

3-1-1990

กลุ่มอาการการดูดซึมอาหารผิดปกติ : การศึกษาย้อนหลัง 9 ปีที่โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์

สมนทิพย์ พจนฉลองศิลป์

นุสนธิ์ กัสดีเจริญ

Follow this and additional works at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjjournal>



Part of the [Medicine and Health Sciences Commons](#)

Recommended Citation

พจนฉลองศิลป์, สมนทิพย์ and กัสดีเจริญ, นุสนธิ์ (1990) "กลุ่มอาการการดูดซึมอาหารผิดปกติ : การศึกษาย้อนหลัง 9 ปีที่โรงพยาบาล
จุฬาลงกรณ์," *Chulalongkorn Medical Journal*: Vol. 34: Iss. 3, Article 7.

Available at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjjournal/vol34/iss3/7>

This Article is brought to you for free and open access by the Chulalongkorn Journal Online (CUJO) at Chula Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Chulalongkorn Medical Journal by an authorized editor of Chula Digital Collections. For more information, please contact ChulaDC@car.chula.ac.th.

นิพนธ์ต้นฉบับ

กลุ่มอาการการดูดซึมอาหารผิดปกติ :
การศึกษาย้อนหลัง 9 ปีที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

สุมนทิพย์ พจน์ฉลองศิลป์*
นุสนธิ์ กลัดเจริญ**

Potjalongsile S, Kladchareon N. Malabsorption syndrome: a 9-year retrospective study at Chulalongkorn Hospital. Chula Med J 1990 Mar;34(3): 207-214

Eighteen case records of Thai patients with the diagnosis of "malabsorption" made between 1978 and 1986 were available for review. There were 13 male and 5 female, aged 17 to 82. Symptom duration ranged from 2 to 56 weeks. Leading symptoms were diarrhoea (77.8%), oedema (50.0%), weight loss (44.4%), anorexia (27.8%) and weakness (27.8%). Major findings included anaemia (66.7%), oedema (50.0%), cachexia (44.4%) and glossitis (27.8%). One fatal case had severe intractable hypocalcaemia and tetany. In 10 cases (55.6%), a specific cause was known, of which intestinal infestation by parasites or protozoa accounted for one-third. In Thai patients with malabsorption in whom a definitive cause is not yet apparent, an empirical treatment directed at specific intestinal parasites may be worthwhile.

Reprint request: Kladcharcon N, Department of Medicine, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok 10330, Thailand.

Reprint for publication. May 23, 1989.

* แพทย์ประจำบ้าน (พ.ศ. 2530) ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** หน่วยวิชาการระบบทางเดินอาหาร ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Malabsorption syndrome หมายถึง กลุ่มอาการที่มีความผิดปกติของการดูดซึมสารอาหารตั้งแต่หนึ่งชนิดขึ้นไป ทำให้ผู้ป่วยมีอาการ น้ำหนักลด ท้องเดิน ท้องอืด อ่อนเพลีย หรือมีเพียงอาการของการขาดสารอาหารบางชนิด เช่น ซีดเล็กน้อย เป็นต้น การให้การรักษาที่เหมาะสมเริ่มจากการตรวจค้นหาอวัยวะที่ผิดปกติ และสาเหตุของความผิดปกตินั้น โดยการซักประวัติ การตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น เช่น การตรวจเลือด ตรวจอุจจาระ การทดสอบพิเศษบางชนิดเช่น การตรวจทางรังสี การตรวจโดยใช้คลื่นเสียง การตรวจเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ การตรวจด้วยกล้องตรวจทางเดินอาหาร และการตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจทางพยาธิวิทยา เป็นต้น

Malabsorption syndrome พบได้ไม่บ่อยในประเทศไทย แพทย์มักมีปัญหาในการวินิจฉัยทำให้เกิดความล่าช้าในการรักษา และในบางรายอาจเกิดปัญหาภาวะแทรกซ้อนรุนแรงตามมาจนผู้ป่วยถึงแก่ชีวิตได้ ผู้รายงานได้ศึกษากลุ่มอาการนี้จากการค้นคว้าระเบียบโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ย้อนหลังเป็นเวลา 10 ปี เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ ลักษณะอาการ และการดำเนินโรค และวิธีการตรวจหาสาเหตุเพื่อให้ได้ข้อมูลที่อาจเป็นประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยไทยที่มีภาวะนี้

วัสดุและวิธีการ

ได้ทำการทบทวนประวัติผู้ป่วยที่ภาควิชาอายุรศาสตร์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น “Malabsorption syndrome” จากเวชระเบียนโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2521 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2529 โดยศึกษาอุบัติการณ์ อาการและอาการแสดง การตรวจค้นทางห้องปฏิบัติการ การวินิจฉัยโรค การรักษา และการดำเนินโรคในโรงพยาบาล จากรายละเอียดเท่าที่มีในบันทึกผู้ป่วย

ผู้ป่วย Malabsorption syndrome ในการศึกษา

มีลักษณะหลายอย่างหรือทุกอย่างต่อไปนี้ : ลักษณะทางเวชกรรมเข้าได้กับภาวะ malabsorption (เช่น ท้องร่วงเรื้อรัง ชุ่มผอมน้ำหนักลด ซีด บวมตามแขนขาและลำตัว เป็นต้น), มีไขมันในอุจจาระมากกว่าเกณฑ์ปกติ (การย่อยอุจจาระด้วยสี Sudan III และดูด้วยกล้องจุลทรรศน์พบฟองไขมันมากผิดปกติ) มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก โดยไม่มีร่องรอยของการเสียเลือด, ระดับอัลบูมินในซีรัมต่ำ โดยไม่มีร่องรอยของโรคตับเรื้อรังหรือการเสียโปรตีนทางไต, ระดับเกลือแร่ในเลือดต่ำหลายชนิด (เช่น แคลเซียม, ฟอสเฟต, แมกนีเซียม, โปแตสเซียม), ระดับคาโรทีน (carotene) ในซีรัมต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ (ต่ำกว่า 60 ไมโครกรัม/ดล.), ผลการตรวจ D-xylose absorption test ผิดปกติ (ระดับน้ำตาล D-xylose ในบัสสาวะที่เก็บรวม 5 ชั่วโมง หลังทาน D-xylose 5 กรัม น้อยกว่า 25%), การตรวจรังสีกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กพบความผิดปกติที่เข้าได้กับภาวะ “malabsorption”, ไม่พบร่องรอยโรคของตับอ่อนที่อาจทำให้เกิด “maldigestion”, พบสาเหตุจำเพาะของภาวะ malabsorption และผู้ป่วยอาการดีขึ้นมากหรือหายไปและน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นภายหลังการรักษา

ผู้ป่วยที่การวินิจฉัยในเวชระเบียนบ่งว่าเป็น “malabsorption” แต่ขาดคุณสมบัติส่วนใหญ่ข้างต้นจะไม่นำเข้าการศึกษา

ผล

มีผู้ป่วยที่คุณสมบัติต่าง ๆ เข้าได้กับภาวะ “malabsorption” ตามหลักเกณฑ์ดังกล่าวข้างต้นรวมทั้งสิ้น 18 ราย เป็นชาย 13 ราย หญิง 5 ราย อายุระหว่าง 17 ถึง 82 ปี อายุเฉลี่ย 53.2 ปี การกระจายของช่วงอายุแสดงในตารางที่ 1 จะเห็นว่าภาวะนี้พบได้พอ ๆ กันทุกเกณฑ์อายุ โรคที่พบร่วมได้แก่ ประวัติผ่าตัดกระเพาะอาหาร 4 ราย โรคตับแข็ง 1 ราย และวัณโรคปอดที่อยู่ระหว่างการรักษา 1 ราย ผู้ป่วยที่ดื่มสุราประจำมี 4 ราย

Table 1. Age distribution in malabsorption state.

Age group	Number of cases (n = 18)
15-30	3
31-50	6
51-70	4
> 70	5

อาการที่นำผู้ป่วยมาพบแพทย์ส่วนใหญ่ได้แก่ อาการท้องเดินเรื้อรัง (ร้อยละ 77.8) แขนขาบวม (ร้อยละ 50.0) น้ำหนักลด (ร้อยละ 44.4) เบื่ออาหารและอ่อนเพลีย (ตารางที่ 2) อาการอื่น ๆ ได้แก่ ซีด คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ปวดหลัง และเจ็บปาก อาการกล้ามเนื้อเกร็ง (tetany) พบเพียงรายเดียว ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการจนรับไว้ในโรงพยาบาลตั้งแต่ 2 ถึง 56 สัปดาห์ (เฉลี่ย 52 สัปดาห์)

อาการแสดงแรกแรกที่พบบ่อยได้แก่ ซีด (ร้อยละ 66.7) บวมหน้า (ร้อยละ 50.0) และผอมโซ (ร้อยละ 44.4) อาจพบความผิดปกติของผิวหนังและเยื่อจากการขาดสารอาหาร เช่น ลิ้นลิ้นน มุมปากอักเสบ จุดเลือดออกใต้ผิวหนัง แผลเรื้อรัง บางรายอาจมีไข้ ท้องอืด มีน้ำในช่องท้องและตับโต (ตารางที่ 2)

Table 2. Leading symptoms and signs in malabsorption state.

	Number of cases (n = 18)	Percent %
SYMPTOMS		
Chronic diarrhoea	14	77.8
Oedema	9	50.0
Weight loss	8	44.4
Anorexia	5	27.8
Tiredness	5	27.8
Miscellaneous causes	7	39.2
SIGNS		
Anaemia	12	66.7
Oedema	9	50.0
Cachexia	8	44.4
Glossitis	5	27.8
Abdominal distension	3	16.7
Stomatitis	2	11.1
Ascites	2	11.1
Hepatomegaly	1	5.6
Tetany	1	5.6
No abnormalities	2	11.1

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีภาวะโลหิตจาง (ร้อยละ 77.8 มี Hct ต่ำกว่า 35%) ไม่มีรายใดมี eosinophilia จำนวนเม็ดเลือดขาวมีตั้งแต่ 3,300 ถึง 17,000/มม³ ผลการตรวจทางเคมีอื่น ๆ ปรากฏตามตารางที่ 3 ผู้ป่วยร้อยละ 16.6 มี creatinine ในซีรัมมากกว่า 1.0 มก/ดล เกือบทุกราย (ร้อยละ 94.4) มีระดับอัลบูมินในเลือดต่ำกว่า 3.0 มก/ดล

และกึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 50.0) มีอัลบูมินในเลือดต่ำกว่า 2.0 มก/ดล ผู้ป่วย 6 ราย (ร้อยละ 33.3) มีระดับโบลีรูบินสูงกว่า 1.0 มก/ดล ระดับ SGOT และ/หรือ SGPT สูงกว่าค่าปกติพบ 5 ราย (ร้อยละ 27.7) และระดับซีรัมแคลเซียมต่ำกว่า 8.0 มก/ดล พบ 8 ราย (ร้อยละ 57.1)

Table 3. Biochemical findings in malabsorption state (18 cases).

	Mean \pm SD
Hct (%)	30.9 \pm 6.4
WBC (cells/mm ³)	7708.3 \pm 3373.6
Polymorphs (%)	69.7 \pm 13.2
Fasting plasma glucose (mg/dl)	80.9 \pm 6.5
Blood urea nitrogen (mg/dl)	12.9 \pm 6.4
Serum creatinine (mg/dl)	0.8 \pm 0.3
Serum albumin (g/dl)	2.0 \pm 0.6
Serum globulin (g/dl)	3.0 \pm 0.9
Serum total bilirubin (mg/dl)	0.5 \pm 0.4
SGOT (units/l)	43.4 \pm 37.9
SGPT (units/l)	39.6 \pm 32.9
Serum alkaline phosphatase (units/l)	36.9 \pm 18.3
Serum calcium (mg/dl)	7.9 \pm 2.2
Serum phosphate (mg/dl)	3.1 \pm 1.3
Serum carotene (ug/dl)	26.3 \pm 12.3
D-xylose absorption test (%)*	10.1 \pm 5.3

* % of oral D-xylose in 5-hour urine specimen

การตรวจไขมันในอุจจาระโดยการย้อมสี Sudan III พบไขมันมากผิดปกติ 8 จาก 16 ราย (ร้อยละ 50) นอกจากนั้นยังได้ส่งตรวจหาเชื้อพยาธิทั้งโดยวิธี fresh smear และวิธี concentration technique รายละเอียดครั้ง พบไข่พยาธิ 5 ราย (ไข่พยาธิปากขอ 2 ราย, ไข่ capillaria 3 ราย, ไข่ opisthorchis 4 ราย) พบตัวอ่อน strongyloid 4 ราย และพบ cysts ของ giardia lamblia 2 ราย

การตรวจวัดระดับคาโรทีน (carotene) ในซีรัม และการตรวจการดูดซึมน้ำตาลดี-ไซโลซ (D-xylose absorption test) ได้ผลผิดปกติที่บ่งถึงภาวะ malabsorption ทุก รายเช่นกัน

การตรวจพิเศษอื่นๆ และผลการตรวจที่สำคัญ ปรากฏตามตารางที่ 4

Table 4. Special investigations in 18 cases of "malabsorption"

Tests	Number tested	Relevant number	abnormality (%)	Abnormality detected
Qualitative stool fat	16	8	50.0	excessive level
Serum carotene	17	17	100.0	subnormal level
D-xylose absorption test	16	16	100.0	subnormal level
UGI / small bowel x-ray	15	9	60.0	malabsorption 5 jejunal- diverticulosis 2 mucosal oedema 2

Table 4. (Cont.)

Test	Number tested	Relevant number	abnormality (%)	Abnormality detected
Duodenoscopy / duodenal-aspiration	5	1	20.0	bacterial overgrowth 1
Barium enema	8	0	0.0	
Abdominal US	3	1	33.3	liver cirrhosis
Abdominal CT	1	0	0.0	
Sigmoidoscopy	3	0	0.0	

ผู้ป่วย post-gastrectomy 3 ราย ได้รับการตรวจ glucose tolerance test พบลักษณะของ “dumping syndrome” 1 ราย การตรวจภาพรังสีลำไส้เล็กในผู้ป่วย 15 รายพบลักษณะที่เข้าได้กับภาวะ “malabsorption” 5 ราย jejunal diverticulitis 2 ราย และ mucosal oedema 2 ราย การตรวจกล้องทางเดินอาหารส่วนต้นและดูคน้ำย่อยในลำไส้มาตรวจพบหลักฐานของภาวะ bacterial overgrowth 1 ราย และผลการเพาะเชื้อน้ำย่อยจากลำไส้ดูโอติ้นุ่มพบแบคทีเรียหลายชนิด (E coli, Klebsiella และ Acinetobacter) ผู้ป่วยรายหลังนี้มี multiple jejunal diverticulosis การตรวจอื่น ๆ ที่เหลือตามตารางที่ 5 ในผู้ป่วยหลายรายไม่อาจช่วยให้การวินิจฉัยสาเหตุของภาวะ malabsorption ได้.

ผู้ป่วย 5 รายได้รับการตรวจไขกระดูก และได้รับการวินิจฉัยเป็น megaloblastic anaemia 1 ราย, iron deficiency 1 ราย, megaloblastic ร่วมกับ iron deficiency anaemia

1 ราย, anaemia of chronic illness 1 ราย, และ normal bone marrow 1 ราย

ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลตั้งแต่ 8 ถึง 97 วัน ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดระหว่างอยู่ในโรงพยาบาลได้แก่ septic shock, electrolyte imbalance, แผลกดทับ และ tetany อย่างละ 1 ราย ผู้ป่วยอีกหนึ่งรายที่เป็นโรคตับแข็งเกิดการติดเชื้อในช่องท้องแทรกซ้อน (spontaneous bacterial peritonitis) ขณะออกจากโรงพยาบาลผู้ป่วยอาการดีขึ้น 16 ราย อาการคงเดิม 2 ราย ผู้ป่วยรายที่มี tetany เสียชีวิต

ลักษณะทางเวชกรรมร่วมกับผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการช่วยให้วินิจฉัยสาเหตุของ Malabsorption syndrome ได้ในผู้ป่วย 10 ราย จาก 18 ราย (ร้อยละ 55.6) ดังปรากฏในตารางที่ 5 สาเหตุที่พบเป็นโปรโตซัวหรือพยาธิลำไส้ 6 ราย (ร้อยละ 33.3) และเกี่ยวข้องกับ การผ่าตัดกระเพาะอาหารออกทั้งในอดีต 3 ราย

Table 5. Aetiologic conditions in malabsorption state. (18 cases)

Aetiologic condition	Number
Giardiasis	1
Strongyloidiasis	1
Giardiasis + Strongyloidiasis	1
Capillariasis + Strongyloidiasis	2
Post - gastrectomy + Giardiasis	1
Post - gastrectomy	3
Jejunal diverticulosis with bacterial overgrowth	1
Not known	8

วิจารณ์

ผู้ป่วยที่มีภาวะ Malabsorption syndrome อาจมีอาการน้อยมาก จนถึงอาการขั้นรุนแรง ในระยะเริ่มแรก ผู้ป่วยที่มีอาการแต่น้อยอาจมาพบแพทย์ด้วยอาการอ่อนเพลีย ชูบซืด น้ำหนักลดเล็กน้อย หรืออาจมีอาการท้องเดินบ้าง แพทย์จึงอาจไม่ได้นึกภาวะนี้ทันที และการวินิจฉัยอาจทำได้ยากหรือล่าช้า เมื่อโรคเป็นมากและนานขึ้นจนอาการและอาการแสดงต่าง ๆ ชัดเจน เช่น ท้องร่วงเรื้อรัง ชีตมาก บวมหน้าและท้องมาน จึงอาจนึกถึงภาวะนี้ได้ไม่ยาก ดังเช่นในการศึกษาปัจจุบันที่ผู้ป่วยทั้งหมดเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการไว้รักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากมีอาการขั้นรุนแรง

ตามการศึกษาปัจจุบันอาการนำที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ท้องร่วงเรื้อรัง (ร้อยละ 77.8) อาการที่พบรองลงมา ได้แก่ อาการบวมหน้า (ร้อยละ 50.0) และน้ำหนักลด (ร้อยละ 44.4) อาการอื่น ๆ พบไม่มาก อาการกรล้ามเนื้อเกร็ง (tetany) พบเพียงรายเดียว

การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่มีประโยชน์มาก ได้แก่การตรวจหาระดับคาโรทีน (carotene) ในซีรัม และการตรวจ D-xylose absorption test ซึ่งได้ผลผิดปกติทุกรายที่ส่งตรวจ การตรวจหาไขมันในอุจจาระโดยวิธีย้อมอุจจาระด้วยสี Sudan III ได้ผลผิดปกติที่สนับสนุนภาวะ malabsorption ร้อยละ 50 ในรายงานต่างประเทศการตรวจวิธีนี้ได้ทำอย่างถูกต้องจะมีความไว (sensitivity) และความจำเพาะ (specificity) ในการบ่งบอกภาวะการดูดซึมอาหารผิดปกติได้ถึงร้อยละ 90-95.⁽¹⁾

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่น ๆ ที่เป็นประโยชน์ในการวินิจฉัยภาวะ malabsorption ได้แก่ฮีมาโตคริต (Hct) ต่ำกว่า 35% พบถึงร้อยละ 77.8) อัลบูมิน (ผู้ป่วยร้อยละ 94.4 มีอัลบูมินในซีรัมต่ำกว่า 3.0 มก/ดล และร้อยละ 50.0 ต่ำกว่า 2.0 มก/ดล) แคลเซียม (ระดับในซีรัมต่ำกว่าเกณฑ์ปกติในผู้ป่วยร้อยละ 57.1) ฟอสเฟต (ระดับในซีรัมต่ำกว่าเกณฑ์ปกติร้อยละ 33.3) ในต่างประเทศที่สามารถตรวจวัดเหล็กและแมกนีเซียมในซีรัมได้จะพบว่าระดับต่ำกว่าเกณฑ์ปกติเช่นกัน การตรวจการทำงานของตับและไตอาจพบความผิดปกติในบางรายที่มีโรคของอวัยวะเหล่านั้นร่วมด้วย แต่ไม่ได้เกิดจากภาวะ malabsorption โดยตรง

การตรวจพิเศษสำคัญได้แก่ การตรวจภาพรังสีลำไส้เล็ก ในการศึกษาพบความผิดปกติที่เข้าได้กับภาวะ malabsorption ในผู้ป่วย 9 รายจาก 15 รายที่ส่งตรวจ (ร้อยละ 60.0) อย่างไรก็ตามความผิดปกติต่าง ๆ ที่เห็นจาก

ภาพรังสีลำไส้เล็ก เช่น “flocculation” และ “segmentation” ของเงาสารแบเรียม ไม่ใช่ลักษณะที่พบได้เฉพาะในภาวะ malabsorption เท่านั้น อาจพบในรายที่ลำไส้ไม่มีความผิดปกติเลยก็ได้ ซึ่งอาจเกิดจากคุณสมบัติทางกายภาพและการกระจายตัวของสารแบเรียมที่ใช้ การให้การวินิจฉัยจึงต้องพิจารณาควบคู่กับลักษณะทางเวชกรรมเสมอ

การตัดชิ้นเนื้อเยื่อบุลำไส้ด้วยเครื่องมือแคปซูลขนาดเล็กที่ให้ผู้ป่วยกลืนลงไป (เช่น Crosby capsule) เป็นวิธีตรวจที่มีประโยชน์มาก⁽²⁾ แต่ขั้นตอนค่อนข้างยุ่งยากซับซ้อน เนื่องจากที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ไม่มีการตรวจวิธีนี้ จึงใช้วิธีตัดตัวอย่างชิ้นเนื้อเยื่อบุลำไส้ด้วยสายปากคีบ (forceps) ผ่านทางกล้องตรวจกระเพาะอาหาร (gastroduodenoscopy) วิธีนี้สามารถช่วยให้ได้ตัวอย่างชิ้นเนื้อเยื่อบุลำไส้เล็กดูโอติ้นั้นส่วนปลายมาตรวจทางเนื้อเยื่อวิทยาได้ แต่มีโอกาสพบความผิดปกติเฉพาะในรายที่เป็นมากและลำไส้ดูโอติ้นั้นผิดปกติด้วยเท่านั้น⁽³⁾ ตามการศึกษานี้ได้ส่งตรวจ 5 ราย พบความผิดปกติของ villi ที่เข้าได้กับภาวะ malabsorption เพียงรายเดียวที่เป็นวันโรคปอดอยู่ด้วย

นอกจากนั้น การตรวจนี้ช่วยให้สามารถดูดสารน้ำในลำไส้ดูโอติ้นั้นมาตรวจหาพยาธิบางชนิดได้โดยตรง ที่สำคัญได้แก่ giardia lamblia และ strongyloid larva ในการศึกษานี้ได้ทำในผู้ป่วย 5 รายแต่ไม่พบเชื้อพยาธิ ในผู้ป่วยอีก 2 ราย ที่รับไว้รักษาภายหลังการศึกษานี้และได้ส่งตรวจดังกล่าว พบ strongyloid larvae 1 รายและพบ giardia lamblia 1 ราย ทำให้ได้การวินิจฉัยสาเหตุจำเพาะของ malabsorption และให้การรักษาที่ถูกต้องได้⁽⁴⁾

ในการศึกษานี้ พบสาเหตุจำเพาะของ malabsorption เพียงร้อยละ 55.6 เป็นที่น่าสังเกตว่าในรายที่พบสาเหตุประมาณ 2 ใน 3 จะเป็นโปรโตซัว (giardia lamblia) และพยาธิลำไส้ (strongyloides, capillaria) ในรายเช่นนี้การตรวจพิเศษอื่น ๆ ไม่อาจให้การวินิจฉัยได้ มีเพียงการตรวจอุจจาระ วิธี concentration technique ซ้ำหลาย ๆ ครั้งเท่านั้นที่เป็นประโยชน์ ในผู้ป่วยหลายรายการตรวจอุจจาระครั้งแรก ๆ มักไม่พบเชื้อพยาธิต้นเหตุทันที แต่พบจากการตรวจครั้งหลัง ๆ ผู้ป่วย 2 รายมีพยาธิลำไส้ที่ทำให้เกิด malabsorption ได้มากกว่าหนึ่งชนิด (ตารางที่ 5) การตรวจอุจจาระซ้ำหลาย ๆ ครั้ง (อย่างน้อย 4-5 ครั้ง) จนกว่าจะพบโปรโตซัวหรือเชื้อพยาธิที่อาจเป็นสาเหตุของ malabsorption ได้จึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งในการสืบสวนสาเหตุโรคในผู้ป่วยไทยที่มีภาวะนี้

Malabsorption จากภาวะ strongyloidiasis ขึ้นรุนแรงอาจพบในคนที่มีความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกันโรค แต่มีรายงานว่าพบในคนที่สบายเป็นปกติมาก่อนได้เช่นกัน⁽⁵⁾ ผู้ป่วยทั้ง 3 รายในรายงานปัจจุบันที่พบว่าสาเหตุเกิดจากพยาธิชนิดนี้ไม่มีโรคพื้นฐานใด ๆ อยู่

โรคอื่น ๆ ที่พบว่าอาจเป็นสาเหตุร่วมของ malabsorption ตามการศึกษานี้ได้แก่การผ่าตัดกระเพาะอาหารบางส่วนออกทั้งในอดีต (post-gastrectomy 4 ราย) และ วัณโรค (1 ราย) อย่างไรก็ตามไม่อาจบอกได้แน่ชัดว่าการผ่าตัดกระเพาะอาหารเป็นสาเหตุโดยตรงของ malabsorption ในผู้ป่วยเหล่านั้น แต่อาจเป็นสาเหตุร่วมที่สำคัญแม้จะไม่ทราบสาเหตุหลักชัดเจน เพราะอาจทำให้อาหารผ่านไปตามลำไส้เล็กเร็วกว่าที่ควรจะเป็น ทำให้การดูดซึมสารอาหารลดลงหรือเกิดภาวะ bacterial overgrowth ซ้ำซ้อน ผู้ป่วย 1 ใน 4 รายที่เคยผ่าตัดกระเพาะอาหารมี giardia lamblia ร่วมด้วย

ภาวะ bacterial overgrowth พบแน่ชัด 1 ราย ผู้ป่วยเป็นหญิงชราที่มี diverticulae จำนวนมากในลำไส้เล็กเจจุนุ่ม ที่วินิจฉัยได้ชัดเจนจากภาพรังสีลำไส้เล็กและการตรวจกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น ซึ่งพบ diverticulae ในลำไส้เล็กดูโอเดนิ่มที่มีเศษอาหารบดเน่าค้างให้เห็นอยู่ด้วย ผลการเพาะเชื้อตัวอย่างเศษอาหารที่ดูดจากบริเวณลำไส้เล็กดูโอเดนิ่มได้เชื้อแบคทีเรียแกรมลบถึง 3 ชนิด (E coli, Klebsiella และ Proteus) ปกติจะไม่พบแบคทีเรียเลยในลำไส้เล็กส่วนนี้ ผู้ป่วยตอบสนองดีต่อการรักษาด้วย co-trimoxazole เป็นเวลา 2 สัปดาห์ อาการท้องร่วงเรื้อรังและอาการบวมหน้าหายเกือบสนิท และน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น 2-3 กิโลกรัมในอีก 3 เดือน ต่อมา ผู้ป่วยรายนี้มีชีวิตอยู่ต่อมาอีกสองปีกว่า มีอาการท้องร่วงเรื้อรังและขาบวมเกิดซ้ำอีกปีละครั้ง ครั้งหลังถึงแก่กรรมจากภาวะติดเชื้อแทรกซ้อน

ในการศึกษาของ Montgomery ที่รวมผู้ป่วยสูงอายุที่มี malabsorption ไว้ถึง 70 ราย พบว่าเกี่ยวข้องกับภาวะ post-gastrectomy หรือ diverticulosis ของลำไส้เล็กอย่างใดอย่างหนึ่งหรือทั้งสองอย่างรวมกันถึง 23 รายหรือ (ร้อยละ 33.3)⁽⁶⁾ ซึ่งคล้ายกับในการศึกษาปัจจุบันที่มีผู้ป่วยที่มีภาวะทั้งสองนี้รวมกัน 5 รายใน 18 ราย (ร้อยละ 27.90) เป็นที่เข้าใจว่าการเกิด bacterial overgrowth ในผู้ป่วยเช่น

นี้เป็นสาเหตุของภาวะ malabsorption.

ผู้ป่วยชายรายหนึ่งในการศึกษานี้มีอาการท้องร่วงเรื้อรังและน้ำหนักลดลงมากกว่า 6 เดือนก่อนรับไว้รักษา ภายหลังมีอาการกล้ามเนื้อเกร็งเกิดซ้ำแล้วซ้ำอีก และระดับแคลเซียมในซีรัมต่ำมาก ไม่พบสาเหตุโรคระบบต่อมไร้ท่อที่อาจทำให้แคลเซียมต่ำ แม้จะให้ทานแคลเซียมตลอด 6 เดือนกว่าที่ให้การรักษาร่วมกับการฉีดแคลเซียมให้ทางหลอดเลือดดำวันละหลายครั้งติดต่อกันหลาย ๆ วัน ก็ไม่อาจขจัดอาการและภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำได้อย่างถาวร สาเหตุของ malabsorption รุนแรงในรายนี้ไม่อาจยืนยันได้ คาดว่าอาจจากวัณโรคลำไส้ เพราะมีร่องรอยวัณโรคปอดเกิดขึ้นในเดือนที่สองหลังเริ่มการรักษา ผู้ป่วยเสียชีวิตอีกหลายเดือนต่อมาและไม่ได้ตรวจศพ

สรุป

ภาวะ malabsorption ขึ้นรุนแรงพบไม่บ่อยนักที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ การศึกษาย้อนหลัง 9 ปี พบผู้ป่วยที่มีภาวะนี้ 18 ราย ส่วนใหญ่ไม่ทราบสาเหตุแน่ชัดแม้จะได้ตรวจสอบวิธีต่าง ๆ เท่าที่ทำได้เพื่อการวินิจฉัยก็ตาม ในผู้ป่วยประมาณหนึ่งในสามที่พบสาเหตุจำเพาะพบว่าเกิดจากโปรโตซัวและพยาธิลำไส้ถึง 6 ราย หรือประมาณร้อยละ 33 ของผู้ป่วยทั้งหมดในการศึกษา การตรวจอุจจาระวิธีพิเศษหลาย ๆ ครั้ง ในผู้ป่วยที่มีภาวะ malabsorption จึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง และควรส่งตรวจซ้ำแล้วซ้ำอีกจนกว่าจะพบร่องรอยเชื้อที่อาจเป็นสาเหตุได้ หรือจนกว่าจะพบสาเหตุอื่น

ผู้รายงานมีความเห็นว่าในโรงพยาบาลที่ไม่อาจส่งตรวจวิธีพิเศษต่าง ๆ ได้มาก ควรพยายามส่งตรวจอุจจาระ (concentration technique) อย่างน้อย 5-6 ครั้งหรือมากกว่านี้ และหากยังไม่พบสาเหตุอาจพิจารณาทดลองให้การรักษา strongyloidiasis, giardiasis และ/หรือ capillaria philipinensis ต่อไปได้ ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งอาจจะตอบสนองต่อการรักษาในเวลานี้ ในรายที่ยังไม่ได้ผล ควรส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาในโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงเรียนแพทย์ต่อไป

อ้างอิง

1. Ghosh SK, Littlewood JM, Goddard D, Steel AE. Stool microscopy in screening for steatorrhea. J Clin Pathol 1977 Aug; 30(8) : 749-53
2. Dobbins WO III. Small bowel biopsy in malabsorptive states. In : Norris HT, ed. Contemporary Issues in Surgical Pathology. Vol 4. Pathology

- of the Colon, Small Intestine, and Anus. New York : Churchill Livingstone, 1983. 121-65
3. Weinstein WM, Hill Ta. Gastrointestinal mucosal biopsy. In : Haubrich WS, Kalser MH, Roth JLA, Schaffner F, eds. Bockus Gastroenterology. Vol 1. Clinical Approach to the Patient. Diagnostic Procedures. Philadelphia ; W.B. Saunders, 1985. 626-44
 4. สุมนทิพย์ พจน์จำลองศิลป์, อำนาง ศรีรัตนบัลล์. ท้องเดินเรื้อรังเนื่องจากพยาธิ สตรีงจิริรอยด์: รายงานผู้ป่วย 4 ราย. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2531 กุมภาพันธ์; 32 (2):175-9
 5. Giannoulis E, Arvanitakis C, Zaphiropoulos A, Nakos v, Karkavelas G, Haralambidis S. Disseminated strongyloidiasis with uncommon manifestations in Greece. J Trop Med Hyg 1986 Aug; 89(4) : 171-8
 6. Montgomery RD, Haboubi NY, Mike NH, Ghesner IM, Asquith P. Causes of malabsorption in the elderly. Age Ageing 1986 Jul; 15 (4) : 235-40