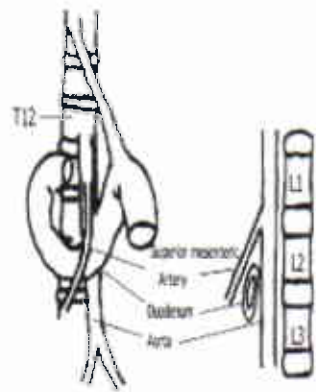


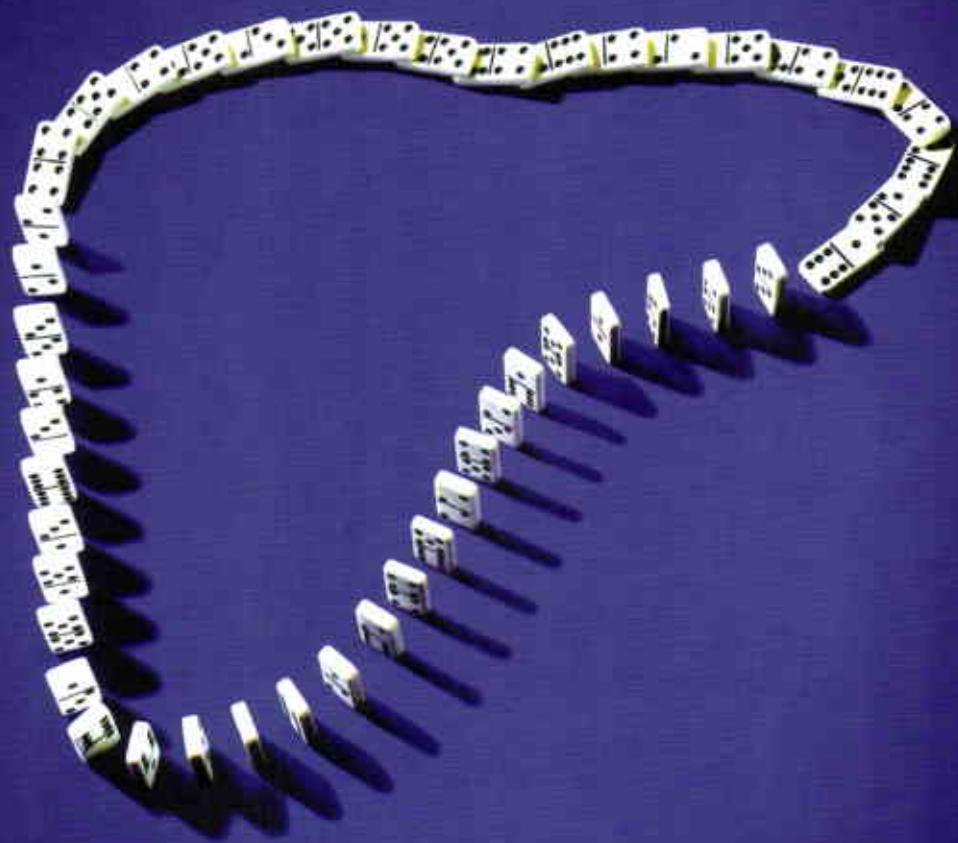
จุลสาร

สมาคมแพทย์

ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย



- “สมาคมของเรา... เล่าเท่าที่รู้” : Evolution of GI Association : Look at them and explore us (ต่อจากฉบับที่แล้ว)
- ในแวดวง...แพทย์ระบบทางเดินอาหาร
- ชวนอ่านหนังสือ “เข็มทิศชีวิต” แผนที่ดูจิต บริหารชีวิต สู่อิสระทางการเงินและจิตใจ
- หมิงไทยโสด 50 ปี อาเจียนมา 3 วัน



The only predictable thing about chronic hepatitis B progression is its unpredictability.



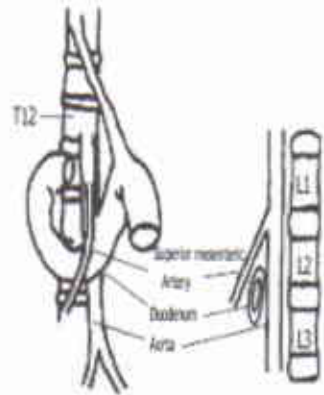
<http://www.thaigastro.org>
ISSN 0857-6351

พ. อุดม คชินทร
(SS062)

จุลสาร

สมาคมแพทย

ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย



คณะอนุกรรมการพ่ายจุลสาร

สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

วาระ พ.ศ. 2548-2549

- | | |
|--------------------------------|------------------|
| 1. นพ.เกรียงไกร อัครวงค์ | ที่ปรึกษา |
| 2. นพ.ทองดี ชัยพานิช | ที่ปรึกษา |
| 3. นพ.พินิจ กุลละวณิชย์ | ที่ปรึกษา |
| 4. นพ.สถาพร มานัสสภิตย์ | ที่ปรึกษา |
| 5. นพ.สมชาย ลีลากุลคลวงศ์ | ที่ปรึกษา |
| 6. นพ.อุดม คชินทร | ที่ปรึกษา |
| 7. พอ.นพ.อนุชิต จูชะพุทธิ | ที่ปรึกษา |
| 8. นพ.สมบัติ ศรีประเสริฐสุข | ประธานบรรณาธิการ |
| 9. นพ.ถนนอม จิวสีบพงษ์ | กองบรรณาธิการ |
| 10. นพ.ธีระพงษ์ สุขไพศาล | กองบรรณาธิการ |
| 11. นพ.นพพร อนุกุลการกุล | กองบรรณาธิการ |
| 12. นพ.พิเศษ พิเศษพงษ์ | กองบรรณาธิการ |
| 13. นพ.ระพีพันธ์ กัลยาวิสัย | กองบรรณาธิการ |
| 14. นพ.รังสรรค์ ฤกษ์นิมิตร | กองบรรณาธิการ |
| 15. นพ.สยาม ศิริธนปรัชญา | กองบรรณาธิการ |
| 16. นพ.สุพจน์ พงศ์ประสพชัย | กองบรรณาธิการ |
| 17. นพ.อภิชาติ แสงจันทร์ | กองบรรณาธิการ |
| 18. นพ.โอฬาร วิวัฒนาช่าง | กองบรรณาธิการ |
| 19. นอ.นพ.วิญญู จันทระสุนทรกุล | กองบรรณาธิการ |
| 20. พญ.อาภัสณี ไสภณสฤษฏ์สุข | กองบรรณาธิการ |

สารบัญ

จุลสารสมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

ปีที่ 14 ฉบับที่ 63 มกราคม-กุมภาพันธ์ 2549

รายนามคณะกรรมการอำนวยการสมาคมแพทยระบบทางเดินอาหาร	1
สารจากนายกสมาคม	4
รายงานการประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯ ครั้งที่ 8/2548	7
รายงานการประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯ ครั้งที่ 1/2549	10
Interhospital GI Conference หญิงไทยใสด 50 ปี อาเจียนมา 3 วัน	13
Topic review Liver problem in systemic infections disease	32
“สมาคมของเรา...” เล่าเท่าที่รู้ Evolution of GI Association: Look at them and explore us	56
ชวนอ่านหนังสือ “เข้มทิศชีวิต” แผนที่ดูจิต บริหารชีวิต สู่อิสระทางการเงินและจิตใจ	61
ในแวดวง...แพทยระบบทางเดินอาหาร	66
จากบรรณาธิการ	78
ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิกสมาคมฯ	81



คณะกรรมการอำนวยการสมาคมแพทย

ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

วาระ พ.ศ. 2548-2549

- | | |
|---------------------------------|---------------------------------------|
| 1. นพ.สถาพร มานัสสถิตย์ | นายกสมาคม |
| 2. พญ.ชุตินา ประมูลสินทรัพย์ | รั้งตำแหน่งนายก |
| 3. นพ.องอาจ ไพรสณทรวงกูร | อุปนายก |
| 4. นพ.สมชาย ลีลากุลวงศ์ | เลขาธิการ |
| 5. นพ.สมบัติ ตริประเสริฐสุข | รองเลขาธิการ |
| 6. นพ.สิริวัฒน์ อนันตพันธุ์พงศ์ | เหรัญญิก |
| 7. นพ.ธีระ พิรัชวิสุทธิ | ปฏิคมและสวัสดิการ |
| 8. นพ.กักรร เผ่าสวัสดิ์ | ประธานฝ่ายวิจัย |
| 9. นพ.ทวีศักดิ์ แทนวันดี | ประธานฝ่ายวิชาการและการศึกษาต่อเนื่อง |
| 10. นพ.รังสรรค์ ฤกษ์นิมิตร | ประธานฝ่ายวารสาร |
| 11. พญ.โอบศรี โฆษิตชัยวัฒน์ | ประธานฝ่ายการศึกษาหลังปริญญา |
| 12. นพ.ทองดี ชัยพานิช | ประธานฝ่ายกิจกรรมสังคม |
| 13. นพ.ศตวรรษ ทองสวัสดิ์ | ประธานฝ่ายสารสนเทศและการสื่อสาร |
| 14. นพ.บัญญัติ โอวาทฟารพร | ประธานฝ่ายหาทุน |
| 15. พอ.นพ.อนุชิต จุฑะพุทธิ | ประธานฝ่ายจริยธรรม |
| 16. พอ.นพ.สุรพล ชื่นรัตนกุล | ผู้แทนชมรมเอ็นโดสโคปีย์ |
| 17. พอ.นพ.สุรพล สุวรงค์ศรีรัฐ | ผู้แทนชมรมโมลิตีแห่งประเทศไทย |
| 18. นพ.พิศาล ไม้เรียง | ผู้แทนกลุ่มวิจัยโรคกระเพาะอาหาร |
| 19. นพ.พิเศษ พิเศษพงษา | ผู้แทนชมรมลำไส้เล็กลำไส้ใหญ่ |



	ผู้แทนชมรมโรคตับแห่งประเทศไทย
20. พญ.วโรชา มหาชัย	
21. นพ.จรินทร์ ไรจน์บวรวิทยา	กรรมการกลาง
22. พญ.เจลิยว ประสงค์สุขสันต์	กรรมการกลาง
23. นพ. ถนอม จิวสีบพงษ์	กรรมการกลาง
24. พญ.นภาพร จำรูญกุล	กรรมการกลาง
25. นพ.ปิยะวัฒน์ โกลมมิตร	กรรมการกลาง
26. นพ.ทวี รัตนชูเอก	กรรมการกลาง
27. พตอ.นพ.วรพันธุ์ เสาวรส	กรรมการกลาง
28. พญ.วัฒนา สุชีไพศาลเจริญ	กรรมการกลาง
29. พท.นพ.วานิช ปิยนันต์	กรรมการกลาง
30. นอ.นพ.วิญญู จันทรสุนทรกุล	กรรมการกลาง
31. นพ.ศรัณย์ วรรณภาสนี	กรรมการกลาง
32. นพ.สุริยะ จักกะพาก	กรรมการกลาง
33. พญ.อรุวรรณ ไชยมหาพฤกษ์	กรรมการกลาง
34. พญ.อาภัสณี ไสภณสฤกษ์สุข	กรรมการกลาง
35. นพ.อุดม คชินทร	กรรมการกลาง
36. พญ.กรรณิการ์ พรพัฒน์กุล	ที่ปรึกษา
37. นพ.เกรียงไกร อัครวงศ์	ที่ปรึกษา
38. นพ. เต็มชัย ไชยнуวัติ	ที่ปรึกษา
39. นพ.นุสนธิ์ กัลลเจริญ	ที่ปรึกษา
40. นพ.พงษ์พีระ สุวรรณกุล	ที่ปรึกษา
41. นพ.พินิจ กุลละวณิชย์	ที่ปรึกษา
42. นพ.มานิต ลิโทษวลิต	ที่ปรึกษา
43. พล.ต.นพ.วิชัย ชัยประภา	ที่ปรึกษา
44. พญ.วีณา วงศ์พานิช	ที่ปรึกษา

- | | |
|---------------------------------|-----------|
| 45. พญ.ศศิประภา บุญญพิสิฏฐ์ | ที่ปรึกษา |
| 46. นพ.สมหมาย วิไลรัตน์ | ที่ปรึกษา |
| 47. นพ. สวัสดิ์ หิตะนันท์ | ที่ปรึกษา |
| 48. นพ.สัจพันธ์ อิศรเสนา | ที่ปรึกษา |
| 49. นพ.สิน อнуราชฎร์ | ที่ปรึกษา |
| 50. พล.อ.ต.นพ.สุจินต์ จารุจินดา | ที่ปรึกษา |
| 51. นพ.สุชา คุระทอง | ที่ปรึกษา |



สารจากนายกสมาคม



นพ.สถาพร มานัสสภิตย์

เรียนสมาชิกสมาคมฯ ที่รักทุกท่าน

ในโอกาสที่จุลสารของสมาคมฯ กำลังจะออกเล่มใหม่ในเดือนกุมภาพันธ์นี้ ผมรู้สึกดีใจอย่างยิ่งที่ได้เห็นการเติบโตของสมาคมฯ เป็นไปอย่างก้าวหน้าตลอดมา นับตั้งแต่สมาคมฯ ได้ก่อตั้งขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2503 จนถึงปัจจุบัน นับเป็นปีที่ 46 ปัจจุบันเรามีสมาชิกมากกว่า 800 ท่าน มีชมรมต่างๆ ที่มีกิจกรรมเป็นของตนเองโดยทำงานร่วมกับสมาคมฯ มากถึง 7 ชมรม มีกิจกรรมที่เกี่ยวกับการเรียนการสอน การส่งเสริมวิชาการให้แก่สมาชิกอย่างสม่ำเสมอ ทั้งในรูปของการจัดประชุมวิชาการประจำปี การทำหนังสือคู่มือและแนวทางเวชปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินอาหารในเรื่องต่างๆ การจัดอบรม GI fellow day การจัดเตรียมข้อสอบสำหรับแพทย์ประจำบ้านร่วมกับราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ การจัดสอบ GI fellow เพื่อ

ให้ fellow ที่จับออกไปมีคุณภาพและมาตรฐานทัดเทียมกับต่างประเทศ
สมาคมฯ ของเราเป็นสมาคมเดียวที่ทุ่มเงินจำนวนมากสนับสนุนให้ GI fellow
สามารถทำงานวิจัยซึ่งมีคุณภาพมากขึ้นเรื่อยๆ โดยเฉพาะในช่วงไม่กี่ปีที่
ผ่านมา เรามีวารสารของสมาคมฯ ที่มีความเข้มข้นขึ้นเรื่อยๆ ในเรื่องของ
เนื้อหาและความสม่ำเสมอในการออก นอกจากนี้ เรายังมีกิจกรรมอื่นๆ อีก
มากมาย ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของ web site ของสมาคมฯ การให้ความรู้แก่
ประชาชนทั่วไป การเป็นสื่อกลางให้กับหน่วยงานของรัฐไม่ว่าจะเป็น
แพทยสภา กองอาหารและยา กรมบัญชีกลาง ในการชี้แจงให้ข้อมูลที่
เกี่ยวข้องกับโรกระบบทางเดินอาหาร

จะเห็นว่าภาระหน้าที่และกิจกรรมของสมาคมฯ มีการขยายตัว
กว้างขวางมากขึ้นเรื่อยๆ จนเป็นองค์กรที่จำเป็นต้องมีพื้นฐานการบริหาร
งานที่ใหญ่มากขึ้น มีความซับซ้อนมากขึ้นเป็นเงาตามตัว การที่จะทำเช่นนี้
ได้จะต้องอาศัยกำลังคน กำลังงาน สติปัญญา ความรู้ความสามารถ และ
ความเสียสละของคณะกรรมการบริหารและสมาชิกอย่างใหญ่หลวง (ใน
ขณะที่คณะกรรมการบริหารแต่ละท่านก็มีภาระหน้าที่ในงานประจำมาก
มายอยู่แล้ว) เพื่อให้การทำงานของสมาคมฯ ดำเนินไปได้อย่างราบรื่น
จำเป็นอย่างยิ่งที่ฝ่ายงานเลขานุการและหน่วยสนับสนุนต่างๆ จะต้องมีการ
บริหารงานอย่างมีประสิทธิภาพเป็นมืออาชีพมากขึ้น มีสำนักงานที่เป็น
หลักแหล่งและมี office automation ที่ทันสมัย ซึ่งก็เป็นที่น่ายินดีที่ว่า
สำนักงานของสมาคมฯ ที่ซอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ ก็กำลังจะ
สร้างเสร็จในไม่กี่เดือนข้างหน้า คาดว่าคงจะมีโอกาสได้ทำบุญเฉลิมฉลอง
สำนักงานใหม่ในเร็วๆ นี้

สิ่งที่สมาคมฯ จะต้องทำและก้าวต่อไปในอนาคตคือ การทำให้
สมาคมฯ เป็นที่รู้จักในระดับนานาชาติ มีผลงานการวิจัยที่ขึ้นนำสังคมได้ มี
บทบาทที่ขึ้นนำการบริหารสาธารณสุขของประเทศ ภาระหน้าที่เหล่านี้เป็น
เรื่องยิ่งใหญ่ที่จะเป็นจริงไปไม่ได้หากสมาคมฯ ไม่มีแนวทางการบริหารงาน



การปฏิบัติอย่างเป็นรูปแบบ ไม่ใช่เพียงจัดประชุมวิชาการประจำปีในประเทศไปเรื่อยๆ หรือไป bid เพื่อต้องการจัดประชุมวิชาการระดับนานาชาติให้เข้ามาทำที่ประเทศไทยเท่านั้น แต่จำเป็นอย่างยิ่งที่สมาชิกและกรรมการของสมาคมฯ ต้องเข้าไปมีบทบาทในสังคมระดับนานาชาติด้วย เช่น การเข้าไปเป็น council member/committee member ของ Asia Pacific GI/Liver Society, World society เป็นต้น การรับเป็น training center สำหรับชาวต่างชาติให้เข้ามา train ในประเทศของเรา การทำให้ชื่อเสียงของสมาคมฯ ได้รับการเชื่อถือจากต่างประเทศ สิ่งต่างๆ เหล่านี้เป็นเรื่องที่ยากและต้องใช้ความพยายามอย่างสูง ชมรมต่างๆ ในสมาคมฯ ก็ต้องเติบโตใหญ่เป็นสมาคมย่อยๆ ที่มีความเชื่อมโยงกับสมาคมฯ อย่างแนบแน่น มีความสามัคคีและมีการประสานร่วมมือกันอย่างเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ไม่มีความแตกแยก ดังนั้น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการสัมมนา กรรมการและสมาชิกเพื่อหาแนวทาง วิสัยทัศน์ วัตถุประสงค์ และหนทางดำเนินงานที่ชัดเจน เพื่อชี้นำทิศทางของสมาคมฯ อย่างมีจุดมุ่งหมาย ซึ่งทางสมาคมฯ จะแจ้งให้สมาชิกทราบในเร็วๆ นี้ ถึงกำหนดการการสัมมนา และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าสมาชิกทุกท่านคงจะช่วยกันเข้ามาให้ความคิดเห็นเพื่อพัฒนาสมาคมฯ ที่รักของเราให้ก้าวหน้ายิ่งขึ้นไป

นพ.สถาพร มานัสสภิตย์

นายกสมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

รายงานการประชุม

คณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯ

ครั้งที่ 8/2548

วันศุกร์ที่ 18 พฤศจิกายน พ.ศ. 2548 เวลา 10.00-12.00 น.
ณ ห้องประชุมเพื่อชาติ ชั้น 19 โรงพยาบาลวิชัยยุทธ กรุงเทพฯ

วาระที่ 1 ประธานแจ้งใ้ที่ประชุมทราบ

ประธาน ได้แจ้งใ้ที่ประชุมทราบดังนี้

1. ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ฯ ขอให้สมาคมฯ ส่งรายชื่อบุคคลที่สมควรจะเป็นผู้นำเสนอผลงาน Research highlight ในการประชุมวิชาการประจำปีของราชวิทยาลัย ระหว่างวันที่ 22-26 เมษายน พ.ศ. 2549 และขอให้สมาคมฯ ช่วยประชาสัมพันธ์ใ้เฟลลโลว์ส่งผลงานประกวดวิจัย ในการประชุมวิชาการดังกล่าวด้วย
2. ประธานได้เป็นตัวแทนของสมาคมฯ เพื่อเข้าเฝ้าทูลละอองธุลีพระบาทรับพระราชทานโล่เครื่องหมายมูลนิธิราชประชานุเคราะห์พร้อมพระราชทานพระบรมราโชวาท ในวันอังคารที่ 29 พฤศจิกายน พ.ศ. 2548 เวลา 17.30 น. ณ วังไกลกังวล หัวหิน

วาระที่ 2 รับรองรายงานการประชุมครั้งที่ 7/2548

ที่ประชุมมีมติแก้ไขรายงานการประชุมเล็กน้อย

วาระที่ 3 เรื่องสืบเนื่อง

3.1 การจัดประชุมวิชาการประจำปี 2548

เลขาธิการสมาคมฯ แจ้งให้ที่ประชุมทราบ ดังนี้

1. ขณะนี้มีผู้ลงทะเบียนรวมทั้งวิทยากรและกรรมการแล้ว จำนวน 205 ท่าน
2. งานเลี้ยงสังสรรค์คืนวันที่ 2 ธันวาคม พ.ศ. 2548 นั้น สมาคมฯ เป็นเจ้าภาพ ดังนั้น จึงขอเรียนเชิญคณะกรรมการและผู้ติดตาม เข้าร่วมงานเลี้ยงด้วย

3.2 การก่อสร้างสำนักงานสมาคมฯ

ประธานได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่า การปรับปรุงพื้นที่ของสมาคมฯ ในขณะนี้มีส่วนที่ทำมิได้ และได้ดำเนินการให้ผู้รับเหมาแก้ไขใหม่แล้ว

3.3 OMGE Endoscopy Training Center

ประธานได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบ ดังนี้

1. ศูนย์ Endoscopy Training Center ณ โรงพยาบาลศิริราช ขณะนี้ ได้เปิดบริการแล้ว
2. พิธีการเปิดอย่างเป็นทางการวันที่ 20 มีนาคม พ.ศ. 2549

3.4 การจัด Course Train: The Trainer ของ OMGE

ประธาน ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่า ตามที่ทาง OMGE จะจัด Course Train: The Trainer ที่แอฟริกา โดยทางสมาคมฯ จะส่งผู้แทนเข้าร่วมอบรม ด้วยจำนวน 2 ท่าน

วาระที่ 4 เรื่องการดำเนินงานของฝ่ายต่างๆ

1. ประธานได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบผลการพิจารณาผู้รับทุน GAT-GSK ประจำปี 2548 คือ พญ.วิภากร ชูแสง จากโรงพยาบาล สมิติเวช ด้วยเงินทุนจำนวน 150,000 บาท และประจำปี 2549 คือ นพ.จารุวัตร ยศสมบัติ จาก โรงพยาบาลนครพิงค์ ด้วยเงิน

ทุนจำนวน 100,000 บาท

2. นพ.สมบัติ ตริประเสริฐสุข ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบเกี่ยวกับการดำเนินการจัดพิมพ์หนังสือจุลสารและวารสารสมาคมฯ ว่าขณะนี้ได้ดำเนินการจัดพิมพ์ได้ตรงตามที่กำหนดไว้
3. นพ.สมชาย สีสากุศลวงศ์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าทางราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ขอความร่วมมือเรื่องข้อสอบสำหรับการสอบเพื่อหนังสืออนุมัติและวุฒิบัตรฯ สาขาอายุรศาสตร์ ประจำปี 2549 คือ ข้อสอบ MCQ 32 ข้อ, Lab MCQ 4 ข้อ, MEQ 3 ข้อ, Lab MEQ 2 ข้อ, OSCE Short case 2 ข้อ และ OSCE Lab 2 ข้อ

วาระที่ 5 เรื่องอื่นๆ

ประธาน ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่า โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ จะขอเปิดเป็นสถาบันฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอด ดังนั้น จึงได้มอบหมายให้นพ.เกรียงไกร อัครวงศ์ ประธานประมินสถาบันสมาคมฯ ดำเนินการต่อไป

รายงานการประชุม

คณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯ
ครั้งที่ 1/2549

วันศุกร์ที่ 13 มกราคม พ.ศ. 2549 เวลา 10.00-12.00 น.
ณ ห้องประชุมบำรุงเมือง ชั้น 4
โรงแรมเดอะทวินทาวเวอร์ กรุงเทพฯ

วาระที่ 1 เรื่องที่ประธานแจ้งให้ทราบ

ประธานได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าได้รับจดหมายแจ้งจาก พญ.กรรณิการ์ พรพัฒน์กุล เพื่อขอความร่วมมือจากสมาคมฯ ในการส่งวิทยากรร่วมบรรยายให้ความรู้แก่ประชาชนในด้านสุขภาพ ระหว่างวันที่ 9-13 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2549 ณ จังหวัดเชียงใหม่

วาระที่ 2 รับรองรายงานการประชุมครั้งที่ 8/2548

ที่ประชุมมีมติแก้ไขรายงานการประชุมบ้างเล็กน้อย

วาระที่ 3 เรื่องสืบเนื่องและพิจารณา

3.1 ความร่วมมือระหว่างสมาคมแพทย์ส่องกล้องทางเดินอาหารไทยกับสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย พล.ต.นพ.สุรพล ชื่นรัตนกุล นายกสมาคมแพทย์ส่องกล้องทางเดินอาหารไทย ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

1. ขณะนี้ทางชมรมแพทย์ส่องกล้องทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย ได้จดทะเบียนเป็นสมาคมแพทย์ส่องกล้องทางเดินอาหารไทย เป็นที่เรียบร้อยแล้ว
 2. คณะกรรมการอำนวยการสมาคมแพทย์ส่องกล้องทางเดินอาหารไทย ขอขอบคุณสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย ที่ได้ให้การสนับสนุนชมรมฯ มาด้วยดีและทางสมาคมแพทย์ส่องกล้องทางเดินอาหารไทย จะให้ความร่วมมือในด้านการเรียน การสอน การฝึกอบรมด้านวิจัย ด้านวิชาการ ฯลฯ กับสมาคมฯ ตลอดไป
 3. ที่ผ่านมาทางชมรมฯ ได้จัดประชุมวิชาการ GI Endoscopy Live demonstration Workshop มาแล้ว จำนวน 4 ครั้ง โดยจัดร่วมกับสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย และในปี 2549 จะจัดเป็นครั้งที่ 5 ระหว่างวันที่ 21-22 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2549 ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยการจัดครั้งนี้ จัดในนามของสมาคมแพทย์ส่องกล้องทางเดินอาหารไทย
 4. คณะกรรมการสมาคมแพทย์ส่องกล้องฯ กำหนดให้จัดประชุมวิชาการ Workshop ปีละ 1 ครั้ง และจัดให้มีวิชาการสัญจร (lecture tour) ตามจังหวัดต่างๆ
- 3.2 นพ.สมชาย สีลากุลวงศ์ แจ้งให้ที่ประชุมทราบเกี่ยวกับสรุปการจัดประชุมวิชาการประจำปี 2549 เมื่อวันที่ 30 พฤศจิกายน-3 ธันวาคม พ.ศ. 2548 ณ โรงแรมเฟลิกซ์ ริเวอร์แควร์ จ.กาญจนบุรี นั้นประสบความสำเร็จเป็นอย่างดีและขอขอบคุณคณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯ ทุกท่าน
- 3.3 พิจารณาสถานที่จัดประชุมวิชาการกลางปี 2549

ที่ประชุมมีมติให้จัดในวันที่ 14-16 กรกฎาคม พ.ศ. 2549
ณ จังหวัดอุบลราชธานี

3.4 ประเมินสถาบันฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอด สาขา
อายุรศาสตร์โรคระบบทางเดินอาหาร

นพ.เกรียงไกร อัครวงศ์ ประธานประเมินสถาบันฯ ได้แจ้ง
ให้ที่ประชุมทราบว่าเมื่อวันที่ 23 ธันวาคม พ.ศ. 2548 พร้อม
ด้วย พญ.ศศิประภา บุญญพิสิฐ และ นพ.จรินทร์ ใจจนวรร
วิทยา ได้เดินทางไปประเมินสถาบันฝึกอบรมแพทย์ประจำ
บ้านต่อยอด สาขาอายุรศาสตร์ โรคระบบทางเดินอาหาร
โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ และได้ดำเนินการส่งใบประเมินไป
ยังราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยเพื่อส่งไปยัง
แพทย์สภาพิจารณาต่อไป

3.5 นพ.สถาพร มานัสสถิตย์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบศูนย์ส่องกล้อง
ระบบทางเดินอาหาร วีกิจ วีรานูวัตต์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราช
พยาบาล กำหนดให้มีการเปิดศูนย์ฯ อย่างเป็นทางการ โดย
สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี เสด็จเป็น
องค์ประธานพิธีเปิดศูนย์ฯ ในวันที่ 20 มีนาคม พ.ศ. 2549 ดัง
นั้น ทางคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล จึงกำหนดให้จัด
ประชุมวิชาการ 1st International Live Demonstration Workshop
on Advance Therapeutic Endoscopy ในวันที่ 20-21 มีนาคม
พ.ศ. 2549 ณ โรงพยาบาลศิริราช

วาระที่ 4 เรื่องอื่นๆ (ถ้ามี)

นพ.สมชาย ลีลากุลศลวงศ์ แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าจะมีการประชุม
ร่วมกับบริษัทเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ในวันจันทร์ที่ 16 มกราคม พ.ศ. 2549
ณ โรงพยาบาลศิริราช

INTERHOSPITAL CONFERENCE

พญ.รัตติกกร ชนะตริรัตน์พันธุ์
แพทย์ประจำบ้านต๋อยอดหน่วยโรคทางเดินอาหาร
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 50 ปี ไม่ได้ประกอบอาชีพ ภูมิลำเนา
กรุงเทพมหานคร

อาการสำคัญ : อาเจียน 3 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติปัจจุบัน : 4 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล รับประทานอาหารไม่ได้ อม
แต่ไม่ยอมกลืน ไม่มีอาเจียน ไม่สลัก ไม่ปวดท้อง ปัสสาวะอุจจาระปกติ
น้ำหนักลดลงเรื่อยๆ ประมาณ 10 กก.

2 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล รับประทานอาหารได้น้อย อ่อนเพลีย
มาก ลูกพาไปใส่ NG tube ที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน ให้อาหารเหลวทาง NG
รับได้ดี

3 วันก่อนมาโรงพยาบาล อาเจียนทุกครั้งหลังให้อาหารทาง NG tube
ประมาณ 1 ชม. ลักษณะเป็นน้ำสีเขียวๆ ต่ำๆ ปริมาณ 300 มล. บ่นปวด
ท้องเวลาให้อาหาร ขับถ่ายอุจจาระปกติ

2 วันก่อนมาโรงพยาบาล ญาติพาไปตรวจที่คลินิก แพทย์บอกเป็น

โรคกระเพาะ ให้ยาลดกรด ยาแก้อาเจียนมารับประทาน อาการไม่ดีขึ้น

1 วันก่อนมาโรงพยาบาล อาเจียนตลอด ปวดท้องมากขึ้น ญาติสังเกตว่าท้องโตขึ้น ไม่มีไข้ จึงพามาโรงพยาบาล

ประวัติอดีต : 10 ปีก่อนมาโรงพยาบาล ด้วยอาการ progressive headache with seizure, ให้การวินิจฉัย Astrocytoma s/p Rt frontotemporal craniotomy + brain biopsy + radiation

5 ปีก่อนมาโรงพยาบาลด้วยอาการ recurrent tumor s/p Rt frontotemporal lobectomy + radiation

4 ปีก่อนมาโรงพยาบาลด้วยอาการ obstructive hydrocephalus s/p bilateral VP shunt, status bed ridden พุดคุยรู้เรื่อง ขยับตัวได้บ้าง แขนขา ขวาชยับได้ดี แขนขาช้ายชยับได้น้อยเพราะปวด กินเองได้แต่ต้องป้อน มียาประจำคือ depakin(200) 3*3, phenobarbital (gr I) 3*1

Physical examination

A middle age woman, cachetic appearance, well cooperative

Vital sign : BP 100/70 mmHg, PR 100 BPM, RR 24, BT 37 c

HEENT : depressed skull at Rt. frontotemporal region, not pale, anicteric sclera, dry lip, dry tongue

Heart : normal s1s2, no murmur

Lung : clear, no adventitious sound

Abdomen : markedly distension, decrease bowel sound, mild tenderness at epigastrium, succussion splash positive, no guarding, no rebound tenderness, tympany on percussion

Skin : poor skin turgor, bed sore grade 2 at Rt. buttock

Neuro : good consciousness, motor power Rt. Gr. IV, Lt gr. II-III Spas-

tic contraction Lt extremities

Babinski : plantar response, clonus negative

Investigations

CBC : Hb 16.6 gm/dl, Hct 49%, WBC 9,360/mm³

(N82%, L9%, M9%), Platelet 460,000/mm³

UA : specific gravity 1.020, PH 6, WBC 2-4 cells

Blood chemistry : BUN/Cr 19/0.5 mg/dl, Na 144, K 3.5, Cl 110, CO2 20 mEq/L



Plain abdomen : marked gastric distension with air in duodenal bulb

Upper GI barium study : The stomach shows normal rugal folds. The duodenal loop is normally distended. No obstruction or narrowing segment is seen. No widening of duodenal loop is noted.

Impression : No definite evidence of obstruction at duodenal loop or proximal small bowel loop.

อภิปราย

Problem list

1. Post-prandial abdominal pain
2. Abdominal distension with splashing sound positive
3. Bilious vomiting
4. Significant weight loss
5. History of recurrent brain tumor (Astrocytoma)

จากปัญหาของผู้ป่วยที่มาด้วยอาการปวดท้องหลังรับประทานอาหารท้องโตขึ้น ร่วมกับอาเจียน ทำให้คิดถึงภาวะลำไส้อุดตัน (gut obstruction) โดยตำแหน่งที่อุดตันน่าจะอยู่ที่บริเวณลำไส้เล็กส่วนบนเลยจาก ampulla of Vater ไปแล้ว จนถึง proximal jejunum เนื่องจากลักษณะอาเจียนมีน้ำดีปน และเกิดที่ประมาณ 1 ชั่วโมงหลังรับประทานอาหาร สาเหตุของลำไส้อุดตันโดยทั่วไปแยกเป็นภาวะ mechanical และ non-mechanical obstruction โดย mechanical obstruction อาจเกิดจาก

1. Internal hernia อาจเป็นสาเหตุของลำไส้อุดตันได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่เคยมีประวัติผ่าตัดภายในช่องท้องมาก่อน

2. Adhesion ซึ่งผู้ป่วยมีประวัติการทำ ventriculoperitoneal shunt แม้ว่าเหตุการณ์นี้ทำให้เกิด adhesion ได้น้อยก็ตาม

3. Tumor ซึ่งค่อนข้างพบน้อยทั้ง primary tumor และ metastasis หรือเกิดจากการกดจากภายนอก เช่น lymphoma, reactive node หรือจากเส้นเลือด superior mesenteric artery (SMA) ซึ่งจากตำแหน่งที่สงสัยว่ามีการอุดตันตรงกับบริเวณที่ SMA ผ่านและพบในผู้ป่วยค่อนข้างพอม นอกจากภาวะ mechanical obstruction แล้ว สาเหตุอื่นๆ ที่อาจเป็นไปได้คือ ภาวะติดเชื้อในช่องท้อง ภาวะลำไส้ขาดเลือด ตับอ่อนอักเสบจากยา Valproic acid ความผิดปกติทางเมตาบอลิกอื่นๆ การตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมจึงได้ทำ plain abdomen พบ marked gastric distension with air in duodenal bulb เนื่องจากยังแยกภาวะ mechanical obstruction ออกไม่ได้จึงได้ตรวจด้วยวิธีการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน (EGD) พบ gastric dilation with large amount of liquid in stomach about 3,000 มล , normal first and second part duodenum without demonstrate caused of obstruction

การเลือกการตรวจโดยการส่องกล้องควรใช้วิธี enteroscopy มากกว่า EGD เพราะตำแหน่งที่เราสงสัยการอุดตันคือ บริเวณ proximal jejunum ซึ่งการส่องกล้อง EGD ธรรมดาจะไปไม่ถึงจุดที่มีพยาธิสภาพ



CT scan : Moderate distended stomach with dilatation of duodenal bulb

and second part duodenum. Abrupt change in caliber of third part duodenum is observed without obvious cause. No discrete mass of small bowel or pancreatic head region is seen. The angle between SMA and abdominal aorta is about 28 degree, distance 9 mm.

Impression : SMA syndrome cannot be excluded, the differential diagnosis include adhesion

สรุป ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการวินิจฉัย SMA syndrome

การให้ผู้ป่วยนอนคว่ำเพื่อทำให้มุมระหว่าง SMA กับ aorta เปิดกว้างออก จะทำให้ลักษณะที่เห็นการอุดตันจากเอกซเรย์หายไป ซึ่งอาจช่วยยืนยันการวินิจฉัย SMA syndrome ได้

หลังจากนั้นผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยวิธีประคับประคอง โดยได้สารอาหารทางหลอดเลือดดำเป็นระยะเวลาสั้นๆ แล้วเปลี่ยนมาให้อาหารทางสายยาง ร่วมกับจับผู้ป่วยนอนตะแคงซ้ายหลังให้อาหาร ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นเรื่อยๆ จนภายหลังเริ่มรับประทานอาหารทางปากได้บ้าง รวมระยะเวลาในการนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลประมาณ 1 เดือน

Superior mesenteric artery syndrome

พญ. รัตติกร ชนะตวีรัตน์พันธุ์
แพทย์ประจำบ้านต่อยอดหน่วยโรคทางเดินอาหาร
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

คำนิยาม : ภาวะลำไส้เล็กดูโอดีนัม ส่วนที่ 3 ถูกกดระหว่างเส้นเลือด superior mesenteric artery (SMA) และเส้นเลือด aorta อันเนื่องมาจากการที่มุมระหว่างเส้นเลือดทั้ง 2 แคบลง

กลุ่มอาการลำไส้เล็กถูกกดจากเส้นเลือด SMA เป็นสาเหตุของลำไส้เล็กส่วนต้นอุดตันที่พบน้อย มีคำเรียกกลุ่มโรคนี้หลายอย่าง เช่น Arterioesenteric duodenal compression, Cast Syndrome, Wilkie's Syndrome และ Chronic duodenal ileus รายงานเป็นครั้งแรกเมื่อปี ค.ศ. 1861 โดย Von Rokitsansky หลังจากนั้น Wilkie ได้รายงานผู้ป่วยอีก 75 รายในปี ค.ศ. 1927 จนถึงปัจจุบันมีการรายงานผู้ป่วยทั้งหมดประมาณ 400 คน อุบัติการณ์การเกิดโรคประมาณร้อยละ 0.2-0.7 ต่อปี พบมากในผู้หญิงอายุน้อย อายุเฉลี่ยประมาณ 10-39 ปี' ถึงแม้ว่า SMA Syndrome เป็นภาวะที่พบน้อย แต่มีปัญหามากในการวินิจฉัยและพบภาวะแทรกซ้อนได้บ่อย เช่น ภาวะเกลือแร่ผิดปกติ การขาดน้ำ รวมถึงลำไส้ขาดเลือดและทะลุ ซึ่งเป็นภาวะที่อันตรายถึงแก่ชีวิตได้

พยาธิกำเนิด

เส้นเลือดแดง SMA แยกออกมาจากเส้นเลือดแดงใหญ่ (abdominal aorta) ที่ระดับ L₁ ทอดไปทางปลายเท้าและเฉียงไปทางด้านขวาเล็กน้อย โดยทำมุมประมาณ 38-56 องศา (เฉลี่ย 45 องศา) กับเส้นเลือดแดง aorta และถูกล้อมรอบด้วย mesenteric fat และ lymphatic tissue โดยระหว่างเส้นเลือด SMA และ aorta มีอวัยวะที่สำคัญ 3 อย่างคือ ตับอ่อนส่วน uncinuate, renal vein ด้านซ้าย และลำไส้เล็กส่วนดูโอดีนัม²

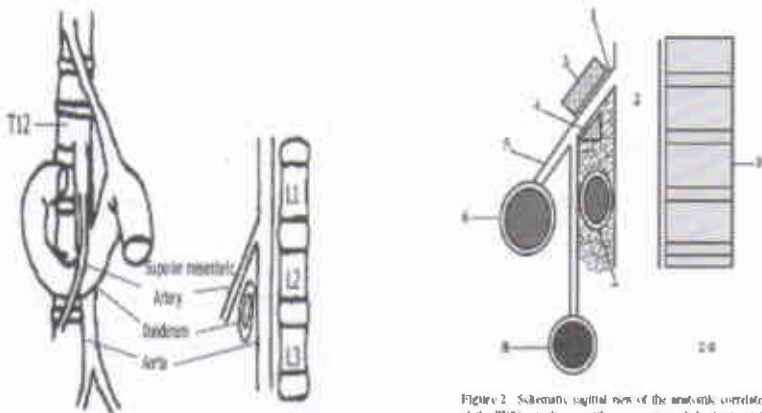


Figure 2. Schematic sagittal view of the anatomical correlate of the Wilkie syndrome with compression of the horizontal part of the duodenum in the aortomesenteric angle. 1, superior mesenteric artery; 2, aorta; 3, pancreatic head; 4, processus uncinatus of the pancreas; 5, middle celiac artery; 6, transverse colon; 7, horizontal part of the duodenum; 8, jejunum; 9, lumbar space.

โดยลำไส้เล็กส่วนดูโอดีนัมจะผ่าน aorta ตรงระดับ L₃ และถูกยึดโดย ligament of treitz ทำให้ค่อนข้างเคลื่อนไหวได้น้อย (immobile) และมีโอกาสถูกกดได้ง่าย ภาวะใดก็ตามที่ทำให้มุมระหว่างเส้นเลือด SMA และเส้นเลือด aorta เล็กลง จะทำให้มีการกดเบียดต่อลำไส้ดูโอดีนัมได้ เรียกภาวะนี้ว่า SMA Syndrome นอกจากนี้ ถ้ามีการกดเบียดของเส้นเลือด renal vein ด้านซ้าย ด้วยผู้ป่วยจะมีอาการปัสสาวะเป็นเลือด เป็นๆ หายๆ และปวดเอวด้านซ้าย

เรียกว่า Nutcracker syndrome อย่างไรก็ตาม ในคนปกติเราสามารถพบรอยกดของเส้นเลือดแดงที่ผนังด้านหน้าของดูโอดีนัมได้ โดยไม่ทำให้เกิดอาการ ผิดปกติ³

ภาวะ SMA เป็นกลุ่มอาการที่ทำให้การวินิจฉัยยาก ในครึ่งแรกของศตวรรษที่ 20 มีการรายงานผู้ป่วย SMA Syndrome มากมาย ภายหลังเมื่อมีการทบทวนหลักเกณฑ์การวินิจฉัย หรือเมื่อได้รับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมพบว่าอาการลำไส้เล็กดูโอดีนัมอุดตันนั้น มีสาเหตุมาจากโรคอื่น เช่น เนื้องอก การอักเสบในช่องท้อง กลืนแรมผิดปกติ และ scleroderma โดยผู้ป่วยที่มีอาการและลักษณะทางรังสีวิทยาเข้าได้กับกลุ่มโรคนี้จริงมีเพียงร้อยละ 14.6³

ปัญหาในการวินิจฉัย SMA Syndrome เนื่องจากหลายปัจจัย ได้แก่^{3,4}

1. อาการและอาการแสดงไม่จำเพาะเจาะจง (Nonspecific signs and symptoms)
2. การแสดงให้เห็นว่า SMA Compression เป็นต้นเหตุของอาการผู้ป่วยทำได้ยาก รวมทั้งบางครั้งการรักษาโดยการผ่าตัดก็ไม่ทำให้อาการผู้ป่วยดีขึ้น
3. อาการเป็นๆ หายๆ อาจตรวจไม่พบความผิดปกติเลยถ้าผู้ป่วยอยู่ในระยะไม่มีอาการ
4. ต้องแยกโรคที่อาจเป็นสาเหตุของอาการผู้ป่วยออกเสมอ รวมทั้ง motility disorder

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค

แบ่งออกเป็น 7 กลุ่ม ดังนี้^{2,3,5,6}

1. ภาวะที่มีการลดลงของ mesenteric fat อย่างมาก อันเนื่องมาจาก severe wasting disease เช่น มะเร็ง หรือ burn โดยมีการลดลงของน้ำหนักเฉลี่ยร้อยละ 25 ของน้ำหนักเดิม

2. ภาวะการบาดเจ็บอย่างรุนแรง เช่น บาดเจ็บที่ศีรษะ ทำให้มี
การนอนหงาย (supine position) เป็นระยะเวลาานาน
3. โรคของกระดูกสันหลัง ทั้งความผิดปกติแต่กำเนิดและจาก
อุบัติเหตุ การใส่อุปกรณ์ ชนิด body cast รวมทั้งการผ่าตัดแก้ไข
ภาวะ scoliosis ทำให้มีการยึดของกระดูกสันหลัง หรือการแอ่น
ตัว (hyperextension) มากขึ้น มีผลให้เส้นเลือด SMA ถูกดึงยึด
ออกไปทางด้านบน (cephalad) และมีการเคลื่อนไหวทางด้าน
ข้างลดลง
4. ความผิดปกติของการรับประทานอาหาร เช่น malabsorption
และ anorexia nervosa นอกจาก SMA syndrome จะเป็นภาวะ
แทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในผู้ป่วย anorexia nervosa ที่มีน้ำหนักลดมาก
แล้ว ผู้ป่วย SMA syndrome บางรายอาจมีอาการไม่ยอมรับ
ประทานอาหารคล้ายกับผู้ป่วย anorexia nervosa เนื่องจากกลัว
ว่าจะเกิดอาการปวดท้อง ภายหลังการรับประทานอาหารด้วย
(anorexia nervosa-liked illness)
5. ภาวะหลังผ่าตัดภายในช่องท้องทำให้เกิด adhesion
6. ในเด็กที่มีการเจริญเติบโต โดยเฉพาะด้านความสูงเพิ่มขึ้นอย่าง
รวดเร็ว โดยน้ำหนักตัวเพิ่มน้อย
7. ความผิดปกติแต่กำเนิดต่างๆ เช่น congenital high insertion or
short ligament of Treitz, visceroptosis (abnormal high and fixed
portion of duodenum), low origin of SMA, malrotation of duode-
num

อาการแสดงทางคลินิก

แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม⁷

1. อาการแบบเฉียบพลัน

ผู้ป่วยจะมีอาการและอาการแสดงเหมือนภาวะลำไส้เล็กอุดตัน ได้แก่ คลื่นไส้อาเจียน ลักษณะอาเจียนมีน้ำดีปน ปวดท้อง ท้องโตขึ้น น้ำหนักลด อาการแย่งลงภายหลังรับประทานอาหาร และดีขึ้นเมื่อมีการเปลี่ยนอิริยาบถ เช่น Knee-chest position, prone, left lateral decubitus

2. อาการแบบเรื้อรัง

ผู้ป่วยจะมีอาการปวดท้องเป็นๆ หายๆ ร่วมกับอาเจียน อิ่มง่าย เบื่ออาหาร และน้ำหนักลด

ตรวจร่างกาย

ลักษณะจากการตรวจร่างกายเหมือนกับที่พบในผู้ป่วยที่มีการอุดตันของลำไส้เล็ก ได้แก่ ลักษณะท้องโตขึ้น กดเจ็บ เคาะโปร่ง abnormal bowel sound (high pitch ในช่วงแรก หรือ absent bowel sound ถ้าอาการเป็นมากขึ้น) succussion splash ร่วมกับลักษณะของการขาดน้ำ นอกจากนี้ อาจพบอาการทาง systemic ได้แก่ ไข้ อาการแสดงของเยื่อช่องท้องอักเสบ (peritonitis) ซึ่งบ่งบอกถึงการเกิดภาวะแทรกซ้อนจาก strangulation หรืออาจตรวจร่างกายไม่พบความผิดปกติ โดยเฉพาะในช่วงที่ไม่มีอาการร้อยละ 80 ของผู้ป่วยน้ำหนักน้อยและรูปร่างผอม (asthenic habitus)

การวินิจฉัยแยกโรค

ต้องวินิจฉัยแยกโรคที่ทำให้มีการอุดตันของลำไส้เล็กออกก่อน (mechanical obstruction) นอกจากนี้ ต้องคำนึงถึงโรคที่ทำให้เกิดภาวะลำไส้เล็กขยายตัว (duodenal dilatation, megaduodenum) คล้ายกับที่พบใน SMA Syndrome ได้แก่⁴

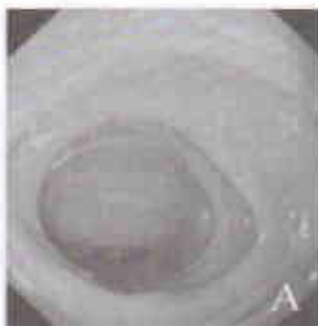
- Diabetes mellitus
- SLE
- Scleroderma, myxedema, amyloidosis, myotonic dystrophy
- Chronic idiopathic intestinal pseudo-obstruction

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การตรวจทางห้องปฏิบัติการไม่ช่วยในการวินิจฉัยโรค แต่บ่งบอกถึงความรุนแรงของภาวะการขาดน้ำ (BUN, creatinine, hematocrit เพิ่มขึ้น), metabolic alkalosis ร่วมกับระดับโพแทสเซียมในเลือดต่ำจากการอาเจียนหรือพบ leukocytosis ร่วมกับ metabolic acidosis ในภาวะลำไส้ตายจากการขาดเลือด

การตรวจด้วยวิธีส่องกล้อง

การตรวจด้วยวิธีส่องกล้องกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น (EGD) ทำเมื่อสงสัยภาวะ mechanical obstruction ลักษณะที่พบจากการส่องกล้อง ได้แก่ การขยายตัวของกระเพาะอาหารและดูโอดีนัม การตกค้างของน้ำและอาหาร antiperistaltic wave, palpable vertical indentation ที่บริเวณลำไส้เล็กดูโอดีนัมส่วนที่ 3 (ภาพ A) แต่อย่างไรก็ตามลักษณะที่พบบ่อยที่สุดคือ ไม่พบความผิดปกติจากการส่องกล้องทางเดินอาหาร⁹



การตรวจทางรังสีวิทยา

1. Plain abdomen

ลักษณะที่พบจากภาพเอกซเรย์ไม่จำเพาะเจาะจง ได้แก่ gastric distension, dilated proximal part duodenum, double-bubble sign, abrupt vertical cut-off of air in 3rd part duodenum

2. Upper GI barium study

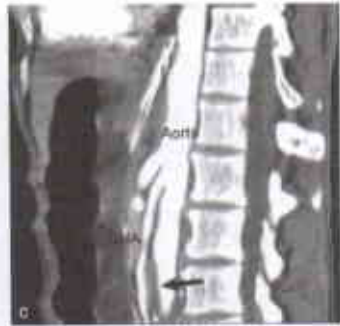
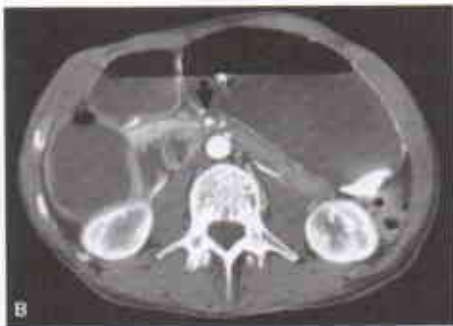
เกณฑ์การวินิจฉัย⁹

1. การขยายตัวของลำไส้เล็กดูโอดินัมส่วนต้น (1st, 2nd part duodenum) อาจพบร่วมกับการขยายตัวของกระเพาะอาหาร
2. การกดเบียดของลำไส้เล็กดูโอดินัมส่วนปลาย 3rd part จากภายนอก (vertical linear extrinsic compression)
3. การเคลื่อนไปมาของ barium เหนือต่อจุดที่มีการอุดตันของลำไส้ อันเนื่องมาจากการบีบตัวแบบไหลย้อนกลับ (antiperistaltic flow)
4. Gastroduodenal transit ช้าลง 4-6 ชม.
5. ลักษณะทางเอกซเรย์ที่กล่าวมาทั้งหมดนี้หายไปเมื่อมีการเปลี่ยนท่าของผู้ป่วย เช่น Knee-chest position



ถ้าผู้ป่วยมีลักษณะที่พบจากภาพเอกซเรย์ครบดังที่กล่าวมาแล้ว โอกาสวินิจฉัยผู้ป่วยว่าเป็น SMA syndrome จริงก็จะแม่นยำมากขึ้น นอกจากนี้ มีการใช้ Hayes maneuver คือ การกดไปที่ท้องบริเวณต่ำกว่าสะดือแล้วดันขึ้นด้านบน (cephalad and dorsal direction) ทำให้ mesenteric root หย่อนมากขึ้น ลักษณะที่พบจากภาพเอกซเรย์ดังกล่าวก็จะหายไป ในผู้ป่วยที่ตรวจไม่พบ การขยายตัวของลำไส้ส่วนดูโอดีนัมมีการใช้เทคนิคเพิ่มเติม เช่น hypotonic duodenography ร่วมกับยา antiperistaltic agents⁵ หรือ การเป่าลมเข้าไปเล็กน้อย จะทำให้พบลักษณะลำไส้เล็กขยายตัวได้มากขึ้นแต่ไม่นิยมใช้ เนื่องจากไม่ตรงตามสภาพความเป็นจริงของผู้ป่วย

3. CT เป็นวิธีการตรวจที่ noninvasive สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับ มุมและระยะทางระหว่าง SMA กับ aorta ได้ดีเหมือน angiogram พบลักษณะ การขยายตัวของกระเพาะอาหารและลำไส้ได้เหมือนกับ upper GI barium study นอกจากนี้ ที่ CT เหนือกว่าคือ สามารถให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับพยาธิสภาพภายในช่องท้อง รวมทั้ง retroperitoneal และ mesenteric fat¹⁰ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่จะรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด

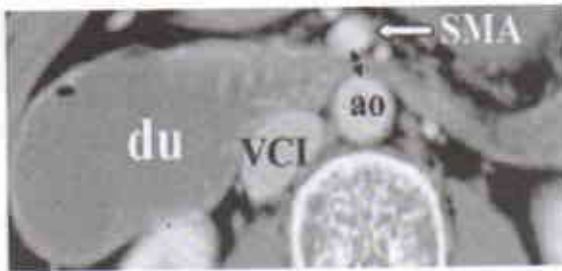


ภาพ B : CT coronal view shows transition point in third portion of duodenum as the SMA crosses transversely (arrow).¹¹

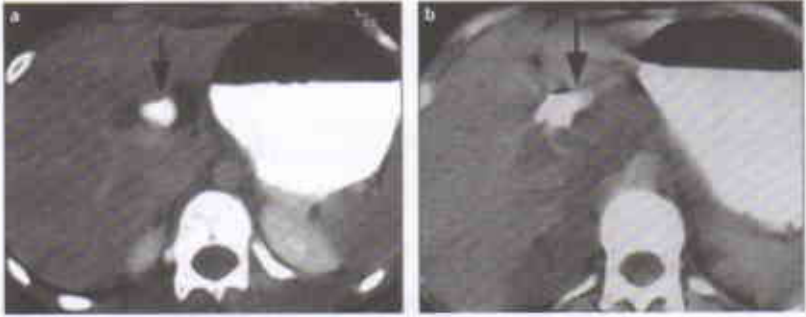
ภาพ C : Saggital reconstruction : acute aortomesenteric angle and very narrow aortomesenteric distance. The arrow points to compressed duodenum.¹¹

ตารางแสดงค่าปกติของ aortomesenteric distance/angle เทียบกับ SMA syndrome

	Normal	SMAS
Aortomesenteric distance (mm)	10-28	2-8
Angle	25-60 (average 45)	7-22



จากรายงานล่าสุด โดย Unal และคณะ¹² ได้ทำการศึกษาผู้ป่วย SMA syndrome เทียบกับกลุ่มควบคุม พบว่าการใช้ค่า aortomesenteric distance 8 มม. มีความไว และความจำเพาะร้อยละ 100 และค่าทำมุม 22 องศา มีความไวร้อยละ 42.8 ความจำเพาะร้อยละ 100 ในการวินิจฉัย SMA syndrome นอกจากนี้ ยังพบว่าลักษณะอาการทางคลินิก ได้แก่ อาการปวดท้องหลังอาหาร น้ำหนักลด และอาเจียน มีความสัมพันธ์อย่างมากกับระยะทางระหว่าง SMA-aorta ที่ลดลง และกลุ่มผู้ป่วยที่ระยะระหว่างเส้นเลือดทั้ง 2 ลดลงพบมากในผู้ป่วยหญิง และดัชนีมวลกายต่ำ กลุ่มผู้ทำการศึกษายังพบลักษณะ CT scan ของผู้ป่วย SMA syndrome มีการเลื่อนของ antrum ขึ้นทางด้านบนที่ระดับ portahepatis (ภาพ a) หรือ anterosuperior to main portal vein (ภาพ b) ซึ่งไม่พบลักษณะนี้ในกลุ่มควบคุมจึงตั้งสมมติฐานว่าการพบลักษณะเลื่อนขึ้นของ antrum อาจเป็นลักษณะอย่างหนึ่งของลำไส้ดูโอดีนัมส่วนปลายอุดตัน



นอกจากนี้ การตรวจด้วยวิธี 3 dimension CT angiographic reconstruction ยังช่วยลดความผิดพลาดของการวัดอันเนื่องมาจากการหักงอของเส้นเลือด SMA ได้ด้วย

4. **Angiography** สามารถวัดมุมระหว่าง SMA-aorta จากภาพถ่ายทางด้านข้าง แต่เนื่องจากเป็นวิธี invasive จึงไม่เป็นที่นิยมในปัจจุบัน

5. **Ultrasound Doppler** เป็นวิธีที่สะดวก ราคาถูก ผู้ป่วยไม่ต้องโดนสารรังสี และสารทึบแสงจากการเอกซเรย์ด้วยวิธีอื่น Neri S. และคณะ¹³ ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบวิธีการวัดมุม SMA ด้วยวิธี ultrasound doppler เทียบกับ CT พบว่าให้ผลไม่แตกต่างกัน จึงอาจใช้เป็นวิธีคัดกรองเบื้องต้นในผู้ป่วยที่สงสัย SMA syndrome



6. Endoscopic ultrasound (EUS) เป็นเทคนิคการตรวจวิธีใหม่ โดยการใช้ ultrasound miniprobe ตรวจภายในลำไส้เล็กของผู้ป่วยก็จะสามารถบอกถึงสาเหตุของการอุดตัน และสามารถวัด arteromesenteric distance ได้เช่นเดียวกับวิธีอื่น

วิธีการรักษา

1. การรักษาแบบประคับประคอง
2. การผ่าตัด

1. การรักษาแบบประคับประคอง

ถือเป็นการรักษาเป็นอันดับแรกในผู้ป่วย^{3,5} ประกอบด้วย การกำจัดปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดโรค การแก้ไขเกลือแร่ที่ผิดปกติ การขาดน้ำ การ decompression of obstruction โดยใส่ NG tube รวมถึงการเปลี่ยนท่าทางของผู้ป่วยทำให้ลำไส้เล็กถูกกดน้อยลง เช่น นอนคว่ำ นอนตะแคงซ้าย knee-chest position และที่สำคัญคือ การให้อาหารเพื่อเพิ่มน้ำหนักของผู้ป่วย ในผู้ป่วยที่ยังพอรับประทานอาหารทางปากได้แนะนำให้รับประทานอาหารมื้อละน้อยๆ แต่ความถี่มากขึ้น ร่วมกับนอนตะแคงซ้ายหลังรับประทานอาหาร ในผู้ป่วยที่เคลื่อนไหวไม่ได้ หรือการให้อาหารเหลวทางสายยางทั้งทาง NG และ NJ tube เพื่อ bypass obstruction กรณีที่รับอาหารทาง enteral ไม่ได้ หรือต้องการเพิ่มน้ำหนักอย่างรวดเร็วอาจพิจารณาการให้อาหารทางเส้นเลือดดำ (total parenteral nutrition) แต่อาจทำให้ภาวะแทรกซ้อนจากการให้อาหารทางเส้นเลือดดำสูงขึ้น นอกจากนี้ การให้ยาเพิ่มการบีบตัวของลำไส้ (prokinetic drugs) เช่น metoclopramide ก็มีประโยชน์ ผลการรักษาแบบประคับประคองในผู้ป่วยพบว่าให้ผลดี โดยเฉพาะในกลุ่มที่อาการเป็นมาไม่นาน ผู้ป่วยผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์ และผู้ที่มีอาการปานกลาง

2. การรักษาโดยการผ่าตัด

ใช้ในกรณีที่การรักษาแบบประคับประคองไม่ได้ผล หรือผู้ป่วยมีอาการมานาน และรุนแรง โดยวิธีการผ่าตัดมีหลายวิธี เช่น gastrojejunostomy, duodenojejunostomy, Strong's operation (duodenal mobilization) โดยพบว่า duodenojejunostomy เป็นวิธีที่นิยมมากที่สุดและให้ผลการรักษาสูงถึงร้อยละ 90⁴ มีรายงานการผ่าตัดเทคนิคใหม่ เช่น laparoscopic duodenojejunal bypass ก็พบว่าให้ผลดี แต่จำนวนผู้ป่วยรวมทั้งระยะเวลาติดตามผลการรักษายังไม่ นานพอ¹⁴

สรุป

ภาวะลำไส้อุดตันจากการถูกกดโดยเส้นเลือด SMA เป็นภาวะที่พบบ่อย และให้การวินิจฉัยยากจึงควรคิดถึง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการตีบแคบของ SMA angle และมีอาการแสดงรวมทั้งลักษณะทางรังสีวิทยาตามที่กล่าวมาแล้วข้างต้นการรักษาเบื้องต้น คือ การรักษาแบบประคับประคองและเปลี่ยนท่าของผู้ป่วยเพื่อให้มุม SMA เปิดกว้างออก และวิธีการผ่าตัดเป็นทางเลือกสุดท้ายในกรณีที่รักษาด้วยวิธีประคับประคองแล้วไม่ได้ผล

เอกสารอ้างอิง

1. Geer D. Superior mesenteric artery syndrome. Mil Med 1990;155:321-3
2. Gockel I, Graupe F, Hain J, et al. Superior mesenteric artery (Wilkie) syndrome : Different faces. J Gastroenterol Hepatol 2004;19:716-27
3. Hines JR, Gore RM, Ballantyne GH. Superior mesenteric artery syndrome. Diagnostic criteria and therapeutic approaches. Am J Surg 1984;148:630-2
4. Cohen LB, Field SP, Sachar DB. The superior mesenteric artery syndrome. The disease that isn't, or is it ? J Clin Gastroenterol 1985;7:113-6.

5. Wilson-Storey D, Mackinlay GA. The superior mesenteric artery syndrome. *JR Coil SurgEdinb* 1986;31:175-8.
6. Reckler JM, Bruch HM, Munster AM, et al. Superior mesenteric artery syndrome as a consequence of burn injury. *J Trauma* 1972;12:979-85.
7. Ylinen P, Kinnunen J, Hockerstedt K. Superior mesenteric artery syndrome. *J Clin Gastroenterol* 1989;11:386-91.
8. Lippl F, Hannig C, Weib W, et al. Superior mesenteric artery syndrome : diagnosis and treatment from the gastroenterologist's view. *J Gastroenterol* 2002;37:640-3.
9. Eaton SB, Ferrucci JT. *Radiology of the pancreas and duodenum*. Philadelphia : WB, Saunders 1973;318-25.
10. Santer R, Young C, Rossi T, et al. Computed tomography in superior mesenteric artery syndrome. *Pediatr Radiol* 1991;21:154-5.
11. Learn CA, Grove KD, Richards ML, et al. Bilious vomiting and abdominal pain in an anorectic man. *Current Surgery* 2005;62(2):204-7.
12. Unal B, Aktas A, Kemal G, et al. Superior mesenteric artery syndrome : CT and ultrasonographic findings. *Diag Interv Radiol* 2005;11:90-5.
13. Neri S, Signorelli SS, Mondati E, et al. Ultrasound imaging in diagnosis of superior mesenteric artery syndrome. *J Intern Med* 2005;257:346-51.
14. Richardson WS, Surowiec WJ. Laparoscopic repair of superior mesenteric artery syndrome. *Am J Surg* 2001;181:377-8.