากโรคประจำตัวต่าง ๆ จนไม่สามารถดมยาสลบเพื่อเข้ารับการผ่าตัดได้ หรือ อาจป่วยด้วยโรคประจำตัวอื่น ๆ จนไม่สามารถเข้ารับการผ่าตัดอื่น ๆ ได้

ดังนั้นในปัจจุบัน จากประสบการณ์การผ่าตัดฉุกเฉิน เพื่อรักษาผู้ป่วย acute diverticulitis ที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยบางคน ศัลยแพทย์สามารถให้การผ่าตัดแบบ Single-stage operation โดยการตัดลำไส้ใหญ่ส่วนที่มีพยาธิสภาพตัดต่อลำไส้ใหญ่ (Sigmoidectomy or Subtotal colectomy) และล้างท้อง โดยไม่มีการเปิดทวารเทียมที่หน้าท้อง แต่ทั้งนี้การเลือกให้การผ่าตัดรักษาด้วยวิธีนี้ ศัลยแพทย์ต้องเลือกผู้ป่วยอย่างเหมาะสม เนื่องจากผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดฉุกเฉินด้วยภาวะ acute diverticulitis ส่วนใหญ่จะมีภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดอยู่ไม่มากนักน้อย หากเกิดผลข้างเคียงจากการผ่าตัด มีรอยรั่วเกิดขึ้นที่รอยต่อของลำไส้ใหญ่ อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้



รูปที่ 7 แสดงการผ่าตัด Sigmoidectomy with Protective colostomy ใน Two-stage operation (1)



รูปที่ 8 แสดงการผ่าตัด Sigmoidectomy ใน Single-stage operation (1)

สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย conservative treatment ไม่ว่าจะได้รับการเจาะระบายหนองฝี หรือไม่ก็ตาม เมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ไข้ลดลง หายปวดท้อง แพทย์อาจให้ผู้ป่วยกลับไปรักษาตัวที่บ้านได้ แต่ทั้งนี้ แพทย์ควรต้องพูดคุยกับผู้ป่วยและญาติ ถึงความจำเป็นในการต้องผ่าตัดเพื่อเอาลำไส้ใหญ่ส่วนที่เกิดพยาธิสภาพนั้น ๆ ออก เมื่อการอักเสบหายแล้ว และควรนัดผู้ป่วยมาตรวจติดตามอาการภายใน 1 เดือน ช้าเร็วขึ้นกับอาการของผู้ป่วย และการเดินทาง โดยเมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามนัดแล้ว พบว่าอาการดีขึ้นตามลำดับจนหาย แพทย์ควรนัดผู้ป่วยเพื่อ

เข้ารับการตรวจยืนยันการวินิจฉัยด้วยการส่องกล้อง colonoscopy ภายใน 4 - 6 สัปดาห์ ตามที่อธิบายข้างต้น และทำการนัดผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการผ่าตัดเอาลำไส้ใหญ่ส่วนที่มีพยาธิสภาพออกภายหลัง

#### Chronic diverticulitis

ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ การวินิจฉัยอาจทำได้ยาก เนื่องจากแพทย์มักได้ประวัติจากผู้ป่วยแต่เพียงอย่างเดียว การตรวจร่างกายอาจไม่พบลักษณะความผิดปกติอย่างใด และการตรวจด้วย CT-scan หากการอักเสบไม่มาก อาจไม่ทั้งร่องรอยของการอักเสบ หรือ การหายจากการอักเสบ เช่น ลักษณะพังผืดที่เกิดตามหลังการอักเสบเป็นต้น ดังนั้น การให้การวินิจฉัยที่ถูกต้องอาจเป็นการยาก ทั้งนี้ ในแต่ละครั้งของการเกิดอาการของผู้ป่วย น่าจะเข้าได้กับลักษณะของผู้ป่วย uncomplicated diverticulitis เนื่องจากอาการไม่มากและผู้ป่วยมักหายเองได้ จนมาพบแพทย์ที่ห้องตรวจได้ แต่ทั้งนี้ผู้ป่วยควรได้รับการตรวจลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง ได้แก่ CT-scan, Barium enema หรือ Colonoscopy เพื่อช่วยในการยืนยันการวินิจฉัย

จากรายงานทางการแพทย์พบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการของ acute uncomplicated diverticulitis ครั้งแรก ประมาณ 70 - 100% จะสามารถหายได้ด้วยการรักษาแบบ conservative treatment และในจำนวนผู้ป่วยกลุ่มนี้ ประมาณ 30% จะเกิดการกลับเป็นซ้ำของ diverticulitis ได้อีก ซึ่งเมื่อเกิดเป็นซ้ำแล้ว ประมาณ 25% ของผู้ป่วยจะกลายเป็น complicated diverticulitis และในกลุ่มที่เป็น uncomplicated diverticulitis นั้น จะสามารถรักษาด้วยวิธี conservative ได้เพียง 70% แต่หากผู้ป่วยเกิดอาการจาก diverticulitis ขึ้นอีกเป็นครั้งที่ 3 จะมีผู้ป่วยเพียงแค่ 6% เท่านั้น ที่สามารถให้การรักษาด้วย conservative treatment ได้ ดังนั้น แพทย์จึงควรแนะนำผู้ป่วยที่มีอาการจาก uncomplicated diverticulitis จำนวน 2 ครั้งขึ้นไปให้เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัด เอาลำไส้ใหญ่ส่วนที่มีพยาธิสภาพนั้น ๆ ออก เพื่อป้องกันการเกิดเป็นซ้ำที่อาจจำเป็นต้องเข้ารับการผ่าตัดฉุกเฉิน ซึ่งผลของการรักษาไม่ดีเท่ากับการวางแผนผ่าตัดทั่ว ๆ ไป

#### Complex diverticulitis

ผู้ป่วย diverticulitis ที่มี complication เกิดขึ้น ได้แก่ obstruction, fistula formation หรือ stricture formation ควรจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดแก้ไขภาวะ complication ที่เกิดขึ้น ร่วมกับการเอาพยาธิสภาพของลำไส้ใหญ่ส่วนนั้น ๆ ออก แต่ทั้งนี้ ความรีบด่วนของการผ่าตัดขึ้นกับอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยแต่ละคน

โดยสรุปแล้ว การรักษาผู้ป่วย diverticulitis ด้วยวิธีการผ่าตัด มี Indication ดังนี้

##### 1. Acute complicated diverticulitis

- a. Emergency setting : severe ( Hinchey's class III-IV ) และ not severe ที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วย conservative treatment
- b. Elective setting : not severe ( Hinchey's class I-II ), after subside

##### 2. Acute uncomplicated diverticulitis ที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วย conservative treatment

##### 3. Recurrent uncomplicated diverticulitis ที่มีอาการ attack ตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป

##### 4. Complex diverticulitis

แต่อย่างไรก็ดี ในปัจจุบันได้มีการปรับเปลี่ยนข้อบ่งชี้บางอย่างของการผ่าตัดสำหรับผู้ป่วย diverticulitis โดยผู้ป่วยจะได้รับการผ่าตัดลดน้อยลง เนื่องจากการศึกษาพบว่า การผ่าตัดหรือไม่ผ่าตัด สำหรับผู้ป่วยบางกลุ่มแล้ว ไม่ได้มีการกลับมาเป็นใหม่ที่แตกต่างกันแต่อย่างใด แต่ทั้งนี้การตัดสินใจว่าผู้ป่วยควรได้รับการผ่าตัดหรือไม่ ขึ้นกับอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย รวมถึง ภาพถ่าย CT-Scan ที่แสดงพยาธิสภาพของผู้ป่วยเป็นสำคัญ นอกจากนี้ ศัลยแพทย์จะเป็นผู้ให้คำแนะนำสำหรับการรักษาที่เหมาะสม สำหรับผู้ป่วยแต่ละราย

## Special circumstances

### Diverticulitis in the young

ผู้ป่วยอายุน้อย โดยทั่วไปหมายถึง คือ ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 50 ปี ซึ่งอย่างที่กล่าวข้างต้น Diverticular disease เป็นโรคของผู้สูงอายุ Incidence มากขึ้นตามอายุ ทำให้มีผู้ป่วยที่อายุน้อย จำนวนไม่มาก ที่มาพบแพทย์ด้วยอาการของ diverticulitis แต่ทั้งนี้เมื่อมีอาการเกิดขึ้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักได้รับการรักษาด้วย conservative treatment และดีขึ้นโดยไม่ต้องเข้ารับการผ่าตัด แต่สิ่งที่ควรคำนึงถึง คือ ความเป็นไปได้ที่จะกลับมาเป็นใหม่ของโรค หรือ recurrent attack รวมถึงความรุนแรงของโรค จะมีความแตกต่างกันกับผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 50 ปีหรือไม่ ก่อนหน้านี้ได้มีการแนะนำให้ผู้ป่วย Diverticular disease ที่อายุน้อยกว่า 50 ปี เข้ารับการผ่าตัดเอาลำไส้ใหญ่ส่วนที่เป็นโรคออก โดยอ้างการกลับเป็นใหม่ที่มากและรุนแรงกว่า ผู้ป่วยอายุมาก แต่ด้วยหลักฐานในปัจจุบัน พบว่า ผู้ป่วย Diverticular disease ที่อายุน้อย ไม่ได้มีความเสี่ยงในการเกิดความรุนแรงของโรคเมื่อกลับมาเป็นซ้ำ แตกต่างจากผู้ป่วยสูงอายุ ความเสี่ยงในการเกิดอาการเป็นซ้ำ หรือ ความรุนแรงของโรค เหมือนกับผู้ป่วย ที่อายุมากกว่า 50 ปี ในปัจจุบัน จึงไม่ใช่อายุของผู้ป่วยเป็นข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด diverticulitis

### Right sided diverticulitis

การเกิด diverticulitis ของลำไส้ใหญ่ทางด้านขวา ส่วนใหญ่มักเกิดขึ้นกับผู้ป่วยชาวเอเชีย มากกว่าประเทศแถบตะวันตก อันเนื่องมาจาก incidence ของ diverticulum ที่พบดังอธิบายไว้ข้างต้น แต่ทั้งนี้ลักษณะของ Diverticulum ที่พบในลำไส้ทางด้านขวานั้นมักเป็น True diverticulum หรือ diverticulum ที่ผนังประกอบด้วยทุกชั้นของลำไส้ใหญ่ ต่างจาก Sigmoid diverticulum ที่มักเป็น False diverticulum ซึ่งประกอบด้วยผนังของลำไส้ใหญ่ไม่ครบทุกชั้น แต่ Right sided diverticulitis มักเกิดขึ้นกับ false diverticulum มากกว่า true diverticulum

อาการและอาการแสดงของผู้ป่วย แยกได้ยากจาก Acute appendicitis ซึ่งอาจต้องใช้ ลักษณะจากภาพ CT-scan ช่วยแยกโรค แต่ทั้งนี้ การวินิจฉัยมักเกิดขึ้นขณะเข้าทำการผ่าตัด ด้วยข้อบ่งชี้ ของ Acute appendicitis ซึ่งการรักษาขณะนั้นทำได้สองทาง คือ หากดูจากลักษณะแล้วเป็นการอักเสบของ diverticulum ที่ชัดเจน และไม่มีลักษณะที่สงสัยว่าจะเป็นเนื้องอก ก็อาจทำการตัดไส้ติ่ง ( เพื่อป้องกันการกลับสนภายหลัง ) ปิดท้อง และให้การรักษาด้วย ยาปฏิชีวนะทางเส้นเลือดดำต่อไป ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถหายได้ด้วยวิธีนี้ แต่หากลักษณะการอักเสบไม่ชัดเจน หรือมีลักษณะของก้อน ณ บริเวณการอักเสบดังกล่าว ที่อาจทำให้สงสัยว่าอาจเป็นเนื้องอก หรือ มะเร็งของลำไส้ใหญ่ ศัลยแพทย์อาจพิจารณาทำการผ่าตัดเอาลำไส้ใหญ่ส่วนดังกล่าวออกที่เรียกว่า Right colectomy หรือ Right hemicolectomy

แต่หากสามารถวินิจฉัยภาวะ Right sided diverticulitis ได้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถหายขาดได้ด้วย conservative treatment โดยไม่ต้องได้รับการผ่าตัด

## Inflammatory bowel disease

ผู้ป่วย Inflammatory bowel disease เป็นอีกกลุ่มหนึ่งในโรคของลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่ทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ในภาวะฉุกเฉินที่เกิดจากการอักเสบ ( Inflammatory process ) โรคในกลุ่มนี้เป็นการอักเสบที่เกิดขึ้นภายในลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โดยสาเหตุที่ทำให้เกิดการอักเสบ ยังไม่ทราบแน่ชัด แต่เกิดจากการที่ร่างกายเกิดขบวนการอักเสบขึ้นภายในทางเดินอาหารเอง ซึ่งมักเกิดในกลุ่มชนชาติตะวันตก มากกว่าชาวเอเชีย ดังนี้อุบัติการณ์ในคนไทย พบกลุ่มโรคนี้นับไม่บ่อยนัก แต่เริ่มพบมากขึ้นในปัจจุบัน เราสามารถแบ่งกลุ่มโรคนี้ออกได้เป็น

### 1. Ulcerative colitis

เป็นการอักเสบของลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ในชั้น mucosa หรือ lamina propria ของผนังลำไส้ใหญ่เท่านั้น ซึ่งการอักเสบที่เกิดขึ้นต้องเริ่มต้นจากบริเวณลำไส้ตรง ( rectum ) และลามขึ้นไปตามผนังภายในของลำไส้ใหญ่ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ การอักเสบจะหยุดอยู่แค่ภายในลำไส้ใหญ่เท่านั้น มีเพียงส่วนน้อย ที่เกิดการอักเสบลุกลามไปถึงลำไส้เล็กส่วนปลาย ( terminal ileum ) ที่เรียกว่า Backwash ileitis พยาธิสภาพของการอักเสบในผู้ป่วยแต่ละคน มากน้อย แตกต่างกันไป ขึ้นกับระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีการอักเสบเกิดขึ้น และ การลุกลามของการอักเสบไปถึงส่วน

ไตของลำไส้ใหญ่ การอักเสบอาจมีอยู่เพียงบริเวณ rectum ( Ulcerative proctitis ) หรือลามไปเพียงบริเวณ ลำไส้ใหญ่ด้านซ้าย (Left-sided colitis) หรือมากกว่านั้นคือลุกลามไปจนถึง cecum ( Pancolitis )

ในผู้ป่วยบางคนอาจพบลักษณะการอักเสบบริเวณ rectum น้อยกว่าบริเวณอื่น ๆ ( rectal sparing ) จนอาจทำให้ คิดถึงภาวะอื่น ซึ่งจริง ๆ พยาธิสภาพที่น้อยกว่าบริเวณอื่น อาจเกิดจากการที่เริ่มมีการหายจากการอักเสบของผนัง ลำไส้ในบริเวณดังกล่าว ด้วยกระบวนการรักษาตัวเองของร่างกายหรือจากยาลดการอักเสบชนิดสแตียรอยด์ก็เป็นได้

## 2. Crohn's disease

เป็นการอักเสบของทางเดินอาหาร ซึ่งสามารถเกิดขึ้น กับส่วนหนึ่งส่วนใด หรือทั้งหมด ของทางเดินอาหารตั้งแต่ ปากจนถึงทวารหนัก การอักเสบดังกล่าว เป็นการอักเสบที่เกิดขึ้นในผนังของทางเดินอาหารทั้งชั้น ตั้งแต่ mucosa ถึง serosa และมักเกิดการอักเสบเป็นช่วง ๆ ไม่ได้ลุกลามติดกันเหมือนกับลำไส้ใหญ่ของผู้ป่วย ulcerative colitis ( skip lesion ) ลักษณะการอักเสบดังกล่าวทำให้เกิดผลตามมาคือ การเกิดเป็นรอยต่อ fistula กับอวัยวะที่พยาธิ สภาพไปติดอยู่ หรือเกิด stricture ขึ้นตามมา ลักษณะดังกล่าวนี้มักไม่เกิดขึ้นในผู้ป่วย ulcerative colitis ซึ่ง เป็นการอักเสบเฉพาะ mucosa ทำให้ไม่มีภาวะดังกล่าวเกิดขึ้น

ลำไส้ใหญ่ส่วนบริเวณรอยต่อกับลำไส้เล็กส่วนปลาย ( ileocecal ) เป็นส่วนที่พบการอักเสบได้บ่อยที่สุด ประมาณ 40% ของผู้ป่วย ลำไส้ใหญ่และลำไส้เล็ก พบได้เท่า ๆ กันประมาณ 30% <sup>(10)</sup>

## 3. Intermediate colitis

ประมาณ 10 - 15% ของผู้ป่วย inflammatory bowel disease ที่ไม่สามารถแยกได้ระหว่าง ulcerative colitis กับ crohn's disease ซึ่งลักษณะพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น ไม่บ่งชี้ชัดชัดว่าเป็นโรคใด ยกตัวอย่างเช่น มีการ อักเสบเกิดขึ้นเฉพาะชั้น mucosa แต่มีลักษณะ skip lesion เกิดขึ้น เป็นต้น ทั้งนี้การวินิจฉัยแยกโรคทั้งสอง มีความสำคัญในการให้การตัดสินใจในการรักษาผู้ป่วย แต่อาจทำได้ยากในผู้ป่วยประเภทนี้

### Sign and symptoms

อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ ขึ้นกับลักษณะของพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นจากการอักเสบ ตำแหน่ง ของการอักเสบ และความรุนแรงของการอักเสบ ทั้งนี้ ส่วนใหญ่มักมาพบแพทย์ด้วยอาการ ปวดท้อง ท้องเสีย และ ถ่ายอุจจาระมีเลือดปน เป็นอาการสำคัญ อาจมีอาการ ไข้ ปวดบ่งถ่าย น้ำหนักลด เป็นอาการร่วม หรือหากผู้ป่วย มีการอักเสบมาเป็นระยะเวลานาน อาจมาพบแพทย์ด้วยอาการของผลข้างเคียงจากการเกิดอักเสบเป็นเวลานาน เช่น อาการถ่ายเป็นน้ำจาก coloenteric fistula, อาการบัสสาวะเป็นลมจาก colovesicle fistula หรือ อาการปวด แน่นท้องร่วมกับไม่ถ่ายไม่ผายลม อุจจาระเล็กลีบลง จาก stricture เป็นต้น

หากการอักเสบเป็นมากจนทำให้ลำไส้ใหญ่ทั้งหมดอักเสบรุนแรง ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะ toxic megacolon โดยมี อาการของการติดเชื้อในกระแสเลือดที่รุนแรง โดยเชื้อโรคที่อยู่ในลำไส้ใหญ่ ซึ่งต้องการการผ่าตัดอย่างเร่งด่วนเพื่อตัดเอาลำไส้ใหญ่ส่วนที่ก่อให้เกิดการติดเชื้อออก

### Investigation

เมื่อพบผู้ป่วยที่มีอาการเข้าข่ายสงสัยว่าจะมีอาการจากโรคในกลุ่ม Inflammatory bowel disease ผู้ป่วยควรได้ รับการตรวจวินิจฉัยเพื่อยืนยันการวินิจฉัย เริ่มจากการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และการตรวจวินิจฉัยทางห้อง ปฏิบัติการทั่วไป การตรวจเลือด การตรวจปัสสาวะ การตรวจ x-ray ช่องท้อง

ลักษณะของ x-ray ช่องท้องที่พบ ขึ้นกับพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น อาจพบ free air ที่แสดงลักษณะของ perforation หรือพบลักษณะของการอุดตันของลำไส้ใหญ่ ในผู้ป่วยที่มีอาการอักเสบมาเป็นเวลานาน ( chronic colitis ) อาจ พบลักษณะของ tube-like colon โดยการอักเสบต่อเนื่องทำให้ haustral ของ colon หายไป ( ahaustral colon )

นอกจากนั้น ผู้ป่วยควรได้รับการตรวจอุจจาระ เพื่อหาการติดเชื้อจากพยาธิ และเชื้ออื่น ๆ ซึ่งการติดเชื้อเหล่านี้ พบ ได้บ่อยกว่า Inflammatory bowel disease ในผู้ป่วยคนไทย ดังนั้น จึงควรตรวจอุจจาระในผู้ป่วยที่ได้รับการ วินิจฉัย Inflammatory bowel disease ทุกราย

การตรวจ CT-scan เป็นอีกหนึ่งการตรวจวินิจฉัยที่ให้รายละเอียดพยาธิสภาพ ในภาวะฉุกเฉินที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ ด้วยอาการที่สงสัยภาวะอักเสบจาก Inflammatory bowel disease สิ่งที่ตรวจพบอาจเป็นการหนาตัวของผนัง

ลำไส้ใหญ่ การอักเสบของไขมันรอบ ๆ ลำไส้ใหญ่ ฝี หนอง หรือ การเกิด fistula เชื่อมลำไส้ใหญ่กับอวัยวะส่วนต่าง ๆ ซึ่งการตรวจพบพยาธิสภาพต่าง ๆ จะช่วยในการให้การรักษาผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉินได้อย่างถูกต้อง

การตรวจด้วยกล้องส่องตรวจลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ( Colonoscopy ) เป็นการตรวจที่สำคัญในการวินิจฉัยโรคในกลุ่ม Inflammatory bowel disease เนื่องจากการตรวจอย่างเดี่ยวที่ทำให้แพทย์เห็นถึงพยาธิสภาพที่แท้จริง ของลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่เกิดขึ้น รวมถึงสามารถตัดเนื้อเยื่อออกมาเพื่อทำการตรวจวินิจฉัยทางพยาธิวิทยา ให้ได้การวินิจฉัยที่ถูกต้อง เพื่อการรักษาที่เหมาะสม แต่การตรวจดังกล่าว ในผู้ป่วยที่มีการอักเสบรุนแรงของลำไส้ใหญ่และทวารหนัก อาจก่อให้เกิดความเสี่ยงในการแตกทะลุของลำไส้ที่มีความเปราะบางจากการอักเสบที่รุนแรงได้ ดังนั้น ระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับการตรวจ colonoscopy เป็นสิ่งสำคัญที่แพทย์ผู้ให้การรักษาต้องเลือกเวลาที่เหมาะสมในการส่งผู้ป่วยเข้ารับการตรวจดังกล่าว

สิ่งที่ตรวจพบจาก colonoscopy โดยส่วนใหญ่จะช่วยแยก ulcerative colitis และ crohn's disease ออกจากกันได้ด้วยลักษณะพยาธิสภาพเฉพาะที่ตรวจพบ แต่หากไม่สามารถแยกได้ด้วย gross appearance การตัดชิ้นเนื้อ ( biopsy ) เพื่อส่งตรวจทาง Histology ซึ่งจะสามารถให้การวินิจฉัยได้อย่างถูกต้อง ลักษณะที่แตกต่างกันระหว่าง ulcerative colitis และ crohn's disease แสดงในตารางที่ 1

	Ulcerative colitis	Crohn's disease
Colonoscopy	Continuous lesion from rectum	Skip lesion
	Edema, erythema and loss of vascular marking	Aptous ulcer, patchy asymmetric erythema
	Grnularity, bleeding and micropurulence	Linea serpiginous ulcer, pseudopolyp and fistula or abscess
	Ulceration, transmural disease, pseudopolyp formation and mucosal bridging	Deep "bear claw" ulcer, stricture and mucosal bridging
Histology	Crypt distortion	Patchy crypt distortion
	Goblet cell mucin depletion	Minimal goblet cell mucin depletion
	Mucosal inflammation, Uniform crypt abscess	Apthoid ulcer, focal crypt abscess
	Lamina propria neutrophils	Mononuclear cell infiltration
	Loss of mucosa with retation of crypts	Noncasceating granuloma ( 20-60% )
	Neuronal hyperplasia : uncommon	Neuronal hyperplasia : common
	Deeper submucosa inflammation	Mucosal and submucosal thickenning
	Pseudopolyp and mucosal bridging	Fibrosis and stricture
	Dysplasia : common	Dysplasia : uncommon

ตารางที่ 1 แสดงลักษณะที่แตกต่างกันของพยาธิสภาพที่พบจาก colonoscopy และ histology ระหว่างผู้ป่วย ulcerative colitis และ crohn's disease



## Treatment

หลักการรักษาผู้ป่วย inflammatory bowel disease นั้น เป็นการรักษาด้วย medical treatment เป็นหลัก ผู้ป่วย จะได้รับการผ่าตัด เมื่อเกิดผลข้างเคียงอันเนื่องมาจากพยาธิสภาพของโรคที่เป็นมากจนก่อให้เกิดภาวะต่าง ๆ เช่น abscess formation, fistula formation, perforation, stricture หรือภาวะ toxic megacolon

ในการรักษาเบื้องต้น ผู้ป่วยที่มีอาการมาก หรือไม่แน่ใจในการวินิจฉัย ควรได้รับเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล เพื่อ การวินิจฉัยที่ถูกต้อง และให้การรักษาที่เหมาะสม ผู้ป่วยควรได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตรวจเลือดเพื่อ วินิจฉัยภาวะการติดเชื้อ ตรวจปัสสาวะ อุจจาระ เพื่อหาการติดเชื้อด้วยเชื้อโรคหรือพยาธิอื่น ๆ ตรวจ X-Ray ช่อง ท้อง เพื่อหาพยาธิสภาพต่าง ๆ เช่น free air หรือ obstruction นอกจากนั้น อาจต้องตรวจ CT-scan เพื่อหาพยาธิ สภาพที่ผิดปกติ ที่เกิดขึ้น เพื่อให้การรักษาที่เฉียบพลัน

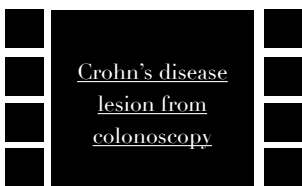
หากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้น สาเหตุการเจ็บป่วยจาก inflammatory bowel disease ผู้ป่วยควรได้รับการ พักการใช้งานลำไส้ใหญ่ด้วยการงดอาหาร หรือให้อาหารที่มีกากน้อย ผู้ป่วยควรได้รับยาปฏิชีวนะ ที่เหมาะสมกับ เชื้อที่เกิดขึ้น ซึ่งในที่นี้ ได้แก่ เชื้อโรคน้ำลำไส้ใหญ่เอง จำพวก Gram -ve และ Anaerobe โดยหากผู้ป่วยมีอาการ มาก ควรได้รับยาปฏิชีวนะทางเส้นเลือด เพื่อให้สามารถออกฤทธิ์ฆ่าเชื้อโรคได้เร็วขึ้น

นอกจากนั้น ผู้ป่วยควรได้รับยาลดการอักเสบที่เหมาะสม โดยรูปแบบและชนิดของยาลดการอักเสบที่ใช้ ขึ้นกับ พยาธิสภาพของผู้ป่วยที่เกิดขึ้น ซึ่งมุ่งเน้นไปให้การรักษาเฉพาะที่โดยการสัมผัสของยากับเนื้อเยื่อที่เกิดพยาธิ สภาพขึ้น หากผู้ป่วยมีอาการที่น่าจะเกิดจาก rectum หรือ ลำไส้ใหญ่ด้านซ้าย ส่วนปลาย ซึ่งแสดงออกด้วยอาการ ปวดหน่วง ปวดถ่าย (tenismus) ร่วมกับ ท้องเสียและมีเลือดปนกับอุจจาระ ยาลดการอักเสบอาจให้ผ่านทาง การสวนเข้าจากปากทวาร แต่หากผู้ป่วยมีพยาธิสภาพเกิดจากทั้งลำไส้ใหญ่ ควรได้รับยาลดการอักเสบผ่านทางปาก หรือทางเส้นเลือดดำ ซึ่งชนิดและรายละเอียดของยาที่ให้จะไม่กล่าวถึงในบทความนี้

เมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น แพทย์ควรนัดตรวจ colonoscopy เพื่อการวินิจฉัยที่ถูกต้องจากการตัดเนื้อเยื่อมาตรวจ ทาง histology ดังที่กล่าวข้างต้น



VDO Clip 3 แสดง ภาพจาก Colonoscopy  
ในผู้ป่วย ulcerative colitis



VDO Clip 4 แสดง ภาพจาก Colonoscopy  
ในผู้ป่วย crohn's disease

## Screening for colorectal cancer

ผู้ป่วย ulcerative colitis ที่มีอาการอยู่เป็นระยะเวลานาน จะมีโอกาสเสี่ยงในการเปลี่ยนแปลงของเยื่อของ ลำไส้ใหญ่ที่เกิดการอักเสบต่อเนื่อง จนทำให้เกิดกลายเป็นเนื้อมะเร็งได้ ซึ่งระยะเวลาในการเกิด ขึ้นกับพยาธิสภาพ ของโรค ในผู้ป่วย pancolitis จะเกิดขึ้นเฉลี่ยในระยะเวลา 7 - 8 ปี และ 12 - 15 ปีในผู้ป่วย left-sided colitis

ดังนั้นในผู้ป่วย ulcerative colitis ที่มีอาการอยู่เป็นระยะเวลานาน มากกว่า 7 ปี แพทย์ควรแนะนำผู้ป่วยเข้ารับ การตรวจ colonoscopy เพื่อ screen หาเนื้อเยื่อที่ผิดปกติ โดย เริ่มต้นที่ 7 - 8 ปี สำหรับ pancolitis และ 12 -15 ปี สำหรับ left-sided colitis และควรตรวจซ้ำทุก 1 - 2 ปี ขึ้นกับพยาธิสภาพที่พบ

## Reference

1. Philip H.Gordon. Diverticular disease of the Colon. In : Philip H. Gordon, Santhat Nivatvongs, editors. Principles and Practice of Surgery for the Colon, Rectum and Anus. Informa; 2007. p. 909 - 970
2. Colcock BF. Diverticular Disease of the Colon. Philadelphia: WB Saunders; 1971.
3. Sugihara K, Muto T, Morioka Y. Diverticular disease of the colon in Japan. A review of 615 cases. *Dis Colon Rectum* 1984; 27:531-537.
4. Painter NS, Truelove SC, Ardran GM, et al. Segmentation and the localization of intraluminal pressures in the human colon, with special reference to the pathogenesis of colonic diverticula. *Gastroenterology* 1965;49:169-177.
5. Papagrigroriadis S, Macey L, Bourantas N, et al. Smoking may be associated with complications in diverticular disease. *Br J Surg* 1999;86:923-926.
6. Werner A, Diehl SJ, Farag-Soliman M, Duber C. Multi-slice spiral CT in routine diagnosis of suspected acute left-sided colonic diverticulitis: a prospective study of 120 patients. *Eur Radiol* 2003; 13:2596-2603.
7. Ambrosetti P, Jenny A, Becker C, Terrier TF, Morel P. Acute left colonic diverticulitis compared performance of computed tomography and water-soluble contrast enema: prospective evaluation of 420 patients. *Dis Colon Rectum* 2000; 43:1363-1367.
8. Hinchey EJ, Schaal PG, Richards GK. Treatment of perforated diverticular disease of the colon. *Adv Surg* 1978;12:85-109.
9. Ambrosetti P, Robert J, Witzig JA, et al. Prognostic factors from computed tomography in acute left colonic diverticulitis. *Br J Surg* 1992; 179: 117-119.
10. Walter A. Koltun. Inflammatory Bowel Disease : Diagnosis and Evaluation. In : Bruce G. Wolff, James W. Fleshman, David E. Beck, John H. Pemberton, Steven D. Wexner, editors. The ASCRS Textbook of Colon and Rectal Surgery. Springer; 2007. p. 543-554