ลำไส้ใหญ่อักเสบเรื้อรังชนิดมีแผลในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

ชวนพิศ สุทธินนท์, พ.บ.*
สมชาย เหลืองจารุ, พ.บ., วท.ม.*

บทคัดย่อ

ในประเทศไทยพบโรคลำไส้ใหญ่อักเสบเรื้อรังชนิดมีแผลได้ไม่บ่อยและเป็นรายงานการศึกษาของโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร **วัตถุประสงค์:** เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับโรคลำไส้ใหญ่อักเสบเรื้อรังชนิดมีแผลในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา **ผู้ป่วยและวิธีการ:** ศึกษาย้อนหลังในผู้ป่วยโรคลำไส้ใหญ่อักเสบเรื้อรังชนิดมีแผลในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ตั้งแต่ สิงหาคม พ.ศ.2543-มีนาคม 2551 โดยผู้ป่วยทุกรายต้องมีอาการและอาการแสดงทางคลินิกที่เข้าได้และได้รับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ **ผลการศึกษา:** พบผู้ป่วยโรคลำไส้ใหญ่อักเสบเรื้อรังชนิดมีแผล 13 ราย เพศหญิง ร้อยละ 61.5 อายุเฉลี่ยขณะวินิจฉัยโรค 48.2±0.4 ปี (พิสัย 35-61 ปี) ระยะเวลาเฉลี่ยติดตามผู้ป่วย 42.2±26.7 เดือน (มัธยฐาน 53 เดือน) ภูมิลำเนาผู้ป่วยทั้งหมดอยู่ที่จังหวัดนครราชสีมา มีอาชีพเกษตรกรเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 61.5 ระยะเวลาเฉลี่ยที่มีอาการก่อนการวินิจฉัยโรค 18.5±16.8 เดือน (มัธยฐาน 13 เดือน) ไม่มีประวัติการสูบบุหรี่เลย อาการที่นำผู้ป่วยมาพบแพทย์ทุกรายมาด้วยถ่ายเป็นมูกปนเลือด และมีอาการอื่นร่วมด้วย ได้แก่ โลหิตจาง ร้อยละ 23.1 น้ำหนักลดลงร้อยละ 15.4 ผลการส่องตรวจลำไส้ใหญ่พบว่าตำแหน่งที่พบการอักเสบส่วนใหญ่เป็น ลำไส้ใหญ่ซีกซ้าย ร้อยละ 84.6 โดยไม่พบการลุกลามสู่ terminal ileum เลย ระดับความรุนแรงของพยาธิสภาพส่วนใหญ่เป็นแบบปานกลาง ร้อยละ 84.6 การรักษาเพื่อควบคุมโรคส่วนใหญ่ได้ sulfazalazine อย่างเดียว ร้อยละ 53.8 รองลงมาได้ sulfazalazine ร่วมกับ azathiopine ร้อยละ 23.1 และได้ azathiopine อย่างเดียว ร้อยละ 15.4 มีผู้ป่วย 1 ราย สามารถหยุดยาที่ใช้ในการรักษาได้ **สรุป:** ในระยะเวลา 7 ปีครึ่งพบผู้ป่วยลำไส้ใหญ่อักเสบเรื้อรังชนิดมีแผลในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา 13 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ยขณะวินิจฉัยโรค 48.2 ปี ระยะเวลาที่มีอาการก่อนการวินิจฉัยโรค 13 เดือน ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรและไม่มีประวัติการสูบบุหรี่เลย อาการที่นำผู้ป่วยมาพบแพทย์ทุกรายมาด้วยถ่ายเป็นมูกปนเลือด ตำแหน่งที่พบการอักเสบจากการส่องกล้องส่วนใหญ่เป็นลำไส้ใหญ่ซีกซ้าย โดยไม่พบการลุกลามสู่ terminal ileum เลย และความรุนแรงของพยาธิสภาพส่วนใหญ่เป็นแบบปานกลาง

---

* กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จ.นครราชสีมา 30000

Abstract: Ulcerative Colitis in Maharat Nakhon Ratchasima Hospital

Chunpit Suttinont, M.D.*
Somchai Luangjaru, M.D., M.Sc.*
*Department of Medicine, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital, Nakhon Ratchasima

Nakhon Ratch Med Bull 2008; 32: 87-93.

Ulcerative colitis (UC) is uncommonly in Thailand and was reported from Bangkok. **Objective:** To study about UC in Maharat Nakhon Ratchasima Hospital. **Patients and Methods:** Retrospective data in patients with UC in Maharat Nakhon Ratchasima Hospital between August 2000 to March 2008. All case had clinical spectrum compatible with UC and were done colonoscopy. **Results:** Thirteen UC patients were found and most of them were female (61.5%). Their had mean age at diagnosis 48.2±0.4 years old (range 35-61 years old), mean duration of follow up 42.2±26.7 months (median 53 months), mean duration of disease before establishing diagnosis 18.5±16.8 months (median 13 months), no history of smoking, all of them stay in Nakhon Ratchasima province and most of them (61.5%) were agriculturist. Clinical presentation was mucus-bloody diarrhea 100%, anemia 23.1% and weight loss 15.4%. Colonoscopic findings were left side disease 84.6% without terminal ileal involvement and most of them (84.6%) had moderately severity. Their maintenance treatment was sulfazalazine only 53.8%, combination with sulfazalazine and azathiopine 23.1% and azathiopine only 15.4%. Only one patient could be stopped treatment. **Conclusion:** In seven and a half years of this study in Maharat Nakhon Ratchasima Hospital had 13 UC patients. Their had mostly female, mean age at diagnosis 48.2 years old, median duration of disease before establishing diagnosis 13 months, mostly agriculturist and no smoking habit. All presentation was mucus-bloody diarrhea. Location of disease involvement by colonoscopy was mainly in left side with terminal ileal involvement and moderately severity.

ภูมิหลัง

ลำไส้ใหญ่อักเสบเรื้อรังเกิดได้จากหลายสาเหตุ ได้แก่ จากการติดเชื้อ (infective colitis), จากการฉายแสง (radiation colitis), จากการขาดเลือด (ischemic colitis) หรือจากการอักเสบเรื้อรังที่ไม่ทราบสาเหตุ (inflammatory bowel disease; IBD) ในส่วน IBD นั้นสามารถแบ่งย่อยได้เป็น 2 อย่างคือ ลำไส้ใหญ่อักเสบเรื้อรังชนิดมีแผล (ulcerative colitis; UC) และลำไส้ใหญ่อักเสบชนิดโครห์น (crohn's disease; CD) เนื่องจากพบมีการอักเสบในชั้น submucosa เหมือนกันแต่มีอาการและอาการแสดงทางคลินิก รวมถึงพยาธิวิทยาที่แตกต่างกัน

IBD พบได้ส่วนใหญ่ในชาวตะวันตก ในประเทศไทยมีรายงานกลุ่มโรคนี้เรื่อย ๆ โดยเฉพาะ UC โดยจากการสืบค้นผ่าน Thai Index Medicus[1] พบว่าเริ่มมีรายงานในปี พ.ศ.2495 ในสารศิริราชเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิในตับอ่อนที่พบร่วมโรคลำไส้ใหญ่อักเสบเป็นแผลเรื้อรัง[2] จากนั้นได้มีรายงานออกมาเรื่อย ๆ เป็นระยะแต่มักเป็นเพียงรายงานผู้ป่วยเท่านั้น[3-5] ในปี พ.ศ.2544 ได้มีการศึกษาของ สุพจน์ พงศ์ประสบชัยและคณะ ซึ่งรายงานผู้ป่วยลำไส้ใหญ่อักเสบเรื้อรัง 50 รายในประเทศไทยและการติดตามผู้ป่วยระยะยาว[6] ในปี พ.ศ.2547 มานะ ทวีวิศิษฏ์และคณะ ได้

รายงานเกี่ยวกับพยาธิวิทยาของลำไส้ใหญ่อักเสบเรื้อรัง[7] ต่อมาในปี พ.ศ.2548 รังสรรค์ ฤกษ์นิมิตและคณะได้รายงานการศึกษาผู้ป่วยลำไส้ใหญ่อักเสบเรื้อรังและโครห์นในประเทศไทย ซึ่งศึกษาข้อมูล 16 ปีพบมี UC 45 ราย[8]

โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาเป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาดใหญ่ในระดับภูมิภาคของประเทศไทย ซึ่งให้บริการประชาชนมายาวนานเกือบ 100 ปี ที่ผ่านมาได้มีรายงานเกี่ยวกับแผลในลำไส้ใหญ่ชนิดไม่ทราบสาเหตุ เพียง 1 รายงาน ในจดหมายเหตุทางการแพทย์แห่งประเทศไทยเมื่อ พ.ศ.2506 โดยสำเนียง เศรษฐจันทร์[9] การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับโรคลำไส้ใหญ่อักเสบเรื้อรังชนิดมีแผล (UC) ในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาให้เป็นข้อมูลที่ทันสมัยขึ้น

ผู้ป่วยและวิธีการ

ได้ทำการศึกษาย้อนหลังจากฐานข้อมูลของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น UC ที่มารับการตรวจและรักษาในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ตั้งแต่ สิงหาคม พ.ศ.2543 ซึ่งเริ่มให้บริการการส่องกล้องตรวจลำไส้--ใหญ่ (colonoscopy)[10] จนถึงปัจจุบัน (มีนาคม 2551) รวมระยะเวลา 7 ปีครึ่ง โดยผู้ป่วยทุกรายที่ศึกษาต้องมีอาการและอาการแสดงทางคลินิกที่เข้าได้กับ UC และได้รับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ โดยผลทางพยาธิวิทยาเข้าได้กับอาการและอาการแสดงทางคลินิกตาม สุพจน์ พงศ์ประสบชัย[6] และGeboes K[11,12] การประเมินความรุนแรงของพยาธิสภาพอาศัยตาม Kornbluth A และคณะ[13] นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ผล แสดงในรูปร้อยละ

ผลการศึกษา

จากช่วงเวลาการศึกษาดังกล่าวพบมีผู้ป่วย UC 13 ราย เพศชาย 5 ราย (ร้อยละ 38.5) เพศหญิง 8 ราย (ร้อยละ 61.5) อายุเฉลี่ยขณะวินิจฉัยโรค 48.2±0.4 ปี (พิสัย 35-61 ปี) ภูมิลำเนาผู้ป่วยทั้งหมดอยู่ที่จังหวัดนครราชสีมา มีอาชีพเกษตรกรเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 61.5 ระยะเวลาเฉลี่ยที่มีอาการก่อนการวินิจฉัยโรค 18.5±16.8 เดือน (มัธยฐาน 13 เดือน) ไม่มีประวัติการสูบบุหรี่เลย อาการที่นำผู้ป่วยมาพบแพทย์ทุกรายมาด้วยถ่ายเป็นมูกปนเลือด และมีอาการอื่นร่วมด้วยได้แก่ โลหิตจาง ร้อยละ 23.1 น้ำหนักลดลงร้อยละ 15.4 ผู้ป่วย 10 รายได้รับการตรวจลำไส้ใหญ่ด้วยแป้งแบเรียม ส่วนใหญ่ร้อยละ 60.0 ผลการตรวจเป็นปกติและพบลักษณะที่เข้าได้กับมีลำไส้อักเสบ ร้อยละ 30.0 ระยะเวลาเฉลี่ยติดตามผู้ป่วย 42.2+26.7 เดือน (มัธยฐาน 53 เดือน) ดังตารางที่ 1

ผลการส่องตรวจลำไส้ใหญ่ พบว่าตำแหน่งที่พบการอักเสบส่วนใหญ่เป็นลำไส้ใหญ่ซีกซ้าย 11 ราย (ร้อยละ 84.6) และพบการอักเสบของลำไส้ใหญ่ทั้งหมด (pancolitis) 2 ราย (ร้อยละ 15.4) โดยไม่พบการลุกลามสู่ terminal ileum เลยระดับความรุนแรงของพยาธิสภาพส่วนใหญ่เป็นแบบปานกลาง ร้อยละ 84.6 ตรวจพบติ่งเนื้อ inflammatory polyp ร้อยละ 15.4 ผลการตรวจทางพยาธิวิทยาส่วนใหญ่เป็น chronic non specific colitis ร้อยละ 84.6 และมีลักษณะที่เข้าได้กับ UC ร้อยละ 15.4 ดังตารางที่ 2

การรักษาที่ได้รับในช่วงแรก (induction treatment) นั้นส่วนใหญ่ได้สเตียรอยด์และ sulfazalazine ร้อยละ 61.5 รองมาคือ sulfazalazine อย่างเดียว ร้อยละ 38.5 การรักษาเพื่อควบคุมโรค (maintenance treatment) ส่วนใหญ่ได้ sulfazalazine อย่างเดียว ร้อยละ 53.8 รองลงมาได้ sulfazalazine ร่วมกับ azathiopine ร้อยละ 23.1 และได้ azathiopine อย่างเดียว ร้อยละ 15.4 มีผู้ป่วย 1 ราย หลังรักษาได้ 1 ปี สามารถหยุดยาที่ใช้ในการรักษาได้ และติดตามเรื่อยมายังไม่พบการกำเริบของโรค

ขนาดเฉลี่ยยาในการควบคุมโรค ในกลุ่มที่ได้รับ sulfazalazine อย่างเดียว ต้องใช้ขนาดยาเฉลี่ยวันละ 892.9±574.8 มิลลิกรัมต่อวัน (มัธยฐาน 1,000 มิลลกรัมต่อวัน) กลุ่มที่ได้ azathiopine อย่างเดียว ต้องใช้ขนาดยา

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน

	n=13
เพศ ชาย/หญิง-ราย (ร้อยละ)	5 (38.5) / 8 (61.5)
อายุเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน-ปี	48.2±0.4
ที่อยู่-ราย (ร้อยละ)	
- นครราชสีมา	13 (100.0)
- จังหวัดอื่น	0
อาชีพ-ราย (ร้อยละ)	
- รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ	1 (7.7)
- ค้าขาย	0
- เกษตรกร	8 (61.5)
- รับจ้าง	3 (23.1)
- งานบ้าน	1 (7.7)
ระยะเวลาเฉลี่ยที่มีอาการก่อนการวินิจฉัยโรค±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน-เดือน (มัธยฐาน)	18.5±16.8 (13)
ประวัติการสูบบุหรี่-ราย (ร้อยละ)	0
อาการนำ-ราย (ร้อยละ)*	
- ถ่ายเป็นมูกปนเลือด	13 (100.0)
- ท้องเสีย	0
- ปวดท้อง	1 (7.7)
- ไข้	0
- น้ำหนักลดลง	2 (15.4)
- โลหิตจาง	3 (23.1)
การตรวจลำไส้ใหญ่ด้วยแป้งแบเรียม-ราย (ร้อยละ) n=10	
- ลักษณะที่เข้าได้กับลำไส้ใหญ่อักเสบ	3 (30.0)
- ปกติ	6 (60.0)
- อื่น ๆ	1 (10.0)
ระยะเวลาเฉลี่ยติดตามผู้ป่วย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน-เดือน (มัธยฐาน)	42.2±26.7 (53)

หมายเหตุ * บางรายมีอาการนำมากกว่า 1 อย่าง

เฉลี่ยวันละ 75.0±35.4 มิลลิกรัมต่อวัน (มัธยฐาน 75 มิลลิกรัมต่อวัน) และกลุ่มที่ได้ sulfazalazine ร่วมกับ azathiopine ต้องใช้ขนาดยาเฉลี่ยวันละ 1,666.7±577.3 มิลลิกรัมต่อวัน (มัธยฐาน 2,000 มิลลิกรัมต่อวัน) และ 83.3±28.9 มิลลิกรัมต่อวัน (มัธยฐาน 100 มิลลิกรัมต่อวัน) ตามลำดับ ดังตารางที่ 3 ซึ่งในระหว่างการติดตามผู้ป่วยนั้น ผู้ป่วยบางรายมีการกำเริบของอาการถ่ายเป็นมูกเลือดบางครั้ง

วิจารณ์

โรคลำไส้ใหญ่อักเสบเรื้อรังชนิดมีแผล (UC) เป็นโรคที่พบไม่บ่อย ให้การวินิจฉัยได้ยาก บางครั้งมีการวินิจฉัยต้องอาศัยการติดตามผู้ป่วยไประยะหนึ่ง หรือดูการตอบสนองต่อการรักษาเพื่อยืนยันการวินิจฉัยที่ถูกต้อง เนื่องจากในบางครั้งอาการและอาการแสดงทางคลินิกเข้าได้ แต่ผลการตรวจทางพยาธิวิทยาไม่ยืนยันที่แน่นอน[6,11,12] ที่ผ่านมามีการศึกษารวบรวมข้อมูลผู้ป่วย

ตารางที่ 2 ผลการส่องตรวจลำไส้ใหญ่

	n=13
ตำแหน่งที่พบความผิดปกติ-ราย (ร้อยละ)	
- Proctitis	0
- Left side disease	11 (84.6)
- Near total involvement	0
- Pancolitis	2 (15.4)
การลุกลามสู่ Terminal ileum-ราย (ร้อยละ) n=10	
- พบ	0
- ไม่พบ	1 (100.0)
ความรุนแรงของพยาธิสภาพ-ราย (ร้อยละ)	
- เล็กน้อย	2 (15.4)
- ปานกลาง	11 (84.6)
- รุนแรง	0
การตรวจพบติ่งเนื้อ inflammatory polyp-ราย (ร้อยละ)	2 (15.4)
ผลการตรวจทางพยาธิวิทยา-ราย (ร้อยละ)	
- Chronic non specific colitis	11 (84.6)
- ลักษณะที่เข้าได้กับ UC*	2 (15.4)

หมายเหตุ* ลักษณะที่เข้าได้กับ UC ได้แก่ cryptitis, crypt abscess

ตารางที่ 3 การรักษาที่ได้รับ

	n=13
การรักษาในช่วงแรกที่ได้รับ-ราย (ร้อยละ)	
- สเตียรอยด์	0
- Sulfazalazine	5 (38.5)
- สเตียรอยด์+Sulfazalazine	8 (61.5)
การรักษาเพื่อควบคุมโรค-ราย (ร้อยละ)	
- สเตียรอยด์	0
- Sulfazalazine	7 (53.8)
- Azathiopine	2 (15.4)
- สเตียรอยด์+Sulfazalazine	0
- Sulfazalazine+Azathiopine	3 (23.1)
- สเตียรอยด์+Sulfazalazine+Azathiopine	0
- ไม่ได้ใช่ยา	1 (7.7)
ขนาดยาเฉลี่ยในการควบคุมโรค±ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน-มิลลิกรัมต่อวัน(มัธยฐาน)	
- Sulfazalazine (n=7)	892.9±574.8 (1,000)
- Azathiopine (n=2)	75.0±35.4 (75)
- Sulfazalazine+Azathiopine (n=3)	1,666.7±577.3 (2,000)/83.3±28.9 (100)

UC ในประเทศไทยเพียง 2 รายงาน[6,8] ซึ่งเป็นข้อมูลของโรงพยาบาลซึ่งเป็นโรงเรียนแพทย์และอยู่ในกรุงเทพ--มหานคร รายงานนี้เป็นรายงานที่รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มนี้ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และอยู่ในภาคอีสานของประเทศไทย เป็นการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยตั้งแต่ปี พ.ศ.2544-2551 รวมระยะเลา 7 ปีครึ่ง พบผู้ป่วย 13 ราย ซึ่งมีอาการทางคลินิกที่เข้าได้ ถึงแม้ว่าลักษณะทางพยาธิวิทยาในผู้ป่วยที่เข้าได้กับ UC เพียงร้อยละ 15.4 ก็ตาม แต่การติดตามผู้ป่วยซึ่งยาวนานถึง 42.2±26.7 เดือน (ยาวนานที่สุด 84 เดือน) และติดตามการตอบสนองต่อการรักษาก็สามารถยืนยันการวินิจฉัย UC ได้ ซึ่งเมื่อรวบรวมข้อมูลทั้ง 3 รายงานของประเทศไทย (รวมรายงานนี้ด้วย) พบว่าโรคนี้พบได้ไม่บ่อย ต่างจากรายงานของโรคนี้ในต่างประเทศหรือรายงานจากอินเดีย[14]

ผู้ป่วย UC ที่ศึกษาพบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 60 เป็นเพศหญิง อยู่ในวัยกลางคน ทั้งหมดมีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดนครราชสีมา อาชีพส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร ไม่มีประวัติการสูบบุหรี่เลย ซึ่งต่างจากข้อมูลของต่างประเทศที่มักพบการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยที่พบร่วมใน UC[15]

เมื่อเปรียบข้อมูลกับรายงานอื่นของประเทศไทย จากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และโรงพยาบาลศิริราช พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ทั้ง 3 การศึกษาเป็นเพศหญิง ดังตารางที่ 4 อายุเฉลี่ยขณะวินิจฉัยโรคพบว่าสูงกว่าข้อมูลจากทั้งจุฬาลงกรณ์และศิริราช ระยะเวลาที่มีอาการก่อนการวินิจฉัยโรคมากกว่าข้อมูลของจุฬาลงกรณ์ ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าทั้งหมดจากการศึกษานี้มาด้วยปัญหาถ่ายเป็นมูกเลือด ซึ่งต่างจากอีก 2 การศึกษาอาจเนื่องมาจากเกณฑ์ในการเก็บข้อมูลแตกต่างกัน ตำแหน่งที่พบความผิดปกติ ส่วนใหญ่เป็น left side disease คล้ายข้อมูลจาก

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบกับการศึกษาอื่นในประเทศไทย

	นครราชสีมา	จุฬาลงกรณ์[8]	ศิริราช[6]
ปีที่ศึกษา	2544-2551 (7.5 ปี)	2532-2548 (16 ปี)	2531-2543 (12 ปี)
จำนวนผู้ป่วย UC-ราย	13	45	40
เพศหญิง-ร้อยละ	61.5	55.6	52.5
อายุเฉลี่ย-ปี	48.2+0.4	33.0	37.7
พิสัยอายุขณะวินิจฉัยโรค-ปี	35-61	ไม่มีข้อมูล	13-77
มัธยฐานระยะเวลาที่มีอาการก่อนการวินิจฉัยโรค-เดือน	13	5	ไม่มีข้อมูล
ประวัติการสูบบุหรี่-ร้อยละ	0	11.4	ไม่มีข้อมูล
อาการนำ-ร้อยละ			
- ถ่ายเป็นมูกปนเลือด	100.0	88.9	17.5
- ท้องเสีย	0	77.8	97.5
- ปวดท้อง	7.7	20.0	50.0
- ไข้หรือน้ำหนักลดลง	15.4	42.2	62.5
- โลหิตจาง	23.1	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล
ระยะเวลาเฉลี่ยติดตามผู้ป่วย (พิสัย)	42.2+26.7 (2-84)	ไม่มีข้อมูล	27.0 (3-75)
ตำแหน่งที่พบความผิดปกติ-ร้อยละ			
- Proctitis	0	20	13.0
- Left side disease	84.6	17.8	58.0
- Near total involvement	0	15.6	8.0
- Pancolitis	15.4	46.7	21.0
การลุกลามสู่ Terminal ileum-ร้อยละ	0	ไม่มีข้อมูล	8.0
ความรุนแรงของพยาธิสภาพ-ร้อยละ			
- เล็กน้อย	15.4	44.4	28.0
- ปานกลาง	84.6	24.4	60.0
- รุนแรง	0	31.1	13.0

ศิริราชแต่ต่างจากข้อมูลของจุฬาลงกรณ์ ในการศึกษานี้ไม่พบ proctitis เลย ต่างจากข้อมูลจากทั้งจุฬาลงกรณ์และศิริราช ซึ่งเมื่อพิจารณาในด้านความรุนแรงของพยาธิสภาพพบว่าทั้งจากจุฬาลงกรณ์และศิริราชมีความรุนแรงเล็กน้อยในสัดส่วนที่มากจึงทำให้พบ proctitis ในสัดส่วนที่มากเช่นกัน หรืออาจอธิบายว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ในการศึกษานี้มาพบแพทย์ช้าทำให้ความรุนแรงของโรคมากกว่าการศึกษาอื่น

การรักษาที่ได้รับในช่วงแรกนั้นส่วนใหญ่ได้สเตียรอยด์ร่วมกับ sulfazalazine รองมาคือ sulfazalazine อย่างเดียว และการรักษาเพื่อควบคุมโรคนั้นส่วนใหญ่ได้ sulfazalazine อย่างเดียว รองลงมาได้ sulfazalazine ร่วมกับ azathiopine และได้ azathiopine อย่างเดียว ขนาดเฉลี่ยยาในการควบคุมโรค ในกลุ่มที่ได้รับ sulfazalazine อย่างเดียว ต้องใช้ขนาดยา 1,000 มิลลกรัมต่อวัน กลุ่มที่ได้ azathiopine อย่างเดียว ต้องใช้ขนาดยาเฉลี่ยวันละ 75 มิลลิกรัมต่อวัน และกลุ่มที่ได้ sulfazalazine ร่วมกับ azathiopine ต้องใช้ขนาดยา 2,000 มิลลิกรัมต่อวันและ 100 มิลลิกรัมต่อวัน ตามลำดับ โดยผู้ป่วยมีอาการกำเริบบ้างเป็นระยะและมีผู้ป่วยเพียง 1 รายสามารถหยุดการรักษาได้ บ่งว่าความรุนแรงของโรคในผู้ป่วยกลุ่มนี้ค่อนข้างรุนแรงและรักษาไม่ง่ายนัก

สรุป

ผู้ป่วยลำไส้ใหญ่อักเสบเรื้อรังชนิดมีแผลในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาพบ 13 รายในระยะเวลา 7 ปีครึ่ง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ยขณะวินิจฉัยโรค 48.2 ปี ระยะเวลาที่มีอาการก่อนการวินิจฉัยโรค 13 เดือน ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรและไม่มีประวัติการสูบบุหรี่เลย อาการที่นำผู้ป่วยมาพบแพทย์ทุกรายมาด้วยถ่ายเป็นมูกปนเลือด ตำแหน่งที่พบการอักเสบจากการส่องกล้องส่วนใหญ่เป็นลำไส้ใหญ่ซีกซ้าย โดยไม่พบ การลุกลามสู่ terminal ileum เลย และความรุนแรงของพยาธิสภาพส่วนใหญ่เป็นแบบปานกลาง

เอกสารอ้างอิง

1. Available from http:// www.library.md.chula.ac.th/
2. Sthitnimankarn T. Pancreatic lesions in association with chronic ulcerative colitis. Siriraj Hosp Gaz 1952; 4: 541-5.
3. Klunklin K. Chronic ulcerative colitis: a case report. J Med Assoc Thai 1971; 54: 947-52.
4. Hitanant S, Vaeusorn N, Asavanich C. Fulminant ulcerative colitis: a case report angiographic findings. J Med Assoc Thai 1974; 57: 475-9.
5. Viranuvatti V. Ulcerative colitis in Thailand. J Med Assoc Thai 1975; 58: 312-6.
6. Pongprasobchai S, Manatsathit S, Leelakusonwon S, Sattawatthamrong Y, Boonyapisit S. Ulcerative colitis in Thailand: a clinical study and long term follow-up. J Med Assoc Thai 2001; 84: 1281-8.
7. Taweevisit M, Wisadopas N. Retrospective study of pathologically proven colitis in King Chulalongkorn Memorial hospital. J Med Assoc Thai 2004; 87: 1355-60.
8. Rerknimitr R, Chalapipat O, Kongkam P, Kullavanijaya P. Clinical characteristics of inflammatory bowel disease in Thailand: a 16 years review. J Med Assoc Thai 2005: 88: S129-S133.
9. Setrachandra S. Idiopathic ulcerative colitis. J Med Assoc Thai1963; 46: 297-310.
10. Luangjaru S, Suttinont C, Chinprasatsak S, Thaisamakr S. Sigmoidoscopy/Colonoscopy in Department of Medicine, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital: One year experience. Nakhon Ratch Med Bull 2001; 25: 133-9.
11. Geboes K. Crohn's disease, ulcerative colitis or indeterminate colitis-how important is it to differentiate? Acta Gastroenterol Belg. 2001; 64: 197-200. [Review]
12. Geboes K. Pathology of inflammatory bowel diseases (IBD): variability with time and treatment. Colorectal Dis 2001; 3: 2-12.
13. Kornbluth A, Sachar DB. Ulcerative colitis practice guidelines in adults (update): American College of Gastroenterology, Practice Parameters Committee. Am J Gastroenterol 2004; 99: 1371–85.
14. Sood A, Midha V, Sood N. Incidence and prevalence of ulcerative colitis in Punjab, North India. Gut 2003; 52: 1587-90.
15. Peppercorn MA. Clinical manifestations, diagnosis and prognosis of ulcerative colitis in adults. Up-To-Date version 15.1; 2007.