

การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลมหाराชนครราชสีมา: ประสพการณ์ 1 ปี

สมชาย เหลืองจาร์ พ.บ., วท.ม.*, ขวณพิศ สุทธิพันธ์ พ.บ.*,
สุนทร จีนประสาทศักดิ์ พ.บ.*, สุนทร ไทยสมักร พ.บ.*

บทคัดย่อ

บทนำ: การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ (sigmoidoscopy/colonoscopy) ถือเป็น การตรวจวิเคราะห์โรควิธีมาตรฐานวิธีหนึ่งในการตรวจวิเคราะห์โรคของลำไส้ใหญ่ในปัจจุบัน และยังสามารถใช้ในการรักษาโรคผ่านกล้องได้ด้วย ซึ่งการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่นี้ กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลมหाराชนครราชสีมา ได้เริ่มให้บริการตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2543 เป็นต้นมา

วัตถุประสงค์: เพื่อรายงานประสพการณ์การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ ในกลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลมหाराชนครราชสีมา

ผู้ป่วยและวิธีการ: ผู้ป่วยที่มารับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ในกลุ่มงานอายุรกรรมโรงพยาบาลมหाराชนครราชสีมา ตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2543 ถึง กรกฎาคม 2544 เป็นระยะเวลา 1 ปี โดยใช้กล้องส่องตรวจชนิดวิดีโอทัศน์

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยที่ได้รับการส่องตรวจลำไส้ใหญ่ทั้งหมด 72 ราย เป็นเพศชาย 33 ราย เพศหญิง 39 ราย อายุเฉลี่ย 56.8 ± 17.9 ปี โดยได้รับการตรวจ total colonoscopy 49 ราย (ร้อยละ 68.1) partial colonoscopy 10 ราย (ร้อยละ 13.9) และ sigmoidoscopy 13 ราย (ร้อยละ 18.1) ข้อบ่งชี้ในการส่องตรวจลำไส้ใหญ่ คือ chronic diarrhea 24 ราย (ร้อยละ 33.3) lower gastrointestinal bleeding 17 ราย (ร้อยละ 23.6) iron deficiency anemia 14 ราย (ร้อยละ 19.4) chronic abdominal pain 8 ราย (ร้อยละ 11.1) และ สงสัยมะเร็งลำไส้ใหญ่ 5 ราย (ร้อยละ 6.9) ผลการส่องตรวจลำไส้ใหญ่ทั้งหมดพบ ปกติ 36 ราย (ร้อยละ 50.0) มะเร็งลำไส้ใหญ่ 10 ราย (ร้อยละ 13.9) ตังเนื้อในลำไส้ใหญ่ (colonic polyp) 7 ราย (ร้อยละ 9.7) และลำไส้อักเสบ (proctocolitis) 5 ราย (ร้อยละ 6.9) นอกจากนี้ยังพบ ulcerative colitis 3 รายและ angiodysplasia 2 ราย โดยไม่พบว่ามีภาวะแทรกซ้อนหลังการส่องตรวจลำไส้ใหญ่

สรุป: การส่องกล้องเพื่อตรวจลำไส้ใหญ่เป็นการตรวจที่มีประโยชน์อย่างมากในการวินิจฉัยและรักษาโรคของลำไส้ใหญ่ โดยมีภาวะแทรกซ้อนน้อย จึงควรมีการพัฒนาขีดความสามารถและศักยภาพในการตรวจวินิจฉัย และรักษาโรคของลำไส้ใหญ่ตามมาตรฐานให้ดียิ่งขึ้น

Abstract: Sigmoidoscopy/Colonoscopy in Department of Medicine, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital: One Year Experience

Somchai Luangjaru, M.D., M.Sc., Chuanpit Suttinont, M.D.,

Soontorn Chinprasatsak, M.D., Sunthorn Thaisamakr, M.D.

Department of Medicine, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital,

Nakhon Ratchasima, 30000

Nakhon Ratch Med Bull 2001;25:133-9.

Introduction: Sigmoidoscopy/colonoscopy is considered to be a standard investigation and treatment of colonic diseases. It has been available in the Department of Medicine, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital since August 2000.

Objective: The aim of this study was to review the one year experience of this procedure.

Patients and Methods: The patients had been recruited from August 2000 to July 2001. The method used was the scope with video camera.

Results: There were 72 patients, 33 males and 39 females. Average age was 56.8 ± 17.9 years. The performed methods were 49 total colonoscopy, 10 partial colonoscopy and 13 sigmoidoscopy. The indication for endoscopy consisted of 24 chronic diarrhea (33.3%), 17 lower gastrointestinal bleeding (23.6%), 14 iron deficiency anemia (19.4%), 8 chronic abdominal pain (11.1%) and 5 suspected colonic cancer (6.9%). The results were 36 normal finding (50.0%), 10 colonic cancer (13.9%), 7 colonic polyp (9.7%) and 5 proctocolitis (6.9%). Other findings were 3 ulcerative colitis and 3 angiodysplasia cases. There were no complications in this study.

Conclusion: Sigmoidoscopy/colonoscopy was a very useful method in diagnosis and treatment of colonic diseases with rare complications. It should be further developed to achieve optimal standards in diagnostic and therapeutic procedures.

การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ (sigmoidoscopy/colonoscopy) ถือเป็นการตรวจวิเคราะห์โรควิธีมาตรฐานวิธีหนึ่งในการตรวจวิเคราะห์โรคของลำไส้ใหญ่ในปัจจุบัน⁽¹⁻⁸⁾ และยังสามารถใช้ในการรักษาโรคผ่านกล้องได้ด้วย⁽⁹⁻¹¹⁾ อีกทั้งยังเป็นการตรวจที่แพทย์ต้องใช้เทคนิคต่าง ๆ ซึ่งถือว่าท้าทายความสามารถ การส่องกล้องชนิดนี้เริ่มมีการใช้ตั้งแต่ต้นปีคริสต์ศักราช 1960 เป็นต้นมา ปัจจุบันมีการพัฒนาคุณภาพของกล้องให้ดีขึ้นเหมือนกล้องส่องตรวจกระเพาะอาหาร โดยใช้ระบบวีดิทัศน์ (video-sigmoidoscopy/colonoscopy)

ในการตรวจวิเคราะห์โรคของลำไส้ใหญ่ อาจใช้การสวนทวารด้วยแป้งแบเรียม (barium enema) ซึ่งพบว่าสามารถตรวจพบรอยโรคขนาดเล็กกว่า 5 มิลลิเมตร และใหญ่กว่า 7 มิลลิเมตรได้ร้อยละ 26 และ 78 ตามลำดับ ขณะที่การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่สามารถตรวจพบรอยโรคได้ร้อยละ 40 และ 90 ตามลำดับ⁽¹²⁾ ซึ่งจะลดการพบผลบวกหลงและผลลบหลงจากการตรวจโดยวิธีสวนทวารด้วยแป้งแบเรียม

โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาดใหญ่และปัจจุบันเป็นโรงเรียนแพทย์ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

มีจำนวนเตียงรวม 1,134 เตียง ให้บริการผู้ป่วยทั้งในเขตจังหวัดนครราชสีมา และจังหวัดใกล้เคียงที่ส่งต่อมารับการรักษาเพิ่มมากขึ้นทุกปี การให้บริการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารด้วยกล้องวิดีโอทัศนใน กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ได้ดำเนินการมานานแล้ว จากข้อมูลของกลุ่มงานอายุรกรรม มีผู้ป่วย มารับบริการส่องกล้องตรวจกระเพาะอาหารส่วนบน ในปีงบประมาณ 2543 จำนวนมากถึง 1,412 ราย และทางกลุ่มงานอายุรกรรม ได้ขยายการบริการโดย เริ่มให้บริการการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ ตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2543 เป็นต้นมา เพื่อเป็นการเพิ่มขีดความสามารถในการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคของลำไส้ใหญ่ตามมาตรฐาน

รายงานนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรายงานประสพการณ์การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ ในกลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาในระยะเวลา 1 ปี ตั้งแต่เริ่มให้บริการ

ผู้ป่วยและวิธีการ

ผู้ป่วยที่ทำการศึกษาคือผู้ป่วยที่มารับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ ในกลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ระหว่างเดือนสิงหาคม 2543 ถึง กรกฎาคม 2544

ข้อบ่งชี้ในการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ทั้งในแง่การวินิจฉัยและการรักษาโรคผ่านกล้องตรวจ แสดงไว้ในตารางที่ 1

วิธีการเตรียมลำไส้ใหญ่เพื่อการส่องตรวจเป็นวิธีการที่มีความจำเป็นเพื่อให้ลำไส้ใหญ่สะอาด มีอุจจาระเหลือค้างให้น้อยที่สุด เพื่อให้เห็นลักษณะเยื่อผิวของลำไส้ใหญ่และรอยโรคต่าง ๆ ได้ชัดเจน สำหรับที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ส่วนใหญ่ใช้ยาระบายที่มีส่วนผสมของ polyethylene glycol (PEG) ซึ่งมีเกลือแร่ผสมอยู่ด้วย ครั้งละ 3-5 ลิตร โดยเตรียมขึ้นเองที่กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา และพบว่าสามารถเตรียมลำไส้ให้สะอาดได้เป็นอย่างดีโดยให้รับประทาน

ตารางที่ 1 ข้อบ่งชี้ในการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่⁽¹⁾

1. Evaluation of abnormality on barium enema likely to be clinically significant, such as a filling defect or a stricture
2. Polypectomy
3. Evaluation of unexplained gastrointestinal bleeding (including occult bleeding)
4. Unexplained iron deficiency anemia
5. Clinically significant diarrhea of unexplained origin
6. Chronic inflammatory bowel disease of the colon if more precise diagnosis or determination of the extent or activity of disease will influence immediate management
7. Surveillance for colonic neoplasia
8. Intraoperative identification of a lesion not apparent at surgery (e.g., polypectomy site, location of a bleeding site)
9. Therapeutic colonoscopy
 - 9.1 Treatment of bleeding from such lesions as vascular malformation, ulceration, neoplasia, polypectomy site, and radiotherapy telangiectasias
 - 9.2 Palliative treatment of stenosing or bleeding neoplasms
 - 9.3 Dilatation of stenotic lesions (e.g., anastomotic strictures)
 - 9.4 Decompression of acute nontoxic megacolon or sigmoid volvulus
 - 9.5 Foreign body removal
 - 9.6 Marking of a neoplasm for surgical localization

12-24 ชั่วโมงก่อนทำการส่องตรวจลำไส้ใหญ่⁽¹³⁾
 ยาที่ให้ผู้ป่วยทุกรายก่อนเริ่มการตรวจ (premedication) ได้แก่ pethidine 25 mg, midazolam 3 mg และ hyoscine-N-butylbromide 1 ampule ทางหลอดเลือดดำ อาจมีการให้ยาเพิ่มเติมในระหว่างการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ และจะมีการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนทางระบบหายใจด้วยการติด pulse oxymeter ที่ปลายนิ้วผู้ป่วยทุกราย

การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ใช้กล้องชนิดวิดีโอทัศน Olympus® CF 140L ความยาว 180 เซนติเมตร

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยที่ได้รับการส่องตรวจลำไส้ใหญ่มีทั้งหมด 72 ราย เป็นเพศชาย 33 ราย เพศหญิง 39 ราย อายุเฉลี่ย 56.8 ± 17.9 ปี พิสัยของอายุ 15-85 ปี จำนวนผู้ป่วยแบ่งตามกลุ่มอายุและเพศ ตามตารางที่ 2 โดยได้รับการตรวจ total colonoscope 49 ราย (ร้อยละ 68.1) partial colonoscope 10 ราย (ร้อยละ 13.9) และ sigmoidoscope 13 ราย (ร้อยละ 18.1) (ตารางที่ 3) โดยที่การส่องตรวจสามารถเข้าตรวจในลำไส้เล็กส่วน terminal ileum ได้ 26 ใน 49 ราย (ร้อยละ 53.1) และสามารถทำ rectal U-turn ได้ 15 รายใน 64 ราย (ร้อยละ 23.4) ผู้ป่วยได้รับการทำ therapeutic endoscopic polypectomy 1 ราย

ตารางที่ 2 จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ แบ่งตามกลุ่มอายุและเพศ

อายุ (ปี)	เพศชาย (n=33)	เพศหญิง (n=39)	รวม (n=72)
15-30	4	1	5
31-45	7	8	15
46-60	7	12	19
61-75	9	12	21
>76	6	6	12

ตารางที่ 3 ชนิดของการส่องตรวจลำไส้ใหญ่และข้อบ่งชี้ในการตรวจส่องกล้องลำไส้ใหญ่

	จำนวน (ร้อยละ) (n=72)
ชนิดของการตรวจส่องกล้องลำไส้ใหญ่	
Total colonoscopy	49 (68.1)
With ileoscopy	26 (53.1)
Partial colonoscopy	10 (13.9)
Sigmoidoscopy	13 (18.1)
ข้อบ่งชี้ในการตรวจส่องกล้องลำไส้ใหญ่	
Chronic diarrhea	24 (33.3)
Lower GI bleeding	17 (23.6)
Iron deficiency anemia	14 (19.4)
Chronic abdominal pain	8 (11.1)
Suspected colon cancer	5 (6.9)
Others	4 (5.5)

ข้อบ่งชี้ในการส่องตรวจลำไส้ใหญ่มีดังนี้ท้องเสียเรื้อรัง (chronic diarrhea) 24 ราย (ร้อยละ 33.3) เลือดออกในทางเดินอาหารส่วนล่าง (lower gastrointestinal bleeding) 17 ราย (ร้อยละ 23.6) โลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก (iron deficiency anemia) 14 ราย (ร้อยละ 19.4) ปวดท้องเรื้อรัง (chronic abdominal pain) 8 ราย (ร้อยละ 11.1) และสงสัยมะเร็งลำไส้ใหญ่จากการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการก่อนหน้านี้ (suspected colon cancer) 5 ราย (ร้อยละ 6.9) (ตารางที่ 3) ผลการส่องตรวจลำไส้ใหญ่ ทั้งหมดพบปกติ 36 ราย (ร้อยละ 50.0) มะเร็งลำไส้ใหญ่ 10 ราย (ร้อยละ 13.9) คั่งเนื้อในลำไส้ใหญ่ (colonic polyp) 7 ราย (ร้อยละ 9.7) และลำไส้อักเสบ (proctocolitis) 5 ราย (ร้อยละ 6.9) นอกจากนี้ยังพบ ulcerative colitis 3 ราย และ angiodysplasia 2 ราย (ตารางที่ 4) โดย ไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังการส่องตรวจลำไส้ใหญ่ ระยะเวลาที่ใช้ในการตรวจส่องกล้องลำไส้ใหญ่ประมาณ 15-60 นาที

ตารางที่ 4 ผลการส่องกล้องลำไส้ใหญ่

	จำนวน (ร้อยละ) (n=72)
Normal	38 (50.0)
Colon cancer	10 (13.9)
Colonic polyp	7 (9.7)
Proctocolitis	5 (6.9)
Hemorrhoid	4 (5.5)
Ulcerative colitis	3 (4.2)
Colonic diverticulum	3 (4.2)
Angiodysplasia	2 (2.8)
Others	2 (2.8)

วิจารณ์

ในการศึกษานี้มีผู้ป่วยที่ได้รับการส่องตรวจลำไส้ใหญ่ทั้งหมด 72 ราย โดยส่วนใหญ่ได้รับการตรวจ total colonoscope ร้อยละ 68.1 และสามารถตรวจลำไส้เล็กส่วนปลาย (terminal ileum) ได้ร้อยละ 53.1 ผู้ป่วยที่ได้รับการส่องตรวจลำไส้ใหญ่ทั้งหมดพบความผิดปกติของลำไส้ใหญ่ถึงร้อยละ 50 จากรายงานนี้พบว่า การส่องตรวจลำไส้ใหญ่เป็นเพียงเพื่อการวินิจฉัยโรคเป็นส่วนใหญ่ มีผู้ป่วยได้รับการทำ therapeutic colonoscopy จำนวนน้อย โดยพบมีการทำ endoscopic polypectomy เพียง 1 ราย เนื่องจากโรคต่าง ๆ ที่พบไม่ต้องการการรักษาผ่านกล้องตรวจลำไส้ใหญ่

ข้อบ่งชี้ในการส่องตรวจลำไส้ใหญ่ส่วนใหญ่พบตามลำดับ ดังนี้ ท้องเสียเรื้อรัง เลือดออกในทางเดินอาหารส่วนล่าง โลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ปวดท้องเรื้อรัง และสงสัยมะเร็งลำไส้ใหญ่จากการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการก่อนหน้านี้ ซึ่งข้อบ่งชี้เหล่านี้เป็นข้อบ่งชี้ทั่วไปดังตารางที่ 1

เมื่อวิเคราะห์ผลการตรวจส่องกล้องลำไส้ใหญ่ตามข้อบ่งชี้ในการตรวจพบว่า ในผู้ป่วยที่มาด้วยปัญหาท้องเสียเรื้อรังเกิดจากลำไส้อักเสบ (proctocolitis) 3 ราย ลำไส้อักเสบเป็นแผลที่ไม่ทราบสาเหตุ (ulcerative colitis) 3 ราย กลุ่มอาการลำไส้

ทำงานแปรปรวน (irritable bowel syndrome, IBS) 3 ราย มะเร็งลำไส้ใหญ่ 2 ราย (ตารางที่ 5) และพบว่าจากอาการและอาการแสดงทางคลินิก ร่วมกับผลการส่องตรวจลำไส้ใหญ่ในผู้ป่วยที่มาด้วย

ตารางที่ 5 ผลการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ในผู้ป่วยจำแนกตามสาเหตุ

	จำนวน (ร้อยละ)
ท้องเสียเรื้อรัง (n=24)	
Normal	12 (50.0)
Irritable bowel syndrome	4 (16.6)
Proctocolitis	3 (12.5)
Ulcerative colitis	3 (12.5)
Colon cancer	2 (8.3)
เลือดออกในทางเดินอาหารส่วนล่าง (n=17)	
Normal	5 (29.4)
Colon cancer	3 (17.7)
Angiodysplasia	2 (11.8)
Colonic diverticulum	2 (11.8)
Proctocolitis	2 (11.8)
Colonic polyp	1 (5.9)
Hemorrhoid	1 (5.9)
Leukemia	1 (5.9)
โลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก (n=14)	
Normal	7 (50.0)
Colon cancer	2 (14.3)
Hemorrhoid	2 (14.3)
Colonic polyp	2 (14.3)
Colonic diverticulum	1 (7.1)
ปวดท้องเรื้อรัง (n=8)	
Irritable bowel syndrome	6 (75.0)
Normal	2 (25.0)
สงสัยมะเร็งลำไส้ใหญ่ (n=5)	
Colon cancer	3 (60.0)
Normal	2 (40.0)

อาการท้องเสียเรื้อรังสามารถช่วยให้ได้รับการวินิจฉัยถึงสาเหตุของโรคที่แน่นอนได้ถึงร้อยละ 50

ในผู้ป่วยที่มาด้วยปัญหาเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนล่างเกิดจากมะเร็งลำไส้ใหญ่ 3 ราย angiodysplasia 2 ราย diverticulum 2 ราย และ colonic polyp 1 ราย (ตารางที่ 5) โดยพบว่าการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ช่วยให้ได้การวินิจฉัยสาเหตุได้สูงถึงร้อยละ 70

ในผู้ป่วยที่มาด้วยปัญหาโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กพบว่าเป็นจาก มะเร็งลำไส้ใหญ่ 2 ราย ริดสีดวงทวารหนัก 2 ราย และ colonic polyp 2 ราย (ตารางที่ 5) โดยพบว่าการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ช่วยให้ได้การวินิจฉัยสาเหตุได้ถึงร้อยละ 50

ในผู้ป่วยที่มาด้วยปัญหาปวดท้องเรื้อรังพบว่าผลการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่เป็นปกติในผู้ป่วยทุกราย และเมื่ออาศัยอาการและอาการแสดงทางคลินิกร่วมกับผลการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่สามารถให้การวินิจฉัยว่าเป็นจากกลุ่มอาการลำไส้ทำงานแปรปรวน 6 ราย (ร้อยละ 75) (ตารางที่ 5) ซึ่งจากข้อมูลที่ได้พบว่าในกรณีที่อาการและอาการแสดงทางคลินิกเข้าได้กับกลุ่มอาการลำไส้ทำงานแปรปรวนอาจไม่มีความจำเป็นต้องทำการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่

ในผู้ป่วยที่มาด้วยปัญหาสงสัยมะเร็งลำไส้ใหญ่จากการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการก่อนหน้านี้ พบว่าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ 3 ใน 5 ราย (ร้อยละ 60) (ตารางที่ 5) ซึ่งพบว่าการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่จะช่วยให้ได้รับการวินิจฉัยที่แน่นอนก่อนนำผู้ป่วยไปผ่าตัดและยังสามารถช่วยบอกตำแหน่งของมะเร็งลำไส้ใหญ่ เพื่อวางแผนการผ่าตัดล่วงหน้าได้

จะเห็นว่าการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่มีประโยชน์อย่างมากในผู้ป่วยที่มาด้วยปัญหาท้องเสียเรื้อรัง ปัญหาเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนล่าง ปัญหาโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กและปัญหาสงสัยมะเร็งลำไส้ใหญ่จากการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการก่อนหน้านี้

เมื่อวิเคราะห์ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่จากการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่พบว่ามาด้วยอาการเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนล่าง 3 ราย สงสัยมะเร็งลำไส้ใหญ่จากการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการก่อนหน้านี้ 3 ราย ท้องเสียเรื้อรัง 2 ราย และโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก 2 ราย โดยพบมีมะเร็งลำไส้ใหญ่อยู่ที่ลำไส้ใหญ่ส่วน sigmoid เป็นส่วนใหญ่ถึง 7 ใน 10 ราย

ผู้ป่วยทุกรายไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ จากรายงานต่าง ๆ พบว่ามีรายงานภาวะแทรกซ้อนได้เช่น ลำไส้ทะลุร้อยละ 1 -3⁽¹⁴⁾ เลือดออกซึ่งส่วนใหญ่จะสัมพันธ์กับการรักษาผ่านกล้อง แต่เนื่องจากรายงานนี้มีการรักษาผ่านกล้องเพียง 1 ราย ซึ่งอาจเป็นคำอธิบายว่าทำไมไม่พบภาวะแทรกซ้อน

สรุป

การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ ในกลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาสารนครราชสีมา ในระยะเวลา 1 ปี (เดือนสิงหาคม 2543 ถึงกรกฎาคม 2544) มีผู้ป่วยมารับบริการ 72 ราย เป็นเพศชาย 33 ราย เพศหญิง 39 ราย อายุเฉลี่ย 56.8 ± 17.9 ปี พิสัยของอายุ 15-85 ปี โดยที่มีข้อบ่งชี้ในการส่องตรวจที่พบบ่อย ได้แก่ ท้องเสียเรื้อรัง ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนล่าง โลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก และสงสัยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ผลการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทั้งหมดพบมะเร็งลำไส้ใหญ่ ดังนั้นในลำไส้ใหญ่ ลำไส้อักเสบ ulcerative colitis, angiodysplasia และยังพบผลปกติอีกส่วนหนึ่ง โดยไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังการส่องตรวจ ระยะเวลาที่ใช้ในการตรวจส่องกล้องลำไส้ใหญ่ประมาณ 15-60 นาที ดังนั้นการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่เป็นการตรวจที่มีประโยชน์อย่างมากในการวินิจฉัยและรักษาโรคของลำไส้ใหญ่ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ดังกล่าว จึงควรมีการพัฒนาขีดความสามารถ พร้อมทั้งศักยภาพในการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคของ

ลำไส้ใหญ่ตามมาตรฐาน ให้ดียิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Waye JD, Williams CB. Colonoscopy and flexible sigmoidoscopy. In: Yamada T, Alpers DH, Laine L, et al, edi-tors. Textbook of gastroenterology. 3rd edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 1999. p. 2701-17.
2. Waye JD. Colonoscopy and proctosigmoidoscopy. In: Haubrich WS, Schaffner F, editors. Bockus gastroenterology. 5th edition, Philadelphia: WB Saunders; 1995. p.316-30.
3. Ault MJ, Mandel SA. Screening for colorectal cancer. N Engl J Med 2000;343:1652-4.
4. Johnson BA. Flexible sigmoidoscopy: screeing for colorectal cancer. Am Fam Physician 1999;59:313-24.
5. American Society for Gastrointestinal Endoscopy. Guideline: flexible sigmoidoscopy. Gastrointes Endosc 1998;48: 695-6.
6. Atkin WS. Flexible sigmoidoscopy as a mass screening tool. Eur J Gastroenterol Hepatol 1998;10:219-23.
7. Wilcox CM, Alexander LN, Clark WS. Prospective evaluation of the gastrointestinal tract in patients with iron deficiency anemia and no systemic or gastrointestinal symptoms or signs. Am J Med 1997;103:405-9.
8. Praisontarangkul OA, Klunklin K, Phomphutkul K, Sivasomboon B. Rectal bleeding: analysis of 452 cases and comparison of diagnostic yield between sigmoidoscopy and colonoscopy. Chiang Mai Med J 1987;26:213.
9. Jensen DM, Machicado GA, Jutabha R, Kovacs TO. Urgent colonoscopy for diagnosis and treatment of severe diverticular hemorrhage. N Engl J Med 2000;342:78-82.
10. Sukontaman Y. Colonoscopic polypectomy: experience in Chulalongkorn Hospital. Chula Med J 1987;31:103-10.
11. Sirivithayakorn B, Senarat S, Songthanasak T. Flexible fiberoptic colonoscopic polypectomy; a case report. Chiang Mai Med J 1985;24:259.
12. Norfleet RG, Ryan ME, Wyman JB, et al. Barium enema versus colonoscopy for patients with polyps found during flexible sigmoidoscopy. Gastrointest Endosc 1991;37:531-4.
13. Kongdan Y, Khamhang M, Kositchaiwat S, Urnorasate J, Perkpanakit P. Efficacy in bowel cleansing and patient compliance between PEG and NaP for colonoscopy. Rama Med J 1998;21 [Suppl]:29.
14. Damore LJ, Rantis PC, Vernava AM, Longo WE. Colonoscopic perforation. Etiology, diagnosis, and management. Dis Colon Rectum 1996;39:1308-14.