

ผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์ในคลินิกศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ปริญญา สันติชาติงาม พ.บ.*

บทคัดย่อ

บทนำ โรคเอดส์เป็นกลุ่มอาการของโรคที่ติดเชื้อชนิดอื่น ๆ ได้ง่าย แนวโน้มอัตราป่วยของผู้ป่วยโรคเอดส์เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ เป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศ และผู้ติดเชื้อเอดส์มี anorectal disease ร้อยละ 5-35 วัตถุประสงค์ เพื่อเสนอผลทางคลินิกของผู้ติดเชื้อเอดส์ในคลินิกศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ผู้ป่วยและวิธีการ ผู้ป่วยนอกที่มาได้รับการรักษาที่หน่วยศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2544 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน 2545 รวมระยะเวลา 1 ปี โดยศึกษาย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วย เก็บข้อมูลทั่วไป ระยะของการติดเชื้อเอดส์ การวินิจฉัยโรค และการรักษาที่ได้รับ สถิติที่ใช้ในการวิจัย คือ จำนวน ร้อยละ mean และ SD ผลการศึกษา ข้อมูลครบถ้วน ร้อยละ 94.1 (80 ราย) ส่วนใหญ่ ร้อยละ 63.8 เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 36.1 ปี ร้อยละ 85 มีอาชีพรับจ้าง และพบการติดเชื้อ ร้อยละ 66.3 เป็นระยะเอดส์ หากวิเคราะห์จำแนกการรักษาตามชนิดของการวินิจฉัยโรค พบโรคติดเชื้อทวาร ร้อยละ 32.5 การรักษาโรคติดเชื้อทวารของผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์ที่ไม่มีอาการ ให้การรักษาเหมือนผู้ป่วยที่ไม่มีภูมิคุ้มกันปกติ โรค condyloma acuminata พบร้อยละ 17.5 โดยมีจำนวนครั้งของการผ่าตัดเพื่อรักษา 1-13 ครั้ง (เฉลี่ย 5 ครั้ง) ผู้ป่วยชาย 2 ใน 10 ราย พบรอยโรคบริเวณ penis ร่วมด้วย ผู้ป่วยหญิง 3 ใน 4 ราย พบรอยโรคบริเวณ vagina ร่วมด้วย และพบว่าในผู้ป่วยระยะเอดส์ต้องใช้จำนวนครั้งของการรักษามากกว่าผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์ที่ไม่มีอาการ โรคแผลบริเวณทวารหนักพบเป็น herpetic ulcer ร้อยละ 16.3 โรค anal fissure พบร้อยละ 8.7 การศึกษานี้มักพบเป็น atypical anal fissure โรค fistula in ano พบร้อยละ 11.2 โดยมีสาเหตุจากเชื้อวัณโรค ซึ่งพบได้ถึง 1 ใน 3 ของผู้ป่วย ส่วนโรคอื่น ๆ ที่พบในการศึกษานี้คือ proctitis, anal skin tag, anal abscess, radiation proctitis, CA rectum, squamous cell CA of anus, lymphoma of anus, TB colitis, และ rectovaginal fistula ข้อมูลจากการศึกษาทางคลินิกนี้คงเป็นตัวอย่างในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์ในคลินิกศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก สรุป ข้อพิจารณาในการรักษาขึ้นกับระยะการติดเชื้อเอดส์ โดยในกรณีผู้ติดเชื้อเอดส์ที่ไม่มีอาการ ให้เลือกการรักษาเหมือนผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันปกติ ส่วนกรณีผู้ป่วยระยะเอดส์วิธีการรักษาต้องพิจารณาเป็นราย ๆ ไป มีข้อระมัดระวังในการรักษาโรค condyloma acuminata ในการตรวจรอยโรคร่วมบริเวณอื่น และ fistula in ano โดยมีสาเหตุจากการติดเชื้อวัณโรค ซึ่งพบได้ถึง 1 ใน 3 ของผู้ป่วย

ABSTRACT: HIV-Seropositive Patients in Colorectal Surgery Clinic at King Chulalongkorn Memorial Hospital

Prinya Santichatngam, M.D.

Colorectal unit, Department of Surgery, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital, Nakhon Ratchasima, 30000

Nakhon Ratch Med Bull 2002;26.123-130.

Introduction. HIV causes decreased immunity and predisposition to disease. As the number of individuals with HIV disease continues to increase rapidly and in fact, 5-35% of HIV-positive patients will develop perianal disease during evolution of AIDS. The objective of this study is to present the clinical syndrome of HIV-positive patients in colorectal surgery clinic.

Patients and methods. Retrospective study of HIV-seropositive patients in colorectal surgery clinic at King Chulalongkorn Memorial Hospital during July 2001 to June 2002 was performed. The data were analyzed in term of baseline data, diagnosis in colorectal surgery clinic, treatment outcome. Statistical analysis were mean, SD, and percent.

Results. General background of 80 from 85 patients (94.1%) recruited were: 63.8% male, mean age 36.1 years, 85% labor, 66.3% AIDS, 32.5% hemorrhoids, 17.5% condyloma acuminata, 16.3% herpetic ulcer, and 11.2% fistula in ano. No poor wound healing was found in non-AIDS patients.

Conclusion. The non-AIDS patients were treated as normal host in colorectal surgery clinic.

โรคเอดส์ หรือ AIDS (acquired immunodeficiency syndrome) เป็นกลุ่มอาการของโรคที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสเอดส์ซึ่งจะเข้าไปทำลายเม็ดเลือดขาว แหล่งสร้างภูมิคุ้มกันโรค ทำให้ติดเชื้อโรคชนิดอื่น ๆ ได้ง่าย ระยะพักตัวของการเกิดระยะเอดส์ประมาณ 10 ปี พบเชื้อมากที่สุดในการติดเชื้อ น้ำเหลือง เนื้อเยื่อต่าง ๆ รองลงมาคือ น้ำอสุจิ น้ำในช่องคลอด และพบโอกาสแพร่โรคมะเร็งทางเลือด น้ำอสุจิ และน้ำในช่องคลอดเท่านั้น การติดต่อทางอื่นนั้นเป็นไปได้ยากเนื่องจากเชื้อไม่สามารถทนสภาพภายนอกได้ รายงานโรคเอดส์ครั้งแรกในชายรักร่วมเพศ ปี พ.ศ. 2524 ในประเทศไทยตรวจพบ ผู้ป่วยรายแรกปี พ.ศ. 2526 ส่วนใหญ่ของเชื้อเอดส์ในประเทศ

ไทยเป็นสายพันธุ์สับพายี่ีมากกว่าร้อยละ 90 รายงานของกระทรวงสาธารณสุขเมื่อวันที่ 30 พฤศจิกายน 2545 มีผู้ติดเชื้อที่มีอาการและจำนวนผู้ป่วยเอดส์ รวมทั้งสิ้น 281,391 ราย ในจำนวนนี้เสียชีวิตแล้ว จำนวน 64,538 ราย แนวโน้มอัตราป่วยของผู้ป่วยโรคเอดส์เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ส่วนใหญ่เป็นเพศชายหรืออยู่ในวัยเจริญพันธุ์ (กลุ่มอายุ 15-44 ปี พบ ร้อยละ 87.1) ส่วนใหญ่ร้อยละ 46.9 มีอาชีพรับจ้างทั่วไป/ขับรถรับจ้าง/กรรมกร รองลงมา ร้อยละ 20.8 มีอาชีพเกษตรกร นอกจากนี้พบว่ากลุ่มอาการของโรคแทรกซ้อน หรือโรคติดเชื้อฉวยโอกาสมากที่สุด ใน 5 อันดับแรก คือ *Mycobacterium tuberculosis*, *Pneumocystis carinii*, cryptococcosis, candidiasis, และ recurrent

bacteria pneumonia การติดเชื้อมีสาเหตุจากเพศสัมพันธ์ สูงสุด ร้อยละ 83.8 ยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น ร้อยละ 4.8 จะเห็นว่าการติดเชื้อเอดส์เป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศไทย และผู้ติดเชื้อเอดส์มี anorectal disease ร้อยละ 5-35 โดยร้อยละ 30-85 ของผู้ป่วยต้องการรักษาด้วย surgical intervention⁽¹⁻⁶⁾ จากการสืบค้นวรรณกรรมก่อนหน้านี้ยังไม่เคยมีการศึกษาเกี่ยวกับผู้ติดเชื้อเอดส์ในคลินิกศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนักของประเทศไทย การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเสนอผลทางคลินิกของผู้ติดเชื้อเอดส์ในคลินิกศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ผู้ป่วยและวิธีการ

Setting: โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

Study population: ผู้ป่วยนอกที่มารับการรักษาที่หน่วยศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2544 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน 2545 รวมระยะเวลา 1 ปี

Study design: retrospective study จากเวชระเบียนผู้ป่วย

inclusion criteria:

1. ผู้ป่วยนอกของคลินิกศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
2. ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อเอดส์ วินิจฉัยจากการตรวจเลือดด้วยการตรวจขั้นต้น (screening test) และการตรวจยืนยัน (confirmatory test)

การเก็บข้อมูล

บันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (เพศ, อายุ, และอาชีพ) ระยะของการติดเชื้อเอดส์ การวินิจฉัยโรค การรักษาที่ได้รับ

การประเมินระยะการติดเชื้อเอดส์ในผู้ใหญ่ในประเทศไทย กองโรคเอดส์ กระทรวงสาธารณสุข แบ่งระยะต่างๆตาม CDC ของสหรัฐอเมริกา (วันที่ 1 มกราคม 2536) ดังนี้

1. ระยะไม่ปรากฏอาการ (asymptomatic stage) ผู้ติดเชื้อไม่มีอาการผิดปกติ สุขภาพแข็งแรง

2. ระยะเอดส์ (AIDS)

2.1 ระยะที่ CD4 น้อยกว่า 200/ μ L (CD4 น้อยกว่า ร้อยละ 14) อย่างน้อย 2 ครั้ง

2.2 ระยะที่มีอาการ (symptomatic stage)

2.2.1 ระยะเริ่มปรากฏอาการ (symptomatic HIV infection): ผู้ติดเชื้อมีอาการต่าง ๆ เช่น oral candidiasis or hairy leukoplakia, herpes zoster more than 1 dermatome, central nervous system dysfunction, diarrhea more than 1 month, fever more than 1 month, cachexia or more than 10% weight loss or asthenia more than 1 month, persistent dermatitis more than 1 month, anemia or lymphopenia or thrombocytopenia, persistent cough or any pneumonia more than 2 month (except TB), lymphadenopathy more than 1 cm at least 2 non-inguinal sites for more than 1 month

2.2.2 ระยะผู้ป่วยเอดส์: ผู้ติดเชื้อมีอาการต่าง ๆ มากขึ้น เช่น candidiasis ของหลอดอาหาร หลอดลมหรือปอด invasive cervical cancer, coccidioidomycosis ชนิดแพร่กระจายของอวัยวะต่าง ๆ (นอกเหนือจากปอด หรือต่อมน้ำเหลืองที่คอ หรือข้อปอด), cryptococcosis, cryptosporidiosis และมีอุจจาระร่วงนานมากกว่า 1 เดือน โรคติดเชื้อ cytomegalovirus retinitis, HIV encephalopathy, HIV dementia or AIDS dementia or subacute encephalitis จากเชื้อ HIV, herpes simplex นานมากกว่า 1 เดือน, histoplasmosis ชนิดแพร่กระจายไปยังอวัยวะต่าง ๆ, isosporiasis และมีอุจจาระร่วงนานมากกว่า 1 เดือน Kaposi's sarcoma, Burkitt's lymphoma (or equivalent term), immunoblastic lymphoma (or equivalent term), primary lymphoma in brain, mycobacterium avium complex หรือโรคติดเชื้อ *Mycobacterium kansasii*, *Mycobacterium* (other species)

or unidentified species) (disseminated or extrapulmonary), *Mycobacterium tuberculosis* (pulmonary or extrapulmonary), recurrent pneumonia (bacteria) มากกว่า 1 ครั้งใน 1 ปี โรคปอดบวมจากการติดเชื้อ *Pneumocystis carinii*, การติดเชื้อ *Penicillium marneffei*, progressive multifocal leukoencephalopathy, recurrent *Salmonella* septicemia, toxoplasmosis in brain, wasting syndrome (emaciation, slim disease)

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

- สถิติสำหรับข้อมูล descriptive ใช้ จำนวน, ร้อยละ, mean (ค่าเฉลี่ย), และ SD

ผลการศึกษา

เวชระเบียนที่มีข้อมูลครบถ้วนสามารถนำมาศึกษาได้ 80 ราย จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 85 ราย (ร้อยละ 94.1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์ในคลินิก ศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก แสดงในตารางที่ 1 และการรักษาที่ได้รับแยกตามการวินิจฉัยโรค แสดงในตารางที่ 2

วิจารณ์

การศึกษานี้พบผู้ป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ 63.8 เป็นเพศชาย และมีอายุเฉลี่ย 36.1 ปี สอดคล้องกับข้อมูลในประเทศไทยซึ่งส่วนใหญ่พบในเพศชายและวัยเจริญพันธุ์ ร้อยละ 85 มีอาชีพรับจ้าง และร้อยละ 66.3 เป็นระยะเอดส์ สอดคล้องกับข้อมูลในประเทศไทยเช่นกัน มีการศึกษาก่อนหน้าในเรื่องอาการนำของผู้ป่วยในด้าน anorectal symptom ของ Yuhan และคณะ ศึกษาผู้ป่วย 180 ราย ในปี พ.ศ. 2541 พบว่าเป็น anorectal pain ร้อยละ 57, lumps or warts ร้อยละ 28, rectal bleeding ร้อยละ 12, discharge ร้อยละ 11, pruritus ร้อยละ 6, multiple complaints ร้อยละ 24⁽⁷⁾ หากวิเคราะห์จำแนกการรักษาตามชนิดของกร

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์ในคลินิก ศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (n = 80)

เพศ ชาย : หญิง (ร้อยละ)	51 (63.8) : 29 (26.2)
อายุ (ปี) (mean $\pm$ SD) (min-max)	36.1 $\pm$ 7.39 (21-57)
อาชีพ (ร้อยละ)	
- รับจ้าง	68 (85.0)
- รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	6 (7.5)
- งานบ้าน	4 (5.0)
- นักเรียน	2 (2.5)
ระยะการติดเชื้อเอดส์ (ร้อยละ)	
- AIDS	53 (66.3)
- Asymptomatic	27 (33.7)
การวินิจฉัยโรค (ร้อยละ)	
- ริดสีดวงทวาร	26 (32.5)
- Condyloma acuminata*	14 (17.5)
- Herpetic ulcer	13 (16.3)
- Anal fissure	7 (8.7)
- Fistula in ano	6 (7.5)
- TB of fistula in ano	3 (3.7)
- Proctitis	2 (2.5)
- Anal skin tag	2 (2.5)
- Anal abscess	1 (1.3)
- Radiation proctitis	1 (1.3)
- CA rectum	1 (1.3)
- Squamous cell CA of anus	1 (1.3)
- Lymphoma of anus	1 (1.3)
- TB colitis	1 (1.3)
- Rectovaginal fistula	1 (1.3)

*พบรอยโรคในตำแหน่งอื่นร่วมด้วย เช่น บริเวณ penis 2 ราย จากเพศชาย 10 ราย, ช่องคลอด 3 ราย จากเพศหญิง 4 ราย

วินิจฉัยโรค พบโรคริดสีดวงทวาร ร้อยละ 32.5 การรักษาโรคริดสีดวงทวารของผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์ที่ไม่มีอาการ ให้การรักษาเหมือนผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันปกติเช่น medical

ตารางที่ 2 การรักษาที่ได้รับแยกตามการวินิจฉัยโรค (n = 80)

	การรักษาที่ได้รับ	จำนวน (ราย)
- ริดสีดวงทวาร	Medical treatment*	14
	Rubber band ligation	7
	Hemorrhoidectomy	3
	Sclerosis	2
- Condyloma acuminata	Electrical cauterization**	14
- Herpetic ulcer	Medical treatment	13
- Anal fissure	Medical treatment	7
- Fistula in ano	Fistulotomy	6
- TB of fistula in ano	Medical treatment	3
- Proctitis	Medical treatment	2
- Anal skin tag	Advice	2
- Anal abscess	I & D	1
- Radiation proctitis	Topical formalin	1
- CA rectum	LAR and ileostomy	1
- Squamous cell CA of anus	Supportive treatment and refer	1
- Lymphoma of anus	Chemotherapy	1
- TB colitis	Medical treatment	1
- Rectovaginal fistula	Colostomy and suprapubic cystostomy	1

*การรักษาริดสีดวงทวารในกรณีผู้ป่วยระยะเอดส์ เลือกใช้ medical treatment

**จำนวนครั้งของการทำ electrical cauterization คือ 1-13 ครั้ง (5 ± 3.98)

treatment, rubber band ligation, และ sclerosis แต่มีความจำเป็นต้องพิจารณาในเรื่องของยาปฏิชีวนะหลังการผ่าตัด (8-11) การศึกษานี้ไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด หรือ เกิด life-threatening complication มีการศึกษาในต่างประเทศของ Buchmann และคณะ ในภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดของผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์⁽¹²⁾ ดังนั้นการรักษาริดสีดวงทวารของผู้ป่วยระยะเอดส์ให้พิจารณาใช้ medical treatment โรค condyloma acuminata พบได้ ร้อยละ 17.5 สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ซึ่งพบได้ถึง ร้อยละ 3-25^(1,6,12,13) โดย ร้อยละ

80 พบทั้งในส่วน of anal canal และภายนอก⁽¹⁴⁾ การรักษา condyloma acuminata มีได้หลายวิธี เช่น ใช้ causative agent (podophyllin, bichloroacetic acid, trichloroacetic acid, และ nitric acid), fulguration, cryotherapy, surgical excision, antineoplastic preparation, laser therapy, immune therapy, interferon⁽¹⁴⁾ หน่วยศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เลือกการผ่าตัด electrical cauterization สำหรับการรักษาโรค condyloma acuminata มีจำนวนครั้งของการผ่าตัด 1-13 ครั้ง (เฉลี่ย 5 ครั้ง) ผู้ป่วยชาย 2

ใน 10 ราย พบรอยโรคบริเวณ penis ร่วมด้วย ผู้ป่วยหญิง 3 ใน 4 ราย พบรอยโรคบริเวณ vagina ร่วมด้วย และพบว่าในผู้ป่วยระยะเอดส์ต้องใช้จำนวนครั้งของการรักษามากกว่าผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์ที่ไม่มีอาการ การศึกษาก่อนหน้านี้พบการเป็นซ้ำ ร้อยละ 9 หลังการผ่าตัดรักษา การเป็นซ้ำมักเกิดภายใน 1 เดือนหลังผ่าตัด การตรวจติดตามรอยโรคควรติดตามการปลอดโรคอย่างน้อย 3 เดือน⁽¹⁴⁾ อีกทั้งยังพบประสิทธิผลการรักษาผู้ป่วยบางรายโดยใช้ topical imiquimod เสริมภายหลังการรักษาด้วยวิธีผ่าตัด โดย topical imiquimod เป็น locally immunomodulator สามารถมี complete eradication ได้ ซึ่งมีการศึกษาก่อนหน้านี้โดยพบ complete eradication ถึงร้อยละ 50 ในการทา 3 ครั้ง/สัปดาห์ เป็นระยะเวลา 16 สัปดาห์⁽¹⁴⁾ โรคแผลบริเวณทวารหนัก ร้อยละ 16.3 พบเป็น herpetic ulcer การวินิจฉัยโรคใช้ลักษณะทางคลินิกอาจร่วมกับการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ หากการวินิจฉัยโรคเป็นโรค herpetic ulcer ให้การรักษาโดย medical treatment ด้วยยา acyclovir มีการศึกษาก่อนหน้านี้ของ Schmitt และคณะ พบผลการรักษาหายถึง ร้อยละ 75⁽⁴⁾ ในกลุ่มของ anal ulcer มีการศึกษาก่อนหน้านี้ของ Goldberg และคณะ พบ ร้อยละ 83 เป็นโรค herpetic ulcer หรือ CMV anal ulcer⁽¹⁵⁾ โรค anal fissure พบ ร้อยละ 8.7 มักพบเป็น atypical anal fissure เลือกการรักษาโดยใช้ medical treatment โรค fistula in ano การศึกษานี้พบ ร้อยละ 11.2 โดยมีสาเหตุจากเชื้อวัณโรค ซึ่งพบได้ถึง 1 ใน 3 ของผู้ป่วย มีการศึกษาก่อนหน้านี้ของ Wexner และคณะ แนะนำการรักษาโรค fistula in ano เฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์ที่มีอาการของ fistula in ano⁽¹⁶⁾ มีการศึกษาถึงการเกิด fistula in ano ในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอดส์ไม่มีผลต่อชนิดของ fistula ที่เปลี่ยนแปลงไป⁽¹⁷⁾ แต่ในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีค่า CD4 น้อยกว่า 200/ μ L จะมีผลต่อการหายของแผลและภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด⁽¹⁸⁾ ส่วนโรคอื่น ๆ ที่พบในการศึกษานี้คือ proctitis, anal skin tag,

anal abscess, radiation proctitis, CA rectum, squamous cell CA of anus, lymphoma of anus, TB colitis, rectovaginal fistula ในการศึกษาก่อนหน้านี้ของ Nadal และคณะ ศึกษาผู้ป่วย 1,860 ราย ในปี พ.ศ. 2542 รายงานโรคที่พบบ่อยทาง anorectal disease คือ condyloma acuminata, anal ulcer, ริดสีดวงทวาร, fistula in ano, anal fissure, anal abscess, tumor โดยในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอดส์พบโรค condyloma acuminata, anal ulcer, tumors, fistula in ano, anal abscess ได้บ่อยกว่าคนปกติ⁽⁶⁾ การรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์ ให้พิจารณาโดยดูระยะการติดเชื้อเอดส์ โดยในกรณีผู้ติดเชื้อเอดส์ที่ไม่มีอาการ ให้เลือกการรักษาเหมือนผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันปกติ ส่วนกรณีผู้ป่วยระยะเอดส์วิธีการรักษาต้องพิจารณาเป็นราย ๆ ไป โรคอื่น ๆ ที่พบได้น้อยเช่น idiopathic ulcer ซึ่งมีรายงานการรักษาโดยการทำ excision⁽¹⁹⁾ ส่วนในการศึกษาอื่นมีรายงานในโรคที่พบได้น้อยได้แก่ necrotizing soft tissue infection (Fournier's gangrene)⁽²⁰⁾, CMV enteritis⁽²¹⁾ ส่วนในเรื่อง tumor มีรายงานของการเกิด AIDS-related malignancy เป็น Kaposi's sarcoma เลือกวิธีรักษาโดยพิจารณาปัจจัยร่วมที่เกี่ยวข้องเช่น จำนวน CD4, จำนวน lesion, ระยะเวลาของการเกิด lesion, the rate of new lesion formation, ตำแหน่งในแต่ละ lesion⁽¹⁴⁾ ข้อมูลจากการศึกษาทางคลินิกนี้คงเป็นตัวอย่างในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์ในคลินิกศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

สรุป

การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์ที่มีอาการทางลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มีข้อพิจารณาในการรักษาโดยขึ้นกับระยะการติดเชื้อเอดส์ ในกรณีผู้ติดเชื้อเอดส์ที่ไม่มีอาการให้เลือกการรักษาเหมือนผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันปกติ ส่วนกรณีผู้ป่วยระยะเอดส์วิธีการรักษาต้องพิจารณาเป็นราย ๆ ไปเนื่องจากสภาพของภูมิคุ้มกันและการหายของแผล บริเวณ perineum จากการศึกษานี้มีข้อระมัด

ระวังในการรักษาโรค condyloma acuminata ในการตรวจรอยโรคร่วมบริเวณอื่น และ fistula in ano โดยมีสาเหตุจากการติดเชื้อไวรัส ซึ่งพบได้ถึง 1 ใน 3 ของผู้ป่วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณรองศาสตราจารย์นายแพทย์อรุณ โรจนสกุล อาจารย์นายแพทย์จิรวรรณ พัฒนอรุณ อาจารย์นายแพทย์ชูชีพ สหกิจรุ่งเรือง ที่มีส่วนสนับสนุนให้คำปรึกษาด้านวิชาการ เจ้าหน้าที่ในคลินิกศัลยกรรม ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และเจ้าหน้าที่เวชระเบียน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่อำนวยความสะดวกในการ สืบค้นเวชระเบียน

เอกสารอ้างอิง

1. Wexner SD, Smithy WB, Milsom JW, Dailey TH. The surgical management of anorectal diseases in AIDS and pre-AIDS patients. *Dis Colon Rectum* 1986;29:719-23.
2. Scholefield JH, Northover JM, Carr ND. Male homosexuality, HIV infection and colorectal surgery. *Br J Surg* 1990;77:493-6.
3. Miles AJ, Mellor CH, Gazzard B, Allen-Mersh TG, Wastell C. Surgical management of anorectal disease in HIV-positive homosexuals. *Br J Surg* 1990;77:869-71.
4. Schmitt SL, Wexner SD, Nogueras JJ, Jagelman DG. Is aggressive management of perianal ulcers in homosexual HIV-seropositive man justified? *Dis Colon Rectum* 1993;36:240-6.
5. Safavi A, Gottesman L. Dailey TH. Anorectal surgery in The HIV+ patient: update. *Dis Colon Rectum* 1991;34:299-304.
6. Nadal SR, Manzione CR, Galvao VM, Salim VRBM, Speranzini MB. Perianal disease in HIV-positive patients compared with a seronegative population. *Dis Colon Rectum* 1999;42:649-54.
7. Yuhan R, Orsay C, Delpino A, et al. Anorectal disease in HIV- infected patients. *Dis Colon Rectum* 1998;41:1367-70.
8. Heweitt WR, Sokol TP, Fleshner PR. Should HIV status alter indications for hemorrhoidectomy? *Dis Colon Rectum* 1996;39:615-8.
9. Morandi E, Merlini D, Salvaggio A, Foschi D, Trabucchi E. Prospective study of healing time after hemorrhoidectomy, influence of HIV infection, acquired immunodeficiency syndrome, and anal wound infection. *Dis Colon Rectum* 1999;42:1140-3.
10. Scaglia M, Delaini G, Destefano I, Hulten L. Injection treatment of hemorrhoids in patients with acquired immunodeficiency syndrome. *Dis Colon Rectum* 2001;44:401-4.
11. Moore BA, Fleshner PR. Rubber band ligation for hemorrhoidal disease can be safely performed in select HIV-positive patients. *Dis Colon Rectum* 2001;44:1079-82.
12. Buchmann P, Seefeld H. Rubber band ligation for piles can be disastrous in HIV-positive patients. *Int J Colorectal Dis* 1989;4:57-8.
13. Beck DE, Jaso RG, Zajic RA. Surgical management of anal condyloma in HIV-positive patient. *Dis Colon Rectum* 1990;33:180-3.
14. Gordon PH. Condyloma acuminata. In: Gordon PH, Nivatvongs S, editors. *Principles and practice of surgery for the colon, rectum, and anus*. 2nd ed. St Louis: Quality Medical Publishing; 1999. p. 323-40.
15. Goldberg GS, Orkin BA, Smith LE. Microbiology of human immunodeficiency virus anorectal disease. *Dis Colon Rectum* 1994;37:439-43.
16. Wexner SD, Roberts PL, Lowry A, Burnstein M, Hicks T, Kerner B, et al. Practice parameters for treatment of fistula-in-ano supporting documentation. *Dis Colon Rectum* 1996;39:1363-72.
17. Manookian CM, Sokol TP, Headrick C, Fleshner PR. Does HIV status influence the anatomy of anal fistula? *Dis Colon Rectum* 1998;41:1529-33.
18. Nadal SR, Manzione CR, Galvao VDM, Salim VRBM, Speranzini MB. Healing after fistulotomy, comparative study between HIV+ and HIV- patients. *Dis Colon Rectum* 1998;41:177-9.

19. Nada l SR, Manzion e CR, Horta SHC, Galvao VDM. Management of idiopathic ulcer of the anal canal by excision in HIV- positive patients. *Dis Colon Rectum* 1999; 42:1598-601.
20. Iorianni P, Oliver GC. Synergistic soft tissue infection of the perineum. *Dis Colon Rectum* 1992;35:640-4.
21. Page MJ, Dreese JC, Poritz LS, Koltun WA. Cytomegalovirus enteritis, a highly lethal condition requiring early detection and intervention. *Dis Colon Rectum* 1998;41:619-23.