



# จุดสาร

สมาคมแพทย์

ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย



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

- “สมาคมฯ ของเรา...แล้วเท่าที่รู้”: บทสัมภาษณ์ นายแพทย์ก่อธ เฝ้าสวัสดิ์ ประธานฝ่ายวิจัยของสมาคมฯ
- ขวนอ่านหนังสือ : “รอยพระยุคลบาท” โดย พต.ต.อ.วชิษฐ เดชกุญชร และ “ภาษาไทยวันละคำ ฉบับรวมเล่ม” โดย กาญจนา นาคสกุล และคณะ
- ชายไทยคู่ 57 ปี ปวดแน่นท้อง 10 วัน

ปีที่ 14 ฉบับที่ 66 ประจำเดือน กรกฎาคม - สิงหาคม 2549

# Go further than ever before



- Effective in treatment-naïve and previously treated patients 1-5, #
- Tolerability comparable to placebo 1,2
- Minimal risk of resistance (1.6% resistance at 96 weeks) 6

**Hepsera™**  
adefovir dipivoxil

**Hepsera™. Extends your power to fight Hepatitis B**

# Data from a study in treatment-naïve patients had histologic improvement in 1 (grade 2/3) and 2 (grade 2/3) and 3 (grade 2/3) and 4 (grade 2/3) respectively. Supported by Glaxo Science.  
1. Effect of treatment-naïve patients had histologic improvement in 1 (grade 2/3) and 2 (grade 2/3) and 3 (grade 2/3) and 4 (grade 2/3) respectively. Supported by Glaxo Science.  
2. Effect of treatment-naïve patients had histologic improvement in 1 (grade 2/3) and 2 (grade 2/3) and 3 (grade 2/3) and 4 (grade 2/3) respectively. Supported by Glaxo Science.  
3. Effect of treatment-naïve patients had histologic improvement in 1 (grade 2/3) and 2 (grade 2/3) and 3 (grade 2/3) and 4 (grade 2/3) respectively. Supported by Glaxo Science.  
4. Effect of treatment-naïve patients had histologic improvement in 1 (grade 2/3) and 2 (grade 2/3) and 3 (grade 2/3) and 4 (grade 2/3) respectively. Supported by Glaxo Science.  
5. Effect of treatment-naïve patients had histologic improvement in 1 (grade 2/3) and 2 (grade 2/3) and 3 (grade 2/3) and 4 (grade 2/3) respectively. Supported by Glaxo Science.  
6. Effect of treatment-naïve patients had histologic improvement in 1 (grade 2/3) and 2 (grade 2/3) and 3 (grade 2/3) and 4 (grade 2/3) respectively. Supported by Glaxo Science.



# จุลสาร

สมาคมแพทย์

ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย



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

# คณะอนุกรรมการพ่ายจุลสาร

## สมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

วาระ พ.ศ. 2548-2549

1. นพ.เกรียงไกร อัครวงค์ ที่ปรึกษา
2. นพ.ทองดี ชัยพานิช ที่ปรึกษา
3. นพ.พินิจ กุลละวณิชย์ ที่ปรึกษา
4. นพ.สถาพร มานัสสถิตย์ ที่ปรึกษา
5. นพ.สมชาย ลีลากุลดวงศ์ ที่ปรึกษา
6. นพ.อุดม คชินทร ที่ปรึกษา
7. พอ.นพ.อนุชิต จุฑาพุทธิ ที่ปรึกษา
8. นพ.สมบัติ ตริประเสริฐสุข ประธานบรรณาธิการ
9. นพ.ถนอม จิวสีบพงษ์ กองบรรณาธิการ
10. นพ.ธีระพงษ์ สุขไพศาล กองบรรณาธิการ
11. นพ.นพพร อนุกุลการกุล กองบรรณาธิการ
12. นพ.พิเศษ พิเศษพงษา กองบรรณาธิการ
13. นพ.ระพีพันธ์ กัลยาวิწყญ กองบรรณาธิการ
14. นพ.รังสรรค์ ฤกษ์นิมิตร กองบรรณาธิการ
15. นพ.สยาม ศิรินธรปัญญา กองบรรณาธิการ
16. นพ.สุพจน์ พงศ์ประสขัย กองบรรณาธิการ
17. นพ.อภิชาติ แสงจันทร์ กองบรรณาธิการ
18. นพ.โอฬาร วิวัฒนาช่าง กองบรรณาธิการ
19. นอ.นพ.วิญญู จันทร์สุนทรกุล กองบรรณาธิการ
20. พญ.อาภัสณี โสภณสฤษฏ์สุข กองบรรณาธิการ

# สารบัญ

จุลสารสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย  
ปีที่ 14 ฉบับที่ 66 กรกฎาคม-สิงหาคม 2549

รายนามคณะกรรมการอำนวยการสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหาร	1
รายงานการประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคม ครั้งที่ 4/2549	4
Interhospital GI Conference	
ชายไทยคู่ 57 ปี ปวดแน่นท้อง 10 วัน	7
Topic Review	
Wilson's disease	23
สมาคมฯ ของเรา...เล่าเท่าที่รู้	
บทสัมภาษณ์ นายแพทย์กำธร เผ่าสวัสดิ์	
ประธานฝ่ายวิจัยของสมาคมฯ	40
เกร็ดจุลสาร	45
ย่อวารสาร	
Selected summary	53
นานาสาระ	58
ชวนอ่านหนังสือ	
• รอยพระยุคลบาท	59
• ภาษาไทยวันละคำ ฉบับรวมเล่ม	61
ในดวงใจ...แพทย์ระบบทางเดินอาหาร	68
จากบรรณาธิการ	70
โบสถ์นครเข้าเป็นสมาชิกสมาคมฯ	71



# คณะกรรมการอำนวยการสมาคมแพทย

## ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

วาระ พ.ศ. 2548-2549

- |                                 |                                       |
|---------------------------------|---------------------------------------|
| 1. นพ.สถาพร มานัสสถิตย          | นายกสมาคม                             |
| 2. พญ.ชุตินา ประมุขสินทรัพย์    | รั้งตำแหน่งนายก                       |
| 3. นพ.องอาจ ไพโรจน์ทรงราษฎร์    | อุปนายก                               |
| 4. นพ.สมชาย ลีลากุลศลวงศ์       | เลขาธิการ                             |
| 5. นพ.สมบัติ ตริประเสริฐสุข     | รองเลขาธิการ                          |
| 6. นพ.สิริวัฒน์ อนันตพันธุ์พงศ์ | เหรัญญิก                              |
| 7. นพ.ธีระ พิรัชวิสุทธิ         | ปฏิคมและสวัสดิการ                     |
| 8. นพ.ก่าธร เผ่าสวัสดิ์         | ประธานฝ่ายวิจัย                       |
| 9. นพ.ทวีศักดิ์ แทนวันดี        | ประธานฝ่ายวิชาการและการศึกษาต่อเนื่อง |
| 10. นพ.รังสรรค์ ฤกษ์นิมิตร      | ประธานฝ่ายวารสาร                      |
| 11. พญ.โสมศรี โสมิตชัยวัฒน์     | ประธานฝ่ายการศึกษาหลังปริญญา          |
| 12. นพ.ทองดี ชัยพานิช           | ประธานฝ่ายกิจกรรมสังคม                |
| 13. นพ.ศตวรรษ ทองสวัสดิ์        | ประธานฝ่ายสารสนเทศและการสื่อสาร       |
| 14. นพ.บัญญัติ โอวาทพัชรพร      | ประธานฝ่ายหาทุน                       |
| 15. พอ.นพ.อนุชิต จุฑาทุทธิ      | ประธานฝ่ายจริยธรรม                    |
| 16. พอ.นพ.สุรพล ชื่นรัตน์กุล    | ผู้แทนชมรมเอ็นโดสโคปีย์               |
| 17. พอ.นพ.สุรพล สุรางค์ศรีรัฐ   | ผู้แทนชมรมโมลิตีแห่งประเทศไทย         |
| 18. นพ.พิศาล ไม้เรียง           | ผู้แทนกลุ่มวิจัยโรคกระเพาะอาหาร       |
| 19. นพ.พิเศษ พิเศษพงษ์          | ผู้แทนชมรมลำไส้เล็กลำไส้ใหญ่          |



	ผู้แทนชมรมโรคตับแห่งประเทศไทย
20. พญ.วโรชา มหาชัย	
21. นพ.จรินทร์ โรจน์บวรวิทยา	กรรมการกลาง
22. พญ.เจดีย์ว ประสงค์สุขสันต์	กรรมการกลาง
23. นพ.ถนอม จิวสืบพงษ์	กรรมการกลาง
24. พญ.นภาพร จำรูญกุล	กรรมการกลาง
25. นพ.ปิยะวัฒน์ โกมลมิศร์	กรรมการกลาง
26. นพ.ทวี รัตนชูเอก	กรรมการกลาง
27. พตอ.นพ.วรพันธุ์ เสาวรส	กรรมการกลาง
28. พญ.วัฒนา สุชีไพศาลเจริญ	กรรมการกลาง
29. พท.นพ.วานิช ปิยนรินทร์	กรรมการกลาง
30. นอ.นพ.วิญญู จันทรสุนทรกุล	กรรมการกลาง
31. นพ.ศรัณย์ วรรณภาสณี	กรรมการกลาง
32. นพ.สุริยะ จักกะพาก	กรรมการกลาง
33. พญ.อรวรรณ ไชยมหาพฤกษ์	กรรมการกลาง
34. พญ.อาภัสณี ไสภณตฤษฎ์สุข	กรรมการกลาง
35. นพ.อุดม คชินทร	กรรมการกลาง
36. พญ.กรรณิการ์ พรพัฒน์กุล	ที่ปรึกษา
37. นพ.เกรียงไกร อัครวงศ์	ที่ปรึกษา
38. นพ.เต็มชัย ไชยนุวัติ	ที่ปรึกษา
39. นพ.นุสนธิ์ กัลดเจริญ	ที่ปรึกษา
40. นพ.พงษ์พีระ สุวรรณกุล	ที่ปรึกษา
41. นพ.พินิจ กุลละวณิชย์	ที่ปรึกษา
42. นพ.มานิต ลีโทขวลิต	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 อนุราชกูร์           | ที่ปรึกษา |
| 50. พล.อ.ต.นพ.สุจินต์ จารุจินดา | ที่ปรึกษา |
| 51. นพ.สุชา คูระทอง             | ที่ปรึกษา |

# รายงานการประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคม ครั้งที่ 4/2549

วันศุกร์ที่ 16 มิถุนายน พ.ศ. 2549 เวลา 10.00-12.00 น.  
ณ ห้องประชุมจรัสเมือง ชั้น 2 โรงแรมเดอะทวินทาวเวอร์, กรุงเทพฯ

## วาระที่ 1 เรื่องประธานแจ้งให้ที่ประชุมทราบ ที่ประชุมมีมติดังนี้

1. เสนอ นพ.พิศาล ไม้เรียง เข้าร่วมเป็นกรรมการวิชาการของราชวิทยาลัย  
อายุรแพทย์ฯ ชุดใหม่ ที่ประชุมมีมติสง
2. ที่ประชุมมีมติยินดีร่วมเป็นเจ้าภาพ (collaboration) กับคณะแพทยศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ในการจัดประชุมวิชาการประจำปีด้านดูแล  
รักษาพยาบาลผู้ป่วยการกลืนและการเคลื่อนตัวผิดปกติของทางเดินอาหาร  
ในวันที่ 24-25 สิงหาคม พ.ศ. 2549 ณ โรงแรมรามาคาร์ดิน, กรุงเทพฯ

## วาระที่ 2 ที่ประชุมมีมติรับรองรายงานการประชุมครั้งที่ 3/2549 โดยไม่มี การแก้ไข

## วาระที่ 3 รับรองผลการสอบแพทย์ประจำบ้านต่อยอด สาขาอายุรศาสตร์ โรกระบบทางเดินอาหาร ประจำปี 2549

1. ที่ประชุมมีมติรับรองผลการสอบดังนี้
  - 1.1 ให้สอบผ่านวุฒิปับตร จำนวน 19 ท่าน
  - 1.2 ให้สอบซ่อมทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ จำนวน 1 ท่านในปีถัดไป
  - 1.3 ให้สอบซ่อมเฉพาะ long case จำนวน 1 ท่านในปีถัดไป
2. เสนอข้อเสนอนแนวทางในการปฏิบัติเรื่องการให้คะแนนสอบ long case ใน  
กรณีที่มีผู้คุมสอบบางท่านให้คะแนนไม่ผ่าน แต่เมื่อผลรวมคะแนน long case

ผ่าน ก็ถือให้ผ่าน ทั้งนี้ให้เข้มติของคณะกรรมการคุมสอบพิจารณาประกอบ

#### วาระที่ 4 เรื่องสืบเนื่องและพิจารณา

##### 4.1 ความคืบหน้าจัดประชุมวิชาการกลางปี 2549

นพ.สมชาย สีสากุลวงศ์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

1. กำหนดวันจัดประชุมคือวันที่ 13-15 กรกฎาคม พ.ศ. 2549 ณ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จ.อุบลราชธานี
2. โรงแรมที่ทางสมาคมได้ติดต่อเพื่อใช้สำหรับพักของผู้เข้าร่วมประชุมคือโรงแรมลายทอง, โรงแรมอุบลบุรีรีสอร์ท
3. ขณะนี้มีบริษัทที่ให้การสนับสนุน principle sponsor จำนวน 4 บริษัท
4. สำหรับครั้งนี้ ทางสมาคมไม่ได้จัดให้มีงานเลี้ยง Gala Dinner

นพ.ธีระ พิรัชวิสุทธิ์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าจากการจัดงาน Gala Dinner ของสมาคมที่ผ่านมา นั้น ได้ใช้เงินไปประมาณครั้งละ 2 แสนบาท

##### 4.2 ความคืบหน้าจัดประชุม 6<sup>th</sup> Western Pacific Helicobacter Congress 2006 (6<sup>th</sup> WPHC2006)

นพ.อุดม คชินทร ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

1. ค่าบูธของ 6<sup>th</sup> WPHC2006 บูธละ 25,000 บาท และค่าบูธของสมาคม 15,000 บาท รวมเป็น 40,000 บาท โดยบริษัทที่แจ้งความประสงค์จะแสดงบูธนั้น ต้องชำระค่าบูธในอัตราเหมารวมคือ 40,000 บาท และสามารถแสดงบูธได้ทั้งการประชุม 6<sup>th</sup> WPHC2006 และการประชุมของสมาคม
2. ขอให้สิทธิ Principle และ Major ของการประชุม 6<sup>th</sup> WPHC2006 เลือกตำแหน่งบูธก่อน
3. ค่าลงทะเบียนสำหรับคนไทย ท่านละ 3,500 บาท สามารถเข้าร่วมประชุมได้ทั้ง 2 การประชุม

พญ.วโรชา มหัชชัย ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าขณะนี้กำลังติดต่อบินไทยเพื่อขอส่วนลดบัตรโดยสารเครื่องบินของวิทยากร แต่ยังไม่ได้รับคำตอบ

##### 4.3 นพ.สิริวัฒน์ อนันตพันธุ์พงศ์ เหมัญญิกสมาคม ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบ

เกี่ยวกับกระแสเงินสดรับ-จ่ายและที่ประชุมมีมติรับทราบ

## วาระที่ 5 เรื่องอื่นๆ

- 5.1 นพ.อุดม คชินทร ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้
  1. ขณะนี้ยังไม่มีผู้ยื่นความประสงค์สมัครทุน GAT-Eisai และทุน GAT-GSK ประจำปี 2549
  2. ได้รับจดหมายจาก พญ.วิภากร ชูแสง ผู้ซึ่งได้รับทุน GAT-GSK ปี 2548 ขณะนี้อบรมและดูงานอยู่ที่อังกฤษ และได้มีผลงานตีพิมพ์จำนวนหลายเรื่อง ที่ประชุมเสนอให้ผู้ที่ได้รับทุนต่างๆ นำผลงานมาเสนอในการประชุมวิชาการประจำปีของสมาคม
- 5.2 นพ.สมชาย สีลาภุศลวงศ์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบเกี่ยวกับการจัดอบรม GI Fellow Day และสัมมนาสมาคม เมื่อวันที่ 11-12 พฤษภาคม พ.ศ. 2549 ณ โรงแรมทิพย์วิมาน ซะอ่า จ.เพชรบุรี ซึ่งประสบความสำเร็จอย่างดี
- 5.3 นพ.สถาพร มานัสสฤติย์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบเกี่ยวกับการได้มีโอกาสพูดคุยกับผู้แทน OMGE คือ Prof. Richard Kozarek และ Prof. Douglas R LaBrecque ซึ่งเดินทางมาร่วมพิธีเปิดศูนย์ส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร วิกิจ วิจารณ์วัตต์ เมื่อวันที่ 20 มีนาคม พ.ศ. 2549 และทั้งนี้ได้มอบแผ่นป้ายแต่งตั้งประเทศไทยเป็นศูนย์ Endoscopy training สำหรับแถบเอเชียอาคเนย์ที่ประชุมเสนอในระยะแรกควรติดแผ่นป้ายไว้ที่โรงพยาบาลศิริราช และเสนอให้พิจารณาตามดุลยพินิจคณะกรรมการ Endoscopy training
- 5.4 ที่ประชุมมีมติรับรองสมาชิกใหม่ทั้ง 2 ท่าน เป็นสมาชิกสามัญ ได้แก่ นพ.วุฒิพงษ์ ไชยพรพัฒนา และ นพ.สุนทร ชลประเสริฐสุข

.....

# Interhospital GI Conference

นพ.จรรณู ชาสวัสดิ์  
หน่วยโรคทางเดินอาหาร  
คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล

ผู้ป่วยชายไทยคู่ อายุ 57 ปี อาชีพรับราชการทหาร ภูมิลำเนา จ.นครราชสีมา

อาการสำคัญ : ปวดแน่นท้อง 10 วัน

**ประวัติปัจจุบัน :** 12 วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการปวดท้องแน่นท้องทั่วๆ ท้อง แต่แน่นมากบริเวณใต้ลิ้นปี่ มีอาการคลื่นไส้อาเจียนเป็นเศษอาหารสีเหลือง บางครั้งเป็นสีเขียว ถ่ายอุจจาระสีเหลืองเป็นก้อน ไม่มีไข้ ไปตรวจรักษาที่โรงพยาบาลค่าย แพทย์บอกว่าเป็นโรคกระเพาะอาหาร ได้ยามารับประทาน อาการไม่ดีขึ้น

10 วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการอาเจียนหลายครั้ง ท้องอืดขึ้น มีอาการมากหลังรับประทานอาหาร ไม่ถ่ายอุจจาระ ไปตรวจโรงพยาบาลเดิม แพทย์บอกว่าเป็นโรคท้องผูกให้ยาระบายเป็นน้ำสีชา

8 วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยรับประทานยาระบายแล้วไม่ถ่ายอุจจาระ อาการคลื่นไส้อาเจียนดีขึ้น แต่ท้องโตมากขึ้น ได้ไปที่โรงพยาบาลเดิม แพทย์ตรวจอัลตราซาวด์และเอกซเรย์ท้อง บอกว่าเป็นโรคตับแข็ง ให้นอนรักษาในโรงพยาบาล ให้น้ำเกลือและยาแก้ท้องอืด อาการปวดแน่นท้องไม่ดีขึ้น รักษาอยู่ 4 วันจึงให้กลับบ้าน

4 วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยยังคงมีอาการปวดแน่นท้องตลอดเวลาจนนอนไม่หลับ ท้องยังโต มีอาการใช้เป็นช่วงๆ ไปนอนรักษาที่โรงพยาบาล



เอกชน ช่วงที่นอนโรงพยาบาล มีถ่ายอุจจาระเป็นมูกปนเลือดออกมาประมาณ 1 ช้อนโต๊ะ แพทย์แนะนำให้มารักษาต่อที่กรุงเทพฯ

**ประวัติอดีต :** เป็นโรคตับแข็งมานานประมาณ 10 ปี ปฏิเสธโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ต่อมสุราษฎร์ 1/2 ขวด นาน 20 กว่าปี หยุด 10 ปี

### **Physical Examination :**

V/S : BP 113/89 mmHg HR 100 /min. RR 28 /min. Temp. 37.5 °C

**General Appearance :** a middle aged obesity man, good consciousness

**HEENT :** not pale conjunctiva, no icteric sclera, parotid gland enlargement

**Heart :** PMI at LT. 5<sup>th</sup> ICS, MCL, regular rhythm, no murmur

**Chest and lung :** gynecomastia, no spider nevi, lung: symmetrical breathing sound, clear, no adventitious sound

**Abdomen :** markedly distension, hypoactive bowel sound, generalized mild tenderness, no rebound tenderness, liver and spleen-not palpable, fluid thrill-positive

**Extremity :** pitting edema +2, liver palm positive

**Neuro :** normal

**PR :** no rectal shelf, blood at finger tip

### **Investigations :**

**CBC :** Hb / Hct 15.8 g/dl /44.5% WBC 15,540/mm<sup>3</sup> - N 85% L 9% M 5% platelet 179,000/mm<sup>3</sup>

**Blood chemistry :** BS 205 mg/dl, BUN/Cr 16.9/0.9 mg/dl, Na 130 mmol/L K 4.2 mmol/L Cl 104 mmol/L CO<sub>2</sub> 29 mmol/L

**LFT:** TB/DB 1.7/0.7 mg/dl, SGOT/SGPT/ALP = 36/32/101 U/L, GGT 86 A/G 3.5/3.9 g/dl

**Plain abdomen :** Generalized small bowel dilatation



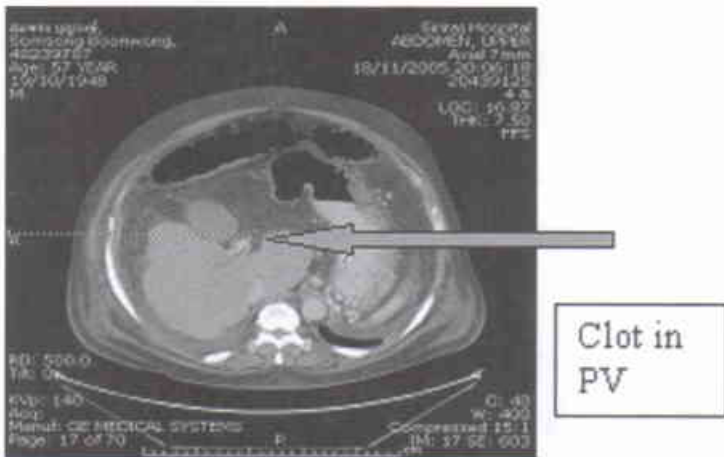
ภาพที่ 1 supine position



ภาพที่ 2 upright position

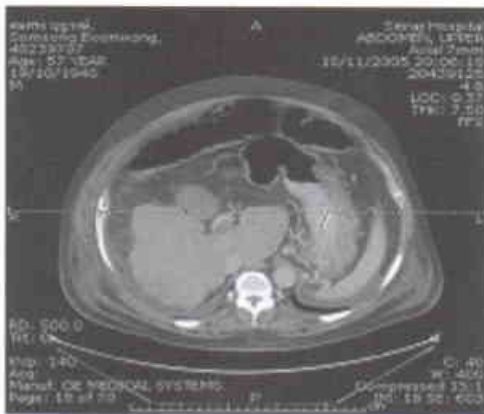
### CT abdomen (ภาพที่ 3-8)

Liver cirrhosis with minimal ascites, no liver mass, filling defect (thrombus) extent from SMV to Portal vein, normal pancreas.

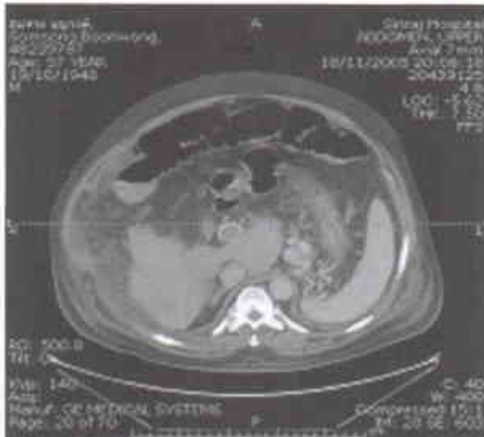


ภาพที่ 3

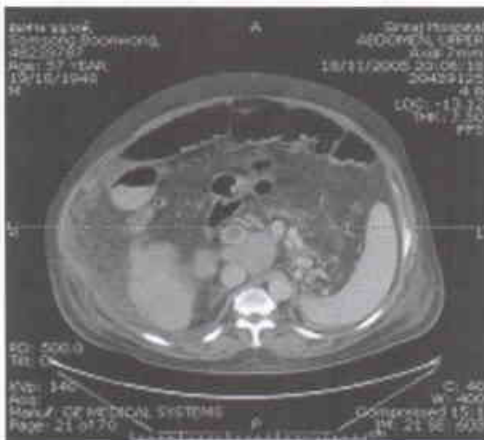




ภาพที่ 4



ภาพที่ 5



ภาพที่ 6





תוצרת 7



Clot in SMV

תוצרת 8

Serology : ANA titer : negative

Lupus anticoagulant : negative

Anticardiolipin antibody : 2.92 gp/cc. (normal < 12)

.....

# Mesenteric Vein Thrombosis (MTV)

นพ.จรรุญ ชาสวัสดิ์  
หน่วยโรคทางเดินอาหาร  
คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล

ภาวะ mesenteric vein thrombosis ค้นพบครั้งแรกโดย Elliot ในปี ค.ศ. 1985 จากการ autopsy ภาวะนี้พบได้ไม่บ่อยนัก อุบัติการณ์เกิดของภาวะนี้ไม่ทราบแน่ชัด แต่จากการ autopsy พบได้ร้อยละ 0.2-2<sup>1</sup> โดยพบร้อยละ 5-15 ของภาวะ mesenteric ischemia<sup>2</sup> ทั้งหมด โดยส่วนใหญ่่มักจะเกิดกับเส้นเลือด superior mesenteric vein พบได้ร้อยละ 95

แบ่งออกเป็น 2 ชนิด

1. Acute mesenteric vein thrombosis เกิดในระยะเวลาน้อยกว่า 4 สัปดาห์
2. Chronic mesenteric vein thrombosis เกิดระยะเวลาเกิน 4 สัปดาห์

ภาวะ acute mesenteric vein thrombosis พบได้ร้อยละ 5-15 ของผู้ป่วย MVT ทั้งหมดมีเพียงร้อยละ 9 ที่เกิดอาการภายใน 24 ชั่วโมง<sup>3</sup> ผู้ป่วยมีอาการปวดท้องในช่วง 5-30 วัน ประมาณร้อยละ 50 ที่ต้องไปพบแพทย์ตรวจ มีผู้ป่วยประมาณร้อยละ 27 ที่มีอาการปวดท้องเกิน 1 เดือน<sup>4</sup>

เส้นเลือดที่เลี้ยงลำไส้ในช่องท้อง

1. Arterial supply อันได้แก่ celiac artery, SMA, IMA คิดเป็นร้อยละ 25 ของ cardiac output
2. Venous supply SMV เป็นเส้นเลือดดำที่ไหลกลับคิดเป็นร้อยละ 30 ของ portal system<sup>5</sup>

## พยาธิสรีรวิทยา

กลไกการเกิดของ mesenteric vein thrombosis ไม่ทราบแน่ชัดว่าเป็น primary phlebosclerosis หรือ secondary thrombosis<sup>9</sup>

### สาเหตุ<sup>7</sup>

1. Primary cause (idiopathic) ร้อยละ 20
2. Secondary cause ร้อยละ 80

ในกรณีของ secondary MVT พบอุบัติการณ์เกิดได้มากขึ้นเนื่องจากสามารถตรวจความผิดปกติได้มากขึ้นอันได้แก่ ความผิดปกติทางระบบโลหิต เช่น Protein C, S, Antithrombin III deficiency, Polycythemia vera, Thrombocytosis, Sickle cell disease และ Factor V Leiden mutation<sup>8,9</sup> มีรายงานผู้ป่วย MVT 31 ราย เกิดจาก hypercoagulable state ร้อยละ 42, มีประวัติ thrombosis episode มาก่อน เช่น DVT ร้อยละ 16 หลังผ่าตัดร้อยละ 16 โดยเฉพาะหลังผ่าตัดม้ามจะมี relative thrombocytosis, มีประวัติโรคมะเร็งร้อยละ 13<sup>10</sup>

### ตารางที่ 1 แสดงภาวะที่เป็น secondary cause of MVT

1. Prothrombotic state\*<sup>11</sup>: Protein C, S def., Antithrombin III def., G 20210A PT gene mutation, Factor V Leiden mutation, Antiphospholipid antibody, Anticardiolipin antibody, PNH, Myeloproliferative disease eg, ET, PV
  2. Surgery\* : post LT, appendectomy
  3. Cirrhosis\*\* : portal hypertension
  4. Cancer : CA colon, CA pancreas
  5. Intraabdominal organ injury
  6. Intraabdominal infection, sepsis\* *B.fragilis*
  7. Bowel obstruction : volvulus, intussusception
  8. Drugs : oral contraceptive pill (ร้อยละ 9-18)
- \*cause ที่พบบ่อย

ในผู้ป่วยโรคตับแข็งมีภาวะ genetic thrombophilic predisposition ร้อยละ 70 และมี G 20210A prothrombin gene mutation 5 เท่าเปรียบกับกลุ่มที่ไม่มี mesenteric vein thrombosis<sup>12</sup> ส่วนในผู้ป่วยที่มีโรค IBD พบมี MVT ได้ร้อยละ 1.1 ส่วนใหญ่มักเกิดกับผู้ป่วยที่ได้ยา estrogen, ประวัติได้รับการผ่าตัดลำไส้<sup>13</sup> การติดเชื้อในช่องท้องการเกิด thrombosis เชื่อว่าเกิดจากการมี ascending thrombosis หรือมีการปล่อยสาร endotoxin หรือ thrombogenic factor เข้าสู่กระแสเลือดทำให้เกิด thrombosis ตามมา<sup>14</sup>

## อาการและอาการแสดง

อาการแบ่งเป็น 2 ระยะ

1. Acute phase<sup>7</sup> มีลักษณะอาการปวดท้องแบบทั่วท้อง เป็นช่วงๆ อาการค่อยเป็นค่อยไป แต่อาการแสดงไม่มากไม่สัมพันธ์อาการปวดท้อง อาการอืดท้องแน่นคลื่นไส้อาเจียน มีท้องมาน และอาจถ่ายอุจจาระเป็นเลือดสีดำ พบมี FOBT positive ร้อยละ 50, มี clinical gut obstruction จาก mucosal edema, ความดันโลหิตต่ำ ในรายที่ bowel ischemia ค่อนข้างมากอาจมี bowel gangrene, perforation และมี peritonitis ตามมาได้

อาการที่พบได้บ่อยที่สุดได้แก่ อาการปวดท้อง (ร้อยละ 86) คลื่นไส้อาเจียน (ร้อยละ 56) ถ่ายเหลว (ร้อยละ 23) ถ่ายอุจจาระปนเลือด (ร้อยละ 23)<sup>15</sup> มีรายงานพบมีการเกิด severe peritonitis ได้ (ร้อยละ 16) เนื่องจากเกิด intestinal necrosis และ ผู้ป่วยจำนวนร้อยละ 33 ต้องรักษาด้วยการผ่าตัดลำไส้<sup>10</sup>

2. Chronic phase<sup>16</sup> อาจไม่มีอาการ หรืออาจมีอาการท้องอืด เบื่ออาหาร รับประทานได้น้อย น้ำหนักลดลง และอาจมาด้วยภาวะแทรกซ้อน ของ portal hypertension เช่น variceal bleeding

สามารถแยกภาวะ arterial thrombosis และ venous thrombosis ดังตารางต่อไปนี้

## ตารางที่ 2 แสดงการแยกภาวะ arterial thrombosis และ venous thrombosis

VARIABLE	VENOUS THROMBOSIS	ARTERIAL THROMBOEMBOLISM
Risk factors	Prothrombotic states Inflammatory bowel disease Abdominal cancer	Atherosclerotic vascular disease Valvular heart disease Arrhythmias
Abdominal pain	Insidious onset	Sudden onset with embolic disease
Tests		
Plain films	Usually nonspecific	Usually nonspecific
Computed tomography	Sensitivity of more than 90%	Sensitivity of approximately 60%
Mesenteric angiography	Not usually required for diagnosis	Often helpful
Involvement of inferior mesenteric vessels	Uncommon	Common
Operative findings		
Mesenteric arterial pulsations	Preserved except late in disease	Absent
Type of transition from ischemic to normal bowel	Gradual	Abrupt
Therapy		
Thrombolysis	Rarely useful	Often useful
Long-term anticoagulation	Indicated	Indicated
Sequelae	Short bowel, varices	Short bowel

### การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

CBC มี leukocytosis ได้ ร้อยละ 75 metabolic acidosis ร้อยละ 50 มีการเพิ่มขึ้นของ serum lactate, abdominal tapping พบมีลักษณะ serosanguinous ascites ได้<sup>17</sup>

Serum marker ค่า D-dimer test มีการเพิ่มขึ้นในระยะแรกของภาวะ acute mesenteric ischemia

Serum marker อื่นๆ  $\alpha$ -Glutathio s-transferase ( $\alpha$ -GST) สร้างจากตับและลำไส้ ซึ่งจะมีค่าเพิ่มขึ้นในกรณีที่ลำไส้หรือตับขาด blood supply<sup>18</sup>

### การตรวจทางรังสี

#### 1. Plain abdomen

พบความผิดปกติ ร้อยละ 50-75 แต่ที่มีลักษณะเฉพาะพบได้เพียงร้อยละ 5 ได้แก่ ลักษณะที่เป็น thumb printing, pneumatosis intestinalis, air in portal

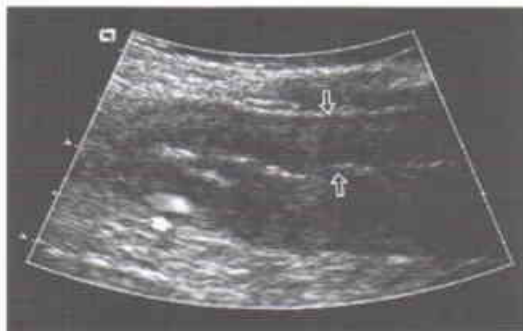
vein, free peritoneal air การตรวจควรหลีกเลี่ยง barium contrast อาจเสี่ยงต่อการรั่วหรือมีการทะลุของลำไส้ได้<sup>6</sup>



ภาพที่ 1 แสดงถึงการ dilated of small bowel, thickening of fold and separated bowel loop (ลูกศร) แสดงถึง thumb printing fold<sup>19</sup>

## 2. Ultrasound และ color doppler ultrasound

พบลักษณะความผิดปกติได้ร้อยละ 70 มีลักษณะความผิดปกติได้แก่ vascular flow abnormality, distended of bowel loop, hypoechoic thickening of bowel, decreased bowel peristalsis, peritoneal fluid collection แต่มีข้อจำกัดในการตรวจเนื่องจากขึ้นอยู่กับความชำนาญของผู้ทำการตรวจ และถูกรบกวนจากลมในลำไส้<sup>19</sup>



ภาพที่ 2 แสดง (open arrow) ผนังลำไส้ที่บวม (solid arrow) ไม่มีเลือดไหลผ่าน

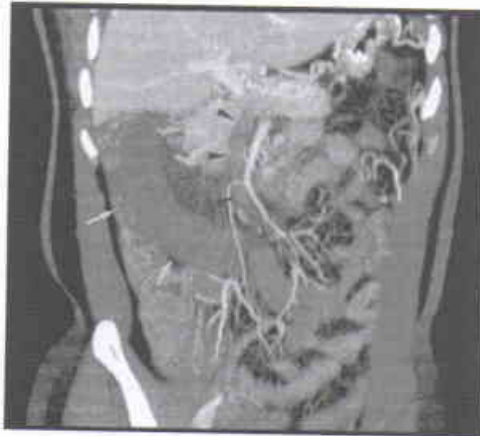
### 3. CT scan

การตรวจด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์พบความผิดปกติได้ร้อยละ 90 ลักษณะความผิดปกติมีลักษณะ enlargement of SMV, sharply defined vein wall with a rim of increased density, enhancement of bowel wall, portal vein gas, pneumatosis intestinalis<sup>10</sup>



ภาพที่ 3 แสดงปลายลูกศร การมี extensive pneumatosis

ในกรณีใช้เครื่องตรวจ multidetector CT scan สามารถได้รายละเอียดของ mesenteric vessels และลำไส้ ซึ่งสามารถแสดงเส้นเลือดได้ใกล้เคียงกับ conventional angiography<sup>20</sup>



ภาพที่ 4 แสดง (arrows) ผนังลำไส้ขาดเลือด, no bowel enhancement (arrow head) แสดงถึง extensive superior MVT

#### 4. MRI imaging

การตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าจะเห็นหลอดเลือดโดยการให้ 3D gadolinium-enhanced MR angiography ในกรณีที่ใช้เครื่อง real time จะสังเกตลำไส้ส่วนที่ขาดเลือดมีการเคลื่อนตัวน้อยได้ด้วย



ภาพที่ 5 แสดง (ลูกศร) เส้นเลือดดำที่อุดตัน

#### 5. Mesenteric angiography

มักใช้ในกรณีที่สงสัยเป็น MVT แต่ตรวจ CT scan ไม่พบการตรวจสาม mesenteric angiography สามารถแสดงให้เห็นการมี thrombus หรือการมี filling defect ในเส้นเลือดดำ<sup>6</sup>



ภาพที่ 6 แสดงมีก้อนเลือดใน portal vein (arrow) มี collateral vein circulation (arrow heads) ในรายที่อุดตันเรื้อรัง



6. การตรวจอื่นๆ มีการใช้การฉีดสาร fluorescein ในระหว่างผ่าตัด  
ช่วยบอกส่วนของลำไส้ที่ขาดเลือดเลี้ยงซึ่งจะติดสีน้อย<sup>21</sup>

### การวินิจฉัย

การวินิจฉัยพยายามคิดถึงในผู้ป่วยที่ high risk ในกรณีที่อาการปวด  
ท้องไม่สัมพันธ์กับอาการแสดงที่หน้าท้อง ส่งตรวจ imaging เพื่อยืนยันการวินิจฉัย

### การรักษา

พยายามรักษาเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนอันได้แก่ transmural  
necrosis, bowel perforation<sup>22</sup>

### การรักษาแบ่งเป็น 3 แบบ

#### 1. การรักษาตามอาการ<sup>23</sup>

งดน้ำและอาหาร ให้สารน้ำ resuscitation, ใส่ NG tube เพื่อ rest bowel

#### 2. การรักษาด้วยยา

ยา anticoagulant รับประทานในกรณีที่ไม่มีอาการแสดงของ peritoneal sign  
โดยให้ heparin load 5,000 IU IV ตามด้วย continuous IV drip keep a-PPT 2-3 times  
นาน 7-10 วัน ให้ยา coumadin sodium นาน 6-12 เดือน<sup>6</sup>

ยา thrombolytic agent ได้แก่ streptokinase, urokinase, r-TPA ยาสามารถ  
recanalized thromboses vein, กระตุ้น plasminogen เป็น plasmin การใช้ยาฉีด  
เข้าที่เส้นเลือดดำที่ตับ มักใช้กับก้อนเลือดที่อุดตันขนาดใหญ่ แต่โอกาสได้ผล  
สำเร็จน้อยและเสี่ยงต่อการมีเลือดออกในทางเดินอาหาร<sup>23</sup>

#### 3. การรักษาด้วยการผ่าตัด

การผ่าตัดใช้ในกรณีที่มีลักษณะของ peritonitis การผ่าตัดขึ้นอยู่กับ  
ลักษณะที่พบในท้องผ่าตัดมีภาวะ bowel perforation หรือไม่ พยายามหลีกเลี่ยง  
การตัดลำไส้โดยไม่จำเป็น<sup>6</sup> อาจใช้การผ่าตัดซ้ำอีก 24 ชั่วโมงเพื่อติดตามการทำงานของ  
ของลำไส้ส่วนที่ขาดเลือด

การผ่าตัดเปรียบเทียบกับการใช้ยา anticoagulant อย่างเดียวไม่มีความ  
แตกต่างในอัตราการตายและการรอดชีวิต แต่มีความแตกต่างในแง่กลุ่มผู้ป่วยผ่าตัด  
ต้องอาศัยในโรงพยาบาลนานขึ้น<sup>11</sup>

การผ่าตัดด้วย surgical embolectomy มีโอกาสใช้น้อย ยกเว้น lesion เพิ่ง  
เกิดและอยู่เฉพาะที่ SMV แต่โดยส่วนใหญ่ MVT มักเป็น diffuse venous thrombosis<sup>25</sup>

## การพยากรณ์<sup>6</sup>

- อัตราการรอดชีวิตขึ้นอยู่กับอายุ ในกรณีที่เป็นโรคมะเร็ง, ดับเชิงการพยากรณ์โรคไม่ดี
- อัตราตาย ร้อยละ 2-35 พบในกรณีที่อาการไม่จำเพาะ ได้รับการวินิจฉัยและรับการรักษาช้า<sup>26</sup>
- อัตราการเกิดซ้ำมักเกิดใน 1 เดือนแรก และเกิดน้อยในกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยยา anticoagulant และการผ่าตัด

## เอกสารอ้างอิง

1. Ottinger LW, Austin WG. A study of 136 patients with mesenteric infarction. Surg Gynecol Obstet 1967;124:251-61.
2. Sreenarasimnaiah J. Diagnosis and management of intestinal ischaemic disorders. BMJ 2003;326:1372-6.
3. Rhee RY, Gloviczki P, Mendonca CT, et al. Mesenteric vein thrombosis: Still a lethal disease in the 1990s. J Vas Surg 1994;20:688-97.
4. Mathews JE, White RR. Primary mesenteric venous occlusive disease. Am J Surg 1971;22:579-83.
5. Vicente DC, Andris K. Acute mesenteric ischemia. Curr Opinion in cardiology 1999;14:453-8.
6. Shaji K, Sarr G.M, Kamath SP. Mesenteric vein thrombosis. NEJM 2001;345:1683-8.
7. Kumar Shaji, Patrick KS. Acute superior mesenteric venous thrombosis:one disease or two. Am J Gastroenterol 2003;98:1299-304.
8. Wilson C, Walker ID, et al. Mesenteric venous thrombosis is anti-thrombin III deficiency. J Clin Patho 1987;40:906-8.
9. Tollefson DFJ, Friedman KD, Maslar RA, et al. Protein C deficiency, a cause of unusual or unexplained thrombosis. Arch Surg 1988;123: 881-4.

10. Mark MD, James EL, et al. Mesenteric vein thrombosis: A changing clinical entity. *J of Vascular Surg* 2001;680-5.
11. Webster GJM, Burroughs AKR. Review article: portal vein thrombosis - new insights into aetiology and management. *Aliment Pharmacol Ther* 2005;21:1-9.
12. Zhang J, Duan ZQ, et al. Acute Mesenteric Venous Thrombosis: A Better Outcome Achieved Through Improved Imaging Techniques and a Changed Policy of Clinical Management. *Eur J Vascular Endo vas Surg* 2004;28:329-34.
13. Ossama HA, Kristi SS, et al. Mesenteric vein thrombosis in IBD. *J Clin Gastroenterol* 2005;93:27-31.
14. Yu JS, Bennett WF, Bova JG. CT of superior mesenteric vein thrombosis complicating periappendiceal abscess. *J Comput Assist Tomogr* 1993;17:309-22.
15. Marshauer M, Lee D, Joseph KT, Matthew MA, White II C, Gilbert. Superior mesenteric vein thrombosis with radiologically occult causes: A Retrospective study 43 cases. *AJR* 2001;177:837-41.
16. Bradbury SM, Kavanagh VP, et al. Mesenteric vein thrombosis: Diagnosis and noninvasive imaging. *RG* 2002;22:527-41.
17. Gearhart SL, Delaney CP, et al. Prospective assessment of the predictive value of alpha-glutathione S-transferase for intestinal ischemia. *Am surg* 2003;324-9.
18. Chouker Alexander, Martigan Andre, et al. Gluthathione S-Transferase as an Early Marker of Hepatic Ischemia/Reperfusion Injury after Liver Resection. *World J Surg* 2005;29:528-34.
19. Kim AY, Ha Kwon Hyon. Evaluation of suspected mesenteric ischemia Efficacy of radiologic studies. *Radiol Clin N Am* 2003;328:327-42.
20. Fleischmann Dominik. Multiple detector-row CT angiography of the renal and mesenteric vessels. *EJR* 2003;45:s79-87.

21. Kozuch PL, Brandt LJ. Review article: diagnosis and management of mesenteric ischaemia with an emphasis on pharmacotherapy. *Aliment Pharmacol Ther* 2005;21:201-15.
22. Brunaud L, Antunes L, et al. Acute mesenteric venous thrombosis: Case for non-operative management. *J Vas Surg* 2001;34:673-9.
23. Divino CM, Park IS, et al. A retrospective study of diagnosis and management of mesenteric vein thrombosis. *Am J Surg* 2001;181:20-3.
24. Yasuhara H. Acute Mesenteric Ischemia: The Challenge of Gastroenterology. *Surg Today* 2005;35:185-95.
25. Rhee RY, Gloviczki P. Mesenteric vein thrombosis. *Surg Clin North Am.* 1997;77:327-88.
26. Fenius JF, Brndt LJ, Boley SJ. Ischemic disease of the bowel. *Gastroenterol Clin North AM* 1990;19:319-43.

.....

# Topics review

## Wilson's disease

พญ.สรรพจน์ โคมทอง

ผศ.นพ.สมบัติ ศรีประเสริฐสุข

หน่วยโรคระบบทางเดินอาหาร ภาควิชาอายุรศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Wilson's disease เป็นโรคทางพันธุกรรมที่มีการถ่ายทอดแบบยีนด้อย (autosomal recessive) ที่มีความผิดปกติอยู่บนโครโมโซมคู่ที่ 13 (ATP7B gene) มีอุบัติการณ์ทั่วโลกพอๆ กันประมาณ 1 : 30,000 คน

### พยาธิสรีรวิทยา

ร่างกายคนปกติมี copper อยู่ประมาณ 100 มก.<sup>1</sup> การดูดซึม copper จากอาหารเกิดขึ้นส่วนใหญ่ที่กระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น<sup>2</sup> และในแต่ละวันร่างกายจะกำจัด copper ออกในสัดส่วนเท่าๆ กับที่ดูดซึมเข้ามา ตับมีบทบาทสำคัญทั้งใน copper metabolism และการกำจัด copper ออกจากร่างกายผ่านทางน้ำดี ในภาวะปกติมีการขับ copper ออกมาทางปัสสาวะน้อยมาก เซลล์ตับมีความสามารถในการปรับตัวเพิ่มความสามารถในการขับ copper ออกทางน้ำดีได้อย่างรวดเร็วเมื่อมี copper ในร่างกายเพิ่มขึ้น เพราะฉะนั้นในภาวะปกติ จะไม่เกิด copper overload สาร copper ไม่มี enterohepatic circulation ดังนั้น copper ที่ถูกขับออกมาทางน้ำดีจะไม่ถูกดูดซึมกลับอีกและขับออกมาทางอุจจาระ<sup>2</sup>

การเปลี่ยนแปลงในระยะแรกเกิดเนื่องจากการลดลงของ lipid oxidation ทำให้มี triglyceride สะสมในเซลล์ตับ ร่วมกับมี glycogen สะสมใน nuclei ของ periportal hepatocyte ทำให้เห็นการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิเป็น micro หรือ macrovesicular steatosis และ periportal glycogenated nuclei มีการเปลี่ยนแปลงที่เป็นการอักเสบของเซลล์ตับ ได้แก่ nonspecific portal lymphocytic infiltration, hepatocyte ballooning, anisocytosis, anisonucleosis, hepatocytolysis และ interface hepatitis ในระยะตับแข็งอาจพบ Mallory bodies ได้ประมาณร้อยละ 25 โดยอาจพบเป็น macronodular หรือ mixed macro/micronodular cirrhosis

การย้อมพิเศษเพื่อตรวจหา copper แบ่งเป็น 2 ชนิด ได้แก่ การย้อม copper โดยตรง ได้แก่ rhodanine, rubeanic acid และ Timm's silver stain หรือ การย้อม copper-binding protein ได้แก่ Victoria blue และ orcein ซึ่งอาจย้อมให้ผลมากได้ในโรคไวรัสตับอักเสบบี เป็นต้น

## อาการและอาการแสดงทางคลินิก

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักแสดงอาการก่อนอายุ 30 ปี แต่ก็มีรายงานว่าอาจพบโรคนี้ได้ในคนสูงอายุได้ถึง 70 ปี ไม่พบในเด็กอายุน้อยกว่า 3 ปี<sup>2</sup> เนื่องจากเชื่อว่าต้องใช้เวลาในการมี copper สะสมที่ตับ จึงจะเกิดภาวะ copper overload โดยพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายในอัตราส่วนประมาณ 2 : 1 ผู้ป่วยมักมีอาการและอาการแสดงใน 2 ระบบใหญ่ๆ คือ อาการของโรคตับและอาการทางระบบประสาท โดยผู้ป่วยที่มีอาการแสดงทางโรคตับมักวินิจฉัยเมื่อมีอายุน้อยกว่าผู้ป่วยที่มีอาการทางระบบประสาท เนื่องจาก copper จะมีการสะสมที่ตับก่อน แล้วจึงออกสู่กระแสเลือด ไปสะสมตามอวัยวะอื่นๆ รวมทั้งระบบประสาทส่วนกลาง จึงพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น neuropsychiatric Wilson's disease มักมีภาวะ compensated cirrhosis ร่วมด้วย ข้อมูลในประเทศไทยมี 2 รายงานหลักๆ คือการศึกษาของโรงพยาบาลจุฬาและรามกิติบัติ จำนวน 14 และ 24 ราย<sup>3,4</sup> ตามลำดับ ซึ่งมีลักษณะอาการและอาการแสดงคล้ายกับในต่างประเทศ คือมีอายุน้อยในช่วง 20-30 ปี และมักมาด้วยอาการของภาวะตับแข็ง ตัวตาเหลือง ดังสรุปใน ตารางที่ 1.1-1.3