

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 การตรวจค้นหาทางห้องปฏิบัติการ 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 อาการกล้ามเนื้อเกร็ง (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

การตัดชิ้นเนื้อเยื่อบุลำไส้ด้วยเครื่องมือแคปซูลขนาดเล็กที่ให้ผู้ป่วยกลืนลงไปในลำไส้ (เช่น Crosby capsule) เป็นวิธีตรวจที่มีประโยชน์มาก⁽²⁾ แต่ขั้นตอนค่อนข้างยุ่งยากซับซ้อน เนื่องจากที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ไม่มีการตรวจวิธีนี้ จึงใช้วิธีตัดตัวอย่างชิ้นเนื้อเยื่อบุลำไส้ด้วยสายปากคีบ (forceps) ผ่านทางกล้องตรวจกระเพาะอาหาร (gastroduodenoscopy) วิธีนี้สามารถช่วยให้ได้ตัวอย่างชิ้นเนื้อเยื่อบุลำไส้เล็กดูโอติ้นมส่วนปลายมาตรวจทางเนื้อเยื่อวิทยาได้ แต่มีโอกาสพบความผิดปกติเฉพาะในรายที่เป็นมากและลำไส้ดูโอติ้นมผิดปกติด้วยเท่านั้น⁽³⁾ ตามการศึกษานี้ได้ส่งตรวจ 5 ราย พบความผิดปกติของ villi ที่เข้าได้กับภาวะ malabsorption เพียงรายเดียวที่เป็นวันโรคปอดอยู่ด้วย

นอกจากนั้น การตรวจนี้ช่วยให้สามารถดูดสารน้ำในลำไส้ดูโอติ้นมมาตรวจหาพยาธิบางชนิดได้โดยตรง 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 ในลำไส้เล็กดูโอตินัมที่มีเศษอาหารบดเน่าค้างให้เห็นอยู่ด้วย ผลการเพาะเชื้อตัวอย่างเศษอาหารที่ดูดจากบริเวณลำไส้เล็กดูโอตินัมได้เชื้อแบคทีเรียแกรมลบถึง 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