



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

จุลสาร

สมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

ปีที่ 15 ฉบับที่ 72 ประจำเดือน กรกฎาคม-สิงหาคม 2550



ทิษายุกา โหตุ มหาราชินี

- ชายไทย อายุ 42 ปี ปวดบริเวณชายโครงขวา 1 เดือน
- หญิงไทย อายุ 56 ปี ไข้ อ่อนเพลีย น้ำหนักลด เจ็บแน่นใต้ชายโครงขวา 2 เดือน
- การใช้ยา infliximab ในผู้ป่วย inflammatory bowel disease
- GAT NEWS... Scientific Program
 - APASL Autumn Single Topic Conference 2007 "Innovation in Chronic Hepatitis B Treatment" and The Third Perspective in Liver Diseases
 - การประชุมวิชาการประจำปีสมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารฯ
- อ่าลาอาลัย... อาจารย์ นายแพทย์เกรียงไกร อัครวงค์

A new COX-2 inhibitor that's different



Prexige[®]
LUMIRACOXIB
(100 mg and 400 mg tablets)

Targeting pain.
Reassuring relief.

 **NOVARTIS**

Prexige (lumiracoxib) is a non-steroidal anti-inflammatory drug (NSAID) that acts as a selective COX-2 inhibitor. It is used to treat pain and inflammation associated with osteoarthritis, rheumatoid arthritis, and ankylosing spondylitis. Prexige is available in 100 mg and 400 mg tablets. The most common side effects of Prexige are headache, dizziness, and constipation. Prexige may also cause gastrointestinal bleeding, ulcers, and perforation of the stomach or intestines. Prexige may also increase the risk of cardiovascular events, such as heart attack and stroke. Prexige should be used with caution in patients with a history of cardiovascular disease, hypertension, or heart failure. Prexige should also be used with caution in patients with a history of liver or kidney disease. Prexige should be used with caution in patients who are taking other NSAIDs or anticoagulants. Prexige should be used with caution in patients who are pregnant or breastfeeding. Prexige should be used with caution in patients who are taking other medications, such as blood thinners, diuretics, and ACE inhibitors. Prexige should be used with caution in patients who are taking other NSAIDs or anticoagulants. Prexige should be used with caution in patients who are pregnant or breastfeeding. Prexige should be used with caution in patients who are taking other medications, such as blood thinners, diuretics, and ACE inhibitors.

Prexige (lumiracoxib) is a non-steroidal anti-inflammatory drug (NSAID) that acts as a selective COX-2 inhibitor. It is used to treat pain and inflammation associated with osteoarthritis, rheumatoid arthritis, and ankylosing spondylitis. Prexige is available in 100 mg and 400 mg tablets. The most common side effects of Prexige are headache, dizziness, and constipation. Prexige may also cause gastrointestinal bleeding, ulcers, and perforation of the stomach or intestines. Prexige may also increase the risk of cardiovascular events, such as heart attack and stroke. Prexige should be used with caution in patients with a history of cardiovascular disease, hypertension, or heart failure. Prexige should also be used with caution in patients with a history of liver or kidney disease. Prexige should be used with caution in patients who are taking other NSAIDs or anticoagulants. Prexige should be used with caution in patients who are pregnant or breastfeeding. Prexige should be used with caution in patients who are taking other medications, such as blood thinners, diuretics, and ACE inhibitors.



Prexige (lumiracoxib) is a non-steroidal anti-inflammatory drug (NSAID) that acts as a selective COX-2 inhibitor. It is used to treat pain and inflammation associated with osteoarthritis, rheumatoid arthritis, and ankylosing spondylitis. Prexige is available in 100 mg and 400 mg tablets. The most common side effects of Prexige are headache, dizziness, and constipation. Prexige may also cause gastrointestinal bleeding, ulcers, and perforation of the stomach or intestines. Prexige may also increase the risk of cardiovascular events, such as heart attack and stroke. Prexige should be used with caution in patients with a history of cardiovascular disease, hypertension, or heart failure. Prexige should also be used with caution in patients with a history of liver or kidney disease. Prexige should be used with caution in patients who are taking other NSAIDs or anticoagulants. Prexige should be used with caution in patients who are pregnant or breastfeeding. Prexige should be used with caution in patients who are taking other medications, such as blood thinners, diuretics, and ACE inhibitors.

Further information is available on request.
Novartis (Thailand) Ltd. Pharmaceutical Division
622 Emporium Tower, 15th Fl., Sukhumvit Rd., Klongton Nuchtoey, Bangkok 10110
Tel: 0 2685-0999 Fax: 0-2685-0788



<http://www.gastrothai.com>

ISSN 0857-6351

จุลสาร

สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย



ทูลกระหม่อมหญิงอุบลรัตนราชกัญญา สิริวัฒนาพรรณวดี

ด้วยเกล้าด้วยกระหม่อม ขอเดชะ

ข้าพระพุทธเจ้าคณะกรรมการอำนวยการฯ
และสมาชิกสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

ปีที่ 15 ฉบับที่ 72 ประจำเดือน กรกฎาคม-สิงหาคม 2550

คณะกรรมการพ่ายจุลสาร

สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

วาระ พ.ศ. 2550-2551

- | | |
|-------------------------------|------------------|
| 1. พญ.ชุตติมา ประมูลสินทรัพย์ | ที่ปรึกษา |
| 2. นพ.ทวีศักดิ์ แทนวันดี | ที่ปรึกษา |
| 3. นพ.เกรียงไกร อัครวงศ์ | ที่ปรึกษา |
| 4. นพ.พินิจ กุลละวณิชย์ | ที่ปรึกษา |
| 5. นพ.ทองดี ชัยพานิช | ที่ปรึกษา |
| 6. พญ.จันทร์จิรา ชัชวาลา | ที่ปรึกษา |
| 7. พญ.นฤมล วิเศษโอกาส | ที่ปรึกษา |
| 8. นพ.สุริยะ จักกะพาก | ที่ปรึกษา |
| 9. พญ.พนิดา ทองอุทัยศรี | ประธานบรรณาธิการ |
| 10. นพ.ชินวัตร สุทธิวนา | กองบรรณาธิการ |
| 11. นพ.สุพจน์ พงศ์ประสพชัย | กองบรรณาธิการ |
| 12. พญ.บุปผา พรธิสาร | กองบรรณาธิการ |
| 13. นพ.สิทธิ์ พงษ์กิจการุณ | กองบรรณาธิการ |
| 14. นพ.นรินทร์ อจลนันทร์ | กองบรรณาธิการ |
| 15. นพ.พิเศษ พิเศษพงษ์ษา | กองบรรณาธิการ |
| 16. นพ.โอฬาร วิวัฒน์ช่วง | กองบรรณาธิการ |

สารบัญ

จุลสารสมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

ปีที่ 15 ฉบับที่ 72 ประจำเดือน กรกฎาคม-สิงหาคม 2550

รายนามคณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯ	1
รายงานการประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคม ครั้งที่ 5/2550	4
GI Interhospital conference 1 ชายไทยอายุ 42 ปี ปวดบริเวณชายโครงขวา 1 เดือน	13
GI Interhospital conference 2 หญิงไทยอายุ 56 ปี ใช้ อ่อนเพลีย น้ำหนักลด เจ็บแน่นใต้ชายโครงขวา	35
QUIZ... ตอบปัญหาชิงรางวัล ครั้งที่ 4/2550	54
เฉลย QUIZ.. ตอบปัญหาชิงรางวัล ครั้งที่ 3/2550	60
คุณถาม...เราตอบ	62
GAT News	
- งานประชุมวิชาการ Basic Science for GI Fellow ครั้งที่ 1 ปีการศึกษา 2550	66
- Final Announcement : Asia-Pacific Association for the Study of the Liver Diseases (APASL) Autumn Single Topic Conference 2007 “Innovation in Chronic Hepatitis B Treatment” and The Third Perspective in Liver Diseases	67
- กำหนดการประชุม Post graduation Course 2550	70
- First Announcement: การประชุมวิชาการประจำปีของสมาคมแพทย์ ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย 2550	71
ปฏิทินกิจกรรมของสมาคมฯ ประจำปี 2550/4	74
อ่าลาอาลัย อาจารย์ นายแพทย์เกรียงไกร อัครวงค์	75
คุยกับ บ.ก.	80
ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิกสมาคมฯ	83



คณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯ

วาระ พ.ศ. 2550-2551

- | | |
|---------------------------------|---------------------------------------|
| 1. พญ.ชุตินา ประมูลสินทรัพย์ | นายกสมาคม |
| 2. นพ.องอาจ ไพรสถนทรางกูร | รั้งตำแหน่งนายก |
| 3. นพ.อุดม คชินทร | อุปนายก |
| 4. นพ.ทวีศักดิ์ แทนวันดี | เลขาธิการ |
| 5. พญ.พนิดา ทองอุทัยศรี | รองเลขาธิการ |
| 6. นพ.สิริวัฒน์ อนันตพันธุ์พงศ์ | เหรัญญิก |
| 7. นพ.สมชาย ลีลาฤกษ์วงศ์ | ปฏิคมและสวัสดิการ |
| 8. นพ.กำธร เผ่าสวัสดิ์ | ประธานฝ่ายวิจัย |
| 9. นพ.พิศาล ไม้เรียง | ประธานฝ่ายวิชาการและการศึกษาต่อเนื่อง |
| 10. พญ.ดวงพร ทองงาม | ประธานฝ่ายวารสาร |
| 11. พญ.วัฒนา สุชีไพศาลเจริญ | ประธานฝ่ายการศึกษา
หลังปริญญา |
| 12. นพ.ทองดี ชัยพานิช | ประธานฝ่ายกิจกรรม
สังคม |
| 13. พอ.นพ.วานิช ปิยนันต์ | ประธานฝ่ายสารสนเทศ
และการสื่อสาร |
| 14. พญ.วโรชา มหาชัย | ประธานฝ่ายหาทุน |
| 15. นพ.จรินทร์ โรจน์บวรวิทยา | ประธานฝ่ายจริยธรรม |
| 16. พล.ต.นพ.สุรพล ชื่นรัตนกุล | ผู้แทนชมรมเอ็นโคสโคปี |

- | | |
|-------------------------------|--------------------------------------|
| 17. นพ.ศตวรรษ ทองสวัสดิ์ | ผู้แทนชมรมโมลิตีแห่งประเทศไทย |
| 18. พญ.โฉมศรี โฉมิตชัยวัฒน์ | ผู้แทนกลุ่มวิชัยโรค
กระเพาะอาหาร |
| 19. นพ.บัญชา โอวาทพิารพร | ผู้แทนชมรมลำไส้เล็ก
ลำไส้ใหญ่ |
| 20. พอ.นพ.อนุชิต จูฑะพุทธิ | ผู้แทนชมรมโรคตับแห่ง
ประเทศไทย |
| 21. นพ.ทวี รัตนชูเอก | ผู้แทนชมรมตับอ่อนและ
ทางเดินน้ำดี |
| 22. พญ.เจลิยว ประสงค์สุขสันต์ | กรรมการกลาง |
| 23. นท.นพ.ชินวัตร สุทธิวงษา | กรรมการกลาง |
| 24. นพ.ธีระ พิรัชวิสุทธิ | กรรมการกลาง |
| 25. พญ.นภาพร จำรูญกุล | กรรมการกลาง |
| 26. นพ.นรินทร์ อจละนันท์ | กรรมการกลาง |
| 27. พญ.นุปลา พรธิสาร | กรรมการกลาง |
| 28. นพ.ปิยะวัฒน์ โกมลมิศรี | กรรมการกลาง |
| 29. นพ.พลรัตน์ วิไลรัตน์ | กรรมการกลาง |
| 30. นพ.ราวิน ไชน์ | กรรมการกลาง |
| 31. นพ.รังสรรค์ ฤกษ์นิมิตร | กรรมการกลาง |
| 32. นอ.นพ.วิญญู จันทรสุนทรกุล | กรรมการกลาง |
| 33. นพ.สุนทร ชินประสาทศักดิ์ | กรรมการกลาง |
| 34. นพ.สมบัติ ตริประเสริฐสุข | กรรมการกลาง |
| 35. พญ.อาภัสณี โสภณสฤษฎ์สุข | กรรมการกลาง |
| 36. พญ.กรรณิการ์ พรพัฒน์กุล | ที่ปรึกษา |
| 37. นพ.เกรียงไกร อัครวงศ์ | ที่ปรึกษา |

- | | |
|---------------------------------|-----------|
| 38. นพ.เดิมาชัย ไชยนุวัติ | ที่ปรึกษา |
| 39. นพ.นุสนธ์ กัลลเจริญ | ที่ปรึกษา |
| 40. นพ.พงษ์พีระ สุวรรณกุล | ที่ปรึกษา |
| 41. นพ.พินิจ กุลละวณิชย์ | ที่ปรึกษา |
| 42. พญ.บุษบา วิวัฒน์เวคิน | ที่ปรึกษา |
| 43. นพ.มานิต ลีโทขวลิต | ที่ปรึกษา |
| 44. พ.ต.อ.นพ.วรพันธุ์ เสาวรส | ที่ปรึกษา |
| 45. พล.ต.นพ.วิชัย ชัยประภา | ที่ปรึกษา |
| 46. พญ.วีณา วงศ์พานิช | ที่ปรึกษา |
| 47. พญ.ศศิประภา บุญญพิสิฏฐ์ | ที่ปรึกษา |
| 48. นพ.สมหมาย วิไลรัตน์ | ที่ปรึกษา |
| 49. นพ.สถาพร มานัสสถิตย์ | ที่ปรึกษา |
| 50. นพ.สวัสดิ์ หิตะนันท์ | ที่ปรึกษา |
| 51. นพ.สัจพันธ์ อิศรเสนา | ที่ปรึกษา |
| 52. นพ.สิน อุนราชฎ์ | ที่ปรึกษา |
| 53. นพ.สุริยะ จักกะพาก | ที่ปรึกษา |
| 54. พอ.นพ.สุรพล สุรางค์ศรีรัฐ | ที่ปรึกษา |
| 55. พล.อ.ต.นพ.สุจินต์ จารุจินดา | ที่ปรึกษา |
| 56. นพ.สุชา คุระทอง | ที่ปรึกษา |

รายงานการประชุมคณะกรรมการอำนวยการ สมาคม ครั้งที่ 5/2550

วันศุกร์ที่ 10 สิงหาคม พ.ศ. 2550 เวลา 10.00-12.00 น.
ณ ห้องประชุมเพื่อชาติ ชั้น 19 โรงพยาบาลวิชัยยุทธ, กรุงเทพฯ

รายงานผู้เข้าร่วมประชุม

- | | |
|---------------------------------|-------------------------------------|
| 1. พญ.ชุตินา ประมุขสินทรัพย์ | นายกสมาคม |
| 2. นพ.ทวีศักดิ์ แทนวันดี | เลขาธิการ |
| 3. พญ.พนิดา ทองอุทัยศรี | รองเลขาธิการ |
| 4. นพ.สิริวัฒน์ อนันตพันธุ์พงศ์ | เหรัญญิก |
| 5. นพ.กำธร เผ่าสวัสดิ์ | ประธานฝ่ายวิจัย |
| 6. พอ.นพ.วานิช ปิยนิรันดร์ | ประธานฝ่ายสารสนเทศ
และการสื่อสาร |
| 7. นพ.จรินทร์ โรจน์บวรวิทยา | ประธานฝ่ายจริยธรรม |
| 8. นท.นพ.ชินวัตร สุทธิวนา | กรรมการกลาง |
| 9. นพ.ธีระ พิรัชวิสุทธิ | กรรมการกลาง |
| 10. พญ.นภาพร จำรูญกุล | กรรมการกลาง |
| 11. พญ.บุปผา พรธิสาร | กรรมการกลาง |
| 12. นพ.พลรัตน์ วิไลรัตน์ | กรรมการกลาง |
| 13. นพ.รังสรรค์ ฤกษ์นิมิตร | กรรมการกลาง |
| 14. นพ.สุนทร ชินประสาทศักดิ์ | กรรมการกลาง |
| 15. นพ.เกรียงไกร อัครวงค์ | ที่ปรึกษา |
| 16. พล.ต.นพ.วิชัย ชัยประภา | ที่ปรึกษา |
| 17. พญ.วีณา วงศ์พานิช | ที่ปรึกษา |

18 พล.อ.ต.นพ.สุจินต์ จารุจินดา

ที่ปรึกษา

รายนามผู้ไม่สามารถเข้าร่วมประชุม

1. นพ.องอาจ ไพรสถนธรางกูร รังตำแหน่งนายก
2. นพ.อุดม คชินทร อุตุนายก
3. นพ.สมชาย ลีลาภุศลวงศ์ ปฏิคมและสวัสดิการ
4. นพ.พิศาล ไม้เรียง ประธานฝ่ายวิชาการและการศึกษาต่อเนื่อง
5. พญ.ดวงพร ทองงาม ประธานฝ่ายวารสาร
6. พญ.วัฒนา สุชีไพศาลเจริญ ประธานฝ่ายการศึกษาหลังปริญญา
7. นพ.ทองดี ชัยพานิช ประธานฝ่ายกิจกรรมสังคม
8. พญ.วโรชา มหาชัย ประธานฝ่ายหาทุน
9. พล.ต.นพ.สุรพล ชื่นรัตนกุล ผู้แทนชมรมเอ็นโดสโคปีย์
10. นพ.ศตวรรษ ทองสวัสดิ์ ผู้แทนชมรมโมริลิตีแห่งประเทศไทย
11. พญ.โฉมศรี โสมิตชัยวัฒน์ ผู้แทนกลุ่มวิจัยโรคกระเพาะอาหาร
12. นพ.บัญญัติ โอวาทพิารพร ผู้แทนชมรมลำไส้เล็กลำไส้ใหญ่
13. พอ.นพ.อนุชิต จุฑะพุทธิ ผู้แทนชมรมโรคตับแห่งประเทศไทย
14. นพ.ทวี รัตนชูเอก ผู้แทนชมรมตับอ่อนและทางเดินน้ำดี
15. พญ.เฉลียว ประสงค์สุขสันต์ กรรมการกลาง
16. นพ.นรินทร์ อัจฉะนันท์ กรรมการกลาง

- | | |
|-------------------------------|-------------|
| 17. นพ.ปิยะวัฒน์ โกมลมิศร์ | กรรมการกลาง |
| 18. นพ.ราวิน โชนี | กรรมการกลาง |
| 19. นอ.นพ.วิญญู จันทรสุนทรกุล | กรรมการกลาง |
| 20. นพ.สมบัติ ตรีประเสริฐสุข | กรรมการกลาง |
| 21. พญ.อาภัสณี ไสภณสฤกษ์สุข | กรรมการกลาง |
| 22. พญ.กรรณิการ์ พรพัฒน์กุล | ที่ปรึกษา |
| 23. นพ.เต็มชัย ไชยนุวัตติ | ที่ปรึกษา |
| 24. นพ.นุสนธิ์ กัดัดเจริญ | ที่ปรึกษา |
| 25. นพ.พงษ์พีระ สุวรรณกุล | ที่ปรึกษา |
| 26. นพ.พินิจ กุลละวณิชย์ | ที่ปรึกษา |
| 27. พญ.บุษบา วิวัฒน์เวคิน | ที่ปรึกษา |
| 28. นพ.มานิต ลีโทขวลิต | ที่ปรึกษา |
| 29. พ.ต.อ.นพ.วรพันธุ์ เสาวรส | ที่ปรึกษา |
| 30. พญ.ศศิประภา บุญญพิสิฏฐ์ | ที่ปรึกษา |
| 31. นพ.สมหมาย วิไลรัตน์ | ที่ปรึกษา |
| 32. นพ.สถาพร มานัสสถิตย์ | ที่ปรึกษา |
| 33. นพ.สวัสดี ทิตะนันท์ | ที่ปรึกษา |
| 34. นพ.สังพันธ์ อิศรเสนา | ที่ปรึกษา |
| 35. นพ.สิน อุนราชฎ์ | ที่ปรึกษา |
| 36. นพ.สุริยะ จักกะพาก | ที่ปรึกษา |
| 37. พอ.นพ.สุรพล สุรางค์ศรีรัฐ | ที่ปรึกษา |
| 38. นพ.สุชา คุระทอง | ที่ปรึกษา |

เปิดประชุมเวลา 10.25 น โดยมี พญ.ชุติมา ประมูลสินทรัพย์ เป็น
ประธานในการประชุม

วาระที่ 1 เรื่องที่ประธานแจ้งเพื่อทราบ

พญ.ชุตินา ประมูลสินทรัพย์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

1.1 นพ.พิศาล ไม้เรียง และพญ.ดวงพร ทองงาม ขอลาประชุมเนื่องจากติดภารกิจ

1.2 ขอแสดงความยินดีกับ พญ.ดวงพร ทองงาม ที่ได้รับแต่งตั้งเป็นหัวหน้าภาควิชาสรีรวิทยา คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1.3 บริษัทเซอริงพลาว จำกัด ได้บริจาคหนังสือ Sleisenger & Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease จำนวน 23 ชุด ให้กับสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย เพื่อมอบให้กับแพทย์ประจำบ้านต่อยอด (เฟลโลว์) สาขาอายุรศาสตร์ โรคระบบทางเดินอาหาร ชั้นปีที่ 1

ที่ประชุมมีมติรับทราบ

วาระที่ 2 รับรองรายงานการประชุมครั้งที่ 4/2550

ที่ประชุมมีมติแก้ไขรายงานการประชุมดังนี้

หน้า 3 บรรทัดที่ 11 นับจากบนลงมาล่าง

แก้จาก รพ.รามมา 2 ตำแหน่ง

แก้เป็น รพ.รามมา 3 ตำแหน่ง

หลังจากแก้ไขรายงานการประชุมแล้ว ที่ประชุมมีมติรับรองรายงานการประชุมครั้งที่ 4/2550

วาระที่ 3 เรื่องสืบเนื่องและพิจารณา

3.1 สรุปการจัดประชุมวิชาการกลางปี 2550

นพ.ทวีศักดิ์ แทนวันดี ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

1. มีผู้เข้าร่วมประชุม จำนวน 309 ท่าน
2. มีผู้เข้าร่วมประชุมจากประเทศลาว จำนวน 15 ท่าน

3. รายรับจากการจัดประชุม จำนวน 2,041,000 บาท และรายจ่าย จำนวน 892,335 บาท สรุปมีรายรับมากกว่ารายจ่าย จำนวน 1,148,665 บาท

ที่ประชุมมีมติรับทราบ

3.2 การจัดเตรียมประชุมวิชาการประจำปี 2550 ร่วมกับสมาคมโรคตับแห่งประเทศไทย

นพ.ธีระ พิรัชวิสุทธิ์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบเกี่ยวกับการจัดประชุมวิชาการ Asia-Pacific Association for the Study of the Liver Diseases (APASL) Autumn Single Topic Conference 2007 “Innovation in Chronic Hepatitis B Treatment” and The Third Perspective in Liver Diseases ดังนี้

1. โปรแกรมการประชุมครั้งนี้ ได้จัดทำเสร็จเรียบร้อยแล้ว
2. จัดวันที่ 22-24 พฤศจิกายน 2550 โดยจะเริ่มตั้งแต่วันที่ 22 พฤศจิกายน 2550 สิ้นสุดเวลาประมาณ 13.00 น. ของวันที่ 24 พฤศจิกายน 2550 และต่อด้วยการประชุมวิชาการประจำปีของสมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย
3. สถานที่จัด ณ โรงแรมดุสิตธานีรีสอร์ท จ.ชลบุรี
4. ขณะนี้วิทยากรจากต่างประเทศทุกท่านตอบตกลงที่จะมาเป็นวิทยากรเป็นที่เรียบร้อยแล้ว
5. สำหรับผู้สนใจจะส่ง abstract หรือ free paper สามารถส่งได้ภายในวันที่ 31 สิงหาคม 2550 นี้

ที่ประชุมมีมติรับทราบ

พญ.ชุติมา ประมูลสินทรัพย์ ได้แจ้งแทน นพ.พิศาล ไม้เรียง ประธานฝ่ายวิชาการ ดังนี้

1. กำหนดวันประชุมของสมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

ประเทศไทยคือ วันที่ 24-25 พฤศจิกายน 2550 โดยจะเริ่มตั้งแต่เวลา 13.00 น. ของวันที่ 24 พฤศจิกายน 2550 และสิ้นสุดเวลาประมาณ 18.00 น. ของวันที่ 25 พฤศจิกายน 2550

2. ขอให้ที่ประชุมช่วยพิจารณาวิทยากรบรรยายในช่วง Viranuvatti Lecture ซึ่งมี 2 ท่าน ได้แก่ Prof. Warren และ Prof. Anthony Axon

ที่ประชุมมีมติให้เชิญ Prof. Anthony Axon และที่ประชุมเสนอให้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพิจารณาวิทยากร Viranuvatti Lecture ในครั้งต่อไป

3. Theme การจัดประชุมวิชาการประจำปี 2550 คือ Multimodality approach for better outcome
4. การจัดประชุมวิชาการประจำปี 2550 ครั้งนี้ จะเชิญผู้ได้รับทุนจากสมาคมฯ มาร่วมเสนอผลงานในช่วง Research Highlight ด้วย

ที่ประชุมเสนอดังนี้

1. Research Highlight ควรย้ายมาในช่วงเช้าของวันที่ 25 พฤศจิกายน 2550
2. ประชุมสามัญประจำปี ควรย้ายมาในวันที่ 24 พฤศจิกายน 2550 ทั้งนี้จะได้นำความเห็นดังกล่าวเสนอให้ประธานฝ่ายวิชาการทราบต่อไป

3.3 การสัมมนาปรับปรุงหลักสูตรต่อยอด สาขาอายุรศาสตร์ โรคระบบทางเดินอาหาร

พญ. ชุติมา ประมูลสินทรัพย์ ได้แจ้งแทน พญ. วัฒนา สุชีไพศาลเจริญ ประธานฝ่ายการศึกษาหลังปริญญา ว่าตามที่ได้มีการเลื่อนการประชุมสัมมนาเพื่อปรับปรุงหลักสูตรฯ นั้น ในการนี้จึงขอให้ที่ประชุมช่วยพิจารณา

วันที่ประชุมครั้งใหม่ด้วย

ที่ประชุมเสนอให้จัดประชุมสัมมนาในวันที่ 11-12 มกราคม 2551 และให้จัดประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคมประจำเดือน มกราคม 2551 ไปในคราวเดียวกัน และสำหรับสถานที่จัดประชุมนั้น พญ.ชุตินา ประมูลสินทรัพย์ จะไปคูห้องประชุม ณ มหาวิทยาลัยมหิดล ศาลายา ความคืบหน้าจะแจ้งให้ทราบต่อไป

วาระที่ 4 การดำเนินงานของฝ่ายต่างๆ

นพ.สิริวัฒน์ อนันตพันธุ์พงศ์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

1. สรุปกระแสเงินสตรับ-จ่ายของสมาคม ตั้งแต่เมษายน-มิถุนายน 2550 เอกสารประกอบการประชุมหมายเลข 1
ที่ประชุมมีมติรับทราบ
2. สรุปงบประมาณอนุมัติของแต่ละฝ่ายประจำปี 2550 เอกสารประกอบการประชุมหมายเลข 2
ที่ประชุมมีมติรับทราบ
3. สรุปการใช้จ่ายของแต่ละฝ่ายประจำปี 2550 ตั้งแต่เดือน เมษายน-มิถุนายน 2550 เอกสารประกอบการประชุมหมายเลข 3
ที่ประชุมมีมติรับทราบ

นพ.ชินวัตร สุทธิวนา ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าตามที่ได้รับมอบหมายจาก พญ.วัฒนา สุชีไพศาลเจริญ เพื่อเข้าร่วมประชุมกับคณะกรรมการราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย เมื่อวันที่ 8 สิงหาคม 2550 ที่ผ่านมา จึงขอแจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

1. ด้วยราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย จะดำเนินการตรวจประเมินสถาบันฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน และประเมินสถาบันฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอด สาขาอายุรศาสตร์โรคระบบทางเดินอาหาร

โดยให้เสร็จสิ้นภายในเดือนมีนาคม 2551 และสำหรับการประเมินสถาบัน
ฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดสาขาอายุรศาสตร์โรคระบบทางเดินอาหาร
นั้น จะต้องมีการจัดการจำนวนอย่างน้อย 1 ท่าน ที่ผ่านการอบรม auditor จาก
ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ฯ ร่วมประเมินด้วย ซึ่งสมาคมแพทย์ระบบทางเดิน
อาหารแห่งประเทศไทย มีอาจารย์ที่ผ่านการฝึกอบรมมาแล้ว 3 ท่านคือ
นพ.องอาจ ไพรสณทรวงูร, นพ.ศตวรรษ ทองสวัสดิ์ และนพ.พิศาล ไม่เรียง

ที่ประชุมเสนอให้ นพ.ชินวัตร สุทธิวนา ปริญญาหรือกับ
นพ.วิทยา ศรีตามา ในกรณีที่มีการจัดการทั้ง 3 ท่าน ไม่สามารถไปร่วม
ประเมินได้ จะอนุโลมให้กรรมการนอกสาขาที่ผ่านการอบรม auditor
ร่วมเป็นกรรมการประเมินได้หรือไม่ หรือให้ราชวิทยาลัยฯ จัดการ
อบรมพิเศษให้กับอาจารย์สาขาวิชาโรคระบบทางเดินอาหาร เพื่อจะ
ได้มีจำนวน auditor เพิ่มขึ้น

2. ค่าสมัครสอบแพทย์ประจำบ้านต่อยอด สาขาอายุรศาสตร์
โรคระบบทางเดินอาหาร เดิมอัตราค่าสมัครสอบคนละ 8,000 บาท โดยที่
ทางราชวิทยาลัยจะเก็บค่าดำเนินการคนละ 2,000 บาท และส่งให้สมาคม
คนละ 6,000 บาท ดังนั้นจึงขอปรึกษาอัตราค่าสมัครสอบด้วย

ที่ประชุมได้มีการอภิปรายกันอย่างกว้างและเนื่องจากเวลาไม่
เพียงพอจึงขอเลื่อนการพิจารณาออกไปก่อน

วาระที่ 5 เรื่องอื่นๆ

5.1 พอ.นพ.วานิช ปิยนรินทร์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมว่าขณะนี้ website ของ
สมาคม (www.gastrothai.com) กำลังอยู่ในช่วงปรับปรุงและคาดว่าจะเสร็จ
สมบูรณ์ประมาณเดือนตุลาคม นี้

ที่ประชุมมีมติรับทราบ

5.2 นพ.จรินทร์ โรจนันบรรวิทยา ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าขณะนี้ยัง
ไม่มีการประชุมคณะอนุกรรมการฝ่ายจริยธรรมได้ เนื่องจากช่วงเวลาเดือน

สิงหาคมและกันยายน กรรมการส่วนใหญ่ติดภารกิจกันมาก ดังนั้นจะ
เปลี่ยนแผนการดำเนินงานใหม่ ความคืบหน้าจะแจ้งให้ที่ประชุมทราบต่อไป
ที่ประชุมมีมติรับทราบ

5.3 นพ.เกรียงไกร อัครวงศ์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าได้มีการ
ประชุมคณะกรรมการเงินออมเมื่อวันที่ 12 กรกฎาคม 2550 ที่หัวหิน ซึ่งที่
ประชุมได้มีการพิจารณาเงินออมของสมาคมว่าจะนำเงินออมของสมาคม
มาบริหารจัดการให้เกิดประโยชน์สูงสุด

ที่ประชุมมีมติรับทราบ

5.4 นพ.กำธร เผ่าสวัสดิ์ ประธานฝ่ายวิจัย ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

1. ประมาณวันที่ 4-5 ตุลาคม 2550 จะจัดการอบรม Introduction
Research for GI Fellow
2. บริษัทแอสตราเซนเนกา (ประเทศไทย) ยินดีจะสนับสนุนให้
เฟลโลว์ชั้นปีที่ 2 ที่เสนอผลงานวิจัยดีเยี่ยม ไปร่วมประชุม AGA
ที่สหรัฐอเมริกา

ที่ประชุมมีมติรับทราบ

5.5 พญ.พนิดา ทองอุทัยศรี ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

1. หากอาจารย์ท่านใด, หรือชมรมใด ต้องการประชาสัมพันธ์
ข่าวลงในหนังสือจุลสารสมาคม ก็สามารถติดต่อไปยังฝ่าย
รองเลขาธิการสมาคมได้ที่โทร 0 2201 1387
2. มีผู้สมัครสมาชิกจำนวน 2 ท่าน คือ พญ.ณัชชญา จำรูญกุล
เป็นสมาชิกสามัญ และ ภญ.ดร.มยุรี ตันตีสิริระ เป็นสมาชิก
สมทบ ซึ่งได้ตรวจสอบคุณสมบัติแล้วครบถ้วนตามเกณฑ์
ที่ประชุมมีมติรับรองสมาชิกใหม่ทั้ง 2 ท่าน

ปิดประชุมเวลา 12.35 น.

นพ.ทวีศักดิ์ แทนวันดี

ตรวจทาน

Interhospital Conference 1

นพ.ชาติรัช ชดสูวรรณกุล

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช

ผู้ป่วยชายไทยคู่ อายุ 42 ปี อาชีพขับรถรับจ้าง ภูมิลำเนา จ.บุรีรัมย์

อาการสำคัญ: ปวดท้องและบวมทั่วทั้งตัวมา 7 วัน

ประวัติปัจจุบัน: 1 ปีก่อน มีอาการบวมทั้งตัว เริ่มบวมที่บริเวณขาทั้งสองข้าง ต่อมาบวมทั่วตัว มีอาการตาเหลือง ตัวเหลืองร่วมด้วย ได้ไปรักษาที่ โรงพยาบาล จ.สุรินทร์ นอนรักษาอยู่ 7 วัน หลังจากนั้นอาการค่อยๆ ดีขึ้น แพทย์บอกว่า เป็นโรคตับ หลังออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยอาการปกติ

3 เดือนก่อน ผู้ป่วยมีอาการปวดจุกแน่นท้องบริเวณลิ้นปี่ เป็นๆ หายๆ เป็นมากหลังจากกินอาหาร ปวดแต่ละครั้งนานประมาณ 2-3 ชั่วโมง มีอาการคลื่นไส้ ไม่อาเจียน อุจจาระ บัสสาวะปกติ ได้ไปรักษาที่โรงพยาบาล จ.สุรินทร์ แพทย์บอกว่าเป็นโรคกระเพาะ ได้ยามากินอาการไม่ดีขึ้น ร่วมกับเบื่ออาหาร และถ่ายอุจจาระลำบากขึ้น ต้องเบ่งถ่าย ลักษณะอุจจาระเป็นก้อนแข็งมากขึ้น จากเดิมถ่าย 1-2 ครั้งต่อวัน เปลี่ยนเป็นถ่าย 2-3 วันต่อครั้ง น้ำหนักลดลงจาก 56 กก. เป็น 45 กก.

1 เดือนก่อนมาตรวจที่โรงพยาบาลศิริราช เนื่องจากอาการปวดท้องไม่ดีขึ้น ตรวจร่างกาย มี mild tenderness at upper abdomen แพทย์ผู้ดูแลได้ทำ U/S upper abdomen: Normal size & homogenous echogenicity of liver parenchyma. CBD 7.58 mm in diameter. Gallbladder diffuse thickened wall about 5 mm No pericholecystic fluid. Sonographic Murphy's sign-negative, no ascites และให้ยากลับไปกิน

7 วันก่อน มีอาการบวม โดยเริ่มที่บริเวณเท้าทั้ง 2 ข้าง ก่อน ต่อมาบวมมากขึ้นเรื่อยๆ ท้องโตมากขึ้น หน้าบวม และบวมทั่วทั้งตัวมีอาการปวดท้องน้อยด้านซ้ายปวดตลอด ไม่มีไข้ ปัสสาวะปกติ อุจจาระถ่ายยากขึ้นต้องพยายามเบ่งถ่ายมากขึ้น ถ่าย 2-3 วันต่อครั้ง ถ่ายไม่มีมูกเลือด ไม่ถ่ายดำ น้ำหนักเพิ่มขึ้นเป็น 61.5 กิโลกรัม ผู้ป่วยจึงได้มาโรงพยาบาล

ประวัติอดีต: ปฏิเสธโรคประจำตัวอื่นๆ ปฏิเสธประวัติสัมผัสสัตว์จรด

ประวัติส่วนตัว: ดื่มสุรวันละ 1/2-1 แบน มา 15 ปี เลิกมา 1 ปี
สูบบุหรี่ วันละ 10 มวน มา 15 ปี เลิกมา 1 ปี
กินอาหารสุกๆ ดิบๆ เป็นประจำ
ปฏิเสธประวัติแพ้ยา ปฏิเสธใช้ยาต้ม ยาน้ำมัน ยาลูกกลอน

ประวัติครอบครัว: มารดาได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นไวรัสตับอักเสบบีเมื่อปี 2548 มีพี่น้อง 4 คน แข็งแรงดี แต่งงานแล้ว มีบุตร 2 คน แข็งแรงดี

Physical Examination

- V/S : BT 36.8 °C BP 110/70 mmHg PR 80 /min RR 18/min
- GA : a thai man, good consciousness, mildly pale, no jaundice, no sign of chronic liver disease, puffy eyelid, glossitis, clubbing fingers, edema 3+ both legs
- HEENT : thyroid gland not enlargement
- CVS : JVP 3 cm, PMI 5th ICS left MCL, normal S1 S2 no murmur
- RS : normal breath sound, no adventitious sound
- Abdomen : generalized tenderness with rebound tenderness, no guarding, normal bowel sound, liver & spleen not palpable, liver span 10 cm, normal splenic dullness, fluid shifting and fluid thrill positive
- LN : no superficial lymphadenopathy
- NS : normal

Investigation

- CBC :** Hb10.2 g/dL, Hct 31.5%, MCV 65.3, WBC 10,100/mm³, N 62.3%, L 29.5%, Eo 1.8%, Mo 4.2%, Plt 338,000/mm³
- Urinalysis :** pH 6, Sp.gr 1.015, protein-negative, sugar-negative, wbc 0-1, rbc 0-1, no casts
- LFT:** albumin 1.0 g/dL, globulin 2.8 g/dL, TB/DB 0.2/0.1 mg/dL, AST 20 U/L, ALT 20 U/L, ALP 139 U/L (<117), GGT 13 U/L (<50), PT 16.1 sec (<12.5), PTT 31.5 sec (<30)
- Blood chemistry :** Na137 mEq/L, K 3.6 mEq/L, HCO₃ 28 mEq/L, Cl 108 mEq/L, Chol 63 mg/dL, TG 63 mg/dL, HDL 11 mg/dL BUN 14 mg/dL, Cr 0.4 mg/dL, LDH 380 U/L (<450) ANA-negative

Stool exam

- : no wbc, rbc
- : Stool concentration for parasite negative
- : Stool fat positive
- : Stool occult blood negative

Problem lists

1. Generalized edema & ascites 7 days
2. Abdominal pain with generalized tenderness with rebound 7 days
3. Bowel habit change 3 months
4. Marked hypoalbuminemia

Discussion

ในผู้ป่วยรายนี้มาแสดงอาการด้วยลักษณะของ malabsorption syndrome โดยเฉพาะการสูญเสียโปรตีนเป็นอาการสำคัญคือมีประวัติบวมทั้งตัวรวมทั้งท้องโตขึ้นซึ่งเมื่อ 1 ปีก่อนเคยมีอาการแบบนี้และตรวจร่างกายพบ : ascites, generalized edema, glossitis การตรวจทางห้องปฏิบัติการพบ marked hypoalbuminemia, low cholesterol, low triglyceride สาเหตุสำคัญของการสูญเสียสารอาหารต่างๆ โดยเฉพาะ albumin ซึ่งถ้าพิจารณาจากประวัติที่มีปวดท้องบริเวณ upper abdomen และมีลักษณะการถ่ายอุจจาระเปลี่ยนไป น่าจะเป็นจาก gastrointestinal tract loss มากที่สุด โดยมีพยาธิสภาพที่ small bowel โดยเฉพาะที่ jejunum ซึ่งเป็นส่วนที่มีการดูดซึมสารอาหารมากที่สุด (ร่วมกับการตรวจปัสสาวะอยู่ในเกณฑ์ปกติไม่พบ albuminuria แสดงถึงว่าไม่มีการสูญเสีย albumin ทางไต) ในขั้นต้นทางแพทย์ผู้ดูแลได้ตรวจ ascites โดย abdominal tapping ได้ผลดังนี้

Ascitic fluid : clear, yellowish color, white blood cell $2,920/\text{mm}^3$, PMN 90%, L 6% TP 0.4, albumin 0.1 (serum albumin 1.0) g/dL, Chol 7 mg/dL, TG 29 mg/dl, C/S : Klebsiella pneumoniae ผลที่ได้เข้าได้กับ spontaneous bacterial peritonitis (SBP) ซึ่งไม่อธิบายอาการทางคลินิกของผู้ป่วย และ ค่า SA-AG ในรายนี้ก็ไม่สามารคนำมาแปลผลได้เนื่องจากค่า serum albumin มีค่าต่ำมาก และ SBP ในรายนี้น่าเป็นผลมาจาก marked hypoalbuminemia with ascites มากที่สุด

การสืบค้นในผู้ป่วยรายนี้จึงเน้นหาสาเหตุทาง small bowel lesion ซึ่งขณะนั้นแพทย์ผู้ดูแลคิดถึงโรคดังต่อไปนี้

1. Tuberculous enteritis เนื่องจากเป็นโรคติดเชื้อที่พบบ่อยในไทยและน้อยกว่าร้อยละ 50 ไม่พบ TB infection ที่อวัยวะอื่นๆ ร่วมด้วยได้

2. GI lymphoma โดยเฉพาะ primary GI lymphoma ซึ่ง involve small bowel ได้บ่อยเช่นกัน

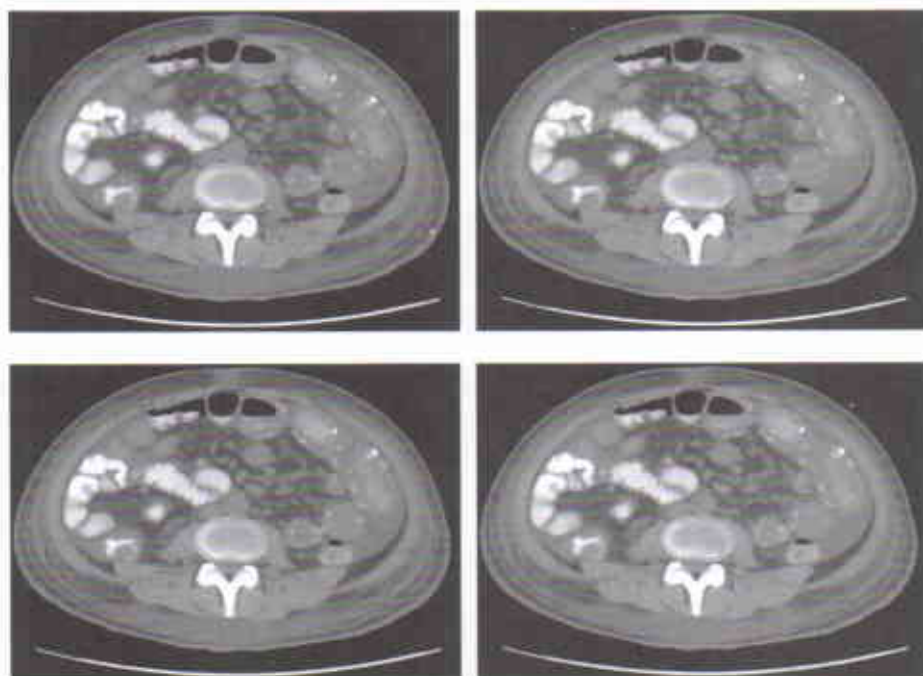
3. Intestinal parasitic infection เช่น capillariasis, giardiasis, strongiloidiasis แต่มีข้อค้านคือผู้ป่วยไม่เคยมีประวัติท้องเสียมาก่อน

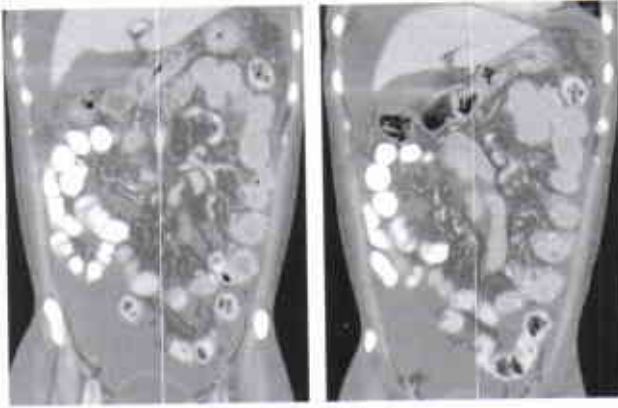
ผลการสืบค้นเพิ่มเติม ทำ GI follow through พบ Multiple of long segment of submucosal lesion at distal jejunum (ภาพที่ 1) และตรวจ Tc-99m Human serum albumin พบ extravasation of injected protein into colon เข้าได้กับภาวะ protein-losing enteropathy

และจากการตรวจร่างกาย ผู้ป่วยมี clinical peritonitis ระหว่างรอสังเกตอาการก่อนที่ผู้ป่วยจะได้ admit ที่แผนกอายุรกรรม เนื่องจาก R/O secondary peritonitis จึงส่ง CT abdomen (ภาพที่ 2) พบ Long segment of wall thickening ที่ jejunum และมี multiple spot calcification & multiple cystic lesion ที่ผนังลำไส้, marked ascites และ multiple mesenteric lymphadenopathy ขนาด 1.2-1.5 cm

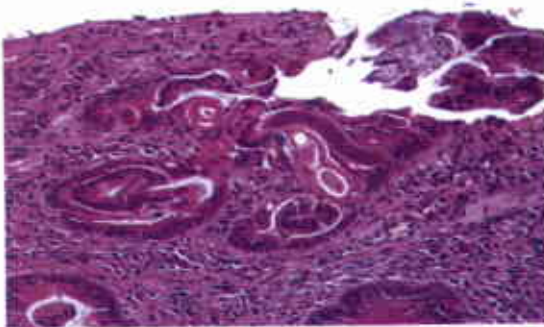


ภาพที่ 1 GI follow through: Multiple of long segment of submucosal lesion at distal jejunum until ileum, normal position of D-J junction, small bowel transit time was 4 hours.





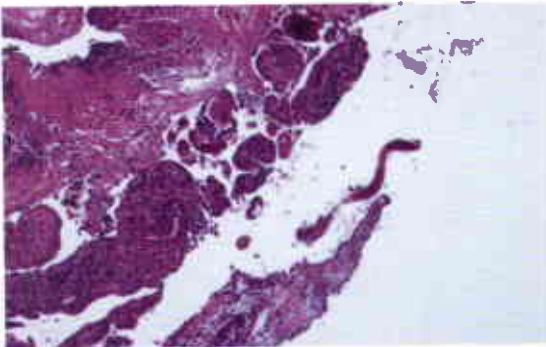
ภาพที่ 2 CT abdomen Finding : Long segment of wall thickening at jejunum especially distal jejunum with multiple spot calcification & multiple cystic lesions in intestinal wall, mark amount of ascites with multiple mesenteric lymphadenopathy 1.2-1.5 cm in diameter



ภาพที่ 3 Histopathology from jejunal biopsy

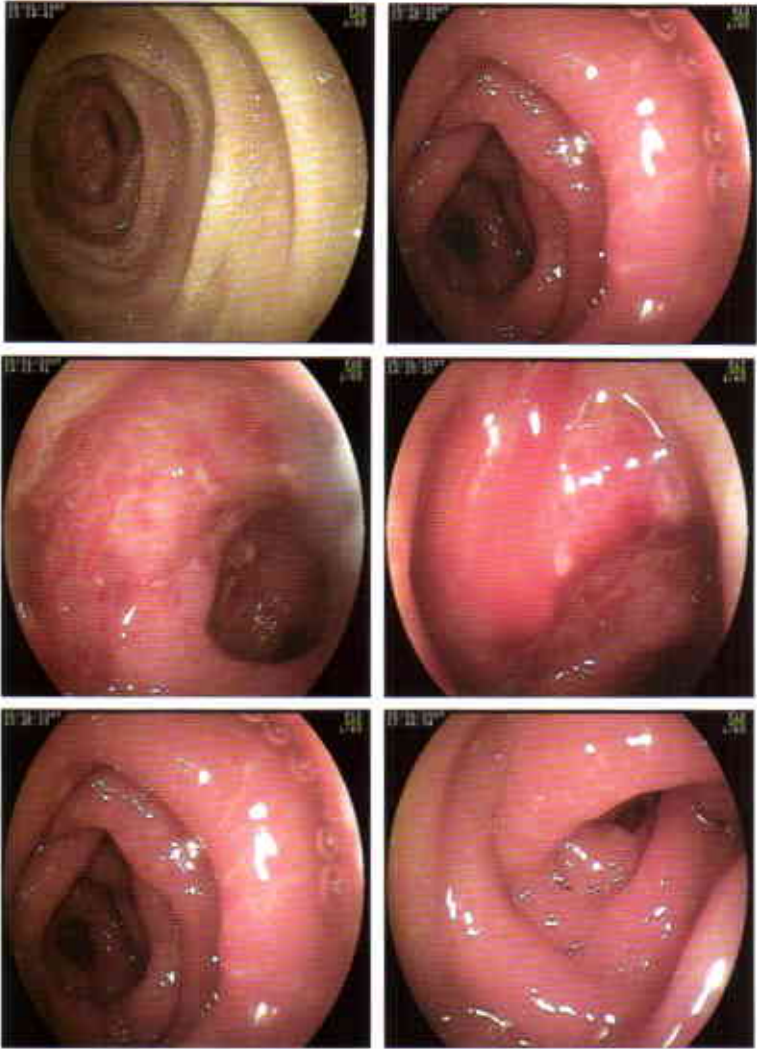
: Proximal jejunum

- mild chronic jejunitis, nonactive, nonspecific with hyperplastic mucosa



: Distal jejunum

- presence of mild eosinophilic infiltration
- presence of parasites with stichosome, compatible with Capillariasis



ภาพที่ 4 Double balloon enteroscopic finding:

- Esophagus stomach & duodenum were normal
- Distal duodenum & proximal jejunum showed diffuse whitish villi with normal mucosa
- Distal jejunum showed diffuse flattening and swelling of villi with whitish exudate & with erosion, biopsy at proximal, distal jejunum

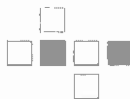


เนื่องจากผลการตรวจเพิ่มเติมพบว่าพยาธิสภาพอยู่ที่บริเวณ jejunum เป็นหลัก แพทย์ผู้ดูแลจึงได้ตัดสินใจทำ Double balloon enteroscopy (ภาพที่ 4) พบ diffuse whitish villi with normal mucosa ที่ distal duodenum & proximal jejunum และ diffuse flattening and swelling of villi with whitish exudate & with erosion ที่ distal jejunum จึงได้ทำ biopsy

ผล histopathology from jejunal biopsy ดังภาพที่ 3 พบว่ามี inflammation of distal jejunum ร่วมกับพบลักษณะที่ typical ของ พยาธิกลุ่ม capillaria จำนวนมาก คือ esophagus มีลักษณะเป็น stichosome (คล้ายไม้เสียบลูกชิ้น) ดังนั้นผู้ป่วยรายนี้จึงให้การวินิจฉัยว่าเป็น intestinal capillariasis ซึ่งมักเกิดพยาธิสภาพที่ jejunum และสามารถอธิบาย clinical ของ malabsorption syndrome ได้ และหลังจากที่ได้รับการรักษาด้วย oral albendazole 400 mg/day เป็นเวลา 30 วัน ผู้ป่วยมีอาการปวดท้องดีขึ้นชัดเจนภายในเวลา 4-5 วันหลังรักษา และอาการบวมร่วมกับ ascitis ก็หายไปรวมทั้งผลตรวจทางห้องปฏิบัติการคือ serum albumin จาก 1.0 g/dL เพิ่มขึ้นเป็น 4.3 g/dL หลังจากรักษาครบ

โดยสรุปแล้วผู้ป่วยรายนี้เป็น intestinal capillariasis ที่มาด้วย atypical presentation คือไม่ได้มาด้วยอาการท้องเสียแต่มาด้วยอาการท้องผูก ซึ่งอาจจะอธิบายได้จากเมื่อไปซักประวัติย้อนหลังพบว่าผู้ป่วยไปซื้อยาฆ่าพยาธิกินตามร้านขายยาเป็นประจำทุกเดือนครั้งละ 2-3 วัน นานเป็นปีเนื่องจากกลัวเป็นโรคพยาธิเพราะชอบกินของสุกๆ ดิบๆ เป็นประจำซึ่งอาจเป็น partial treatment ทำให้อาการท้องเสียไม่มีก็อาจจะเป็นไปได้ ส่วน finding จาก CT abdomen ที่พบ long

segment of wall thickening at distal jejunum with multiple spot calcification & multiple cystic lesions in intestinal wall อาจเป็น jejunitis cystica profunda ซึ่งมีรายงานในผู้ป่วย intestinal capillariasis 2 รายที่มาด้วย peritonitis และได้รับการทำ emergency laparotomy ในประเทศไต้หวันและ jejunitis cystica profunda ก็มีรายงานว่าสามารถพบ calcification ได้ใน intestinal wall ซึ่งจะกล่าวถึงภาวะนี้โดยละเอียดอีกครั้งใน review ของ intestinal capillariasis ในช่วงท้าย



Intestinal Capillariasis

นพ.ชาติชัย ชลสุวรรณกุล

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช

Intestinal capillariasis เป็นโรคติดเชื้อพยาธิ *Capillaria* ในลำไส้เล็ก ซึ่งมีอยู่ 4 species ที่พบในมนุษย์คือ *Capillaria hepatica*, *C.aerophila*, *C.plica*, *C. Philippinensis* โดยเฉพาะ *Capillaria philippinensis* ที่พบบ่อยในประเทศไทย และฟิลิปปินส์ ผู้ป่วยมักมีอาการของท้องเสียเรื้อรังและ malabsorption syndrome ซึ่งถ้าไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างถูกต้องจะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้

Histology & Epidemiology

Chitwood et al. ได้รายงานครั้งแรกเมื่อปี ค.ศ. 1964 ที่ประเทศฟิลิปปินส์ถึงผู้ป่วยชายอายุ 29 ปีที่เสียชีวิตจากเชื้อพยาธิ *capillaria* ด้วยภาวะ malabsorption หลังจากนั้นมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1967 ถึง 1990 มีผู้ป่วย 1,884 คนที่ติดเชื้อพยาธิชนิดนี้และเสียชีวิตจำนวน 110 คนในประเทศฟิลิปปินส์ ส่วนในประเทศไทยมีรายงานครั้งแรกเมื่อปี ค.ศ. 1973 (พ.ศ. 2516) ที่จังหวัดสมุทรปราการ¹ และมีการระบาดเมื่อปี ค.ศ. 1981 (พ.ศ. 2524) ที่จังหวัดศรีสะเกษ โดยมีผู้ป่วย 100 รายและเสียชีวิต 15 ราย² นอกจากนี้มีรายงานพบผู้ป่วยมากตามภาคเหนือ ตะวันออกเฉียงเหนือ และรอบกรุงเทพฯ ปัจจุบันมีรายงานพบผู้ป่วย intestinal capillariasis แพร่กระจายในประเทศอื่นๆ เช่น อียิปต์ ญี่ปุ่น เกาหลี ไต้หวัน และอิหร่าน³

Parasitology

Capillaria philippinensis ซึ่งปัจจุบันได้เปลี่ยนชื่อใหม่เป็น *Paracapillaria (Crossicapillaria) philippinensis* (Moravec, 2001) จัดอยู่ใน superfamily *Trichinelloidea* มีลักษณะคล้ายหนอนพยาธิตัวกลม *Trichuris* Spp. และ *Trichinella* Spp. แต่แตกต่างกันที่ขนาดของตัวเต็มวัยเท่านั้นเองและลักษณะของการเกิดโรคในคนก็แตกต่างกันเช่นกัน

Morphology

ไข่ (egg) รูปร่างแบบ peanut shaped with striated shell inconspicuous flattened bipolar plugs ขนาดประมาณ 36-45 x 20-22 μm โดยมี 2 ลักษณะคือ thick shell เปลือกไข่หนา ผิวขรุขระ (pitting egg shell) และ thin shell (ภาพที่ 1) ซึ่งมีคุณสมบัติเกาะติดกับผนังลำไส้ได้ดีกว่า thick shell และเป็นกลไกที่ทำให้เกิด autoinfection ไข่พยาธิชนิดนี้ต้องแยกจากไข่ของ *Trichuris trichiura* ซึ่งมีลักษณะคล้ายกันมากแต่มีขนาดใหญ่กว่าและลักษณะที่ต่างกันคือ barrel shape with prominent mucoid bipolar plugs ดัง (ภาพที่ 2)

ตัวเต็มวัย (adult) รูปร่างกลม ขนาดเล็ก ผอมบาง ส่วนหัวจะเล็กกว่าส่วนหางเล็กน้อย ด้านหัวจะมีหลอดอาหาร (esophagus) เป็น short muscular portion และถูกล้อมรอบด้วย rows of secretory cells เรียก stichocytes โดย



Thick shell



Thin shell

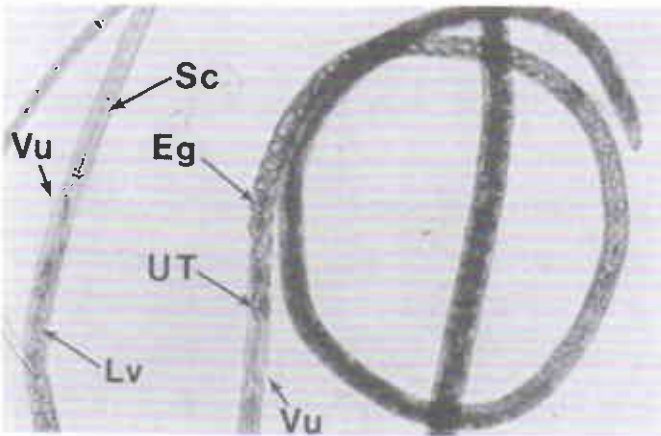
ภาพที่ 1 ไข่พยาธิ *Capillaria philippinensis*



ภาพที่ 2 ความแตกต่างระหว่างไข่ *Trichuris trichiura* (Tt) และ *Capillaria philippinensis* (Cp)

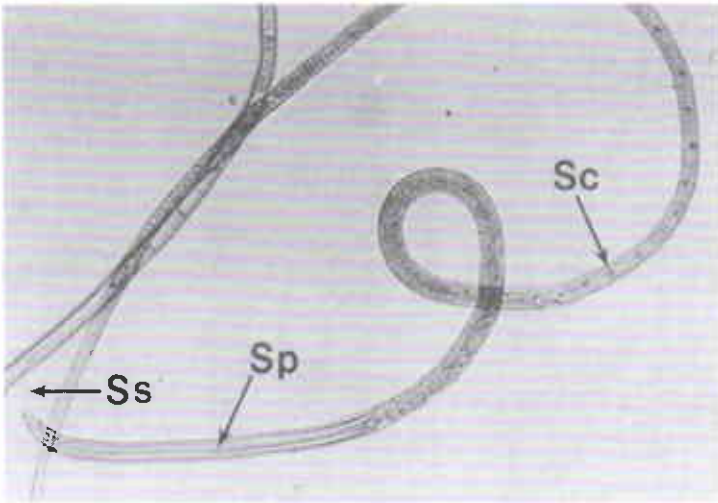
หลอดอาหารทั้งหมดเรียกว่า stichosome เป็นลักษณะกึ่งอนเสียบเรียงกันคล้ายลูกขี้ ส่วนครึ่งหลังของลำตัวจะมีลำไส้และอวัยวะสืบพันธุ์

ตัวเมีย (ภาพที่ 3) ขนาดประมาณ 2.5-5.3 mm ครึ่งล่างที่มีมดลูกมีไข่ที่มีหรือไม่มีตัวอ่อนเจริญอยู่ด้วยได้ พยาธิจึงสามารถออกลูกได้ทั้งชนิดที่เป็นไข่ (oviparous) และเป็นตัวอ่อน (larviparous) ซึ่งเป็นกลไกที่ทำให้เกิด autoinfection อีกวิธี



ภาพที่ 3 Adult female ของ *Capillaria philippinensis* vulva (Vu), uterus (Ut), eggs (Eg), thin-shelled eggs with larvae (Lv)

ตัวผู้ (ภาพที่ 4) ขนาดจะเล็กกว่าตัวเมียเล็กน้อย คือประมาณ 2.3-3.2 mm ลักษณะปลายหางจะแบนแผ่ออก (bursa-like)

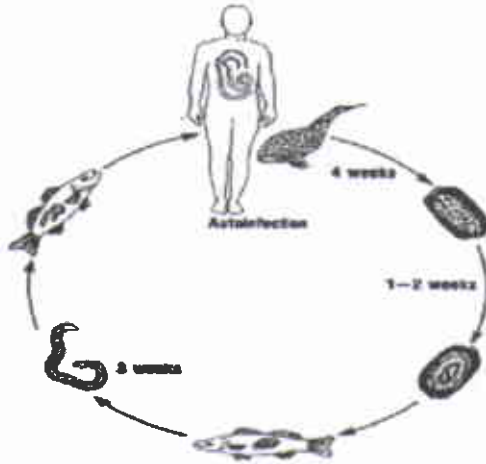


ภาพที่ 4 Adult male ของ *Capillaria philippinensis* spicule (Sp), extended spicular sheath (Ss) and stichocyte (Sc).

วงจรชีวิต (life cycle)

วงจรชีวิตจริงๆ ของพยาธิ *C. philippinensis* ในธรรมชาติยังไม่ทราบชัดเจนนัก โดยคนถือเป็น Accidental host กินตัวอ่อนระยะติดต่อกันที่อยู่ในปลาเข้าไป โดยการกินปลาสุกๆ ดิบๆ ซึ่งพยาธิตัวอ่อนจะเจริญเติบโตเป็นตัวเต็มวัยที่บริเวณเยื่อบุลำไส้ส่วน jejunum เมื่อผสมพันธุ์กันจะออกลูกเป็นตัว (Larviparosis) ซึ่งเป็นกลไกหนึ่งของ internal autoinfection และสามารถจะออกลูกเป็นไข่ได้ แล้วปนมากับอุจจาระของคนและไข่จะถูกนำพาลงน้ำ แล้วปลาซึ่งเป็น intermediat host จะกินเข้าไปและเจริญเติบโตเป็นตัวอ่อนในปลาซึ่งใช้เวลาอย่างน้อย 3-4 สัปดาห์ โดยปลาน้ำจืด 6 ชนิด สามารถเป็นโฮสต์กึ่งกลางของพยาธินี้ได้ เช่น ปลาไน, ปลาชิว, ปลาดตะเพียนขาว,

ปลากริม, ปลาหัวตะกั่ว และปลาหางนกยูง ส่วนระยะเวลารวมทั้งแต่คนกิน ปลาเข้าไปจนพยาธิเพศเมียเจริญเติบโตและออกลูกเป็นไข่ออกมาปนกับ อุจจาระใช้เวลาประมาณ 1 เดือน ดังแสดงในภาพที่ 5



ภาพที่ 5 วงจรชีวิตของพยาธิ *C. philippinensis*

อาการทางคลินิก

ส่วนมากพยาธิ capillaria มักจะอาศัยอยู่ที่บริเวณลำไส้เล็กโดยเฉพาะ ส่วน jejunum มักทำให้ผู้ป่วยแสดงอาการทางคลินิกเสมอโดยเฉพาะอาการของ malabsorption และอาการอื่นที่เด่น ได้แก่ อาการปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสียเรื้อรัง ลักษณะอุจจาระมักเป็นน้ำปริมาณค่อนข้างมากในแต่ละวัน โดยความถี่ในการถ่ายเป็นได้ตั้งแต่ 8-10 ครั้งต่อวัน ในรายที่อุจจาระมากจะสูญเสียเกลือแร่ไปและอาจมีหัวใจวายหรือ septicemia จาก secondary bacterial infection จนเสียชีวิตได้ถ้ารักษาไม่ทันและวินิจฉัยโรคไม่ถูกต้อง นอกจากนี้ยังมีอาการ malaise, anorexia น้ำหนักลด การตรวจร่างกายอาจพบ muscle wasting and weakness, malaise, glossitis, hyporeflexia, distant heart sounds, hypotension, gallop rhythm, pulsus alternans, abdominal distention and ten-

derness, borborygmus, ascites, pitting edema ได้แต่จะไม่พบ hepatosplenomegaly หรือ jaundice⁴

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (laboratory findings)

พบว่าส่วนมากจะมี hypoalbuminemia และจะพบว่ามีระดับ globulin ที่ต่ำลงด้วย ซึ่งโดยรวมแล้วเกิดจากภาวะ protein losing-enteropathy และยังพบ malabsorption ของ fat, sugar และ low levels ของ potassium, sodium, calcium, carotene ร่วมด้วยได้ นอกจากนี้ระดับของ IgE มักสูงและ IgG, IgM, IgA จะต่ำ⁵ ในผู้ป่วยบางรายจะมีระดับของ serum folate ที่ต่ำกว่าระดับของ serum B₁₂ จะอยู่ในเกณฑ์ปกติ เนื่องจากพยาธิสภาพมักอยู่ที่ mucosal ของ jejunum ซึ่งเป็นตำแหน่งของ folic absorption โดยจะต่างกับ tropical sprue ซึ่งพยาธิสภาพอยู่ที่ทั้ง mucosal ของ jejunum และ ileum จึงมีระดับ folate และ B₁₂ ต่ำทั้งคู่

จากการสำรวจทางระบาดวิทยา ผลการวิเคราะห์ผู้ป่วยท้องร่วง 100 ราย จากพยาธิ *Capillaria philippinensis* โดย อ ศุภชัย คุณารัตนพุกฤษและคณะ² ในจังหวัดศรีสะเกษซึ่งได้รับการวินิจฉัยระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2513 ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2525 ซึ่งเป็นการระบาดครั้งแรกในประเทศไทย พบว่าอัตราส่วนชายต่อหญิง 2.3 : 1 ผู้ป่วยร้อยละ 73 อยู่ในกลุ่มอายุ 20-49 ปี ผู้ป่วยเสียชีวิตทั้งสิ้น 15 ราย การตรวจอุจจาระพบไข่พยาธิดังกล่าวทุกราย ยกเว้นผู้ป่วยที่เสียชีวิตที่บ้านซึ่งไม่ได้รับการตรวจอุจจาระ ส่วนการตรวจอุจจาระพบตัวอ่อนหรือตัวแก่ของพยาธินี้เพียงร้อยละ 8.5 อาการทางคลินิกที่รวบรวมในผู้ป่วย 58 คนในรูปแบบ prospective ได้ผลดังนี้

อาการส่วนมากจะค่อยเป็นค่อยไปแต่บางรายอาจเจ็บพลันได้ และพบว่าผู้ป่วยส่วนมากมีอาการ borborygmi ปวดท้องทั่วๆ ไป intermittent หรือ continuous diarrhea ดังแสดงในตาราง

Duration illness before diagnosis	percent
less than 2 weeks	10
2 weeks-2 months	45
2 months-6 months	38
more than 6 minths	7
Symptoms	
borborygmi	100
diarrhea	98
intermittent	80
continuous	20
weight loss	98
anorexia	77
abdominal pain	56
vomiting	29

ส่วนการตรวจร่างกายของผู้ป่วย 58 คนดังกล่าวได้ผลดังนี้

Signs	percent
muscle wasting and weakness	98
inability to stand	18
edema	50
shock on admission	14
borborygmi	100
fever more than 38°C	12

การตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่า eosinophilia (มากกว่าร้อยละ 10) พบเพียงร้อยละ 22 ผู้ป่วยทุกรายมี hypoproteinemia ค่า mean plasma protein ได้ 4.9 g/dL ส่วนค่า mean plasma albumin ได้ 2.4 g/dL และ mean potassium ได้ 2.9 mmol/L ผลการรักษาพบว่าผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นอย่างรวดเร็วเมื่อรักษาด้วย mebendazole 400 มิลลิกรัมต่อวันเป็นเวลา 15 วัน การกลับคืนของพยาธิและอาการท้องร่วงพบร้อยละ 8.6

จากการสำรวจโดย LI-HUA LU และคณะ⁵ ผลการวิเคราะห์ผู้ป่วย
ท้องร่วง 30 รายจากพยาธิ *Capillaria philippinensis* ในประเทศฟิลิปปินส์ ซึ่ง
ได้รับการวินิจฉัยระหว่างเดือนกรกฎาคม ค.ศ. 1983 ถึงเดือนธันวาคม ค.ศ.
2003 พบว่าอัตราส่วนชายต่อหญิง 1.5:1 อายุโดยเฉลี่ยของผู้ป่วยอยู่ที่ 50 ปี
ระยะเวลาของการเจ็บป่วยก่อนการวินิจฉัยมีตั้งแต่ 2 สัปดาห์จนถึง 6 ปี ผู้ป่วย
4 รายมีทั้งอาการท้องเสียและท้องผูก 5 รายมีประวัติเดินทางไปประเทศไทย
และฟิลิปปินส์ ผู้ป่วยประมาณครึ่งหนึ่ง (14 ราย) ปฏิเสธประวัติกินปลาที่
ปรุงไม่สุกซึ่งอาจจะเป็นไปได้ว่าการติดเชื้อมาจากการปนเปื้อนอวัยวะ
ภายในที่ปรุงไม่สุกของปลาที่มี *Capillaria philippinensis* ซึ่งจากข้อมูลนี้แสดง
ให้เห็นว่าถ้าไม่มีประวัติกินปลาน้ำจืดสุกๆ ดิบๆ ก็ยังคงต้องคิดถึง intestinal
capillariasis อยู่ถ้าผู้ป่วยมาด้วยอาการทางคลินิกข้างต้นที่กล่าวมา ในการ
ศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 30 ไม่สามารถให้การวินิจฉัย intestinal capillari-
asis ได้จากการตรวจอุจจาระเพียงอย่างเดียวและจำเป็นต้องตรวจค้นเพิ่ม
เติมทางพยาธิวิทยาโดยจำเป็นต้องได้ชิ้นเนื้อจาก ileum, duodenum, jejunum
โดยวิธี segmental resection จาก laparotomy, panendoscopy, colonofibroscopy
และจากข้อมูลของ Ming-Jong Bair⁷ และคณะซึ่งสำรวจผู้ป่วยท้องร่วง 14 ราย
จากพยาธิ *Capillaria philippinensis* ในประเทศฟิลิปปินส์ระหว่าง ค.ศ. 1983
ถึง ค.ศ. 2001 พบว่ามีผู้ป่วย 3 รายที่ต้องทำ emergency laparotomy เนื่องจาก
มี peritonitis และ 2 ใน 3 รายนี้พบว่าผลทางพยาธิวิทยาเป็น intestinal
capillariasis ร่วมกับ jejunitis cystica profunda ซึ่งมีลักษณะเป็น mucin-filled
cystic spaces โดยที่ผิวจะบุด้วย non-neoplastic columnar epithelium อยู่ใน
ผนังของ small intestine และจะพบเด่นที่ submucosa

Enteritis cystica profunda เป็น irregular distribution ของ glands และ
cysts ที่มี normal appearing glandular epithelium containing mucus and Paneth's
cells ซึ่งเป็นลักษณะของ benign nature⁸ โดยอาจจะดูคล้ายกับ mucinous

adenocarcinoma ของลำไส้ได้ เป็นลักษณะที่พบได้ไม่บ่อยซึ่งเคยมีรายงานใน Peutz-Jeghers polyposis, Crohn's disease, hamartomatous polyp, chronic irradiation enteritis ส่วน mucin-filled cysts ใน bowel wall ที่อยู่นอก mucosal layer คิดว่าเกิดขึ้นหลังจากการที่มี mucosal ulceration หรือ inflammatory damage ต่อ submucosa แล้วมี out growth ของ epithelial elements เข้าไปในผนังลำไส้ชั้นอื่นๆ^{10,11} ectopic epithelial elements มักจะขาด epithelia lining ที่ต่อเนื่องกันและมักถูกล้อมรอบด้วย inflammatory cell นอกจากนี้ยังพบลักษณะอื่นร่วมได้ เช่น calcifications, fibrosis, ossified deposit ใน mucin lake จากลักษณะที่กล่าวมาอาจเป็นไปได้ว่า CT abdomen finding ที่พบในผู้ป่วยที่โรงพยาบาลศิริราช คือ enteritis cystica profunda หรือ jejunitis cystica profunda แต่ก็ยังไม่มีผลพยาธิวิทยาจากชิ้นเนื้อมายืนยัน

การตรวจทางรังสีวิทยา (radiology)

Small bowel radiologic barium examination

บริเวณที่พบผิดปกติมากที่สุด คือ jejunum พบลักษณะ irregularity ร่วมกับ thickened mucosal fold ของ jejunum บางรายพบ smooth contour และ unindented margins of barium filled the ileal loop¹² บางรายอาจพบ loss of vulvulae coneventis และพบ barium ไปเกาะที่ mucosal wall มากๆ เกิดลักษณะ flocculation ได้

Endoscopic Findings ใน Intestinal Capillariasis

มีรายงานความผิดปกติภาพ endoscopic findings โดย enteroscopy ของ small bowel ใน capillariasis พบ segmental erythematous และ swelling ของ proximal jejunal mucosa ร่วมกับมี area ของ superficial erosion และถูกปกคลุมด้วย exudates¹²

การตรวจทางพยาธิวิทยา (histopathology)

ดังที่ได้กล่าวมาแล้วผู้ป่วยบางรายไม่สามารถวินิจฉัย intestinal capillaritis ได้เนื่องจากไม่พบไข่พยาธิในการตรวจอุจจาระจึงจำเป็นต้องได้ชิ้นเนื้อเพื่อมาตรวจทางพยาธิวิทยาโดยวิธีต่างๆ เช่น laparotomy, panendoscopy, colonofibroscope การตรวจวิธีนี้ใช้เป็นการวินิจฉัยโรค intestinal capillaritis โดย duodenal หรือ jejunal aspiration หรือ biopsy นำเอา content มาตรวจดู โดยกล้องจุลทรรศน์ จะพบไข่พยาธิได้จาก duodenal หรือ jejunal content ได้ หรือตรวจพบว่ามีตัวพยาธิที่บริเวณ mucosa ของ jejunum ก็ะวินิจฉัยโรคนี้ได้ ความผิดปกติทางพยาธิวิทยาที่พบบ่อยคือที่ small intestine โดยเฉพาะ jejunum จะพบตัวพยาธิ *C. philippinensis* ในระยะต่างๆ ที่ lumen และ intestinal mucosa และมี atrophy ของ crypt of Lieberkuhn, มี flattened denuded villi, dilated mucosal glands และ lamina propria ของลำไส้ จะพบเซลล์ประเภท plasma cell, lymphocyte, eosinophils, macrophage และ neutrophils infiltration ได้เสมอร่วมกับพบลักษณะ ulcerative และ degenerative lesions ใน intestinal mucosa ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางคลินิกของ malabsorption ร่วมกับการสูญเสียสารน้ำ protein และ electrolyte^{13,14}

การตรวจหาระดับน้ำเหลือง (serology)

ในปัจจุบันมีวิธีการตรวจทาง immunoblot technique นำเข้ามาตรวจวินิจฉัย intestinal capillaria เพราะการตรวจ stool exam นั้นมีความไวไม่มาก จากรายงานของ อ.ผิวพรรณ มาลีวงษ์ และคณะ¹⁵ ที่ได้ทำการศึกษาดูตรวจ serum capillaria antibody ในเลือดของผู้ป่วย โดยนำ antigen ของ *Trichinella spiralis* มาตรวจ โดยการนำโปรตีนแอนติเจนมาแยกน้ำหนักโมเลกุล โดยวิธี Western blot analysis พบว่าการตรวจวิธีนี้ใช้วินิจฉัยโรค intestinal capillaritis โดยมี sensitivity ร้อยละ 100 โดยไม่มีปฏิกิริยาร่วมกับผู้ป่วยโรคอื่น เช่น strongyloidiasis, opisthorchiasis และคนปกติ ซึ่งในทางปฏิบัติการตรวจนี้

มาใช้ได้แม้ในท้องทดลองจะเป็นแอนติเจนของ *T.spiralis* เนื่องจากอาการทางคลินิกของ trichinosis และ intestinal capillariasis แตกต่างกัน

การรักษา (treatment)

การรักษาโรค intestinal capillariasis มีดังนี้

1. Thiabendazole 25 mg/kg/day (1 g/day) นาน 30 วัน ผู้ป่วยส่วนมากตอบสนองดีแต่ข้อเสียคือยามีผลข้างเคียงและผู้ป่วยส่วนหนึ่ง relapses

2. Mebendazole 400 mg/day (two divided doses) นาน 20 วัน ในรายที่เกิด relapse ให้นาน 30 วัน สาเหตุที่เกิด relapse อาจเกิดจาก thiabendazole, mebendazole ไม่มีประสิทธิภาพที่ดีต่อ larva stage

3. Albendazole 400 mg/day (two divided doses) นาน 10 วัน โดยยา albendazole ถือเป็น drug of choice ในปัจจุบันและมีประสิทธิภาพที่ดีต่อทั้ง larvae และ adult worm

หลังจากได้รับการรักษาแล้วอาการจะดีขึ้นและหายไปในเวลาไม่กี่วันจนถึงสัปดาห์ และการตรวจอุจจาระจะไม่พบไข่พยาธิหรือระยะอื่นๆ ของพยาธิหลังจากรักษาประมาณ 4 วัน¹⁴

Reference

1. Pradatsundarasar A., K. Pecharanond, C. Chintanawongs, and P.Ungthavorn. The first case of intestinal capillariasis in Thailand. Southeast Asian J. Trop. Med. Public Health 1973;4:131-4.
2. K. Suphachai, I. Somchai, C. Chanchai, D. Chai, and L. Chaisri. Intestinal capillariasis in Sisaket Province: A Report of 100 Cases. Ramathibodi Med. J 1983;6:253-8.
3. Cross, J. H. Intestinal capillariasis. Parasitol. Today 1990;6:26-8.
4. Whalen, G. E., E. B. Rosenberg, G. T. Strickland, R. A. Gutman, J. H. Cross, R. N. Watten, C. Uylangco, and J. J. Dizon. Intestinal capillariasis. A new disease in man. Lancet 1969;1:13-6.

5. Rosenberg, E. B., G. E. Whalen, H. Bennich, and S. G. O. Johansson. Increased circulating IgE in a new parasitic disease-human intestinal capillariasis. *N. Engl. J. Med* 1970;283:1148-9.
6. Lu LH, Lin MR, Choi WM, Hwang KP, Hsu YH, Bair MJ, Liu JD, Wang TE, Liu TP, Chung WC. Human intestinal capillariasis (*Capillaria philippinensis*) in Taiwan. *Am J Trop Med Hyg* 2006;74:810-3.
7. Bair MJ, Hwang KP, Wang TE, Liou TC, Lin SC, Kao CR, Wang TY, Pang KK. Clinical features of human intestinal capillariasis in Taiwan. *World J Gastroenterol* 2004;10:2391-3.
8. Anderson NJ, Rivera ES, Flores DJ. Peutz-Jeghers syndrome with cervical adenocarcinoma and enteritis cystica profunda. *West J Med* 1984;141:242-4.
9. Kyriakos M, Condon SC. Enteritis cystica profunda. *Am J Clin Pathol* 1978;69:1:77-85.
10. Dikinis S, Bohme WP. Enteritis cystica profunda in a patient with Crohn disease. *Ugeskr Laeger* 2001;163:4755-6.
11. Karnak I, Gogus S, Senocak ME, Akçoren Z, Hiçsonmez A. Enteritis cystica profunda causing ileoileal intussusception in a child. *J Pediatr Surg* 1997;3:1356-9.
12. Sangchan A, Wongsasenook A, Kularbkaew C, Sawanyawisuth K, Sukeepaisarnjaroen W, Mairiang P. The endoscopic-pathologic findings in intestinal capillariasis: a case report. *J Med Assoc Thai* 2007;90:175-8.
13. Sun, S. C., J. H. Cross, H. S. Berg, S. L. Kau, C. Singson, T Banzon, and R. H. Watten. Ultrastructural studies of intestinal capillariasis *Capillana philippinensis* in human and gerbil hosts. *Southeast Asian J. Trop. Med. Public Health* 1974;5:524-33.
14. Cross JH. Intestinal capillariasis. *Clin Microbiol Rev* 1992;5:120-9.
15. Intapan P, Maleewong W, Sukeepaisarnjaroen W, Morakote N. Potential use of *Trichinella spiralis* antigen for serodiagnosis of human capillariasis philippinensis by immunoblot analysis. *Parasitol Res* 2006;98:227-31.
16. Singson, C. N. Recurrences in human intestinal capillariasis. *Philipp. J. Microbiol. Infect Dis* 1974;3:7-13.



Interhospital Conference 2

นพ. ชัยวัฒน์ ประดิษฐ์ทองงาม

หน่วยวิชาระบบทางเดินอาหาร โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 56 ปี อาชีพทำสวน ภูมิลำเนา อ.จอมทอง จ.เชียงใหม่
อาการสำคัญ: ไข้ อ่อนเพลีย น้ำหนักลด เจ็บแน่นใต้ชายโครงขวา 2
เดือนก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติปัจจุบัน: 2 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการไข้ต่ำๆ ทุก
วันติดต่อกัน ต้องทานยาลดไข้ เจ็บท้องบริเวณลิ้นปี่ ได้
ชายโครงขวา ร้าวไปหลัง เจ็บแน่นๆ เสียดยๆ เจ็บตลอด
วัน เจ็บจนไม่สามารถทำสวนได้ อาการเจ็บไม่สัมพันธ์
กับการเปลี่ยนท่าทาง แน่นอึดท้อง ถ้าทานมากจะแน่น
ท้องมาก ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน บัสสาวะปกติ มี
อาการถ่ายเหลวเป็นบางครั้ง ไม่มีอาการปวดบิดๆ
อ่อนเพลีย น้ำหนักลดจาก 61 กก. เป็น 53 กก. ภายใน
ระยะเวลา 2 เดือน ไม่มีอาเจียนเป็นเลือด ไม่มีจ้ำเลือด
ตามตัว ไม่บวม ไปตรวจรักษาที่โรงพยาบาลฮอด อาการ
ยังไม่ดีขึ้นจึงส่งตัวมารักษาต่อที่โรงพยาบาลมหารา
ชนครเชียงใหม่

ประวัติอดีต: ปฏิเสธโรคประจำตัวใดๆ ต้มสุรา (เหล้าขาว) ประมาณ
1 ตอง (1 แก้วเล็ก) ต่อวัน ต้มมาประมาณ 6 ปี เพิ่งเลิก
มา 2 เดือน ไม่สูบบุหรี่

ประวัติครอบครัว: ไม่มีประวัติโรคมาเร็งใดๆ ในครอบครัว

Physical Examination:

Vital sign:	BT 37°C, PR 80/min, RR 20/min, BP 90/60 mmHg
GA:	a middle aged woman, good consciousness
HEENT:	not pale conjunctiva, no icteric sclerae
LN:	no lymphadenopathy
Heart:	regular rhythm, normal S1, S2, no murmur
Chest:	normal contour, no spider nevi
Lung:	clear, no adventitious sounds
Abdomen:	not distend, normal bowel sound, soft, no tenderness Liver- 4 cm below RCM, firm consistency, blunt margin, smooth surface, span 15 cm Spleen-not palpable
Extremities:	no edema
PR:	normal sphincter tone, no mass

Problem List

จากประวัติ การตรวจร่างกาย และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้น สรุปปัญหาของผู้ป่วยได้ดังนี้

1. Fever
2. Weight loss
3. RUQ pain
4. Hepatomegaly

Investigation:

- CBC:** Hb 10.6 g/dL, Hct 32%, MCV 87.4 fL, MCH 27.4 pg, MCHC 31.3 g/dL, WBC 12,000/mm³ (N 82%, Eo 1%, L 12%), Plt 332,000/mm³
- UA:** Yellow, clear, Sp Gr 1.015, pH 5.5, alb-ve, sugar-ve, WBC 1-2,/HPF, RBC 0-1/HPF BUN 11 mg/dL, Cr 1.5 mg/dL Na 141 mmol/L, K 3.7 mmol/L, Cl 100 mmol/L, CO₂ 27 mmol/L
- LFT:** ALP 556 U/L, Chol 172 mg/dL, AST 61 U/L, ALT 32 U/L, TP 7.6 g/dL, Alb 3.5 g/dL, TB 0.65 mg/dL, DB 0.33 mg/dL, Anti HIV-negative

Coagulogram: PT 14.65 (10.93) sec. INR 1.21, PTT 32.8 (29.2) sec

Stool examination: occult blood negative, Stool conc. for parasite not found, no WBC, no RBC AFP 1.02 ng/mL, CA19-9 21.32 U/L, CEA 0.2 ng/ml

CT abdomen:

Multiple varying in size groups of conglomerate small rim-enhancing hypodense lesion scattering within both hepatic lobes and caudate lobe, the largest one is about 6 x 8 cm (ภาพที่ 1)

Circumferential wall thickening of the gastric antrum (ภาพที่ 2)

Minimal ascites at the perihepatic space, hepatorenal and left sub-phrenic spaces.

Multiple lymphadenopathy at the gastrohepatic, porta hepatis, celiac, portocaval, aortocaval and paraaortic regions.



ภาพที่ 1



ภาพที่ 2

Discussion

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุค่อนข้างมาก อาชีพเกษตรกร มาตรวจที่โรงพยาบาลด้วยเรื่องมีอาการไข้เป็นๆ หายๆ น้ำหนักลด จุกแน่นใต้ชายโครงขวา ร่วมกับมีอาการ Dyspepsia และจากการตรวจร่างกายพบว่ามี Hepatomegaly ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบมี Leukocytosis, LFT เป็นลักษณะ ALP สูง, CT scan พบมี multiple hypodense lesion with rim-enhancement และมี circumferential wall thickening of gastric antrum ทำให้นึกถึงกลุ่มโรคทาง Chronic infection หรือ Malignancy ที่ involve liver และ stomach มากที่สุด กลุ่มโรคที่คิดถึงในผู้ป่วยรายนี้คือ

1. Hepatocellular carcinoma ผู้ป่วยอายุค่อนข้างมาก มีอาการอ่อนเพลีย น้ำหนักลด ไข้เป็นๆ หายๆ มี constitutional symptom ตรวจร่างกายพบมีตับโต ไม่มีตาตัวเหลือง ผล lab พบมี alkaline phosphatase ขึ้นสูง
2. Lymphoma เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการทาง gastrointestinal symptom ร่วมด้วย อาจมี malignancy ที่ involve ทั้งใน GI tract และ hepatobiliary system
3. CA stomach จากอาการที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลมีอาการแน่นอึด

ท้องมาก ร่วมกับมี constitutional symptom ตรวจร่างกายพบมีตับโต ซึ่งอาจเกิดจากมี liver metastasis ได้

4. Tuberculosis ผู้ป่วยมีไข้มาประมาณ 2 เดือน ร่วมกับมี weight loss อายุค่อนข้างมาก ตรวจร่างกายพบมี ตับโต ทำให้คิดถึงกลุ่ม Chronic infection ด้วย แม้ผู้ป่วยจะไม่มีอาการ night sweating ไม่มี chest symptom และไม่มี lymphadenopathy ก็ตาม

5. Meliodosis มา present ด้วยอาการแบบ liver abscess ได้ และผู้ป่วยรายนี้มีอาชีพทำสวนซึ่งทำให้มีโอกาสติดเชื้อได้

6. Parasitic infection ที่มา present แบบ liver abscess เช่น echinococcosis, fascioliasis เป็นต้น

ได้ตรวจ Esophagogastroduodenoscopy และ liver biopsy พบ

Esophagogastroduodenoscopy (EGD):

- Esophagus:** normal mucosa
- Stomach:** minimal clear gastric content, gastric fold was generalized hypertrophy. There was a mass-like lesion cover with erythematous mucosa at the greater curve of the antrum
- Duodenum:** normal mucosa
- Histology:** Stomach, antrum: Focal dysplastic foveola, Chronic atrophic gastritis (mild) with focal intestinal metaplasia H.pyroli (-), Neutrophil/eosinophil(1+), Atrophy(2+)
- Liver biopsy:** Necrotic tissue, inflammatory exudate, acute and chronic inflammation with fibrosis, consistent with abscess wall
- Liver FNA:** Presence of some necrotic cells, No definite diagnosis can be made from this specimen

ในระหว่างที่ทำการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติม อาการของผู้ป่วยเริ่มดีขึ้น ไข้เริ่มลดลง อาการปวดท้องหายไป เริ่มกินอาหารได้ อาการแน่นอึดท้องลดลง ในขณะที่ผู้ป่วยไม่ได้รับยาปฏิชีวนะ ได้กินเฉพาะยาแก้ปวด ลดไข้ ซึ่งทำให้นึกถึง Malignancy ลดลง คิดถึง Chronic infection ที่ subside ได้เอง โดยเฉพาะ Parasitic infection มากขึ้น Follow up LFT improve ขึ้นดังแสดงในตาราง

	Jul-05	Aug-05	Oct-05	May-06	Aug-06
Tp	7.6	8.1	6.3	8.4	7.9
Alb	3.5	2.9	3	3.5	3.3
Glob	4.1	5.2	3.3	4.9	4.6
AP	556	303	209	178	143
Chol	172	184	144	134	164
AST	61	19	28	14	21
TB	0.65	0.5	0.33	0.38	0.3
DB	0.33	0.2	0.14	0.09	0.06

ผู้ป่วยได้รับการทำ CT abdomen ซ้ำเพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงของโรค พบว่า ขนาดและขอบเขตของ multiple hypodense lesion both lobes of liver ลดลง gastric antral wall thickening ลดลง (ภาพที่ 3 และ 4)



ภาพที่ 3



ภาพที่ 4



Repeat EGD

Esophagus: normal mucosa

Stomach: clear gastric content. The gastric mucosa was atrophy. There was two mucosal nodules at gastric body. There was an erythematous patch at greater curve of lower gastric body. The antrum was deformed.

Duodenum: a small mucosal nodule was seen at 2nd part duodenum.

Histology: Stomach, antrum: Chronic atrophic gastritis (moderate) with intestinal metaplasia

Duodenum: Attachment of parasite bearing lateral sucker (circumoral hook) and opening at cuticle called sclerotized opening (ภาพที่ 5-8)

Impression: Pentastomiasis

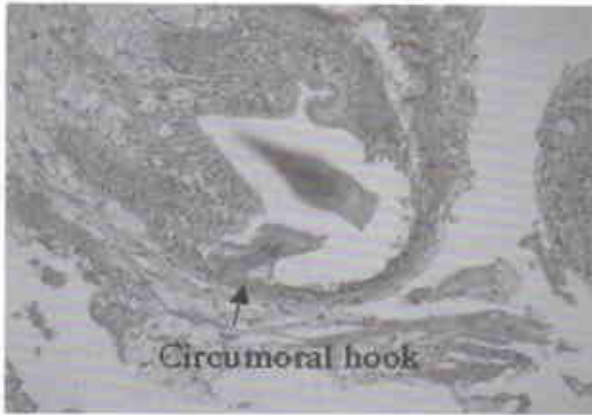


ภาพที่ 5

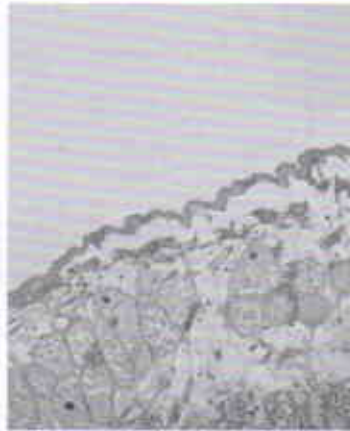


ภาพที่ 6

ภาพที่ 5 และ 6 แสดงลักษณะของตัวพยาธิ Pentastomids ภาพที่ 5 เป็นภาพตัดขวางตัวพยาธิจะเห็นช่องกลางลำตัว ล้อมรอบด้วย striated muscle พยาธิชนิดนี้ไม่มีระบบไหลเวียนและระบบหายใจ จึงจำเป็นต้องมีเปิดบริเวณข้างลำตัวเพื่อใช้หายใจ (Sclerotized opening) ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของพยาธิชนิดนี้ ภาพที่ 6 เป็นภาพขยายบริเวณผนังลำตัว)



ภาพที่ 7



ภาพที่ 8

ภาพที่ 7 และ 8 บริเวณส่วนหัวของตัวพยาธิจะมีตะขอยื่นออกมาบริเวณด้านข้างปาก (ภาพที่ 7) เรียกว่า circumoral hook ซึ่งปกติจะมี 2 คู่ หรือ 4 อัน ทำให้ดูคล้ายเป็น ปากของพยาธิรวมเป็น 5 ปาก อันเป็นที่มาของชื่อ Pentastomids หรือ Pentastome ภาพ ที่ 8 แสดง cuticle, sclerotized opening และ subcuticular gland เช่นเดียวกับภาพที่ 6



Pentastomiasis

นพ. ชัยวัฒน์ ประดิษฐ์ทองงาม
หน่วยวิชาการระบบทางเดินอาหาร โรงพยาบาลนครราชสีมา

Pentastomiasis เป็นโรคที่เกิดจากการมีปรสิต pentastome อยู่ในร่างกาย ซึ่งเป็นโรคที่พบได้ค่อนข้างน้อย ส่วนใหญ่เป็นการรายงานผู้ป่วยจากการตรวจพิสูจน์ศพและพบโดยบังเอิญ (incidental finding) ปรสิตชนิดนี้จัดอยู่ใน Phylum arthropoda, Class Pentastomida^{1,2} ดูเหมือนๆ ภายนอกคล้ายตัวหนอนพยาธิ แต่ความจริงไม่ใช่เพราะมีลักษณะก้ำกึ่งระหว่าง Arthropod กับ ปลิง และทาก แยกเป็นสอง Family คือ Family Porocephalidae และ Family Linguatulidae ดังภาพ

Kingdom Animalia

Phylum Arthropoda

Superclass Crustacea

Class Pentastomida

Order Porocephalida

Family Porocephalidae

Genus Porocephalus, Arnilifer, Pentastoma

Species P. Crotali, A. arnilatus, A. moniliformis

A. grandis, Pentastoma najae

Family Linguatulidae

Genus Linguatula

Species Linguatula serrata

ภาพที่ 1 แสดงการจำแนกกลุ่มของปรสิต Pentastome³

พยาธิชนิดนี้มีลักษณะดังนี้

1. ลำตัวมีลักษณะ bilaterally symmetrical และ vermiform ช่องในลำตัวเป็นช่องเดี่ยวตลอดความยาวของลำตัว
2. มีระยะตัวอ่อน 3 ระยะ
3. ไม่มีระบบหายใจ และระบบไหลเวียน, ไม่มี excretory organs ที่ลำตัวจึงมีรูเปิดที่ cuticle เพื่อใช้สำหรับหายใจ เรียกว่า sclerotized opening
4. ตัวยาวไม่แบ่งชัดเจนเป็นส่วนตัว ส่วนอก หรือส่วนท้อง อาจตัวแบนคล้ายดิน มีวงรอบๆ ตลอดความยาวของส่วนท้องคล้ายเป็นปล้องๆ หรืออาจตัวกลมรูปทรงกระบอก มีรอยคั่นรอบตัวคล้ายเป็นปล้องๆ ตลอดลำตัวส่วนท้อง จำนวนวงหรือรอยคั่นรอบตัวนี้ ใช้แยกชนิดของพยาธิ
5. ด้านหน้าของหัว มีปาก 1 ปาก และอวัยวะส่วนยื่นยึดหัดได้ รูปร่างคล้ายตะขอยู่ข้างๆ ปาก (Circumoral hook) ข้างละ 1 คู่ ใช้เกาะเนื้อของ host⁴



ภาพที่ 2 Circumoral hook

ประวัติความเป็นมา

พยาธิชนิดนี้ เชื่อว่ามีในสัตว์เลื้อยคลานมาแต่โบราณ การติดเชื้อ pentastomiasis ในสัตว์ มีรายงานครั้งแรกในปี พ.ศ. 2330 โดย Chabert ศัลยแพทย์ชาวฝรั่งเศสเป็นผู้พบ *L. serrata* ในโพรงจมูกของสุนัขและม้า ปัจจุบันพบในสัตว์ต่างๆ ทั่วโลก ส่วนใหญ่พบในสัตว์เลื้อยคลาน เช่น งู เป็นต้น

สำหรับการติดเชื้อในคน มีรายงานครั้งแรกในปี พ.ศ. 2390 โดย Pruner ในกรุงโคโร⁵ ต่อมาพบผู้พบและรายงานในที่อื่นๆ เช่น แอฟริกา ยุโรป เอเชีย และสหรัฐอเมริกา โดยพบมากในแอฟริกา ตะวันออกกลาง และในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้

สำหรับในประเทศไทย พรชัย ศิริสัมพันธ์ และคณะเป็นผู้รายงานผู้ป่วย Pentastomiasis เป็นคนแรกในปี พ.ศ. 2511 โดยพบตัวอ่อนของพยาธิ Family Porocephalidae (*A. moniliformis*) อยู่เป็นอิสระในช่องท้องของผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 34 ปี ขณะแพทย์ผ่าท้องของผู้ป่วยเพื่อที่จะตัดรังไข่ที่เป็นถุงน้ำ⁶ หลังจากนั้นมีการรายงานผู้ป่วย Pentastomiasis ในประเทศไทยอีกเป็นระยะๆ โดยในช่วงปี พ.ศ. 2511-2539 มีรายงานผู้ป่วยทั้งหมด 9 ราย ซึ่งทุกรายพบเป็นระยะตัวอ่อนของพยาธิ Family Porocephalidae ดังแสดงในตาราง

ตารางที่ 1 ประวัติการพบปรสิต Family Porocephalidae ในประเทศไทย

รายที่	ปี พ.ศ.	ผู้ป่วย	อายุ (ปี)	ระยะปรสิตที่พบ	อวัยวะที่พบ	วิธีที่พบ
1	2511	หญิง	34	nymph	ในช่องท้อง	ขณะผ่าตัดโรคถุงน้ำรังไข่ ⁶
2	2512	-	-	nymph	-	ตัวอย่างตรวจจากภาควิชาพยาธิวิทยา*
3	2513	ชาย	-	nymph	omentum	ขณะผ่าตัดโรคถุงน้ำดีอีกเสบเรื้อรัง*
4	2519	ชาย	54	nymph	jejunum	ขณะผ่าตัดสำรวจช่องท้องผู้ป่วย obstructive jaundice ⁷
5	2523	หญิง	42	nymph	ในช่องท้อง	Autopsy ผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง ³
6	2524	หญิง	31	nymph	lung	จากการเอกซเรย์ปอด และ lung biopsy ⁸
7	2535	ชาย	48	nymph	omentum	ขณะผ่าตัด Epigastric mass ⁹
8	2539	ชาย	27	nymph	liver	ขณะผ่าตัดสำรวจช่องท้องผู้ป่วยจากสาเหตุถูกยิง*
9	2539	หญิง	34	nymph	omentum	ขณะผ่าตัดผู้ป่วยเพื่อทำหมัน ¹⁰

* จากบันทึกของภาควิชาปรสิตวิทยา คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

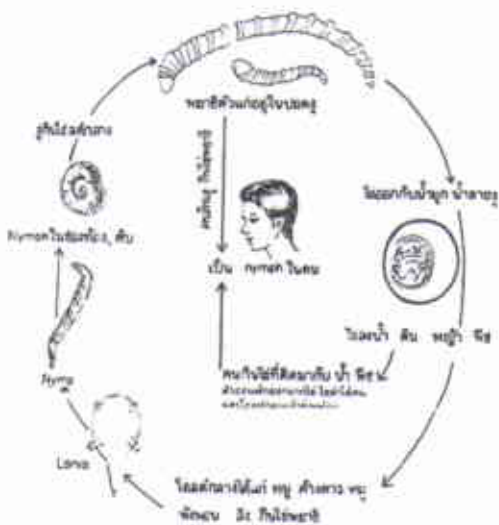
รูปร่าง เชื้อวิทยา และวงจรชีวิต

พยาธิใน Class Pentastomida นี้ แบ่งออกเป็น 2 Family ที่สำคัญคือ

Family Porocephalidae

พยาธิกลุ่มนี้มีอยู่ 5 ชนิด ชนิดที่พบบ่อยคือ *Armilifer armilatus* พบในแถบแอฟริกา เช่น อียิปต์ แคมเบีย กานา คองโก ไนจีเรีย เป็นต้น และ *Armilifer moniliformis* ซึ่งพบในเอเชีย เช่น มานิลา ซวา จีน ธิเบต รวมทั้งไทย ลักษณะลำตัวของพยาธิกลุ่มนี้ เป็นรูปทรงกระบอก มีรอยควั่นรอบลำตัวหลายวงดูคล้ายเป็นปล้องๆ ต่อกัน¹¹ (Annulations) ลำตัวมีสีเหลืองสด หรือสีขาวย พยาธิตัวเมียมีขนาดยาว 9-13 ซม. กว้างประมาณ 0.5-0.9 ซม. ตัวผู้มีขนาดยาว 3-4.5 ซม. กว้าง 0.3-0.4 ซม. มีผิว (cuticle) เรียบไม่มีหนาม ตัวอ่อนมี 3 ระยะ คือ primary larva, secondary larva และ third stage larva หรือ nymph

วงจรชีวิตของพยาธิชนิดนี้ ตัวพยาธิตัวแก่จะอาศัยอยู่ในปอดของ Definitive host ซึ่งได้แก่ ภู จิ้งจก ตุ๊กแก และสัตว์เลื้อยคลานอื่นๆ พยาธิจะไชออกมาปนกับน้ำมูก น้ำลายของภู หลังจากนั้นไชจะตกอยู่ตามดิน น้ำ หญ้า และพืชผักต่างๆ สัตว์ที่เป็น intermediate host ได้แก่ หมู หมา ค้างคาว พังพอน ลิง รวมทั้งคน จะกินไชเข้าไป ตัวอ่อนจะไชทะลุลำไส้ของ intermediate host เข้าไปอยู่ตามอวัยวะต่างๆ และเจริญเติบโตจนเป็นตัวอ่อนระยะ nymph ต่อมาเมื่อภูกิน intermediate host เข้าไป nymph จะคืบคลานเข้าไปอยู่ในปอดภู เจริญเติบโตเป็นตัวแก่ สำหรับคนจะได้รับพยาธิตัวนี้เข้าไปในร่างกายได้สองทางคือ บังเอิญกินไชที่ปะปนกับน้ำ และพืชผักต่างๆ เข้าไป หรือจากการกินภู nymph จะเจริญเติบโตในร่างกายคน พบได้ในอวัยวะต่างๆ เช่น ตับ ปอด ม้าม เป็นต้น

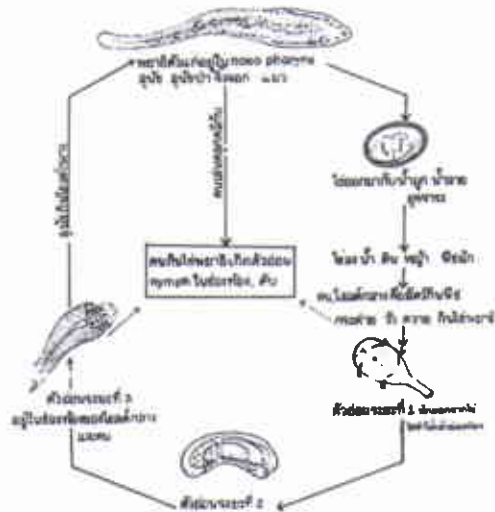


ภาพที่ 3 แสดงวงจรชีวิตของพยาธิ Family Porocephalidae³

Family Linguatulidae

พยาธิในกลุ่มนี้ที่สำคัญ และทำให้เกิดโรคในคนคือ *Linguatula serrata* ซึ่งมีลักษณะรูปร่างเป็นตัวแบนๆ คล้ายลิ้นจึงมีชื่อเรียกอีกชื่อหนึ่งว่า Tongue worm บริเวณลำตัวส่วนท้องมีรอยคล้ายเป็นวงๆ รอบตัว ลำตัวทั้งสองข้างมีหนามเล็กๆ เรียงชิดกันตามขวางอยู่ที่ขอบล่างของวง (Spiny cuticle) พยาธิตัวเมียมีความยาวประมาณ 10-13 ซม. กว้างประมาณ 1 ซม. ส่วนพยาธิตัวผู้มีความยาว 3-4 ซม. กว้าง 0.3-0.4 ซม. ตัวอ่อนของพยาธิจะมี 3 ระยะ คือ primary larva มีความยาวประมาณ 75 micron เมื่อโตขึ้นและผ่านการลอกคราบ 2 ครั้งจนมีความยาวประมาณ 0.25-0.5 มม. จะมีรูปร่างคล้ายระยะไข่โม่งของลูกน้ำยุง ระยะนี้ยังไม่มีส่วนปาก และ circumoral hook เรียกว่า secondary larva ต่อจากนั้นจะผ่านการลอกคราบอีกหลายครั้ง และเจริญเป็นระยะ Third stage larva หรือ Nymph ซึ่งจะมี circumoral hook ตัวยาวประมาณ 4-6 มม. มีวงรอบตัวประมาณ 80-90 วง และมี spiny cuticle ระยะนี้จะมีรูปร่างเหมือนตัวเต็มวัยแต่มีขนาดเล็กกว่า

พยาธิชนิดนี้ มี definitive host คือ mammalian carnivores ได้แก่ สุนัข แมว สุนัขจิ้งจอก เป็นต้น และ intermediate host คือ herbivores เช่น กระต่าย วัว ควาย แพะ แกะ รวมทั้งคนด้วย วงจรชีวิตเริ่มจากตัวเต็มวัยที่อาศัยอยู่ในโพรงจมูก, frontal sinus และ nasopharynx ของ definitive host ไข่ออกมาปนกับ น้ำมูก น้ำลาย รวมทั้งอุจจาระ จากนั้นไข่จะผ่านเข้าไปที่ intermediate host ผ่านทางการปนเปื้อนใน น้ำ ดิน หญ้า และ พืชผักต่างๆ ตัวอ่อนจะฟักออกจากไข่ในลำไส้ และไชทะลุลำไส้เข้าไปในช่องท้องไปตามอวัยวะต่างๆ ในช่องท้อง เช่น ตับ เป็นต้น จากนั้นจะเจริญเติบโตจนเป็นระยะ nymph ซึ่งสามารถมีชีวิตอยู่ได้นาน 2-3 ปี เมื่อสัตว์เหล่านี้ถูกกินโดยสัตว์กินเนื้อ nymph เหล่านี้ก็จะคืบคลานไปอยู่ที่โพรงจมูก และ nasopharynx ลอกคราบและเจริญเป็นตัวเต็มวัย พยาธิตัวแก่จะสามารถมีชีวิตอยู่ในสุนัขหรือสัตว์อื่นได้ ประมาณ 2 ปี สำหรับคนซึ่งเป็น intermediate host สามารถได้รับพยาธิเข้าไปในร่างกายได้สองทางคือ เล่นคลุกคลีกับสุนัขและแมว หรือกินไข่พยาธิเข้าไปผ่านการปนเปื้อนในดิน น้ำ และพืชผักต่างๆ



ภาพที่ 4 แสดงวงจรชีวิตของพยาธิ Family Linguatulidae (tongue worm)³



Ammilifer amilatus



Linguatula serrata

ภาพที่ 5 แสดงลักษณะของพยาธิ Family porocephalidae และ Linguatulidae

อาการแสดงทางคลินิก

การติดเชื้อพยาธิ Pentastomids นี้ ส่วนใหญ่จะไม่มีอาการ ตัวอ่อนของพยาธิจำนวนมากสามารถอยู่ในร่างกายมนุษย์ได้โดยไม่ทำให้เกิดอาการอุดตัน หรือเกิด immune response ที่รุนแรง

อาการที่พบบ่อย (Visceral disease) เกิดหลังจากคนบังเอิญกินไข่พยาธิที่ปะปนอยู่ในน้ำหรือพืชผัก หรือจากการเล่นคลุกคลีกับสุนัข แมว หรือจากการรับประทานเนื้อที่ปรุงไม่สุก ตัวอ่อนในไข่จะฟักออกจากไข่ และไซทะเลลล่าไส้คนเข้าช่องท้อง เดินทางไปเจริญเป็นระยะ nymph มีถุงหุ้มตัว (หรืออาจไม่มีก็ได้) อยู่ในอวัยวะต่างๆ ในช่องท้อง เมื่อ nymph เจริญเติบโตมากขึ้นสามารถทำให้เกิดอาการตามอวัยวะต่างๆ ได้ เช่น เกิดการอุดตันในลำไส้ทำให้มีอาการปวดท้อง อาเจียน ท้องผูก หรือท้องเสียได้ เกิดการอุดตันในท่อน้ำดีเกิด obstructive jaundice หรือเกิดมี inflammatory reaction

ตามอวัยวะต่างๆ¹² เช่น peritonitis, pneumonitis, meningitis, pericarditis¹³ และ nephritis เป็นต้น ถ้าหากจำนวนตัวอ่อนหรือ nymph เหล่านี้มีไม่มากนัก inflammatory reaction อาจไม่รุนแรง และหายได้เอง จากนั้นตัวอ่อนเหล่านี้เมื่ออยู่นานๆ เข้าก็จะตายและสลายไปเหลือเป็นเศษๆ บางส่วนของตัวอยู่ในก้อนมีหินปูนมาเกาะ ในภาพเอกซเรย์จะเห็นเป็นรูปตัว ซี (C-shaped Calcification)

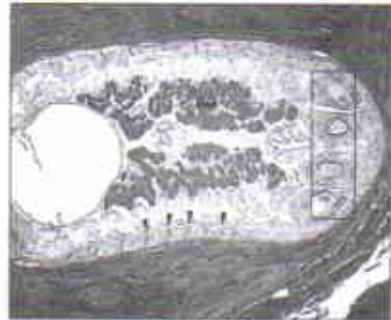
กลุ่มอาการที่พบบ่อยรองลงมา (Nasopharyngeal disease) เกิดจากตัวอ่อนระยะ nymph ของ *Linguatula serrata* เรียกว่า Halzoun syndrome (หรือเรียกว่า Marrara กรณีที่พบในชูดาน) ซึ่งเกิดจากการรับประทานเนื้อแพะ หรือเนื้อแกะที่ปรุงไม่สุก (รวมทั้งเครื่องในสัตว์ เช่น ตับ กระเพาะ ปอด เป็นต้น) ตัว nymph อาจจะไปเกาะอยู่ตาม pharynx หรือ nasopharynx โดยตรง หรือถูกกลืนลงไปในกระเพาะอาหารแล้วคลานขึ้นมาเกาะติดกับ pharynx หรือ nasopharynx ก็ได้ ผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บคั่นในคอ ไอ จาม น้ำมูก น้ำตาไหล เสียงแหบ หายใจลำบาก กลืนลำบาก อาเจียน บวมบริเวณหน้า หูหนวกชั่วคราว ต่อม้ำเหลืองบริเวณคอโต อาการมักจะหายได้เองภายใน 7-10 วัน โดยตัว nymph จะหลุดไปเอง¹⁴

การวินิจฉัย

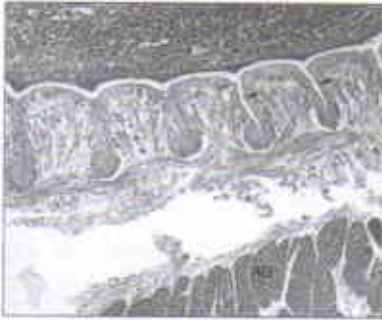
เนื่องจากผู้ป่วย Pentastomiasis ส่วนใหญ่จะไม่มีอาการ ดังนั้นจึงมักตรวจพบจากการตรวจพิสูจน์ศพ (autopsy) หรือตรวจพบโดยบังเอิญตามอวัยวะต่างๆ ที่มีอาการ เช่น ในตับ หรือในช่องท้อง เป็นต้น หรือตรวจพบจากการเอกซเรย์พบ calcified nymph เป็นภาพ C-shaped หรือ crescent shaped ตามที่ต่างๆ ในร่างกาย



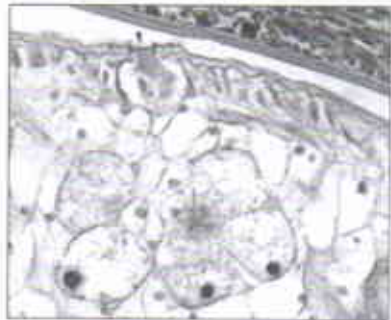
ภาพที่ 6



ภาพที่ 7



ภาพที่ 8

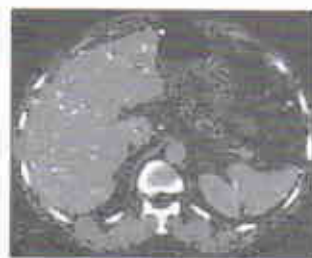


ภาพที่ 9

ภาพที่ 6-9 แสดงลักษณะของตัวอ่อนพยาธิที่พบตามทีต่างๆ ในร่างกาย ลักษณะที่สำคัญของพยาธิชนิดนี้คือ มีตะรอบบริเวณปาก 2 คู่ (ภาพที่ 7) บริเวณผิวหนังมีตัว (cuticle) จะมีรอยหยักเป็นวงๆ รอบตัว และเนื่องจากพยาธิชนิดนี้ไม่มีระบบหายใจจึงมีรูเปิดบริเวณข้างลำตัวเรียกว่า Sclerotized opening (ภาพที่ 9) เพื่อใช้สำหรับหายใจ¹⁵



ภาพที่ 10



ภาพที่ 11

ภาพที่ 10-11 แสดงลักษณะ crescent-shaped calcified lymph ในช่องท้องจาก plain abdomen (ภาพที่ 10) และ calcified larva ใน mesentery, peritoneum, liver parenchyma และ spleen จาก CT abdomen¹⁶ (ภาพที่ 11)

การรักษา

พิจารณาเป็นรายๆ ไป แล้วแต่การวินิจฉัยว่าพบในอวัยวะใด ส่วนใหญ่ไม่ต้องรักษาเนื่องจากมักไม่มีอาการและตรวจพบจากการตรวจศพ หรือจากการเอกซเรย์ ถ้าผู้ป่วยมีอาการรุนแรง เช่นมี obstruction, perforation หรือมี severe inflammatory reaction มักต้องรักษาโดย surgical removal สำหรับกรณีที่เป็น Halzoun syndrome ต้องระมัดระวังเรื่อง airway obstruction ในบางรายที่มีอาการรุนแรง¹⁷

การป้องกัน

1. ไม่ควรรับประทานเนื้อสัตว์ที่ปรุงไม่สุกโดยเฉพาะเนื้องู และสัตว์เลื้อยคลานอื่นๆ (คนไทยภาคเหนือนิยมรับประทานเนื้องูสิง) รวมถึงการรับประทานพืช หรือผักสดต่างๆ ควรล้างให้สะอาดหรือทำให้สุก เพื่อหลีกเลี่ยงการรับประทานไข่พยาธิที่สามารถปนเปื้อนมาได้
2. ปรับปรุงเรื่องสุขอนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชนโดยเฉพาะเรื่องน้ำดื่ม
3. ไม่คลุกคลีกับสัตว์ เช่น สุนัข แมว สัตว์เลื้อยคลาน หรือสัตว์กินเนื้ออื่นๆ ที่ปัจจุบันเริ่มนิยมนำมาเลี้ยงกันมากขึ้น และควรล้างมือทุกครั้งหลังจากสัมผัสสัตว์เหล่านี้
4. ผู้ที่มีอาชีพเกี่ยวข้องกับสัตว์ที่อาจมีพยาธินี้ ควรระมัดระวังการติดต่อกับไข่พยาธิ เช่น พนักงานสวนสัตว์ คนในคณะละครสัตว์ ผู้เลี้ยงสัตว์ ผู้ที่จับสัตว์ป่า เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. Haugerud RE. Evolution in the pentastomids. Parasitology Today 1989;5:126-32.
2. Riley J. The biology of pentastomids. Adv Parasitol 1986;25:46-128.
3. ทรงวุฒิ เทศเจริญ, ทวี เลหาพันธ์. เพนตอสโตมิดา, รายงานผู้ป่วยโรค พอโรเซฟาโลเอสิสรายที่ 5 ของประเทศไทย. แพทยสมาคม 2529;15:209-19.

4. Zaman, Vigar and Keong, Loh Ah. Handbook of Medical Parasitology, 2nd ed. Churchill Livingstone, London, 1989
5. Cannon, D. A. "Linguatid Infestation of Man." Annals of Tropical Medicine 1942;36:160-7
6. พรชัย ศิริสัมพันธ์, ปรีชา สถิตนิมานการ, วิจิตร ไชยพร. โรคพอโรเซฟาโลเอสิส รายงานผู้ป่วยโรคพอโรเซฟาโลเอสิสรายแรกแห่งประเทศไทย. จพสท 2511;61:631.
7. อำนาจ สารสาส, ปรีชา สิงหนเดช, อรุณ เผ่าสวัสดิ์, นิวัฒน์ จันทรวงศ์. เพ็นตะสโตมิเอสิส ลักษณะทางกล้องจุลทรรศน์ และรายงานผู้ป่วย 1 ราย. แพทยสภาสาร 2519;5:542-8.
8. กฤตยา มนูญปัจจุ. เพ็นตะสโตมิเอสิส ในประเทศไทย. เวชสารโรงพยาบาล นครราชสีมา 2524;5:163-8
9. กำธร ธรรมประเสริฐ. Visceral Pentastomiasis: รายงานผู้ป่วย 1 ราย. เชียงใหม่ เวชสาร 2535;31:135-8.
10. สุภัทรา เตียวเจริญ, สุศักดิ์ สุวุฒโท, แก้วกาญจนา มังคลานนท์, สมควร สุวุฒโท. Pentastomiasis: รายงานผู้ป่วย 1 ราย. วารสารเทคนิคการแพทย์ เชียงใหม่ 2542;32:54-9.
11. Guerrant Richard L., Walker David H., Weller Peter F. Tropical Infectious Diseases. Churchill Livingstone, Philadelphia, 1999.
12. D H Connor, F.W. Chandler. Pathology of Infectious Diseases. Appleton & Lange, Stanford, Conn., 1997
13. Maria A. Abadi, Gloria Stephney, Stephen M. Factor. Cardiac Pentastomiasis and Tuberculosis: The Worm-Eaten Heart. Cardiovasc pathol 1996;5:169-74.
14. Drabick, JJ "Pentastomiasis " Reviews of Infectious Diseases 1987;9:1087-94.
15. Thomas C. Orihel, Lawrence R. Ash. Parasites in Human Tissues. American Society of Clinical Pathologist Chicago, IL 1995.
16. Philip A. Mackowiak. Multiple Thoracoabdominal Calcifications in a Healthy West African Man. CID 2004;39:1524-6
17. Strickland Thomas G. Hunter's Tropical Medicine, 7th ed. W.B. Saunders Company, 1991

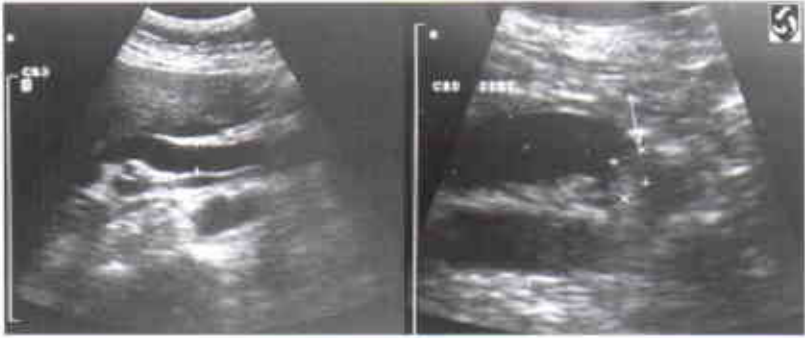


QUIZ...ตอบปัญหาชิงรางวัล

สวัสดิ์ค๊ะ สมาชิกและผู้สนใจทุกท่าน คำถามฉบับนี้เป็นครั้งที่ 4 มี 3 ข้อใหญ่ อย่าลืมเขียนคำตอบลงในกระดาษคำตอบที่จัดไว้ในเล่ม หรือในกระดาษเปล่าได้ และส่งมาที่ “พญ.พนิดา ทองอุทัยศรี หน่วยโรคทางเดินอาหาร ภาควิชาอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี ถนนพระราม 6 เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400” และวงเล็บมุมของด้านล่าง “ตอบคำถาม QUIZ ครั้งที่ 4/2550” ภายในวันที่ 30 ตุลาคม 2550 สำหรับคำตอบของครั้งที่ 3 จะอยู่ถัดจากคำถามครั้งนี้

คำถาม ครั้งที่ 4/2550

1. ผู้ป่วยหญิงอายุ 68 ปี มาด้วยอาการแน่นท้อง น้ำหนักลด ตาเหลือง ค้นตามตัวมา 2 เดือน ทำ Ultrasound upper abdomen และ endoscopy (side view) ได้ผลดังภาพ (40 คะแนน)



Ultrasound upper abdomen

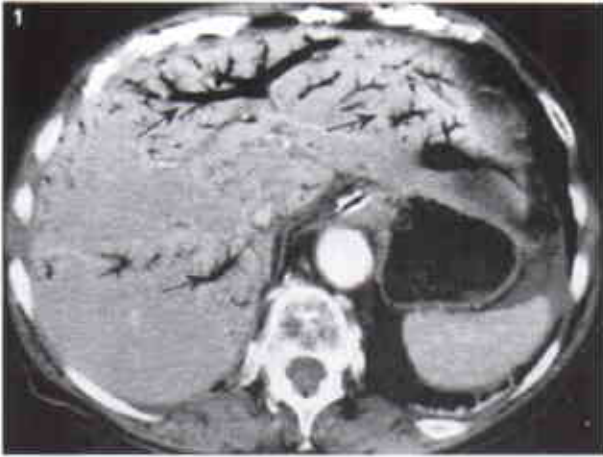


Endoscopic finding

- 1.1 จงบรรยายสิ่งผิดปกติที่พบจาก Ultrasound upper abdomen
20 คะแนน
- 1.2 จงบรรยายสิ่งผิดปกติที่พบจาก endoscopy (side view)
10 คะแนน
- 1.3 จงให้การวินิจฉัย
10 คะแนน

2. จากภาพ CT abdomen

(30 คะแนน)



2.1 จงบรรยายสิ่งผิดปกติที่พบ

20 คะแนน

2.2 บอกวินิจฉัย

10 คะแนน

3. จาก skin lesion ที่พบ

(30 คะแนน)



- 3.1 จงให้การวินิจฉัย skin lesion 10 คะแนน
- 3.2 จงบอกโรคระบบทางเดินอาหารที่พบร่วมกับ lesion นี้มากที่สุด และควรส่งตรวจอะไรเพิ่มเติม 20 คะแนน



กระดาษคำตอบ

ครั้งที่ 4/2550

กรณียื่นด้วยตัวบรรจง

1. นายแพทย์ แพทย์หญิง ชื่อ-สกุล

2. คุณวุฒิ

GI Fellow อายุรแพทย์สาขาโรคระบบทางเดินอาหาร

แพทย์ทั่วไปหรือแพทย์เชี่ยวชาญสาขาอื่นๆ

3. ที่อยู่ปัจจุบัน (ที่สามารถติดต่อและส่งจดหมายถึงได้) บ้านเลขที่

ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง

จังหวัด..... โทรศัพท์

4. ที่ทำงาน

..... โทรศัพท์..... โทรสาร

1. ผู้ป่วยหญิงอายุ 68 ปี มาด้วยอาการแน่นท้อง น้ำหนักลด ตาเหลือง
คันตามตัวมา 2 เดือน ทำ Ultrasound upper abdomen และ endos-
copy (side view) ได้ผลดังภาพ (40 คะแนน)

1.1 จงบรรยายสิ่งผิดปกติที่พบจาก Ultrasound upper abdomen (20 คะแนน)

.....
.....
.....

1.2 จงบรรยายสิ่งผิดปกติที่พบจาก endoscopy (side view) (10 คะแนน)

.....
.....
.....



1.3 จงให้การวินิจฉัย

(10 คะแนน)

2. จากภาพ CT abdomen (30 คะแนน)

2.1 จงบรรยายสิ่งผิดปกติที่พบ

(20 คะแนน)

2.2 บอกวินิจฉัย

(20 คะแนน)

3. จาก skin lesion ที่พบ (30 คะแนน)

3.1 จงให้การวินิจฉัย skin lesion

(10 คะแนน)

3.2 จงบอกโรคระบบทางเดินอาหารที่พบร่วมกับ lesion นี้มากที่สุด และควร
ส่งตรวจอะไรเพิ่มเติม

(10 คะแนน)

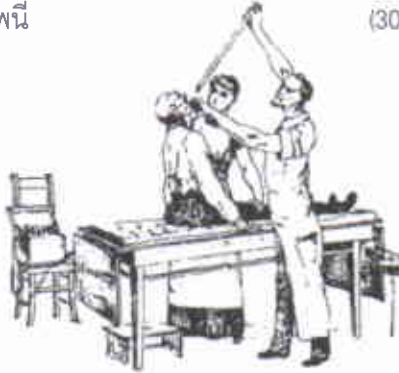
ส่งคำตอบมาที่ “พญ.พนิดา ทองอุทัยศรี หน่วยโรคทางเดิน
อาหารฯ ภาควิชาอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี ถนนพระราม 6
เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400” และวงเล็บมุมของด้านล่าง “ตอบคำถาม
QUIZ ครั้งที่ 4/2550” (ภายในวันที่ 30 ตุลาคม 2550)

เฉลยคำตอบ

QUIZ...ครั้งที่ 3/2550

1. จากภาพนี้

(30 คะแนน)



1.1 ภาพนี้แสดงการตรวจอะไรและเทคนิคการตรวจเรียกว่าอะไร
(20 คะแนน)

คำตอบ การตรวจ a hollow, rigid metal tube-the first gastro-
scope เทคนิคการตรวจ sword-swallower

1.2 ผู้ที่คิดค้นวิธีการตรวจนี้ชื่ออะไร (10 คะแนน)

คำตอบ Adolf Kussmaul ในปี ค.ศ. 1868

(Ref. J R Coll Physicians Edinb 2003;33:124-134)

2. ผู้ป่วยหญิงอายุ 76 ปี เป็นโรคความดันโลหิตสูง COPD, hypothyroidism และ osteoporosis มาด้วยอาการอาเจียนเป็นเลือด อ่อนเพลีย เวียนศีรษะ หน้ามืด 1 วัน หลังจาก resuscitation ได้ทำ EGD พบ a large clot with well circumscribed, sharply margined mucosal defect with pulsatile extrinsic compression at the 26 cm mark from incisor ดังภาพ (40 คะแนน)



2.1 จงให้การวินิจฉัย (20 คะแนน)

คำตอบ aorto-esophageal fistula

2.2 การที่เลือดสามารถหยุดได้เองเรียกว่าอะไร และการดำเนินโรคต่อไปเป็นอย่างไร (20 คะแนน)

คำตอบ "herald bleed" มักจะตามมาด้วย fatal GI bleeding

(Ref. www.ispub.com/.../ijim/vol5n2/fistula.xml)

3. ผู้ป่วย อายุ 47 ปี มาด้วยอาการ ไข้ ปวดท้อง 2 เดือน ตรวจ U/S พบ multiple space-occupying lesions in the Open liver biopsy จาก histopathology ที่พบ (30 คะแนน)



จงให้การวินิจฉัย

คำตอบ Fasciola hepatica, a liver fluke

คุณถาม-เราตอบ

สวัสดิ์ค๊ะ สมาชิกและผู้อ่านทุกท่าน คอลัมน์ “คุณถาม-เราตอบ” ที่ทางทีมงานได้จัดทำขึ้นเพื่อเปิดโอกาสให้ทุกท่านได้ส่งคำถามที่สงสัยหรือนำสนใจตลอดจนแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เกี่ยวกับโรกระบบทางเดินอาหาร ท่านสามารถส่งคำถามมาทางไปรษณีย์บัตรหรือจดหมายมาที่ คอลัมน์ “คุณถาม-เราตอบ” หน่วยโรคทางเดินอาหารฯ ภาควิชาอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ ถนนพระราม 6 กทม. 10400 ทางทีมงานจะช่วยกันตอบปัญหาหรือปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้คำตอบแก่ทุกท่าน และคัดเลือกคำถามที่น่าสนใจลงในคอลัมน์ “คุณถาม-เราตอบ” ของจุลสารสมาคมฯ ในฉบับต่อไป

ถาม : ในการรักษาผู้ป่วย IBD จะตัดสินใจให้ยา infliximab เมื่อไร วิธี การให้ยาและการประเมินว่าได้ผลหรือไม่ ควรจะหยุดยาหรือให้ต่อ

ตอบ : Infliximab เป็น monoclonal antibody ต่อ tumor necrotic factor (TNF) ที่มีคุณสมบัติเป็น chimeric คือประกอบด้วยลำดับที่เป็นของมนุษย์ ร้อยละ 75 และของหนูร้อยละ 25¹

จากการศึกษาพบว่า Infliximab สามารถใช้ในการรักษา inflammatory bowel disease ได้ผลดีในผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ ซึ่งถือเป็นข้อบ่งชี้ในการรักษา ดังต่อไปนี้^{2,3}

1. Crohn's disease และ ulcerative colitis ที่มีความรุนแรงปานกลาง หรือรุนแรงมากและไม่ตอบสนองต่อการรักษาที่ถูกต้องและเพียงพอด้วยการ

ให้คอร์ติโคสเตียรอยด์หรือยากดภูมิคุ้มกันหรือไม่สามารถทนต่อผลข้างเคียงของคอร์ติโคสเตียรอยด์หรือยากดภูมิคุ้มกันได้

2. Crohn's disease ที่มี fistulas และไม่ตอบสนองต่อการรักษาที่ถูกต้องและเพียงพอด้วยยาปฏิชีวนะ การผ่าตัดระบายหรือยากดภูมิคุ้มกัน

วิธีการใช้ Infliximab^{2,4}

เมื่อมีข้อบ่งชี้ในการใช้ Infliximab แล้วในลำดับต่อมาจำเป็นจะต้องพิจารณาว่ามีข้อห้ามในการใช้ Infliximab หรือไม่ โดยข้อห้ามในการใช้ Infliximab ได้แก่^{2,5}

1. วัณโรคระยะไม่สงบหรือมีการติดเชื้อที่รุนแรงอื่นๆ เช่น sepsis, มีฝีหนองหรือมีการติดเชื้ออวัยวะ โดยเฉพาะในกรณีของวัณโรคนั้นถึงแม้ผู้ป่วยไม่มีอาการก็ควรทำเอกซเรย์ปอดและทำ tuberculin skin test ทุกราย โดยจะถือว่าผลเป็นบวกถ้ามี induration > 5 มม.

2. หัวใจวายเลือดคั่งปานกลางถึงรุนแรง (New York Heart Association Class III หรือ IV)

3. มีประวัติแพ้ Infliximab หรือแพ้โปรตีนจากหนู

4. สงสัยโรค demyelinating, optic neuritis หรือมีประวัติของมะเร็งหรือมะเร็งต่อมน้ำเหลือง

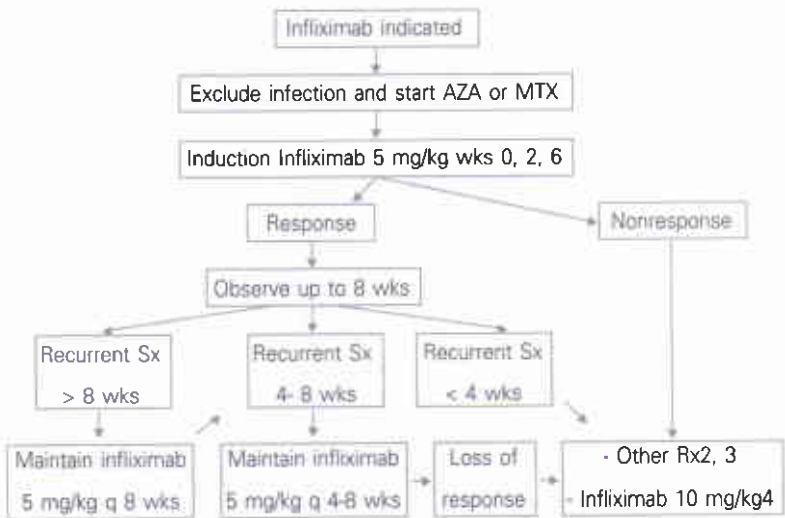
นอกจากนี้ยังควรตรวจว่ามีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีหรือไม่และควรจะให้การรักษาเพื่อป้องกัน reactivation ในกรณีที่ผู้ป่วยมีการติดเชื้ออยู่⁵

สำหรับขนาดของ Infliximab ที่ใช้ในการรักษาเพื่อทำให้ inflammatory bowel disease สงบนั้นคือ 5 มก.ต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม หยดเข้าเส้นเลือดดำในเวลา 2 ชั่วโมงที่สัปดาห์ที่ 0, 2 และ 6 ตามลำดับ ซึ่งถ้าผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาก็จะให้ Infliximab ต่อทุก 4-8 สัปดาห์เพื่อให้คงระยะสงบต่อไป แต่ถ้าผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาก็อาจจะเพิ่มขนาด Infliximab เป็น 10 มก.ต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม⁴ หรือเปลี่ยนการรักษาเป็นวิธีอื่น^{2,3} (ภาพที่ 1) โดยเกณฑ์ที่ใช้ในการบอกว่ามีการตอบสนองต่อการ

รักษาคือ มีค่า Crohn's disease activity index (CDAI) ลดลง > 70 คะแนนและ > ร้อยละ 25 ของค่าคะแนนก่อนการรักษา⁶, มีค่าคะแนน Mayo score ลดลง > 3 คะแนน^{7,8} หรือมีการปิดของ fistula มากกว่าร้อยละ 50⁹ ส่วนเกณฑ์ในการบอกว่าโรคอยู่ในระยะสงบคือมีค่าคะแนน CDAI < 150 คะแนน⁶ หรือมีค่า Mayo score < 2 คะแนน

เนื่องจากการให้ Infliximab อาจทำให้เกิด antibodies to infliximab (ATI) ได้ ซึ่ง ATI ที่เกิดขึ้นนี้จะสัมพันธ์กับการเกิด infusion reaction และการลดลงของการตอบสนองต่อการรักษาด้วย Infliximab

อย่างไรก็ตามการเกิด ATI นี้สามารถป้องกันได้โดยการให้ Infliximab อย่างสม่ำเสมอทุก 4-8 สัปดาห์ (maintenance treatment) แทนที่จะให้เมื่อมีอาการกำเริบอีก (episodic treatment) นอกจากนี้ยังพบว่าการใช้ immunomodulators เช่น azathioprine หรือ methotrexate ร่วมด้วยยังอาจลดการเกิด ATI และการดื้อยาได้⁹ ส่วนเมื่อเกิดการดื้อต่อ Infliximab แล้วก็ต้องรักษาเช่นเดียวกับในผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาตั้งแต่แรก



ภาพที่ 1 แนวทางการใช้ infliximab ในการรักษา inflammatory bowel disease (ดัดแปลงจากเอกสารอ้างอิงที่ 2, 3, 4)⁹

เอกสารอ้างอิง

1. Summers RW. Novel and future medical management of inflammatory bowel disease. *Surg Clin North Am* 2007;87:727-41.
2. Lichtenstein GR, Abreu MT, Cohen R, Tremaine W. American Gastroenterological Association Institute technical review on corticosteroids, immunomodulators, and infliximab in inflammatory bowel disease. *Gastroenterology* 2006;130:940-87.
3. Lichtenstein GR, Abreu MT, Cohen R, Tremaine W. American Gastroenterological Association Institute medical position statement on corticosteroids, immunomodulators, and infliximab in inflammatory bowel disease. *Gastroenterology* 2006;130:935-9.
4. Sands BE. New therapies for the treatment of inflammatory bowel disease. *Surg Clin North Am* 2006;86:1045-64.
5. Reddy JG, Loftus EV, Jr. Safety of infliximab and other biologic agents in the inflammatory bowel diseases. *Gastroenterol Clin North Am* 2006;35:837-55.
6. Hanauer SB, Feagan BG, Lichtenstein GR, Mayer LF, Schreiber S, Colombel JF, Rachmilewitz D, Wolf DC, Olson A, Bao W, Rutgeerts P. Maintenance infliximab for Crohn's disease: the ACCENT I randomised trial. *Lancet* 2002;359:1541-9.
7. Jarnerot G, Hertervig E, Friis-Liby I, Blomquist L, Karlen P, Granno C, Villen M, Strom M, Danielsson A, Verbaan H, Hellstrom PM, Magnuson A, Curman B. Infliximab as rescue therapy in severe to moderately severe ulcerative colitis: a randomized, placebo-controlled study. *Gastroenterology* 2005;128:1805-11.
8. Rutgeerts P, Sandborn WJ, Feagan BG, Reinisch W, Olson A, Johanns J, Travers S, Rachmilewitz D, Hanauer SB, Lichtenstein GR, de Villiers WJ, Present D, Sands BE, Colombel JF. Infliximab for induction and maintenance therapy for ulcerative colitis. *N Engl J Med* 2005;353:2462-76.
9. Sands BE, Blank MA, Patel K, van Deventer SJ. Long-term treatment of rectovaginal fistulas in Crohn's disease: response to infliximab in the ACCENT II Study. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2004;2:912-20.



...GAT News...



งานประชุมวิชาการ Basic Science for GI Fellow
ครั้งที่ 1 ปีการศึกษา 2550
วันที่ 25-26 สิงหาคม 2550 ณ โรงพยาบาลวิชัยยุทธ



รศ.พญ.วอลนา สุทธิไพศาลเจริญ
ประธานฝ่ายการศึกษาหลังปริญญา
กล่าวเปิดงาน



GI Fellows จากทุกสถาบัน
เข้าร่วมประชุม

*Scientific Program***APASL Single Topic Conference on Innovative of CHB Management****12 November 2007, Thursday**

08.15 - 08.30	Opening Remarks	15.40 - 16.10	Predictability in Chronic HBV
08.30 - 09.00	Update in Natural History of HBV Infection; Do we really understand it? Chairman: Termchai Chalnuvati, Thailand Yun-Fan Liaw, Taiwan		Chairman: Swaporn Chalnuvati, Thailand
09.00 - 10.30	Symposium on HBV management Chairman: Chutima Pramoolsinsap, Thailand		Disease progression (15 min) Tawesak Tanwandee, Thailand
09.00 - 09.30	Treatment Goals : CanCHB be cured? : In the view of virologist (15 min) Stephen Locarnini, Australia	16.10 - 16.30	Treatment response (15 min.) Kwang Hyub Han, Korea
	: In the view of Hepatologist (15 min) Ching Lung Lal, Hong Kong	16.30 - 17.00	Management of CHB with normal ALT Nancy Leung, Hong Kong
09.30 - 10.10	Current optimal HBV Treatment : in HBeAg-positive CHB (20 min) Lim Seng Gee, Singapore		Update APASL consensus on management of Chronic Hepatitis B. Chairman: Masao Omata, Japan
	: in HBeAg-negative CHB (20 min) Pietro Lampertico, Italy	17.00 - 18.30	Yun-Fan Liaw, Taiwan
0.10 - 10.30	Emerging therapy for chronic hepatitis B Ching Lung Lal, Hong Kong		Roche Symposium "The role of immune control: Achieving durable response without resistance in CHB"
10.30 - 10.50	Coffee break		
10.50 - 11.30	Workshop on Drug resistance Chairman: Teerha Piratvisuth, Thailand		
10.50 - 11.10	Can we prevent emergence of drug resistance? Jia-Hong Kao, Taiwan		
1.10 - 11.30	Management of drug resistance HBV Rong-Nan Chien, Taiwan		
1.30 - 12.30	Debate: There is still a role for interferon in treatment of HBeAg-negative Chairman: Teerha Piratvisuth, Thailand Pro : George Lau, Hong Kong Con : Nancy Leung, Hong Kong		
2.30 - 14.00	GSK Luncheon Symposium " Lamivudine: the cornerstone of chronic hepatitis B management"		
4.00 - 14.40	Symposium on Management of HBV in special groups Chairman: Anuchit Chutaputti, Thailand		
4.00 - 14.20	HBV - HCV, HIV - HBV Co-infection Edward Gane, New Zealand		
4.20 - 14.40	HBV in immunosuppression, Chemotherapy & Transplant recipients George Lau, Hong Kong		
4.40 - 15.20	Debate : Severe Acute Hepatitis B - to treat or not to treat Chairman: Anuchit Chutaputti, Thailand Treat : Michael P. Manns, Germany Not to treat : Shiv Kumar Sarin, India		
5.20 - 15.40	Coffee Break		

The 2nd annual Meeting of the Liver Society (Thailand); "The Third Perspective in Liver Diseases: Update in Hepatology"

23 November 2007, Friday

- 07.30 - 09.00 **Novartis Breakfast Symposium**
"Optimize HBV Therapy in South-East Asia"
Moderator: Teerha Piratvisuth
Speaker:
Lim Seng Gee : 24 week predictability
Edward Gane : Telbivudine treatment roadmap
- 09.00 - 10.30 **Symposium on hepatitis C**
Chairman: Wattana Sukkeepsarnchareon, Thailand
- 09.00 - 09.20 **Optimize HCV treatment to maximize cost-effectiveness**
Michael P. Manns, Germany
- 09.20 - 09.40 **Emerging therapy for chronic hepatitis C**
Graham Foster, England
- 09.40 - 10.00 **Management of acute hepatitis C**
Richard Guan, Singapore
- 10.00 - 10.30 **Management of CHC in special populations: normal ALT, HIV co-infection, patients with ESRD or post kidney transplantation**
Edward Gane, New Zealand
- 10.30 - 11.00 **Coffee break**
- 11.00 - 12.20 **Symposium on non-alcoholic fatty liver disease**
Chairman: Varocha Mahachai, Thailand
- 11.00 - 11.20 **Understanding NASH as a whole clinical spectrum, not just a one aspect of metabolic syndrome**
Chow Wan Cheng, Singapore
- 11.20 - 11.40 **NAFLD in Asia-Pacific perspective**
Henry LY Chan, Hong Kong
- 11.40 - 12.00 **Natural history and predictor of disease progression**
Abhaanee Sobhonsilidsuk, Thailand
- 12.00 - 12.20 **Update and novel therapy in management of NASH**
Jose Sollano, The Philippines
- 12.30 - 14.00 **BMS Luncheon Symposium**
Chainuvati Lecture
Chairman: Tawesak Tanwandee, Thailand
- 14.00 - 14.40 **Autoimmune liver diseases**
Michael P. Manns, Germany
- 14.40 - 15.40 **Symposium on management of cirrhotic complications**
Chairman : Satawat Thongsawat, Thailand
- 14.40 - 15.00 **Management of ascites and SBP**
Laurentius A. Lesmana, Indonesia
- 15.00 - 15.20 **Management of Acute on Chronic Liver Failure**
Shiv Kumar Sarin, India
- 15.20 - 15.40 **Management of hepatorenal syndrome**
Chow Wan Cheng, Singapore
- 15.40 - 16.30 **Debate: Assessment of liver fibrosis**
Chairman: Chutima Pramoolsinsap, Thailand
Invasive: Richard Guan, Singapore
Non-Invasive : Henry LY Chan, Hong Kong

16.30 - 18.00

Satellite Symposium, Schering-Plough
"Treatment Milestones in the Management of Chronic Hepatitis C patients"
Speaker : Prof. Marcelo O. Silva, F
Cocktail reception
Gala dinner

24 November 2007, Saturday

- 07.30 - 09.00 **Breakfast Symposium, Roche**
- 09.00 - 10.00 **"Navigating a course in HCV therapy"**
Symposium on hepatocellular carcinoma
Chairman: Masao Omata, Japan
- 09.00 - 09.15 **Diagnosis and management of small HCC**
Massimo Colombo, Italy
- 09.15 - 10.00 **Management of HCC: East meets West**
East: Obi Shuntaro, Japan
West: Massimo Colombo, Italy
- 10.00 - 10.30 **Keynote Lecture**
Liver transplantation in perspective of Asia-Pacific
Chairman : Guang-Bi Yao, China
Dr.Piyawat Komolmit, Thailand
- 10.30 - 11.00 **Coffee break**
- 11.00 - 11.15 **Presidential Award**
- 11.15 - 12.15 **Asiahep symposium on the controversies in the therapy of hepatitis B infection.**
Chairmen: Laurentius A. Lesmana and Jose Sollano
- When to start** **Richard Guan, Singapore**
- When to stop** **Nancy Leung, Hong Kong**
- When to alter** **Deepak Amara purka, India**
- When to monitor** **S.M. Wasim Jafri**
- Predictor of complications** **M.J. Alexander**
- Closing ceremony**

Registration

Registration fees

	Before Aug. 31, 2007		After Aug. 31, 2007	
STC rate*				
Foreign delegate	150	US\$	200	US\$
Accompanying persons	80	US\$	100	US\$
Combined Rate**				
Foreign delegate	250	US\$	300	US\$
Thai delegate	6000	Baht	8000	Baht
Exhibitors	80	US\$	100	US\$

* Single topic conference rate only on Nov. 22, 2007

** Include Single topic conference & The Third Perspective in Liver Diseases on Nov. 22-24, 2007

Accommodation

Official Hotels

1. Dusit Resort Pattaya
2. Amari Orchid Resort Pattaya

Note : - Pre-registration and online reservation available at :

<http://www.apaslstcpattaya2007.com>

- Contact number : 662 229 3337

- Fax number : 662 229 3346

กำหนดการประชุม Post graduation Course

สมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

ณ โรงแรมอมารี พัทยา จ.ชลบุรี

วันพุธที่ 21 พฤศจิกายน 2550

- | | | |
|----------------|----------------------------------------------|-------------------------|
| 12.00-13.00 น. | รับประทานอาหารกลางวัน | |
| 13.30-13.45 น. | Opening Remarks | นพ.พิศาล ไม้เรียง |
| 13.45-14.15 น. | Immune System and GI Tract | นพ.เกียรติ รัชชรุ่งธรรม |
| 14.15-14.45 น. | Cholestasis | พญ.ศิวะพร ไชยนุวัตติ |
| 14.45-15.30 น. | Liver Pathology | พญ.นฤมล วิเศษโสภาส |
| 15.30-16.00 น. | Coffee Break | |
| 16.00-17.00 น. | Plain abdomen :
The GI Fellow should know | พญ.ตุลา เทียนศิริ |
| 19.00 น. | รับประทานอาหารเย็น | |

“Multimodality approach for better outcome”

วันที่ 24-25 พฤศจิกายน 2550 ณ โรงแรมดุสิต พัทยา จ.ชลบุรี

วันเสาร์ที่ 24 พฤศจิกายน 2550

13.30-13.45 น. พิธีเปิด โดยนายกสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหาร
แห่งประเทศไทย

13.45-14.45 น. 11th Vikit Veranuvatti Lecture :

Prof. Anthony Axon

14.45-15.15 น. Coffee Break

15.15-16.45 น. Plenary Session I : Interesting Obscure GI Bleeding

นพ.สาวิตร ไรษิตชัยวัฒน์

นพ.อรรควัชร จันทร์ฉาย

Moderator: นพ.อภิชาติ แสงจันทร์

16.45-18.15 น. Symposium I : บริษัทไฟเซอร์

Era of Hope in the Treatment of GIST Failure

พอ.นพ.สุรพล ชื่นรัตนกุล

นพ.สุขไชย สาทภาพร

18.15-19.00 น. ประชุมสามัญประจำปีสมาคมแพทย์ระบบทางเดิน
อาหารแห่งประเทศไทย

วันอาทิตย์ที่ 25 พฤศจิกายน 2550

- 07.30-08.30 น. Symposium II บริษัทฟาร์มาไลน์
Best Therapeutic Approach for H.pylori
- Pharmacology of Anti-H.pylori Drugs
นพ.รัฐกร วิไลชนม์
- Molecular tools for rapid detection of antibiotics resistance
ดร.สมหญิง ธีมวาสร
- Best therapeutic option for H.pylori eradication
พญ.วโรชา มหาชัย
Moderator : นพ.พิศาล ไม้เรียง
- 08.30-09.15 น. Research Highlight
พญ.วิภากร ชูแสง
นพ.ธเนศ ชิตาพนารักษ์
นพ.อภิชาติ แสงจันทร์
- 09.15-10.30 น. Plenary Session II : Difficult cases of severe acute
pancreatitis
นพ.ทวี รัตนชูเอก
นพ.บัญชา โอวาทพัชรพร
Moderator : นพ.สุพจน์ พงษ์ประสพชัย
- 10.30-11.00 น. Coffee Break
- 11.00-12.15 น. Plenary Session III : HIV and Gastrointestinal diseases
นพ.สถาพร มานัสสถิตย์
นพ.ชัชฌา สวนกระต่าย
Moderator: นพ.องอาจ ไพโรสถรรางกูร

- 12.15-13.45 น. Symposium III: บริษัทฟาร์มาลิงค์
Current Therapy for Inflammatory Bowel Disease
รศ.นพ.สถาพร มานัสสฤทธิชัย
นพ.สิน อนุราษฎร์
นพ.พิเศษ พิเศษพงษา
- 13.45-15.00 น. Plenary Session IV : Bile duct cancer; stent or bypass?
นพ.ณรงค์ ชันดีแก้ว
นพ.วัลลภ เหล่าไพบุลย์
Moderator : นพ.รังสรรค์ ฤกษ์นิมิตร
- 15.00-16.30 น. Symposium IV: บริษัท แอบบอต
How to Approach and Manage Functional Dyspepsia
(Coffee Break ในห้องประชุม)
นพ.พิศาล ไม้เรียง
พญ.โฉมศรี โฆษิตชัยวัฒน์
Moderator : นพ.อุดม คชินทร
- 16.30 น. พิธีปิด โดยนายกสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย
ประเทศไทย

ปฏิทินกิจกรรมของสมาคมฯ ประจำปี 2550/4

เดือน	กิจกรรม	สถานที่
สิงหาคม 2550		
10 สิงหาคม 2550	ประชุมกรรมการอำนวยการสมาคม Interhospital GI Conference จัดประชุมร่วมกับ กับประชุมวิชาการประจำปีของ โรงพยาบาลวิชัยยุทธ	รพ.วิชัยยุทธ
25-26 สิงหาคม 2550	Basic Science for GI Fellow ครั้งที่ 1	รพ.วิชัยยุทธ
กันยายน 2550		
14 กันยายน 2550	ประชุมกรรมการอำนวยการสมาคม Interhospital GI Conference	โรงแรมเดอะ ทวินทาวเวอร์
ตุลาคม 2550		
4-5 ตุลาคม 2550	Introduction Research for GI Fellow	รพ.วิชัยยุทธ
12 ตุลาคม 2550	ประชุมกรรมการอำนวยการสมาคม Interhospital GI Conference	โรงแรมเดอะ ทวินทาวเวอร์
พฤศจิกายน 2550		
9 พฤศจิกายน 2550	ประชุมกรรมการอำนวยการสมาคม Interhospital GI Conference	โรงแรมเดอะ ทวินทาวเวอร์
21 พฤศจิกายน 2550	ประชุม Post graduation Course	โรงแรมอมารี พัทยา จ.ชลบุรี
22-24 พฤศจิกายน 2550	Second Asia-Pacific Association for the Study of Liver Diseases (APASL) Autumn Single Topic Conference 2007	โรงแรมดุสิต ริสอร์ท พัทยา
24-25 พฤศจิกายน 2550	ประชุมวิชาการปลายปี ของสมาคมฯ	โรงแรมดุสิต ริสอร์ท พัทยา
ธันวาคม 2550		
14 ธันวาคม 2550	ประชุมกรรมการอำนวยการสมาคม Interhospital GI Conference	โรงแรมเดอะ ทวินทาวเวอร์
15-16 ธันวาคม 2550	Basic Science for GI Fellow ครั้งที่ 2	รพ.วิชัยยุทธ

อำลาอาลัย

การจากไปของ อาจารย์ นายแพทย์เกรียงไกร อัครวงษ์



แต่... อาจารย์เกรียงไกร อัครวงษ์... ที่เคารพรัก

ผู้ซึ่ง..... นั้นแหลมของงานนั้นแพทางที่ดี

นั้นแหลมของทางของอาจารย์แพทางที่ดี

นั้นแหลมของทางของหัวหน้าคณาจารย์ที่ดี

นั้นแหลมของทางของความรับผิดชอบ

นั้นแหลมของทางของความตั้งใจและความเสียสละ

อุทิศตนช่วงในสิ่งงานสัมภมาฯ องค์กรและสังคมมาตลอด จวบจนวาระสุดท้ายของชีวิต

แม้ร่างกายของท่านจะจากเราไปแต่ไม่มีวันลืม

แต่คุณงามความดีของท่าน ยังคงอยู่และไม่มีวันลบเลือนไป

ขอในดวงวิญญาณของ ... อาจารย์เกรียงไกร อัครวงษ์ ...

ไปสู่ที่สุคติในสันนิบาตภพด้วยเทอญ

ศ.พญ.ชุติมา ประมูลสินทรัพย์ นายกสมาคมฯ

คณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯ คณะกรรมการฝ่ายจุลสารและสมาชิกสมาคมฯ

22 กันยายน 2550



22 กันยายน พ.ศ. 2550



แต่ อาจารย์กรังใจกร อัครวงษ์ สำรับเน...ท่านคือ



...ท่านคือ อารุนรัตน์ รุ่งโรจน์
ซึ่งเป็นแพทย์ที่ปฏิบัติงานทางด้านอายุรกรรมลำไส้ใหญ่
และทวารหนัก



...ท่านคือ อติธนาภกสิมาตม ทั้งนี้องค์ก่ตั้งขึ้นด้ำแทนหมำกัฒพกรรภำทื่อ
พื่อหมำกัฒพกรรภำทื่อในทักำนทื่อขงจรังจ้ง



...ท่านคือ กัลยาณมิตรแห่งหัว
 ที่ต้องร่วมฝ่าฟันมาและชี้แนะในนั้น
 แนวทางแก้ไขอย่างสุภาพและมั่นคงการที่
 ท่านยึด

“สภามหาแพทยรรมทางเดินอาหารที่พาพาจากนั้นในอนาคต...”
 บางส่วนจากที่ทำงานบรรพชาไปเมื่อวันที่ 11-12 พฤษภาคม พ.ศ. 2549



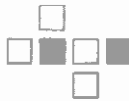
...การอมรมแพทยรรมรรมจำบ้านต่อออกทางด้าน
 วิชาการก็ต้องอมรมแต่สิ่งที่ควรทำ ซึ่งมีในเรื่องที่สำคัญก็คือ
 คุณธรรมและจริยธรรม เพราะในความรู้จำฉันนี้ นอก GI และ
 ที่อื่น ถูกประธาชนที่ไม่ได้อยู่ในวงการแพทยรรมของเราใน
 ลักษณะไม่ต้องดีเลย สำหรับ Fellow ที่อมรมกับเราต้องมี
 มุมมองสัมพันธ์ที่ดี ไม่ใช่เฉพาะผู้ร่วมงาน ณ ที่นั้นหมายถึง paramedical ทั้งนั้น
 ต่อผู้ป่วยและต่อญาติผู้ป่วย ไม่ใช่รักษาเอาเฉพาะวิชาการเท่านั้นโดยไม่คำนึง
 ถึงเงินค่านี้เอง...


สุดท้าย...บทอาขยานของพระคุณอาจารย์ด้วยกันนี้...

แต่อาจารย์ ผู้ไม่หวั่น	คุณค่า
เกรงใจใคร ก่อนใคร	เลิศล้ำ
อัคร ดิลกวีรชน	ทางเทพย์
วงศ์ วิชาอุปถัมภ์	แสนงั่ว มีลิ้น

เรียบเรียงโดย...

นายแพทย์สมบัติ ศรีประเสริฐสุธา





ดุษฎี ม.ก.

พญ. พนิดา ทองอุทัยศรี
ประธานบรรณาธิการจุลสารสมาคมฯ

สวัสดีค่ะ สมาชิกและท่านผู้อ่านทุกท่าน

เดือนสิงหาคมที่ผ่านมา มีวันสำคัญสำหรับคนไทย 2 วันคือ 12 สิงหาคม วันแม่แห่งชาติ และวันที่ 19 สิงหาคม เป็นครั้งแรกในประวัติศาสตร์การเมืองไทยที่ให้ประชาชนได้ลงประชามติรับหรือไม่รับร่างรัฐธรรมนูญปี 2550 และอีกไม่นานก็จะเข้าสู่ขบวนการเลือกตั้งต่อไป

สรุปการจัดประชุมวิชาการกลางปี 2550 ของสมาคมฯ ในเดือนกรกฎาคมที่ผ่านมา อย่างเป็นทางการมีผู้เข้าร่วมประชุม จำนวน 309 ท่าน และมีผู้เข้าร่วมประชุมจากประเทศลาว จำนวน 15 ท่าน สำหรับบรรยายภาคงานประชุมวิชาการ Basic Science for GI Fellow ครั้งที่ 1 ปีการศึกษา 2550 เมื่อวันที่ 25-26 สิงหาคม 2550 ณ โรงพยาบาลวิชัยยุทธที่ผ่านมา และกำหนดการประชุม Post graduation Course ของสมาคมฯ จะจัดที่โรงแรมอมารี พัทยา จ.ชลบุรี ในวันพุธที่ 21 พฤศจิกายน 2550 สามารถอ่านรายละเอียดที่ GAT News

ขอประชาสัมพันธ์การประชุมวิชาการสมาคมฯ ซึ่งจัดร่วมกับสมาคมโรคตับ (ประเทศไทย) ปลายปีนี้ จัดการประชุมที่โรงแรมดุสิตธานี พัทยา จ.ชลบุรี เริ่มตั้งแต่วันที่ 22 พฤศจิกายน 2550 เป็น Asia-Pacific Association for the Study of the Liver Diseases (APASL) Autumn Single Topic Conference



2007 “Innovation in Chronic Hepatitis B Treatment” and The Third Perspective in Liver Diseases สิ้นสุดเวลาประมาณ 13.00 น. ของวันที่ 24 พฤศจิกายน 2550 และต่อด้วยการประชุมวิชาการประจำปีของสมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย เริ่ม 13.00 น. ของวันที่ 24 พฤศจิกายน 2550 และสิ้นสุดเวลาประมาณ 18.00 น. ของวันที่ 25 พฤศจิกายน 2550 รายละเอียดต่างๆ สามารถติดตามได้ใน GAT News หรือเข้าไปที่ <http://apaslstcpattaya2007.com/>

เนื้อหาของจุลสารฉบับนี้ ใน Interhospital conference ทั้ง 2 cases น่าสนใจอย่างยิ่ง case แรกแม้จะเป็น common disease ในบ้านเรา แต่กว่าจะวินิจฉัยได้ก็ไม่ใช่ง่ายนัก และ case ที่ 2 เป็น rare disease หลายท่านคงไม่เคยได้ยินหรือรู้จักมาก่อน ในคอลัมน์ “คุณถาม-เราตอบ” อาจารย์ พิเศษ พิเศษ-พงษา หน่วยวิชาวาระบบทางเดินอาหาร คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้ตอบคำถามเกี่ยวกับแนวทางการใช้ยา infliximab ในการรักษาผู้ป่วย IBD จะตัดสินใจให้ยาเมื่อไร วิธีการให้ยาและการประเมินว่าได้ผลหรือไม่ ควรจะหยุดยาหรือให้ต่อ ส่วนคอลัมน์ “เปิดโลกกว้าง” เป็นคอลัมน์ใหม่เป็นการนำเสนอเรื่องราวน่ารู้นอกเหนือจากวิชาการทางการแพทย์ เป็นการเปิดโลกทัศน์ในหลายแง่มุมไม่ว่าจะเป็นวิทยาศาสตร์ ประวัติศาสตร์ ท้องเที่ยว บ้านเทิง เหตุการณ์สำคัญ ฯลฯ เนื้อหาจะเป็นเรื่องใกล้ตัว น่ารู้ หรืออยู่ในความสนใจ ที่ผ่านมาได้เปิดรับความคิดเห็นจากอาจารย์และสมาชิก หลังจากผ่านไป 3 ฉบับ มีความเห็น 2 ฝ่าย คือ ฝ่ายตอบรับว่าชื่นชอบและคำชมจากอาจารย์และสมาชิกหลายๆ ท่าน อย่างไรก็ตามอาจารย์บางท่านอยากให้จุลสารฯ มีเฉพาะเนื้อหาวิชาการและงานเกี่ยวข้องกับสมาคมเท่านั้น ดังนั้นจึงขอปิดคอลัมน์นี้ไป และท้ายสุดนี้ ขอแก้ไขเรื่องที่อาจารย์วานิช ปิยนรินทร์ ประธานฝ่ายสารสนเทศและการสื่อสาร ฝ่ายแจ้ง website ของสมาคมฯ อันใหม่ในฉบับที่ผ่านมา ที่ถูกต้องคือ website ได้เปลี่ยนจาก www.thaigastro.org เป็น www.gastrothai.com

ท้ายสุดนี้ ทางทีมงานและสมาชิกทุกท่านขอร่วมไว้อาลัยต่อการจากไปของอาจารย์เกรียงไกร อัครวงค์ ที่เคารพรัก ผู้ซึ่งเป็นแบบอย่างของแพทย์และครูแพทย์ที่ดี ตลอดชีวิตของท่านได้อุทิศตนช่วยเหลืองานต่างๆ ของสมาคมฯ จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต ท่านเป็นเสาหลักที่สำคัญของสมาคมฯของเรา ขอให้ดวงวิญญาณของท่านอาจารย์ไปสู่สุคติด้วยเทอญ

พบกันใหม่ในจุลสารฉบับหน้าค่ะ

พญ.พนิดา ทองอุทัยศรี

รองเลขาธิการสมาคมฯ

t_panida2001@yahoo.com

ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิกตลอดชีพ
สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกตลอดชีพของ "สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย"

โดยรับรองว่าจะปฏิบัติตามกฎข้อบังคับและระเบียบของสมาคมฯ ทุกประการ รายละเอียดของข้าพเจ้ามีดังนี้

กรุณาเขียนด้วยตัวบรรจง นายแพทย์ แพทย์หญิง

1. ชื่อ-สกุล.....

First Name/Last Name.....

ตำแหน่งทางวิชาการ.....

เกิดวันที่.....เดือน..... พ.ศ..... เชื้อชาติ..... สัญชาติ.....

คุณวุฒิ.....

2. ท่านปฏิบัติงานด้านโรกระบบทางเดินอาหาร

น้อยกว่า 50% ของเวลาทำงาน มากกว่า 50% ของเวลาทำงาน

3. ที่อยู่ปัจจุบัน (ที่สามารถติดต่อและส่งจดหมายถึงได้) บ้านเลขที่.....

ตรอก/ซอย.....ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....

จังหวัด..... โทรศัพท์.....

4. ที่ทำงาน.....

.....โทรศัพท์..... โทรสาร.....

5. การติดต่อทางไปรษณีย์ กรุณาส่งไปที่ บ้าน ที่ทำงาน

6. ผู้รับรองในการสมัครสมาชิกของสมาคมฯ ครั้งนี้ คือ

1).....

2).....

การสมัครสมาชิกสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

1. ใบสมัครสมาชิกฯ 2. ค่าสมัครสมาชิกฯ จำนวน 1,000.00 บาท (ตลอดชีพ)

สถานที่รับสมัคร สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย ดึกะมอบ ชั้น 1 สาขา

วิชาโรกระบบทางเดินอาหาร โรงพยาบาลศิริราช บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700 โทร 0 2419

7283 ต่อ 104 โทรสาร 0 2412 0586

หมายเหตุ: ในการสมัครสมาชิกจะสมบูรณ์ต่อเมื่อได้ผ่านมติที่ประชุมของกรรมการสมาคมฯ

แล้วเท่านั้น พร้อมกันนี้ ข้าพเจ้าได้ชำระเงินเป็นค่าสมัครสมาชิกตลอดชีพแล้ว เป็นเงิน 1,000.00

บาท (=หนึ่งพันบาทถ้วน) ซึ่งข้าพเจ้า ได้ชำระเป็น เงินสด เช็คธนาคาร.....

สาขา..... เลขที่..... ลงวันที่.....

ลงชื่อ.....

(.....)



Pentastomiasis

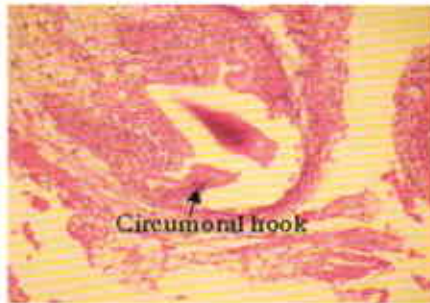
Pentastomids are placed in phylum: Pentastomida. They are related to both arthropods and crustaceans, but broke off their lineages early enough, some hypothesize, to have adapted to parasitizing the dinosaurs. This is why they occur largely as a zoonosis, often infecting snakes, lizards, and other reptiles and carnivores. There are two main genera of Pentastomids involved in human infection: *Linguatula* and *Armillifer*



Circumoral hook



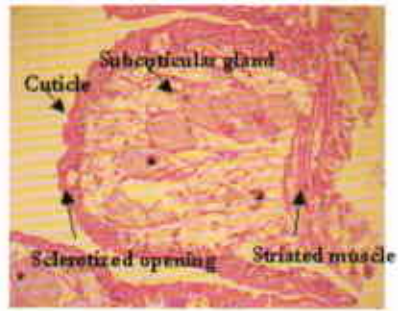
Linguatula serrata



Circumoral hook



striated muscle



Subcuticular gland
Cuticle
Sclerotized opening
Striated muscle

