

CIC AND IBS-C:

WAY FORWARD

December 10th, 2020

The Arnoma Grand Hotel



Moderator:

Assoc. Prof. Somchai Leelakusolvong, MD.

Siriraj Hospital

IBS-C: CASE-BASED APPROACH AND PRACTICAL POINT

Speaker: Assist. Prof. Tanisa Patcharatrakul, MD.

Chulalongkorn Hospital



CIC: GUIDELINE AND PRACTICE CASE-BASED

Speaker: Supphamat Chirnakorn, MD.

Ramathibodi Hospital



IBS-C: CASE-BASED APPROACH AND PRACTICAL POINT

Assist. Prof. Tanisa Patcharatrakul, MD.

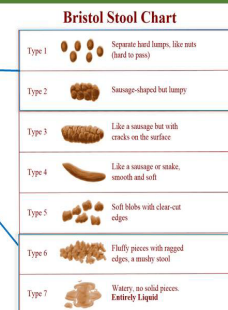
Case ที่ 1 หญิงอายุ 38 ปี อาชีพทันตแพทย์ มีอาการท้องอืดและท้องผูกนาน 1 ปี รู้สึกถ่ายยากและแข็ง หลังถ่ายอาการปวดท้องดีขึ้น ไม่มี alarm symptom ไม่มี upper GI symptom ซึ่งจากประวัติอาการปวดท้องของผู้ป่วยเข้าได้กับ IBS-C ตาม ROME IV criteria คือ มี recurrent abdominal pain, สัมพันธ์กับการขับถ่ายและมีการเปลี่ยนแปลงของ stool form

ตาม ROME IV criteria จะมีเกณฑ์เกี่ยวกับ bowel frequency แต่การแยก subtype นั้นจะดูจาก stool form ตาม Bristol stool chart ไม่ได้ดูจาก bowel frequency ซึ่งผู้ป่วย

Bowel frequency varies. IBS subtype is determined by stool form

- ✓ IBS with constipation (IBS-C)
- ✓ IBS with diarrhea (IBS-D)
- ✓ Mixed IBS (IBS-M)
- ✓ Unclassified IBS (IBS-U)

- Wide variation in normal bowel frequency is noted
- stool form rather than stool frequency better represent colonic transit time



Lewis SJ, et al. Scand J Gastroenterol 1997;32:920-924

IBS diagnostic criteria

ROME III

Recurrent **abdominal pain** or **discomfort*** at least 3 days/month in the last 3 months associated with two or more of the following:

- **Improvement** with defecation
- Onset associated with a **change in frequency** of stool
- Onset associated with a **change in form** (appearance) of stool

ROME IV

- Recurrent **abdominal pain** at least 1 day/week in the last 3 months associated with two or more of the following:
 - **Related to defecation**
 - Associated with a **change in frequency** of stool
 - Associated with a **change in form** of stool

Criterion fulfilled for the last 3 months with symptom onset at least 6 months prior to diagnosis
* "Discomfort" means an uncomfortable sensation not described as pain.

Gastroenterology 2016;105(6):1393-1407.

IBS มักมี incomplete defecation จึงมักมี stool frequency ป่วยได้อยู่แล้ว

Clinical presentation บางอย่างไม่ได้เป็นไปตาม ROME IV แต่เป็นอาการที่พบได้บ่อยใน IBS ได้แก่ bloating อาการทางลำไส้ที่สัมพันธ์กับการรับประทานอาหาร หรือการมีอาการ upper GI symptom ร่วมด้วย

พบว่าผู้ป่วย 62% มีอาการทั้ง upper GI คือ functional dyspepsia และ IBS ร่วมกัน ซึ่งมีการศึกษาโดยการทำให้เกิด rectal distention แล้วเก็บข้อมูล duodenal-cecal transit time พบว่าวันที่ทำ rectal distention ผู้ป่วยจะมี duodenal-cecal transit time ช้ากว่าวันที่ไม่ได้ทำ กล่าวคือ ถ้าผู้ป่วยมีอุจจาระค้างใน rectum อาจส่งผลต่อ upper GI symptom ได้ด้วย

ถ้าผู้ป่วยมี bloating ให้ตรวจร่างกายว่ามี abdominal distension ร่วมด้วยหรือไม่ ถ้ามีอาจเกิดได้จาก 3 กลไก คือ 1. มี gas หรือสารน้ำเพิ่มขึ้น เช่น ใน carbohydrate maldigestion, osmotic load 2. Abnormal gas transit (delay) เช่น จากการรับประทานอาหารพวก fiber, lipid หรือมี gas transit มากขึ้น ในกรณี physical activity หรือ propagated intestinal contraction และ 3. Abdominal wall muscle incoordination แต่หากขณะที่ผู้ป่วยมีอาการ bloating แต่ตรวจร่างกายไม่มี abdominal distention อาจเกิดจากการมี increase perception เป็น visceral hypersensitivity

Practical point ในการวินิจฉัยผู้ป่วย IBS ยึดตาม ROME criteria แต่มีผู้ป่วย IBS บางส่วนที่อาการไม่เข้าเกณฑ์ดังกล่าว ซึ่งผู้ป่วยจะมาด้วยอาการ abdominal pain/discomfort ที่สัมพันธ์กับการถ่ายอุจจาระ, อาจมีอาการปวดบริเวณท้องส่วนบนได้, มี bloating และ abdominal distention ร่วมด้วยได้, อาการมักสัมพันธ์กับการรับประทานอาหาร

อาหาร และการแยก subtype ของ IBS ให้ยึดตาม stool form ไม่ใช่ stool frequency

การรักษาภาวะ IBS ขึ้นกับความรุนแรงของอาการเป็นหลัก ถ้าอาการน้อยไม่รบกวนคุณภาพชีวิตสามารถใช้การ reassure และแนะนำเรื่อง lifestyle change แต่หากเริ่มมีอาการที่รบกวนคุณภาพชีวิตควรเริ่มการรักษาด้วยยา จัดการกับความกังวลของผู้ป่วย และควรนัดติดตามอาการด้วย แต่ถ้าอาการรุนแรงมากขึ้นต้องเพิ่ม psychological treatment ปัจจัยแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินโรค ได้แก่ อาหารประจำวัน การติดเชื้อ แต่ในผู้ป่วยที่อาการรุนแรงมักมี central factor ร่วมด้วย เช่น มีภาวะ stress, anxiety disorder ซึ่งต้องรักษาภาวะดังกล่าวควบคู่ไปด้วย และต้องมี doctor-patient relationship ที่ดี

การรักษาในแง่ของ diet และ lifestyle modification ประกอบด้วย การรับประทาน soluble fiber 20-30 g/day อาจมีข้อจำกัดในเรื่องของ bloating ส่วน low FODMAP diet นั้น การศึกษาทำได้ยาก ทำให้ข้อมูลยังจำกัด และในระยะยาวอาจมีผลต่อ gut microbiota การออกกำลังกายเพิ่มขึ้นเป็นสิ่งที่ดี ควรแนะนำ และการให้ probiotics นั้นปัจจุบันข้อมูลยังมีความหลากหลายทั้งในแง่ของชนิดและขนาดที่จะใช้

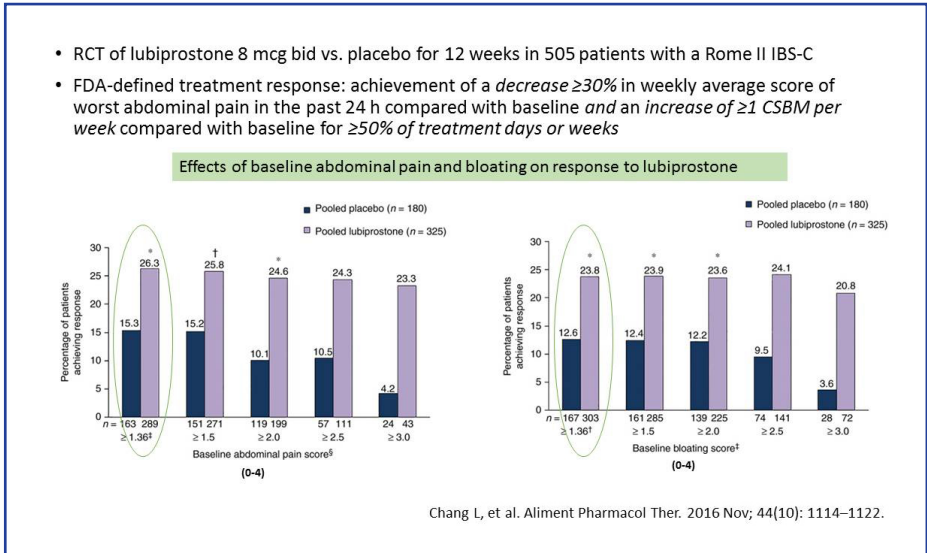
การรักษาด้วยยากลุ่ม first line ได้แก่ peppermint oil, PEG และ antispasmodic agent ส่วน second line ได้แก่ lubiprostone และ linaclotide ผู้ป่วยที่อาการรุนแรงมักมี role ของการใช้ยา neuromodulator/psychological therapy ในกลุ่ม tricyclic antidepressant, SSRI และการทำ cognitive behavioral therapy ซึ่งการปรับยาแนะนำเริ่มที่ขนาดยาต่ำ ๆ และค่อย ๆ ปรับขนาดสูงขึ้นหากอาการยังไม่ดีขึ้น

จากเคสข้างต้น ผู้ป่วยได้ทำ lifestyle modification คือ แนะนำเรื่องการออกกำลังกาย, low FODMAP diet ร่วมกับการให้ยา MOM ซึ่งหลังการรักษาผู้ป่วยถ่ายอุจจาระได้ทุกวัน ไม่ต้องเบ่ง ต่อมาผู้ป่วยได้รับยา peppermint oil, probiotics และ rifaximin แต่ยังมี bloating ตลอด ทำ plain film abdomen พบว่ามี intestinal gas มาก จึงได้รับการตรวจ hydrogen breath test เพื่อค้นหาภาวะ SIBO และ carbohydrate malabsorption ผล negative ผู้รักษาได้ให้ antispasmodic ร่วมกับ sertraline อาการยังไม่ดีขึ้น

การศึกษาใช้ยา lubiprostone 8 mcg bid เทียบกับ placebo ในผู้ป่วย IBS ที่มีอาการ moderate symptom พบว่าอาการทั้ง abdominal discomfort, bloating, constipation

severity, stool consistency และ straining ดีขึ้นตั้งแต่ 2 สัปดาห์แรก

Adverse effect ของ lubiprostone ได้แก่ nausea, diarrhea, abdominal distention ซึ่งอาการเป็น dose-related และอาการมักดีขึ้นใน 2 สัปดาห์แรก การใช้ยา lubiprostone ไม่จำเป็นต้องปรับขนาดในผู้ป่วย renal impairment แต่จะต้องปรับขนาดในผู้ป่วย liver cirrhosis child C และยาดังกล่าวจัดอยู่ใน pregnancy category C



CIC: GUIDELINE AND PRACTICE CASE-BASED

Suphamat Chirnakorn, MD.

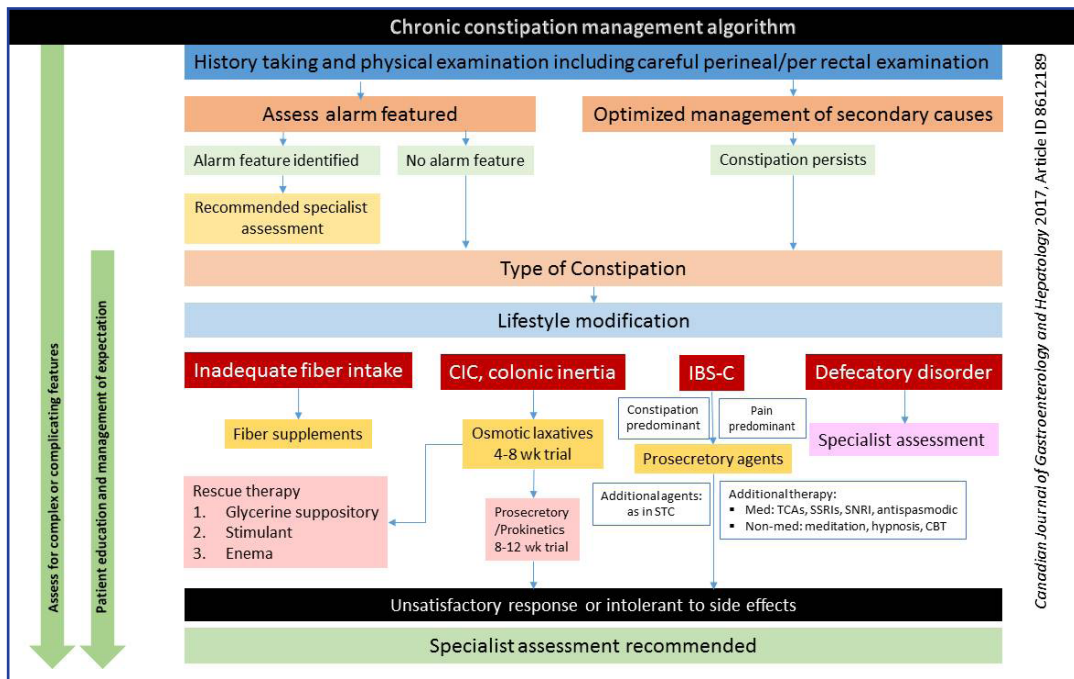
Rome IV criteria ให้นิยามของ primary constipation คือ มีอย่างน้อย 2 ข้อต่อไปนี้ ได้แก่ ถ่ายอุจจาระต้องเบ่ง อุจจาระเป็น Bristol stool form 1-2 รู้สึกถ่ายอุจจาระไม่สุด รู้สึกมี anorectal blockage ต้องทำ manual maneuver เพื่อช่วยให้ถ่ายได้ หรือถ่ายน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ โดยทั้งหมดต้องเป็นมากกว่า 25% ของการถ่ายอุจจาระทั้งหมด ร่วมกับจะต้องไม่มีอุจจาระเหลว ถ้าไม่ใช้ยาระบาย และอาการไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัย IBS

Biopsychological factor มีผลต่อภาวะท้องผูกเรื้อรัง ทั้งจาก psychological factor, visceral hypersensitivity และ digital evacuation disorder

แนวทางการดูแลผู้ป่วยท้องผูกเรื้อรังต้องซักประวัติ ตรวจร่างกาย รวมถึงควรทำ digital rectal examination หากผู้ป่วยมี alarm feature จะต้องส่งตรวจเพิ่มเติม แต่หากไม่มี alarm feature ให้พยายามแยก subtype ของ constipation ซึ่งแบ่งเป็น normal transit constipation, slow transit constipation และ pelvic floor dyssynergia ประวัติที่พบได้บ่อยกรณี evacuation disorder คือ มีประวัติการใช้นิ้วล้วงกรณี slow transit constipation ผู้ป่วยอาจถ่ายหลาย ๆ สัปดาห์ต่อครั้ง ซึ่งจะมีความรู้สึกเรื่อง anorectal blockage หรือการทำ digital evacuation น้อย อย่างไรก็ตาม การซักประวัติเพียง

อย่างเดียวอาจยังไม่เพียงพอที่จะวินิจฉัย ผู้ป่วยกลุ่ม chronic constipation พิจารณาให้ osmotic laxative ซึ่งผู้ป่วยแต่ละคนอาจตอบสนองต่อยาแต่ละตัวแตกต่างกัน เมื่อเริ่มรักษาให้ดูการตอบสนองที่ 4-8 สัปดาห์ อาจเพิ่ม rescue therapy ด้วยยาระบายกลุ่มที่ใช้เหน็บทางทวารหนัก, กลุ่ม stimulant หรือรูป enema เป็นครั้งคราว ถ้ายังไม่ดีขึ้นอาจต้องใช้ยากกลุ่มใหม่ ๆ เช่น intestinal secretagogue, prokinetic agent และถ้ายังไม่ได้ผลอาจพิจารณาตรวจ physiologic testing เพิ่มเติม ยาระบายที่ใช้แพร่หลายมีหลายกลุ่ม ได้แก่ bulk-forming, stool softener, stimulant laxative, osmotic laxative และกลุ่ม mixed ส่วนยากกลุ่มที่เพิ่งเข้ามาในประเทศไทย เช่น chloride channel activator ปัจจุบันยาในกลุ่มนี้ ได้แก่ lubiprostone, guanylate cyclase C agonist (linaclotide) และ selective 5-HT₄ agonist (prucalopride)

Case ที่ 2 ผู้ป่วยชายอายุ 73 ปี โรคประจำตัวเป็น Parkinson's disease, TVD, MR and PAF s/p CABG and MVR, DLP ยาที่ได้รับประทานปัจจุบัน ได้แก่ amiodarone, ASA, spironolactone, warfarin, atorvastatin, CaCO₃, vitamin D, levodopa + benserazide เคยใช้ยาระบาย lactulose, PEG, fiber และ bisacodyl เป็นบางครั้ง

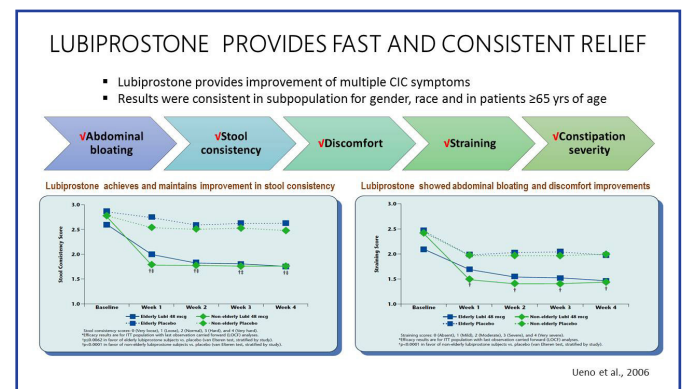
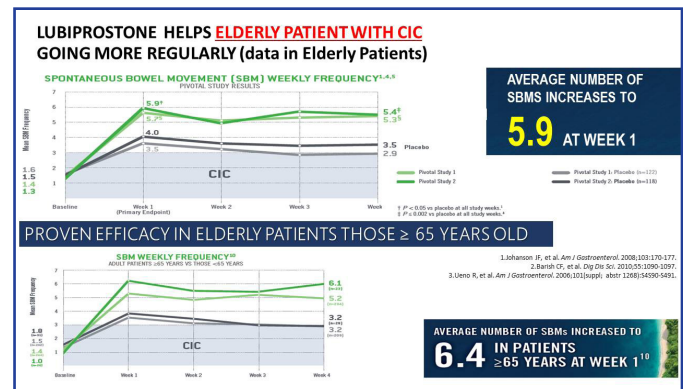


มีข้อมูลว่า 1/3 ของผู้ที่อายุ 60 ปีขึ้นไปจะมีท้องผูก เป็นครั้งคราว ซึ่งส่วนหนึ่งต้องใช้ยาระบายช่วย ซึ่งการรักษา นั้นแพทย์ต้องทราบเป้าหมายและความคาดหวังในการรักษา ของผู้ป่วยก่อน และนอกจากรักษาเรื่องอาการหลักของ ผู้ป่วยแล้ว จะต้องทำให้อุจจาระไม่แข็งเกินไป ถ้าเป็นไปได้ ควรถ่าย ≥ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ที่สำคัญก่อนการรักษาจะต้อง ประเมินก่อนว่าขณะนั้นผู้ป่วยมี fecal impaction หรือไม่ ถ้ามีจะต้องรักษาก่อน ไม่ว่าจะการใช้ยาสวนทวารหรือทำ manual disimpaction

การรักษา chronic constipation ในผู้สูงอายุ การเพิ่ม การออกกำลังกายไม่ช่วยลดอาการท้องผูก การใช้ยา PEG ได้ผลมากกว่า lactulose, ยา linaclotide และ lubiprostone ได้ผลดีกว่า placebo และการใช้ยา peripheral acting mu-opioid antagonist ได้ผลดีใน chronic opioid-induced constipation แต่ถ้ามคิดว่าภาวะ constipation เป็นจาก defecation disorder ให้การรักษาด้วย biofeedback แต่มักไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร

การศึกษาพบว่า lubiprostone ทำให้เกิด spontaneous bowel movement เพิ่มขึ้นตั้งแต่ สัปดาห์แรกของการรักษา ซึ่ง 63% ของผู้ป่วยมี SBM ใน 24 ชั่วโมงแรกหลังได้รับยา และทำให้มี SBM > 4 ครั้ง ต่อสัปดาห์ ได้มากกว่า placebo อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งในผู้ป่วยทั่วไปและผู้ป่วยสูงอายุ นอกจากนี้ยังช่วยลด อาการ bloating, abdominal discomfort, stool consistency

score, straining score โดยขนาดยาที่แนะนำใน CIC คือ 24 mcg BID ผลข้างเคียงที่พบบ่อยคือ คลื่นไส้ (การรับประทานยาพร้อมอาหารสามารถบรรเทาอาการได้) ปวดศีรษะ



เรียบเรียงโดย: พญ.ปองกมล ทองผ่อง
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒราช