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

จุลสาร

สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

ปีที่ 15 ฉบับที่ 74 ประจำเดือน พฤศจิกายน-ธันวาคม 2550

- "ในหลวง" พระราชทานพรปีใหม่ 2551
- ชายไทยอายุ 14 ปี ถ่ายเป็นมูกเลือด 2 ปี
- Topic review: Protein losing gastroenteropa
- GAT NEWS: เก็บตกบรรยากาศงานประชุมวิชาการสมาคมฯ ประจำปี 2550
- บทความพิเศษ: สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนาฯ ผู้ทรงคุณแห่งแผ่นดิน

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

จุลสาร

สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

ปีที่ 15 ฉบับที่ 74 ประจำเดือน พฤศจิกายน-ธันวาคม 2550

"ในหลวง" พระราชทานพรปีใหม่ 2551

พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ภูมิพลอดุลยเดช พระราชทานพรปีใหม่พุทธศักราช 2551 แก่ประชาชนชาวไทย ความว่า

"ประชาชนชาวไทยทั้งหลาย บัดนี้ถึงวาระจะขึ้นปีใหม่ พุทธศักราช 2551 ข้าพเจ้าขอส่งความปรารถนาดี มาอวยพรแก่ท่านทุกๆ คน และขอขอบใจท่านเป็นอย่างมาก ในน้ำใจไมตรีที่ทุกคน ทุกฝ่าย แสดงให้เห็น ทั้งในคราวที่เจ็บป่วย และในการจัดงานวันเกิดครบ 80 ปี รวมทั้งได้แสดงความวิตกห่วงใยอย่างจริงใจในการเจ็บป่วยของพี่สาวข้าพเจ้า

สถานการณ์บ้านเมืองเราแต่ปีก่อน และต่อเนื่องมาถึงปีที่แล้วเป็นอย่างไรก็เป็นที่ทราบกันอยู่แก่ใจ แต่อย่างไรก็ตาม เราได้มีรัฐธรรมนูญ และได้มีการเลือกตั้งสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรแล้ว นับว่าประเทศชาติของเราได้ผ่านหัวเลี้ยวสำคัญอีกขั้นหนึ่ง

จึงเป็นหน้าที่ของเราทุกคนที่จะต้องช่วยกันประคับประคองกิจการของบ้านเมือง ให้ดำเนินไปด้วยดี ให้มีความเป็นปึกแผ่นและร่มเย็นเป็นปกติสุข ทางที่เราจะช่วยกันได้ ก็คือการทำความคิดให้ถูกตรงและแน่วแน่ ในอันที่จะยึดถือชาติบ้านเมืองเป็นที่หมาย แต่ละคนแต่ละฝ่ายจะต้องเพลาการคิดถึงประโยชน์เฉพาะตัว พยายามโอนอ่อนผ่อนปรนเข้าหากันด้วยไมตรีจิตและความเมตตากรุณา อย่าก่อปัญหาและก่อเงื่อนไขอันเป็นเหตุให้เกิดความไม่สงบและความแตกแยก ผู้ใดมีภาระหน้าที่อันใด ก็เร่งกระทำให้สำเร็จลุล่วงไปให้ทันการณ์ทันเวลา ผลงานของทุกคนทุกฝ่ายจักได้ประกอบส่งเสริมกันให้ประเทศชาติ อันเป็นที่อยู่ที่อาศัยของเราดำรงมั่นคงอยู่ด้วยความผาสุกร่มเย็นตลอดไป

ขออานุภาพแห่งคุณพระศรีรัตนตรัย และสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ชาวไทยเคารพบูชา จงคุ้มครองรักษาให้ปราศจากทุกข์ ปราศจากภัย ให้มีความสุขสบาย สุขใจ และประสบแต่สิ่งที่พึงประสงค์ ตลอดศกหน้านี้โดยทั่วกัน"

คณะกรรมการฝ่ายจุลสาร

สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

วาระ พ.ศ. 2550-2551

1. พญ.ชุติมา ประมูลสินทรัพย์	ที่ปรึกษา
2. นพ.ทวีศักดิ์ แทนวันดี	ที่ปรึกษา
3. นพ.พินิจ กุลละวณิชย์	ที่ปรึกษา
4. นพ.ทองดี ชัยพานิช	ที่ปรึกษา
5. พญ.จันทร์จิรา ชัชวาลา	ที่ปรึกษา
6. พญ.นฤมล วิเศษโอกาส	ที่ปรึกษา
7. นพ.สุริยะ จักกะพาก	ที่ปรึกษา
8. พญ.พนิดา ทองอุทัยศรี	ประธานบรรณาธิการ
9. นพ.ชินวัตร สุทธิวนา	กองบรรณาธิการ
10. นพ.สุพจน์ พงศ์ประสบชัย	กองบรรณาธิการ
11. พญ.บุปผา พรธิสาร	กองบรรณาธิการ
12. นพ.สิทธิ์ พงษ์กิจการุณ	กองบรรณาธิการ
13. นพ.นรินทร์ อจลนันทร์	กองบรรณาธิการ
14. นพ.พิเศษ พิเศษพงษา	กองบรรณาธิการ
15. นพ.โอฬาร วิวัฒนช่าง	กองบรรณาธิการ

สารบัญ

จุลสารสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย
ปีที่ 15 ฉบับที่ 74 ประจำเดือน พฤศจิกายน-ธันวาคม 2550

รายนามคณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯ 1

รายงานการประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคม ครั้งที่ 8/2550 4

GI Interhospital conference

ชายไทย อายุ 14 ปี ถ่ายเป็นมูกเลือด 2 ปี 11

Topic review

Protein-Losing Gastroenteropa 27

QUIZ... ตอบปัญหาชิงรางวัล 41

GAT News 44

บทความพิเศษ

สมเด็จพระพี่นางเธอเจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา
กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์ผู้ทรงคุณแห่งแผ่นดิน 45

ปฏิทินกิจกรรมของสมาคมฯ ประจำปี 2551/1 54

คุยกับ บ.ก. 55

ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิกสมาคมฯ 57

คณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯ

วาระ พ.ศ. 2550-2551

1.	พญ.ชุติมา ประมูลสินทรัพย์	นายกสมาคม
2.	นพ.องอาจ ไพรสณฑรางกูร	รั้งตำแหน่งนายก
3.	นพ.อุดม คชินทร	อุปนายก
4.	นพ.ทวีศักดิ์ แทนวันดี	เลขาธิการ
5.	พญ.พนิดา ทองอุทัยศรี	รองเลขาธิการ
6.	นพ.สิริวัฒน์ อนันตพันธุ์พงศ์	เหรัญญิก
7.	นพ.สมชาย ลีลากุศลวงศ์	ปฏิคมและสวัสดิการ
8.	นพ.กำธร เผ่าสวัสดิ์	ประธานฝ่ายวิจัย
9.	นพ.พิศาล ไม้เรียง	ประธานฝ่ายวิชาการและการศึกษาต่อเนื่อง
10.	พญ.ดวงพร ทองงาม	ประธานฝ่ายวารสาร
11.	พญ.วัฒนา สุขีไพศาลเจริญ	ประธานฝ่ายการศึกษาหลังปริญญา
12.	นพ.ทองดี ชัยพานิช	ประธานฝ่ายกิจกรรมสังคม
13.	พอ.นพ.วานิช ปิยนิรันดร์	ประธานฝ่ายสารสนเทศและการสื่อสาร
14.	พญ.วโรชา มหาชัย	ประธานฝ่ายหาทุน
15.	นพ.จรินทร์ โรจน์บวรวิทยา	ประธานฝ่ายจริยธรรม
16.	พล.ต.นพ.สุรพล ชื่นรัตนกุล	ผู้แทนชมรมเอ็นโดสโคปี้ย์
17.	นพ.ศตวรรษ ทองสวัสดิ์	ผู้แทนชมรมโมธิลิตี้แห่งประเทศไทย

18. พญ.โฉมศรี โมษิตชัยวัฒน์	ผู้แทนกลุ่มวิจัยโรคกระเพาะอาหาร
19. นพ.บัญชา โอวาทพ่ารพร	ผู้แทนชมรมลำไส้เล็กลำไส้ใหญ่
20. พอ.นพ.อนุชิต จูฑะพุทธิ	ผู้แทนชมรมโรคตับแห่งประเทศไทย
21. นพ.ทวี รัตนชูเอก	ผู้แทนชมรมตับอ่อนและทางเดินน้ำดี
22. พญ.เฉลียว ประสงค์สุขสันต์	กรรมการกลาง
23. นท.นพ.ชินวัตร สุทธิวนา	กรรมการกลาง
24. นพ.ธีระ พิรัชวิสุทธิ์	กรรมการกลาง
25. พญ.นภาพร จำรูญกุล	กรรมการกลาง
26. นพ.นรินทร์ อจลละนันท์	กรรมการกลาง
27. พญ.บุปผา พรธิสาร	กรรมการกลาง
28. นพ.ปิยะวัฒน์ โกมลมิศร์	กรรมการกลาง
29. นพ.พลรัตน์ วิไลรัตน์	กรรมการกลาง
30. นพ.ราวิน โซนี่	กรรมการกลาง
31. นพ.รังสรรค์ ฤกษ์นิมิตร	กรรมการกลาง
32. นอ.นพ.วิญญู จันทรสุนทรกุล	กรรมการกลาง
33. นพ.สุนทร ชินประสาทศักดิ์	กรรมการกลาง
34. นพ.สมบัติ ตรีประเสริฐสุข	กรรมการกลาง
35. พญ.อาภัสณี โสภณสฤษฏ์สุข	กรรมการกลาง
36. พญ.กรรณิการ์ พรพัฒน์กุล	ที่ปรึกษา
37. นพ.เติมชัย ไชยนุวัติ	ที่ปรึกษา
38. นพ.นุสนธิ์ กลัดเจริญ	ที่ปรึกษา
39. นพ.พงษ์พีระ สุวรรณกูล	ที่ปรึกษา
40. นพ.พินิจ กุลละวณิชย์	ที่ปรึกษา

41. พญ.บุษบา วิวัฒน์เวคิน ที่ปรึกษา
42. นพ.มานิต ลีโทชวลิต ที่ปรึกษา
43. พ.ต.อ.นพ.วรพันธุ์ เสาวรส ที่ปรึกษา
44. พล.ต.นพ.วิชัย ชัยประภา ที่ปรึกษา
45. พญ.วีณา วงศ์พานิช ที่ปรึกษา
46. พญ.ศศิประภา บุญญพิสิฏฐ์ ที่ปรึกษา
47. นพ.สมหมาย วิไลรัตน์ ที่ปรึกษา
48. นพ.สถาพร มานัสสถิตย์ ที่ปรึกษา
49. นพ.สวัสดิ์ หิตะนันท์ ที่ปรึกษา
50. นพ.สัจพันธ์ อิศรเสนา ที่ปรึกษา
51. นพ.สิน อนุราษฎร์ ที่ปรึกษา
52. นพ.สุริยะ จักกะพาก ที่ปรึกษา
53. พอ.นพ.สุรพล สุรางค์ศรีรัฐ ที่ปรึกษา
54. พล.อ.ต.นพ.สุจินต์ จารุจินดา ที่ปรึกษา
55. นพ.สุชา คูระทอง ที่ปรึกษา

รายงานการประชุมคณะกรรมการอำนวยการ
สมาคม ครั้งที่ 8/2550

วันศุกร์ที่ 9 พฤศจิกายน 2550 เวลา 10.00-12.00 น.
ณ ห้องประชุมจรัสเมือง ชั้น 2 โรงแรมเดอะทวินทาวเวอร์, กรุงเทพฯ

รายนามผู้เข้าร่วมประชุม

1.	พญ.ชุติมา ประมูลสินทรัพย์	นายกสมาคม
2.	นพ.ทวีศักดิ์ แทนวันดี	เลขาธิการ
3.	พญ.พนิดา ทองอุทัยศรี	รองเลขาธิการ
4.	นพ.สิริวัฒน์ อนันตพันธุ์พงศ์	เหรัญญิก
5.	นท.นพ.ชินวัตร สุทธิวนา	กรรมการกลาง
6.	พญ.นภาพร จำรูญกุล	กรรมการกลาง
7.	พญ.บุปผา พรธิสาร	กรรมการกลาง
8.	นพ.พลรัตน์ วิไลรัตน์	กรรมการกลาง
9.	นพ.พงษ์พีระ สุวรรณกูล	ที่ปรึกษา
10.	พล.ต.นพ.วิชัย ชัยประภา	ที่ปรึกษา
11.	นพ.สมหมาย วิไลรัตน์	ที่ปรึกษา
12.	นพ.สถาพร มานัสสถิตย์	ที่ปรึกษา
13.	พล.อ.ต.นพ.สุจินต์ จารุจินดา	ที่ปรึกษา

รายนามผู้ไม่สามารถเข้าร่วมประชุม

1.	นพ.องอาจ ไพรสณฑรางกูร	รั้งตำแหน่งนายก
2.	นพ.อุดม คชินทร	อุปนายก
3.	นพ.สมชาย ลีลากุศลวงศ์	ปฏิคมและสวัสดิการ
4.	นพ.กำธร เผ่าสวัสดิ์	ประธานฝ่ายวิจัย

5. นพ.พิศาล ไม้เรียง	ประธานฝ่ายวิชาการและการศึกษาต่อเนื่อง
6. พญ.ดวงพร ทองงาม	ประธานฝ่ายวารสาร
7. พญ.วัฒนา สุขีไพศาลเจริญ	ประธานฝ่ายการศึกษาหลังปริญญา
8. นพ.ทองดี ชัยพานิช	ประธานฝ่ายกิจกรรมสังคม
9. พอ.นพ.วานิช ปิยนิรันดร์	ประธานฝ่ายสารสนเทศและการสื่อสาร
10. พญ.วโรชา มหาชัย	ประธานฝ่ายหาทุน
11. นพ.จรินทร์ โรจน์บวรวิทยา	ประธานฝ่ายจริยธรรม
12. พล.ต.นพ.สุรพล ชื่นรัตนกุล	ผู้แทนชมรมเอ็นโดสโคปี้ย์
13. นพ.ศตวรรษ ทองสวัสดิ์	ผู้แทนชมรมโมธิลิตี้แห่งประเทศไทย
14. พญ.โฉมศรี โฆษิตชัยวัฒน์	ผู้แทนกลุ่มวิจัยโรคกระเพาะอาหาร
15. นพ.บัญชา โอวาทพ่ารพร	ผู้แทนชมรมลำไส้เล็กลำไส้ใหญ่
16. พอ.นพ.อนุชิต จูฑะพุทธิ	ผู้แทนชมรมโรคตับแห่งประเทศไทย
17. นพ.ทวี รัตนฐเอก	ผู้แทนชมรมตับอ่อนและทางเดินน้ำดี
18. พญ.เฉลียว ประสงค์สุขสันต์	กรรมการกลาง
19. นพ.ธีระ พิร้ชวิสุทธิ์	กรรมการกลาง
20. นพ.นรินทร์ อจลละนันท์	กรรมการกลาง
21. นพ.ปิยะวัฒน์ โกมลมิศร์	กรรมการกลาง
22. นพ.ราวิน โซนี่	กรรมการกลาง
23. นพ.รังสรรค์ ฤกษ์นิมิตร	กรรมการกลาง
24. นอ.นพ.วิญญู จันทรสุนทรกุล	กรรมการกลาง

25. นพ.สุนทร ชินประสาทศักดิ์	กรรมการกลาง
26. นพ.สมบัติ ตรีประเสริฐสุข	กรรมการกลาง
27. พญ.อาภัสณี โสภณสฤษฏ์สุข	กรรมการกลาง
28. พญ.กรรณิการ์ พรพัฒน์กุล	ที่ปรึกษา
29. นพ.เติมชัย ไชยนุวัติ	ที่ปรึกษา
30. นพ.นุสนธิ์ กลัดเจริญ	ที่ปรึกษา
31. นพ.พินิจ กุลละวณิชย์	ที่ปรึกษา
32. พญ.บุษบา วิวัฒน์เวคิน	ที่ปรึกษา
33. นพ.มานิต ลีโทชวลิต	ที่ปรึกษา
34. พ.ต.อ.นพ.วรพันธุ์ เสาวรส	ที่ปรึกษา
35. พญ.วีณา วงศ์พานิช	ที่ปรึกษา
36. พญ.ศศิประภา บุญญพิสิฏฐ์	ที่ปรึกษา
37. นพ.สวัสดิ์ หิตะนันท์	ที่ปรึกษา
38. นพ.สัจพันธ์ อิศรเสนา	ที่ปรึกษา
39. นพ.สิน อนุราชฎร์	ที่ปรึกษา
40. นพ.สุริยะ จักกะพาก	ที่ปรึกษา
41. พอ.นพ.สุรพล สุรางค์ศรีรัฐ	ที่ปรึกษา
42. นพ.สุชา คูระทอง	ที่ปรึกษา

เปิดประชุมเวลา 10.30 น. โดยมี พญ.ชุติมา ประมูลสินทรัพย์ เป็นประธานในการประชุม

วาระที่ 1 เรื่องที่ประธานแจ้งเพื่อทราบ

พญ.ชุติมา ประมูลสินทรัพย์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

1. ได้รับจดหมายแจ้งจากราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยดังนี้

1.1 ขอบทความ guidelines ของสมาคมตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันเพื่อรวบรวมบรรจุใน DVD Guideline 2008 และเผยแพร่ทาง web site www.rcpt.org ต่อไป

1.2 ขอรายชื่อบุคคลที่สมควรจะเป็นผู้นำเสนอผลงาน research highlights ในการประชุมวิชาการประจำปี ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ฯ ระหว่างวันที่ 26-30 เมษายน 2551

1.3 ขอเชิญแพทย์ประจำบ้านต่อยอด (เฟลโลว์) เข้าประกวดผลงานวิจัยในการประชุมวิชาการประจำปี ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ฯ ระหว่างวันที่ 26-30 เมษายน 2551 ที่ประชุมมีมติรับทราบ

วาระที่ 2 รับรองรายงานการประชุมครั้งที่ 7/2550

ที่ประชุมมีมติแก้ไขรายงานการประชุมครั้งที่ 7/2550 ดังนี้

หน้า 1 ตัดบรรทัดที่ 7 นับจากบรรทัดล่าง

หน้า 3 บรรทัดที่ 19 นับจากบรรทัดล่าง

แก้จาก พญ.ชุติมา ประมูลสิทรัพย์

แก้เป็น พญ.ชุติมา ประมูลสินทรัพย์

หน้า 3 บรรทัดที่ 14 นับจากบรรทัดล่าง

แก้จาก พญ.ศศิประภา บุญญพิฏฐ์

แก้เป็น พญ.ศศิประภา บุญญพิสิฏฐ์

หลังจากแก้ไขรายงานการประชุมแล้ว ที่ประชุมมีมติรับรองรายงานการประชุมครั้งที่ 7/2550

3.1 การจัดเตรียมประชุมวิชาการประจำปี 2550 ร่วมกับสมาคมโรคตับ (แห่งประเทศไทย)

พญ.ชุติมา ประมูลสินทรัพย์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าขอเรียนเชิญคณะกรรมการอำนวยการเข้าร่วมงานเลี้ยงต่างๆ ดังนี้

1.1 Presidential dinner ในวันที่ 22 พฤศจิกายน 2550 เวลา 18.30 น. ณ โรงแรมอมารี รีสอร์ท พัทยา

1.2 Gala dinner ในวันที่ 23 พฤศจิกายน 2550 เวลา 18.30 น. ณ ริมสระน้ำ โรงแรมดุสิต รีสอร์ท พัทยา

1.3 งานเลี้ยงขอบคุณ Prof.Athony Axon ในวันที่ 24 พฤศจิกายน 2550 เวลา 20.00 น. ณ ห้องอาหารจีน โรงแรมดุสิต รีสอร์ท พัทยา

ที่ประชุมมีมติรับทราบ

3.2 การจัดเตรียมประชุมสัมมนาปรับปรุงหลักสูตร

พญ.ชุติมา ประมูลสินทรัพย์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่า นพ.วิทยา ศรีดามา ประธานราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ฯ ยินดีร่วมเป็นวิทยากรการประชุมสัมมนาปรับปรุงหลักสูตรแพทย์ประจำบ้านต่อยอด อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคระบบทางเดินอาหาร ในวันเสาร์ที่ 12 มกราคม 2551 ณ โรงแรมกรุงศรีริเวอร์ จ.พระนครศรีอยุธยา

ที่ประชุมเสนอให้แจกเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการปรับปรุงหลักสูตรให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้อ่านก่อน

นท.นพ.ชินวัตร สุทธิวนา ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

1. พอ.นพ.วานิช ปียนิรันดร์ ติดภารกิจทางราชการไม่สามารถเดินทางไปร่วมประเมินสถาบันฝึกอบรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ในวันที่ 29 พฤศจิกายน 2550

ที่ประชุมมีมติให้ พญ.บุปผา พรธิสาร เป็นกรรมการร่วมประเมินสถาบันดังกล่าว

2. เนื่องจากราชวิทยาลัยอายุรแพทย์เปลี่ยนกำหนดการประเมินสถาบันโรงพยาบาลธรรมศาสตร์จากเดิมวันที่ 30 พฤศจิกายน 2550 เปลี่ยนเป็นวันที่ 6 ธันวาคม 2550 ดังนั้นจึงทำให้ พ.ต.อ.นพ.วรพันธุ์ เสาวรส ไม่สามารถเดินทางไปร่วมประเมินสถาบันได้

ที่ประชุมมีมติให้ นพ.พลรัตน์ วิไลรัตน์ เป็นกรรมการร่วมประเมินสถาบันดังกล่าว

วาระที่ 4 การดำเนินงานของฝ่ายต่างๆ

4.1 นพ.สถาพร มานัสสถิตย์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าขณะนี้ที่ศูนย์อบรม Siriraj endoscopy ได้รับผู้เข้าร่วมอบรม endoscopy training จากประเทศลาว จำนวน 1 ท่านคือ Dr. Khampasong Rattanavong ซึ่งจะเริ่มอบรมประมาณเดือนพฤศจิกายน 2550

4.2 พญ.ชุติมา ประมูลสินทรัพย์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบแทน พญ.ดวงพร ทองงาม ว่าขณะนี้หนังสือวารสารสมาคมกำลังดำเนินการจัดพิมพ์ คาดว่าจะสามารถนำไปแจกได้ทันในการประชุมวิชาการประจำปีที่พัทยา

วาระที่ 5 เรื่องอื่นๆ

5.1 พญ.ชุติมา ประมูลสินทรัพย์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าหน่วยโรคระบบทางเดินอาหารและโรคเขตร้อน โรงพยาบาลรามาธิบดี จะจัดการประชุมวิชาการในหัวข้อ Ramathibodi GI and Liver Annual Review 2007 ระหว่างวันที่ 16-17 กุมภาพันธ์ 2551 ณ Pullman Bangkok King Power Hotel

5.2 นพ.สถาพร มานัสสถิตย์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

- ได้เข้าร่วมประชุมคณะอนุกรรมการโครงการพัฒนารหัสโรค ICD-10 (Standard Coding Guideline) เมื่อวันที่ 29 ตุลาคม 2550 โดยเป็นการแปลจาก

ภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย ซึ่งขณะนี้อยู่ในระหว่างดำเนินการแก้ไขในบางจุด คาดว่าจะเสร็จภายในเร็วๆ นี้

- ทางสมาคมฯ จะเสนอตัวเป็นเจ้าภาพจัดประชุม APDW ในคราวต่อๆ ไปหรือไม่

ที่ประชุมเสนอให้พิจารณาถึงความพร้อมทุกๆ ด้านและควรพิจารณาช่วงปีที่เหมาะสม เพื่อมิให้กระทบต่อการจัดประชุมอื่นๆ

5.3 พล.ต.นพ.สุจินต์ จารุจินดา ได้เสนอในที่ประชุมให้งดค่าลงทะเบียนให้แก่สมาชิกสมาคมที่มีอายุเกิน 60 ปีและเป็นสมาชิกสมาคมไม่ต่ำกว่า 10 ปี สามารถเข้าร่วมประชุมวิชาการกลางปีและประจำปีซึ่งจัดโดยของสมาคมเท่านั้น

ที่ประชุมมีมติอนุมัติและให้ทำจดหมายเพื่อประชาสัมพันธ์ให้สมาชิกทราบต่อไป

5.4 นพ.ทวีศักดิ์ แทนวันดี ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

1. พญ.สายสมร อัครวงศ์ ฝากแจ้งมายังคณะกรรมการอำนวยการสมาคมว่าจะมีพิธีทำบุญเลี้ยงพระเพล เนื่องในโอกาสครบ 50 วันการถึงแก่กรรมของ นพ.เกรียงไกร อัครวงศ์ ณ วัดมกุฎฯ

2. ของดการประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคมประจำเดือนธันวาคม 2550 เนื่องจากตรงกับวันสอบบอร์ดแพทย์ประจำบ้าน อายุรศาสตร์ของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ฯ โดยจะประชุมครั้งต่อไปในวันเสาร์ที่ 12 มกราคม 2551 ณ โรงแรมกรุงศรีริเวอร์ จ.พระนครศรีอยุธยา

3. มีผู้สมัครสมาชิกจำนวน 1 ท่านคือ พญ.สิริกาญจน์ ยามะดะ เป็นสมาชิกสามัญ ซึ่งได้ตรวจสอบคุณสมบัติแล้วครบถ้วนตามเกณฑ์

ที่ประชุมมีมติรับรองเข้าเป็นสมาชิกสามัญ

ปิดประชุมเวลา 12.00 น.
นพ.ทวีศักดิ์ แทนวันดี
ตรวจทาน

Interhospital Conference

พญ.นิศา สันติลีลาวุฒิ
แพทย์ประจำบ้านต่อยอดโรคทางเดินอาหาร
รศ.นพ.บัญชา โอวาทหารพร
อาจารย์แพทย์ที่ปรึกษากลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 14 ปี นักเรียนชั้นมัธยม ภูมิลำเนา จ.ปัตตานี

CC : ถ่ายเป็นมูกเลือด 2 ปีก่อนมาโรงพยาบาล

PI : 2 ปีก่อนมาโรงพยาบาลมีประวัติถ่ายเป็นมูกเลือด มีเลือดสดออกตามหลังถ่ายอุจจาระทุกครั้ง ถ่ายประมาณ 4-5 ครั้งต่อวันแต่ละครั้งถ่ายอุจจาระออกไม่มาก ไม่มีอาการปวดเบ่งที่ทวารหนัก ไม่มีอาการรู้สึกเหมือนถ่ายไม่สุด ไม่มีก้อนโผล่ออกมาทางทวารหนัก ไม่มีอาการปวดท้อง หลังถ่ายเสร็จไม่มีอาการปวดทวารหนักหลังถ่าย ไม่มีอาการไข้หรืออาการไอเรื้อรัง น้ำหนักตัวไม่ลด รับประทานอาหารได้ตามปกติ ไม่มีประวัติมีผื่นขึ้นตามร่างกาย ไม่มีประวัติอาการปวดตามข้อ ไม่มีประวัติแผลเรื้อรังในปาก เคยได้รับการรักษาจากโรงพยาบาลแห่งหนึ่งได้ยา Ciprofloxacin 1 x 2, Metronidazole 1 x 3 อาการไม่ดีขึ้น ยังมีอาการถ่ายเป็นเลือดสดตลอด

PH :
- ปฏิเสธประวัติโรคประจำตัวอย่างอื่นๆ
- ปฏิเสธประวัติการใช้ยาใดๆ เป็นประจำ
- ปฏิเสธประวัติดื่มเหล้า สูบบุหรี่ ไม่มีประวัติการใช้สารเสพติดใดๆ
- ปฏิเสธประวัติโรคทางพันธุกรรมในครอบครัว
- ปฏิเสธประวัติวัณโรคในครอบครัว

PE:

V/S : BT 36.6°C, BP 110/70 mmHg, PR 60/min, RR 18/min

GA : looked well-being, BW 79.6 kg, height 155.5 cm.

HEENT : not pale conjunctiva, anicteric sclerae, no conjunctival injection, no oral ulcer, no malar rash

LN : no superficial lymphadenopathy

Heart : normal S1 S2, no murmur

Lung : clear, no adventitious sounds

Abdomen : soft not tender, liver and spleen cannot palpable

PR : normal sphincter tone, no rectal shelft, no mass

Proctoscopy : no anal fissure, no internal hemorrhoids

Initial investigations

CBC: Hb 12.2 g/dl Hct 39%
Wbc 9,900/mm^3 N 62% Band 11% L 21% M 6% PLT 281,000/mm^3

Biochemistry: BUN/Cr 15/1.03 mg/dL, Na 138 mEq/L, K 3.5 mEq/L, Cl 108 mEq/L, CO2 21 mEq/L, Alb 4.5 mg/dL, Ca^{2+} 9.7 mg/dL

Stool examination: unformed, mucous, few WBC, Parasite were not found

Stool C/S: NG

CXR: no cardiomegaly, no active pulmonary infiltration

Problem list

Chronic mucous bloody diarrhea in young aged patient

Discussion

ผู้ป่วยรายนี้ อายุน้อยมาด้วยอาการถ่ายอุจจาระเป็นมูกเลือดและมีเลือดสดตามหลังอุจจาระเรื้อรังมา 2 ปี ถ่ายบ่อย ครั้งละไม่มาก ไม่มี extraintestinal manifestation และ constitutional symptom หรือ sign ของ dehydration ดังนั้นพยาธิสภาพน่าจะอยู่ตำแหน่ง colon โดยเฉพาะ distal colon ทำให้มีถ่ายเป็นเลือดสดตามหลังอุจจาระ ในแง่ของ etiology คิดถึง

1. Infectious colitis เนื่องจากเป็นสาเหตุที่ commom โดยเฉพาะในคนอายุน้อย ซึ่งในกลุ่มนี้ที่เป็น chronic form ที่คิดถึง

1.1 Intestinal tuberculosis เนื่องจากอุบัติการณ์ในบ้านเรายังเจอค่อนข้างบ่อย ถึงแม้จะไม่มีภาวะ pulmonary TB ก็คงไม่สามารถ exclude สาเหตุนี้ได้ ข้อค้านในผู้ป่วยรายนี้คือผู้ป่วย Intestinal tuberculosis ส่วนใหญ่ไม่ค่อยมาด้วยถ่ายเป็นเลือดสดหลังอุจจาระและมักจะมีอาการ constitutional symptoms ร่วมด้วย

1.2 Amoebic colitis ในบางรายอาจจะมาด้วย chronic dysentery diarrhea ซึ่งการวินิจฉัยอาศัยการตรวจอุจจาระเจอ cyst or trophozoite ซึ่งรายนี้ตรวจ stool หลายครั้งแต่ไม่เจอ นอกจากนั้นผู้ป่วยรายนี้เคยได้รับการรักษาด้วย metronidazole แต่อาการไม่ดีขึ้น

2. Inflammatory bowel disease (IBD) ในกลุ่มนี้โรคที่คิดถึงมากที่สุด

2.1 Ulcerative colitis เนื่องจากช่วงหลังอุบัติการณ์พบมากขึ้นในคนไทย และมัก involve rectum ในบางรายอาจมาด้วย rectal bleeding แต่อย่างไรก็ตามการวินิจฉัยโรคกลุ่มนี้จำเป็นต้อง DDx กับโรคที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับโรค IBD

2.2 Crohn's disease แต่คิดถึงน้อยเนื่องจากอุบัติการณ์ในบ้านเราน้อยมาก และมัก spare rectum

3. Vascular disease เนื่องจากอายุน้อย ไม่มี cardiovascular disease สาเหตุ vasculitis อาจเกิดจาก autoimmune diseases เช่น SLE แต่ค่อนข้าง rare ที่จะมา manifestation ด้วย GI vasculitis อย่างเดียวโดยไม่มี organ involvement อื่นเลย, หรือเป็นจากภาวะ hypercoagulable เช่น protein C หรือ

protein S deficiency มาด้วยอาการแบบนี้น้อย

4. Neoplasm disease

4.1 Benign neoplasm ได้แก่ colonic polyps พวกนี้อาจ bleeding จากภาวะ ulcerative lesion ของ polyps

4.2 Malignant neoplasm เช่น familial polyposis syndrome เนื่องจากถ่ายทอดทางพันธุกรรม น่าจะมีคนในครอบครัวมีอาการเช่นเดียวกับผู้ป่วย ส่วน adenocarcinoma คิดถึงน้อย เนื่องจากอายุน้อย, low risk factor และไม่มี constitutional symptom ร่วมด้วย

5. Miscellaneous เช่น ภาวะ Colitis cystica profunda ซึ่งจัดเป็น rare benign disease อุบัติการณ์เจอน้อยมากๆ จึงคิดถึงเป็นสาเหตุหลังๆ แต่ภาวะนี้จะมาด้วย mucus discharge, diarrhea และ rectal bleeding

ในผู้ป่วยรายนี้ได้รับการสืบค้นทำ investigation เพิ่มเติมดังนี้

Sigmoidoscope with biopsy: shallow anal fissure at 11-1 o' clock, erythematous mucosa with whistish patch and mass like lesion of rectum 5-10 cm from anal verge

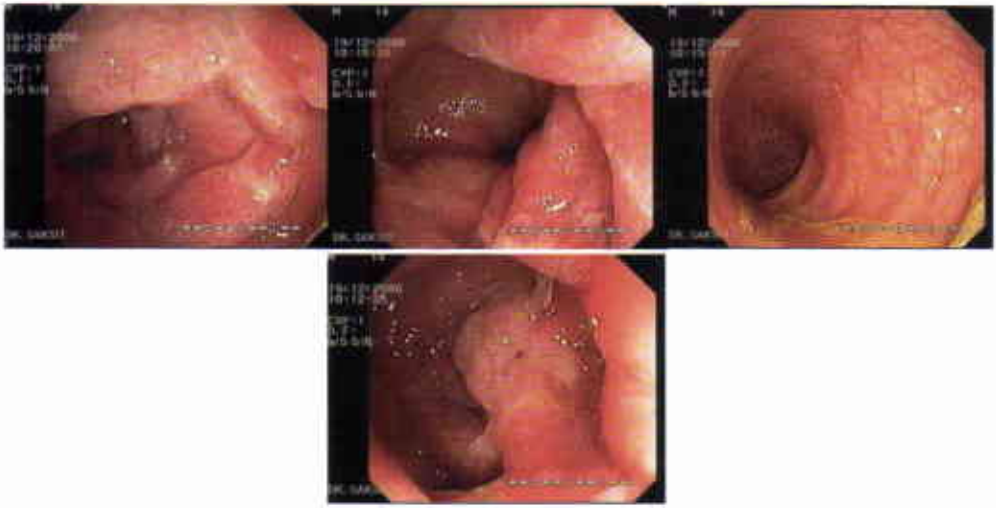
Biopsy lesions at rectum at 5, 10 และ 15 cm from anal verge

Pathological findings: chronic ulcer with epithelial dysplasia and mucin leak

Tissue C/S for TB: No growth

ในผู้ป่วยรายนี้ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกว่าเป็นภาวะ chronic ulcerative colitis ระหว่างรอผลชิ้นเนื้อก็ให้ยา metronidazole 1 x 3, Norfloxacin 1 x 2 เป็นเวลา 2 อาทิตย์นัดมาติดตามอาการที่คลินิกศัลยกรรมอาการไม่ดีขึ้นยังมีประวัติถ่ายเป็นเลือดสดตลอด และได้ปรึกษากับทางศัลยกรรมเด็ก คิดว่าจากประวัติ colonoscopic finding และ pathological finding most likely คิดถึง ulcerative colitis ได้ start salazopyrin 2 gm/day, folic acid 1 x 1 และนัดมาติดตามอาการ หลังติดตามอาการดีขึ้นไม่มีถ่ายเป็นมูกเลือด หลังจากนั้นมีประวัติถ่ายเป็นมูกเลือด มีเลือดสดออกตามหลังถ่ายตลอด จึงได้ทำ colonoscopy เพิ่มเติม

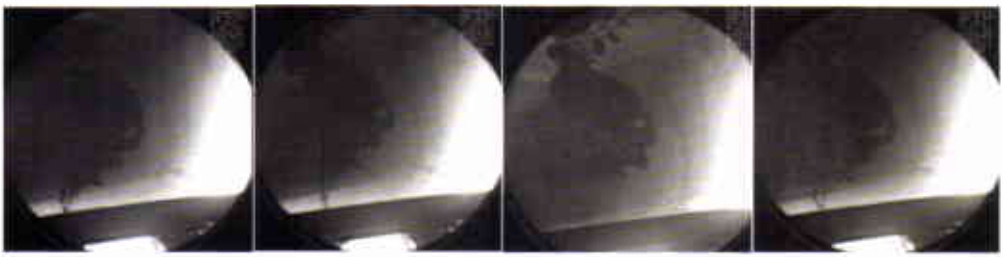
Colonoscpy



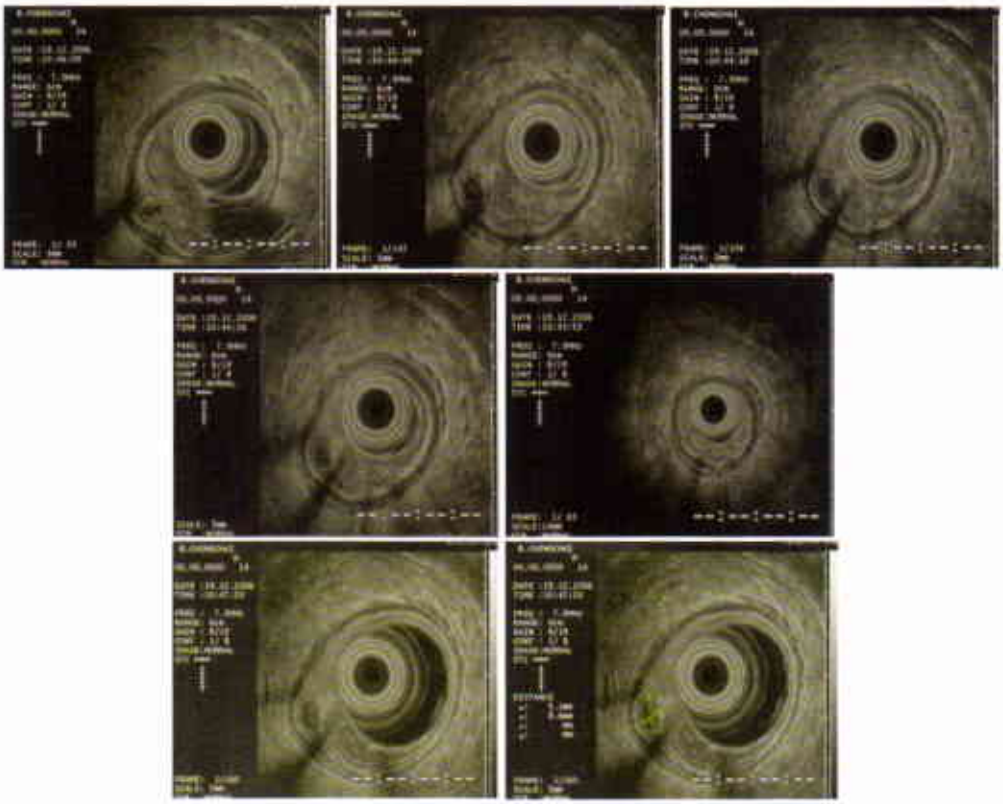
Finding: The rectum at 10 cm from anal verge showed swelling, inflamed, thickening and exudate covering some area of the lesion was thickening and look like rectal mass, cannot pass beyond lesions

Defecography

A. At resting B. Straining C. Straining D. Straining



Defecography: At resting a filling defect was seen at the posterior rectal wall which was corresponding to the mass lesion seen by colonoscopy. At straining, no rectal prolapse and rectal intussuception was seen (Fig B, C, D)



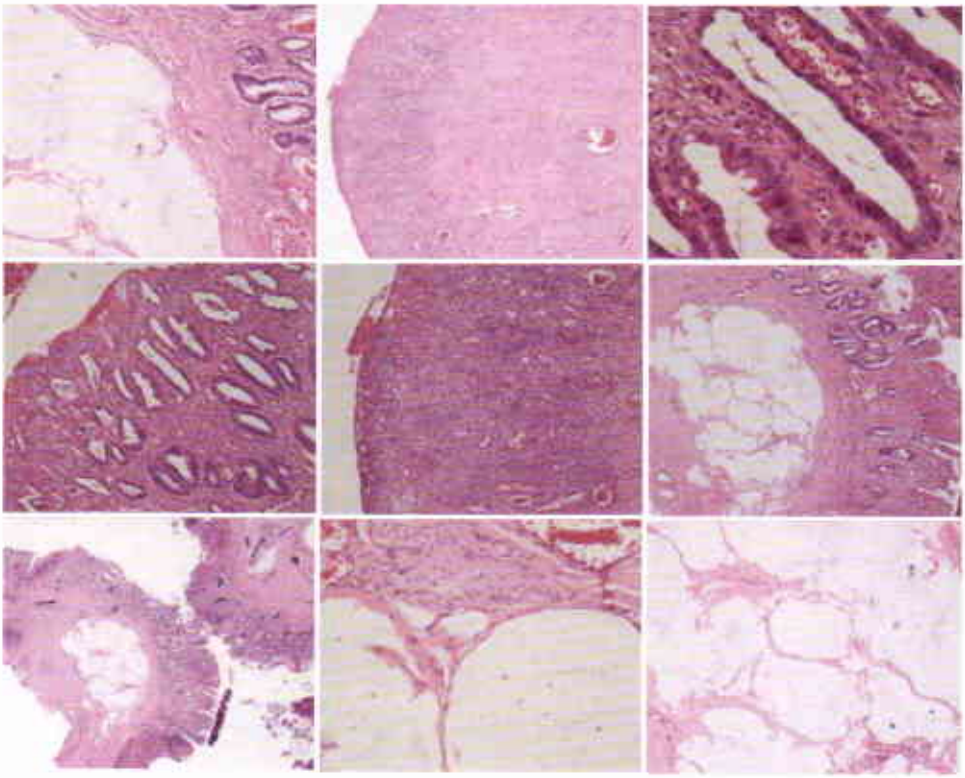
Endoscopic ultrasound finding: Cystic like lesion with diameter of 5 x 8 mm in the submucosa, the remaining sigmoid colon up to 30 cm from anal verge was normal

Histology examination: Mucosa is superficially ulcerated. the gland are distorted due to fibrosis in lamina propia. Beneath the muscularis mocosa is glandular displacement distened by mucus

รายนี้จากผลพยาธิวิทยาเป็น chronic rectal ulcers และยังมีประวัติเลือดออกทางทวารหนักตลอด ร่วมกับทำ colonoscopy ไม่เคยเข้าถึงตำแหน่งเหนือต่อพยาธิสภาพ ดังนั้นทางศัลยกรรมจึงทำ local segmental resection

under GA (2/04/2550) พบ submucosal mass 1 x 3 cm at right lateral wall of rectum at 10 cm from anal verge

Histologic examination (from section of rectum)



Histolgic examination of excision specimen of the rectum showed superficial ulceration of mucosa with slightly reactive atypia of remaining epithelial infiltration of lymphocytes and plasma cells and vascular proliferation. the muscularis mucosae were hypertrophied the submucosal layer showed fibrosis and was expanded by mucus containing cysts which are devoid of an epithelial lining

Final diagnosis: Colitis cystica profunda

Colitis cystica profunda

Colitis cystica profunda เป็นโรคของลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่ไม่ร้ายแรงและยังไม่ทราบสาเหตุของการเกิดโรคนี้ชัดเจน มีลักษณะเฉพาะคือมี cyst ที่มี mucin แทรกอยู่ในชั้น submucosa โรคนี้มีลักษณะทางคลินิกและการตรวจพบจากการส่องกล้องที่คล้ายคลึงกับมะเร็งของลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ทำให้ผู้ป่วยบางส่วนต้องถูกนำไปผ่าตัดโดยไม่จำเป็น จึงมีความสำคัญในการวินิจฉัย พิจารณาแยกโรค และการรักษาโรคนี้ได้ถูกต้อง[1,2]

ประวัติความเป็นมา[1]

Stark เป็นคนรายงานโรคนี้เป็นครั้งแรกในปี ค.ศ. 1766 เป็นผู้ป่วย 2 รายที่มาด้วยอาการถ่ายบิด (dysentery) เรื้อรัง ในปี ค.ศ. 1863 Virchow ได้เริ่มนำคำว่า colitis cystica polyposa[3] มาใช้ในผู้ป่วยที่พบพยาธิสภาพเป็น polyps หลายอันร่วมกับมีถุงน้ำในชั้นใต้ต่อเยื่อบุผิวของผนังลำไส้ชั้นใน (submucosal cysts) จนกระทั่งปี ค.ศ. 1975 ได้นำคำว่า colitis cystica profunda แยกจาก colitis cystica superficialis[4] ซึ่งใช้เรียกภาวะที่ตรวจพบ ถุงน้ำในชั้นเยื่อบุผิวผนังของลำไส้ชั้นในที่เกิดจากโรคที่เกิดจากการขาด niacin ในอาหาร (pellagra) นอกจากนี้ยังมีคำเรียกชื่อโรคนี้อีกหลายชื่อซึ่งมีทั้งความหมายถึงโรคเดียวกันหรือโรคที่มีความใกล้เคียงกับโรคนี้อย่างมาก เช่น proctitis cystica profunda[5], solitary rectal ulcer syndrome[6], mucosal prolapse syndrome[7], pseudocarcinomatous invasion[8], enterogenous cysts of the rectum[9], harmatomatous inverted polyps of the rectum[10], and mucocele of the bowel

อุบัติการณ์[1]

เป็นโรคของลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่เจอน้อยมาก อุบัติการณ์ไม่แน่ชัด เพราะรายงานตีพิมพ์ผู้ป่วยโรคนี้มีค่อนข้างน้อยเฉพาะ case reports พบในเพศชายและเพศหญิงพอๆ กัน และมักเป็นในคนอายุน้อย อายุตั้งแต่ 4 ปีจนถึง 76 ปี (อายุเฉลี่ย 30 ปี)

สาเหตุและกลไกการเกิดโรค[1-3, 11-13]

สาเหตุการเกิดโรคที่แท้จริงยังไม่ทราบ ส่วนใหญ่ศึกษาในสัตว์ทดลอง ทฤษฎีที่เป็นไปได้ ดังนี้

1. **เป็นมาแต่กำเนิด** จากการศึกษา embryology พบ submucosal cyst ในระบบทางเดินอาหาร และโรคนี้ส่วนใหญ่พบในคนอายุน้อยและ case report ส่วนใหญ่เป็นเด็ก หลายรายที่พบร่วมกับโรคทางพันธุกรรม Peutz-Jeghers syndrome (เป็น congenital autosomal disease พบ harmatoma ในทางเดินอาหาร) อย่างไรก็ตามทฤษฎีนี้ก็ยังมีข้อโต้แย้ง จาก large series autopsy ในเด็กกลับไม่มีรายงานโรคนี้เลย นอกจากนี้ยังพบว่าภาวะนี้พบอุบัติการณ์สูงขึ้นในโรคที่ทำให้เกิดการอักเสบเรื้อรังของลำไส้ใหญ่ เช่น ulcerative colitis[14-15], Crohn's disease[16], adenomatous polyp[17-18], dysentery[14], Peutz-Jeghers syndrome[19], spastic colitis[20], ectopic submucsal glands หรือ cysts ที่เกิดหลังผ่าตัดในทางเดินอาหาร โดยเฉพาะตำแหน่ง colostomy หรือ anastomosis นอกจากนี้พบว่าโรคดีขึ้นได้หลังทำ diverting colostomy

2. **ผลจากการขาดเลือด (ischemia)** พบว่า colitis cystica profunda เองก็อาจจะเป็นอาการแสดงของกลุ่มโรค solitary rectal ulcer syndrome และ internal rectal prolapse ทั้งนี้ Rutter และ Riddell อธิบายว่า shearing stress ของ perineal descent และ rectal prolapse ทำให้มีการเปลี่ยนแปลง fibromuscular และเมื่อมีการสูญหายของเส้นเลือดทำให้เกิดภาวะขาดเลือดมาเลี้ยง mucosa ของผนังลำไส้เกิดเป็นแผลตามมา ร่วมกับมีการซ่อมแซมและการทดแทนของเยื่อบุผิวลำไส้เกิดการสร้าง mucous cyst[17,21], Ballas และคณะเสนอทฤษฎีที่ว่าภาวะขาดเลือดน่าจะมาจากการหนาตัวของ muscular wall

ของ submucosal vein ร่วมกับมีการตีบแคบของ lumen[22] นอกจากนี้การฉายแสงก็เป็นสาเหตุการเกิดโรคเนื่องจากทำให้เกิด ulceration เนื่องมาจาก obliterative arteriosclerosis ที่เกิดตามหลังการฉายแสง

3. Defect ของ muscularis mucosae ทำให้ mucosa เลื่อนตัวผ่าน defect และเกิดเป็น cystic area สาเหตุของ defect อาจจะเป็นตั้งแต่กำเนิด การบาดเจ็บจากปัจจัยภายนอก หรือความผิดปกติของเส้นเลือด

การจำแนกชนิดของ colitis cystica profunda[1,2]

1. Localized colitis cystica profunda เป็นชนิดที่พบบ่อย ตำแหน่งที่พบบ่อย คือ ตำแหน่งระหว่าง 5 และ 12 cm ที่ผนังด้านหน้าของลำไส้ตรง (rectum) และกลไกการเกิดชนิดนี้เกี่ยวข้องกับภาวะ solitary rectal ulcer syndrome และ rectal prolapse

2. Diffuse colitis cystica profunda (involve entire colon) พบน้อยมาก และส่วนใหญ่สาเหตุการเกิดโรคนี้เป็นภาวะแทรกซ้อนจาก colitis โดยเฉพาะ ulcerative colitis

อาการและอาการแสดงทางคลินิก[1-2,5,11-13]

1. ถ่ายเป็นเลือด (blood per rectum)
2. ถ่ายเป็นมูก (mucous per rectum)
3. ถ่ายเหลว (diarrhea)
4. ถ่ายลำบาก ถ่ายไม่สุด (tenesmus)
5. อาการปวดท้อง ปวดเกร็งท้อง หรือไม่สบายในช่องท้อง (abdominal pain/cramps/discomfort)
6. ปวดทวารหนัก (rectal pain)

อาการถ่ายเป็นเลือด หรือถ่ายเป็นมูกเป็นอาการที่นำผู้ป่วยมาพบแพทย์บ่อยที่สุด ส่วนอาการอื่นเป็นอาการที่เจอได้น้อยลงมาตามลำดับ นอกจากนี้ยังมีรายงานผู้ป่วยที่มาด้วยอาการของลำไส้อุดตันเนื่องจาก polypoid mass ที่ ascending colon หลังผ่าตัดลำไส้ไปผลพยาธิวิทยาเป็น colitis cystica

profunda[23] จากอาการแสดงทางคลินิกนั้น มีโรคหลายโรคที่มีอาการแสดงคล้ายคลึงกับโรค colitis cystica profunda ต้องวินิจฉัยแยกโรคนี้กับโรค inflammatory bowel disease, มะเร็งของลำไส้ใหญ่หรือลำไส้ตรง, Infectious colitis, endometriosis, drug induced colitis.

การวินิจฉัย

จากประวัติ และการตรวจร่างกายอาจเจอได้แตกต่างกันไป แล้วแต่ตำแหน่งที่เกิด local form ส่วนใหญ่มักตรวจเจอจากการใช้นิ้วตรวจทางทวารหนัก อย่างไรก็ตามพึงระลึกไว้เสมอว่า มีโรคหลายโรคที่มีอาการแสดงคล้ายกับ colitis cystica profunda ดังเช่นที่กล่าวไว้ในตารางข้างต้น ซึ่งจำเป็นที่ต้องอาศัยการตรวจเพิ่มเติมอื่น เช่น การตรวงทางภาพรังสี การส่องกล้องทางลำไส้ การตรวจ transrectal ultrasound รวมถึงการตรวจทางพยาธิวิทยาเพื่อยืนยันการวินิจฉัยและการตัดโรคมะเร็งออกไปอาศัย

1. การตรวจทางรังสีวิทยา
    1.1 การสวนแป้งทางทวารหนัก (Barium enema)
    1.2 เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้อง (CT)/เอกซเรย์คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI)
    1.3 การตรวจคลื่นเสียงทางทวารหนัก (Transrectal ultrasound)
2. การส่องกล้องทางลำไส้ใหญ่ และ endoscopic ultrasound
3. พยาธิวิทยา

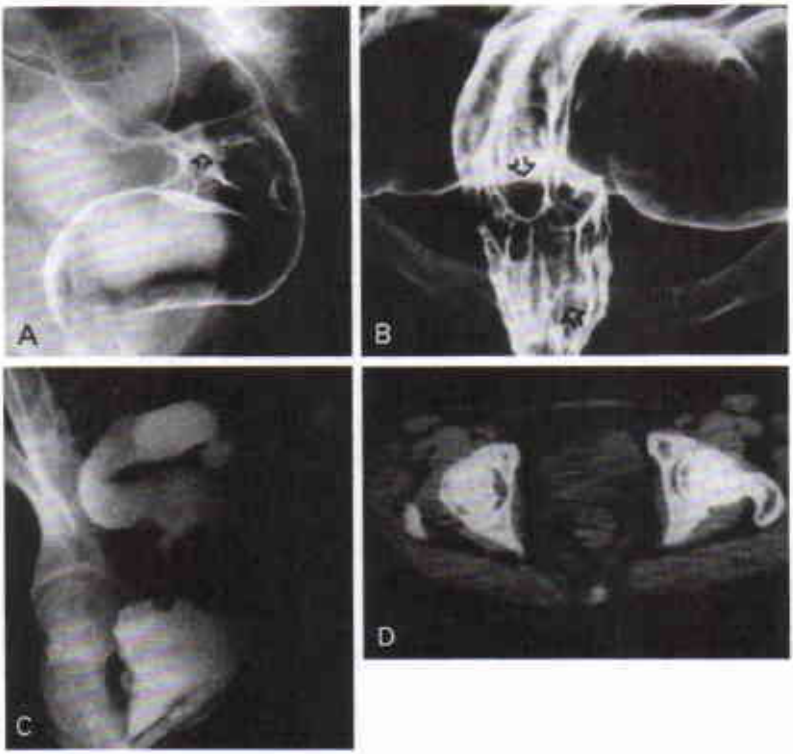
การสวนแป้งทางทวารหนัก[2] พบ longitudinal, thickened mucosal folds, submucosal cyst อันเดียวหรือหลายอันขนาดต่างๆ กัน ตำแหน่งมักจะอยู่บริเวณ ventral และ lateral ของ rectum ซึ่งลักษณะดังกล่าวจะต้องไปวินิจฉัยแยกโรคออกจาก proctitis, hemorrhoids, polyps และ carcinoma

ภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้อง/เอกซเรย์คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า[11] จะเห็นเป็น submucosal mass ไม่มีลักษณะ invade ชั้นลึกของผนังลำไส้ มีการหนาตัวของกล้ามเนื้อ levator ani ด้านเดียวกับพยาธิสภาพ ไม่มี involvement ของต่อมน้ำเหลือง

การส่องกล้องลำไส้ใหญ่ พบเป็น polypoid lesions, submucosal cysts, หรือ ulceration ส่วน polyp อาจจะเป็นแบบไม่มีก้าน หรือมีก้านก็ได้ เป็นก้อนเดียวหรือหลายก้อน ถ้าเป็นหลายก้อนมักจะรวมกันเป็นก้อนที่มีขนาดหลายเซนติเมตร ส่วนใหญ่จะพบ lesion ที่ 10 cm จาก anal verge อย่างไรก็ตามมีรายงานที่เจอที่ ascending colon ถ้าเป็น ulceration มักอยู่ที่ anterior rectal wall

การตรวจคลื่นเสียงทางทวารหนัก (transrectal US)[12] หรือ EUS เห็นเป็น multiple hypoechoic and anechoic cysts with posterior acoustic enhancement, ขนาดตั้งแต่ 2-3 mm และ 1-2 cm ไม่ invade ชั้น muscularis propia, มี hyperechogenic bands เนื่องจาก fibrosis อยู่ระหว่าง cysts. ไม่พบ lympnode involvement หรือ invasion ถึงชั้นลึกของลำไส้ตรง อย่างไรก็ตามการตรวจพบ submucosal cystic ไม่เป็น pathogmonic ของ colitis cystica profunda เนื่องจากพบได้ในโรคอื่น เช่น adenomatous polyp, hemorrhoids และ surgical anastomosis

พยาธิวิทยา[2,13] ลักษณะทาง gross pathology เห็นเป็นก้อนเนื่องจาก submucosal cysts ข้างในจะบรรจุสารพวก mucus และ proliferation of fibromuscular cell ส่วน histopathology ของชิ้นเนื้อที่ได้จากลำไส้หรือไส้ตรงพบ enlargement of submucosal layer เนื่องจาก submucosal cyst มี content เป็น mucus ส่วนใหญ่ cyst จะจำกัดอยู่เฉพาะชั้น submucosa มีน้อยมากที่ invade ถึงชั้น serosa ส่วนผิวจะถูกปกคลุมด้วยชั้น mucosa ที่ปกติของลำไส้ นอกจากนั้นพบว่า cyst จะติดต่อกับ lumen ของลำไส้ผ่านทาง gap ของ muscularis mucosae หรือ cyst บางอันจะถูกปกคลุมด้วย epithelial lining ซึ่ง lining นี้จะเป็น tall columnar หรือ squamous ก็ได้



ภาพที่ 1 A. Localized colitis cystica profunda. Radiographic demonstration of multiple submucosal cysts (arrows) in the middle rectum surrounded by pronounced mucosal folds. **B.** Localized colitis cystica profunda. Radiographic demonstration of multiple submucosal cysts (arrows) in the middle and lower rectum surrounded by pronounced mucosal folds. **C.** Barium enema x-ray in patients with circumferential proctitis cystica profunda mimicking carcinoma of rectum. **D.** Computerized tomography submucosal lesion of rectal wall and thickening of levator ani muscle on the side of the lesion. No local lymph node infiltration

การรักษา

1. การรักษาแบบประคับประคอง (conservative treatment) เนื่องจากสาเหตุการเกิดโรคนี้บางส่วนมาจากความผิดปกติในการเบ่งถ่าย ดังนั้นการดูแลให้การขับถ่ายเป็นปกติ โดยการกินผักและผลไม้ การใช้ psyllium ร่วมกับการปรับปรุงสุขลักษณะในการขับถ่ายเพื่อลดการออกแรงเบ่งหรือการใช้นิ้วช่วยล้วง มีบางรายงานพบว่าในผู้ป่วยบางรายหายขาดที่เวลา 6 ถึง 18 เดือน อย่างไรก็ตามการรักษาด้วยวิธีการนี้ได้ผลในผู้ป่วยส่วนน้อยเท่านั้น

2. การรักษาทางยา การสวนด้วยสเตียรอยด์ มีรายงานว่าได้ผลในบางราย

3. การผ่าตัดเป็นการรักษาที่มีรายงานมากที่สุด ในกรณีที่พบร่วมกับ rectal prolapse การผ่าตัดแก้ไข rectal prolapse อย่างเดียวอาจจะทำให้โรคหายได้ ส่วนในรายที่ไม่มี rectal prolapse อาจจะทำ local mucosal resection ผ่านทางทวารหนัก ในรายที่มีการตีบตันของลำไส้เนื่องจาก lesion มีขนาดใหญ่หรือเป็น diffuse ในผู้ป่วยที่มี hypokalemia หรือ hypoalbuminemia หรือ anemia จากมีเลือดออกเรื้อรัง อาจจะต้องทำ resection ออก

บทสรุป

Colitis cystica profenda เป็น rare benign disease ของ colon and rectum ลักษณะคือเป็น submucosal cyst formation มาด้วยอาการและอาการแสดงที่คล้ายคลึงกับโรคอื่นๆ ของลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ที่สำคัญที่ต้องพึงระลึกไว้เสมอว่าจำเป็นต้องแยกออกจากโรคมะเร็งของลำไส้หรือเกิดร่วมกัน เนื่องจากให้อาการที่คล้ายคลึงกันและการรักษาจะแตกต่างกันและการพยากรณ์โรคที่แตกต่างกัน

เอกสารอ้างอิง

1. Cameron B. Guest, Richard K. Reznick, M.D. Colitis Cystica Profunda Review of the literature. Dis Colon Rectum 1989;32:983-88.
2. Rosengren JE, Hildell J, Lindstrom CG. Localized colitis cystica profunda. Gastrointest Radiol 1982:7:79-83.
3. Goodall HB, Sinclair IS. Colitis cystica profunda. J Pathol 1957;73:33-42.
4. Denton J. The pathology of pellagra. Am J Trop Med 1952;5:173-210.
5. Stuart M. Poctitis cystica profunda: incidence, etiology, and treatment. Dis Colon Rectum 1984;27:153-6.
6. Madigan MR, Morson BC. Solitary ulcer of the rectum. Gut 1969;10:871-81.
7. ed du Boulay C, Fairbrother J, Isaacson PG. Mucosal prolapse syndrome-a unifying concept for solitary ulcer syndrome and related disorders. J Clin Pathol 1983;36:1264-8.
8. Muto T, Bussey HJR, Morson BC. Pseudo-carcinoma invasion of adenomatous polyps of the colon and rectum. J Clin Pathol 1973;26:25-31.
9. Talerman A. Enterogenous cysts of the rectum (Colitis cystica profunda). Br J Surg 1971;58:643-7.
10. Allen MS Jr. Harmatomatous inverted polyps of the rectum. Cancer 1966;19:257-65.
11. Valenzuela M, Martin-Ruiz JL, Alvarez-Cienfuegos E. Colitis Cystica Profunda: Imaging Diagnosis and Conservative Treatment. Dis Colon Rectum 1996;39:587-90.
12. Hulsmans FJ, Tio TL, Reeders JW, Tytgat GN. Transrectal US in the diagnosis of localized colitis. Radiology 1991;181:201-3.
13. Farman J, Dallemand S, Robinson T, Keohane MF. Colitis Cystica Profunda, an Unusual Solitary Tumor: Report of three cases. Dis Colon Rectum 1974;17: 565-9.
14. Wayte DM, Helwig EB. Colitis cystica profunda. Am J Clin Patho 1967;48:159-69.
15. Uza N, Nakase H, Nishimura K, Yoshida S, Kawabata K, Chiba T. Solitary rectal ulcer syndrome associated with ulcerative colitis. Gastrointest Endoscop 2006;2:355-6.
16. Aftalion B, Lipper S. Enteritis cystica profunda associated with Chron's disease. Arch Pathol Lab Med 1984;108:532-3.
17. Fechner RE. Polyp of the colon possessing features of colitis cystica profunda. Dis Colon Rectum 1967;10:359-64.

18. Clark JF, Muldoon. Colitis cystica profunda. in an adenoma (adenomatous polyp) report of a case. Dis Colon Rectum 1970;13:387-9.
19. Anderson NJ, Rivera ES, Flores DJ. Peutz-Jeghers syndrome with cervical adenocarcinoma and enteritis cystica profunda. West J Med 1984;141:242-4.
20. Epstein SE, Ascari WQ Ablow RC, Seaman WB, Lattes R. Colitis cystica profunda Am J Clin Patho 1966;45:186-201.
21. Peter Komprat, Cord Langer, Johann Pfeifer. Colitis cystica profunda associated with rectal prolapse: report of a case. Int J Colorectal Dis 2007;22:1555-6.
22. Ballas M, Nunez L, Miller EM. Localized colitis cystica profunda. Arch Surg. 1971;103:405-8.
23. Castleman B, McNeely BU. Case records of the massachuchusettes General Hospital : weekly clinicopathological exercises. N Engl J Med 1972;286:147-53.

Topic review:
Protein-Losing Gastroenteropa

นพ.กฤษณ์ อุปัชฌาย์
แผนกทางเดินอาหาร
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

คำจำกัดความ

คือภาวะที่มีการสูญเสียซีรั่มโปรตีนเข้าสู่ระบบทางเดินอาหารในปริมาณที่มากกว่าปกติ เป็นผลทำให้เกิดภาวะโปรตีนในกระแสโลหิตต่ำกว่าระดับปกติ

ในปี ค.ศ. 1947 Maiman **และคณะตรวจพบว่า ผู้ป่วยโรค** giant hypertrophic enteropathy **มีสารคัดหลั่งออกมาจาก** large gastric folds **มีปริมาณโปรตีนในกระเพาะอาหารมากกว่าปกติ เช่นเดียวกับในปี** ค.ศ. 1956 Kimhel **และคณะพบว่า มีการเพิ่มขึ้นของอัลบูมินในกระเพาะอาหารในผู้ป่วยที่เป็นกระเพาะอาหารอักเสบเรื้อรัง**

ในภาวะปกติ อัลบูมินในทางเดินอาหารมาจากการหลุดลอกของเซลล์เยื่อบุบุลำไส้และสารคัดหลั่งจากตับอ่อนและระบบทางเดินน้ำดี[1] **โดยโปรตีนจะถูกย่อยโดยน้ำย่อย** protease **ให้เปลี่ยนเป็น** amino acids **และถูกดูดซึมกลับเข้าสู่กระแสโลหิตในที่สุด การศึกษาการสูญเสียซีรั่มโปรตีนผ่านทางระบบทางเดินอาหารโดยหลายๆ วิธีการ เช่น** ^{51}Cr-albumin **หรือ** alpha-1 antitrypsin **พบว่าในคนปกติในแต่ละวันมีการสูญเสียซีรั่มโปรตีนผ่านทางระบบทางเดินอาหารน้อยกว่าร้อยละ** 1 **ถึง** 2 **ของซีรั่มโปรตีนในร่างกาย และพบว่าน้อยกว่าร้อยละ** 10 **ของ** albumin catabolism

ในภาวะปกติอัลบูมินในร่างกาย เพศหญิงมีค่าประมาณ 3.9 g/kg เพศชาย มี 4.7 g/kg และมีค่าครึ่งชีวิต 15 ถึง 33 วัน โดยอัตราการสร้างอัลบูมินจากตับประมาณวันละ 0.5 g/kg ซึ่งเท่ากับอัตราการสูญเสียอัลบูมิน[2] ดังนั้นระดับซีรั่มโปรตีนจึงบ่งถึงความสมดุลระหว่างการสร้างและการสูญเสียโปรตีนของร่างกาย ในผู้ป่วยที่เป็น severe protein-losing gastroenteropathy สมดุลของโปรตีนในร่างกายจะเสียไป บางรายอาจมีการสูญเสียโปรตีนผ่านทางระบบทางเดินอาหารมากถึงร้อยละ 60 ของอัลบูมินที่เก็บสะสมในร่างกาย[3-5]

สาเหตุและกลไกการเกิดโรค

การสูญเสียพลาสมาโปรตีนปริมาณมากไปทางระบบทางเดินอาหารเกิดจากกลุ่มโรคต่างๆ ของเยื่อบุทางเดินอาหารโดยแบ่งได้ 3 กลุ่มโรคดังนี้

1. มีการเพิ่ม mucosal permeability ต่อ proteins
2. Mucosa erosions หรือ ulceration
3. Lymphatic obstruction

โรคที่เป็นสาเหตุให้เกิด protein-losing gastroenteropathy ตามแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สาเหตุให้เกิด protein-losing gastroenteropathy

Diseases without Mucosal Erosions or Ulcerations
Acquired immunodeficiency syndrome–associated gastroenteropathy
Acute viral gastroenteritis
Allergic gastroenteropathy
Celiac sprue
Cobalamin deficiency
Collagenous colitis
Cytomegalovirus infection
Eosinophilic gastroenteritis

Giant hypertrophic gastropathy (Ménétrier's disease)

Helicobacter pylori gastritis

Henoch-Schönlein purpura

Hypertrophic hypersecretory gastropathy

Intestinal parasitosis i.e. Giardiasis, schistosomiasis, nematodiasis, strongyloidiasis

Lymphocytic colitis

Lymphocytic gastritis

Postmeasles diarrhea

Small intestinal bacterial overgrowth

Systemic lupus erythematosus

Tropical sprue

Vascular ectasia (gastric, colonic)

Whipple's disease

Diseases with Mucosal Erosions or Ulcerations

Alpha-chain disease

Amyloidosis

Behçet's disease

Carcinoid syndrome

Crohn's disease

Duodenitis

Erosive gastritis

Gastrointestinal carcinomas

Graft-versus-host disease

H. pylori gastritis

Idiopathic ulcerative jejunoileitis

Infectious diarrhea i.e. *Clostridium difficile, Shigella*

Ischemic colitis

Kaposi's sarcoma

Lymphoma

Neurofibromatosis

Nonsteroidal anti-inflammatory drug enteropathy

Sarcoidosis

Toxic shock syndrome *(Streptococcus pyogenes)*

Ulcerative colitis

Waldenström's macroglobulinemia

Diseases with Lymphatic Obstruction or Elevated Lymphatic Pressure

Cardiac disease i.e. Congestive heart failure, constrictive pericarditis, tricuspid regurgitation, Fontan procedure

Crohn's disease

Intestinal endometriosis

Intestinal lymphangiectasia (congenital, acquired)

Lymphatic-enteric fistula

Mesenteric venous thrombosis

Mesenteric tuberculosis and sarcoidosis

Neoplastic disease involving mesenteric lymphatics i.e. Lymphoma, including mycosis fungoides

Portal hypertensive gastroenteropathy

Post-transplant lymphoproliferative disease

Retroperitoneal fibrosis

Sclerosing mesenteritis

Superior vena cava thrombosis

Systemic lupus erythematosus

Tuberculosis peritonitis

Whipple's disease

การสูญเสียซีรั่มโปรตีนผ่านทางระบบทางเดินอาหารนั้นไม่ได้ขึ้นกับขนาดโมเลกุลของโปรตีน[3,4] ซึ่งต่างจาก nephrotic syndrome ที่มีการสูญเสียเฉพาะโปรตีนที่มีโมเลกุลขนาดเล็ก เช่น อัลบูมินเท่านั้น โดยโปรตีนที่ผ่านเข้าสู่ท่อระบบทางเดินอาหารจะถูกย่อยเป็นกรดอะมิโนโดยน้ำย่อยจากกระเพาะอาหาร ตับอ่อน และจากลำไส้เล็ก แล้วถูกดูดซึมกลับเข้าสู่ระบบไหลเวียนโลหิตในที่สุด โดยบางส่วนของโปรตีนที่สูญเสียไปทางระบบทางเดินอาหาร ร่างกายจะสร้างโปรตีนใหม่ขึ้นมาทดแทนเพื่อให้เกิดความสมดุลของโปรตีนในร่างกาย แต่เมื่อมีการสูญเสียโปรตีนผ่านทางเดินอาหารในปริมาณมากกว่าปกติหรือความสามารถของร่างกายในการสร้างโปรตีนทดแทนเสียไปจะทำให้เกิดภาวะ hypoproteinemia ในที่สุด เนื่องจากโปรตีนแต่ละชนิดมีความสามารถในการปรับสมดุลจากการสูญเสียโปรตีนได้ไม่เท่ากัน พบว่า insulin, clotting factors และ IgE จะสร้างขึ้นทดแทนได้อย่างรวดเร็ว ดังนั้นระดับของโปรตีนดังกล่าวจะไม่เกิดผลกระทบใดๆ จากการสูญเสียไปในปริมาณที่มากขึ้น ซึ่งต่างจากซีรั่มอัลบูมิน และซีรั่มแกมมาโกลบูลิน (ยกเว้น IgE) จะมีการปรับตัวได้อย่างจำกัดจึงเกิดภาวะ hypoalbuminemia และ hypoglobulinemia ในที่สุด[6-7]

นอกจากนั้นในภาวะที่มีโปรตีนในโลหิตที่ต่ำลงนั้นจะมีผลทำให้ระดับของ ไขมัน เหล็ก และเกลือแร่บางชนิดต่ำไปด้วย และอาจเกิดภาวะ lymphocytopenia ในผู้ป่วยที่มีการอุดตันของระบบทางเดินน้ำเหลืองซึ่งจะมีผลต่อ cellular immunity

อาการและอาการแสดง

ภาวะอัลบูมินในเลือดต่ำและอาการบวมเป็นลักษณะทางคลินิกของการสูญเสียโปรตีนผ่านทางระบบทางเดินอาหาร โดยจะพบร่วมกับอาการและอาการแสดงของโรคที่เป็นสาเหตุ โดยการบวมในส่วน dependent part ซึ่งเป็นผลจากการลดลงของ plasma oncotic pressure ซึ่งจะพบได้บ่อยกว่าการบวมทั้งตัว

ส่วนภาวะ lymphangiectasia อาจทำให้เกิดอาการบวมข้างใดข้างหนึ่งของร่างกาย การบวมที่แขน การบวมที่ใบหน้า, macular edema และ bilateral retinal detachments ได้[8]

การลดลงของแกมมาโกลบูลิน มักไม่ทำให้มีการติดเชื้อในร่างกายมากขึ้นกว่าปกติเช่นเดียวกับการลดลงของ clotting factors การแข็งตัวของเลือดมักไม่ได้รับผลกระทบ นอกจากนั้นแล้ว thyroid-binding protein ที่ต่ำลงแต่มีผลกระทบต่อ free-hormone ไม่มาก นอกจากอาการบวมแล้วอาการทางคลินิกมักเกิดจากโรคที่เป็นต้นเหตุของการสูญเสียโปรตีนทางระบบทางเดินอาหาร เช่น celiac หรือ tropical sprue อาจมีภาวะขาดสารอาหารจากภาวะ malabsorption และท้องเสีย การขาดวิตามินที่ละลายในไขมันและภาวะซีด อาการและอาการแสดงที่พบได้ใน protein-losing gastroenteropathy ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 อาการและอาการแสดงที่พบได้ใน protein-losing gastroenteropathy

Symptoms and Signs
Edema (dependent, upper extremity, facial, macular, unilateral in lymphangiectasia)
Diarrhea
Fat malabsorption
Carbohydrate malabsorption
Fat-soluble vitamin malabsorption or deficiency
Retinal detachment (in lymphangiectasia)

แนวทางการตรวจวินิจฉัย

ในผู้ป่วยที่มาด้วยอาการบวมและมีโปรตีนในร่างกายต่ำ ควรซักประวัติ การตรวจร่างกายอย่างละเอียดเพื่อหาสาเหตุ และการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อ exclude สาเหตุอื่น เช่น nephrotic syndrome โรคตับแข็ง โรคมะเร็ง โรคขาดสารอาหาร การได้รับยาระบาย ยาขับปัสสาวะ และโรคของความผิดปกติของการรับประทาน เช่น bulimia และ anorexia เมื่อ exclude สาเหตุอื่นแล้ว และคิดถึงภาวะสูญเสียโปรตีนทางระบบทางเดินอาหาร การตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมอื่นๆ เพื่อหาสาเหตุและบอกตำแหน่งของรอยโรคได้ การตรวจยืนยันภาวะนี้ เช่น alpha-1 AT clearance หรือ การตรวจทางนิวเคลียร์ต่างๆ จะช่วยในการ

ยืนยันการวินิจฉัยและบอกตำแหน่งของรอยโรคได้ ทั้งนี้ควรเลือกส่งตรวจในสิ่งที่จำเป็นหรือสงสัยว่าน่าจะเป็นสาเหตุก่อน การตรวจเพิ่มเติมต่างๆ ได้แก่

- ตรวจเลือด เช่น complete blood count, eosinophilia, red cell index, electrolytes, calcium, magnesium, serum protein electrophoresis และ immunophoresis, c-reactive protein, erythrocyte sedimentation rate, antinuclear antibody (ANA), Rheumatoid factor, coagulation, HIV testing, iron study และ thyroid studies ความผิดปกติที่อาจตรวจพบในภาวะนี้ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความผิดปกติจากการตรวจเลือดที่อาจตรวจพบในภาวะ protein-losing gastroenteropathy

Hypoproteinemia
Hypoalbuminemia
Decreased serum gamma globulins (IgG, IgA, IgM)
Decreased serum proteins: ceruloplasmin, α_1-antitrypsin, fibrinogen, transferrin, hormone-binding proteins
Decreased serum lipoproteins
Altered cellular immunity
Lymphocytopenia

- การตรวจอุจจาระ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีอาการท้องเสีย ด้วยการส่งตรวจ 72 ชั่วโมง การตรวจหาพยาธิและไข่พยาธิ, Charcot-Leyden crystals ในผู้ป่วยที่มีภาวะ eosinophilia, ตรวจ Giardia antigen, ตรวจไขมันในอุจจาระ และ *Clostidium difficile toxin*

- เอกซเรย์ปอดเพื่อค้นหารอยโรค granulomatous

- Electrocardiogram หรือ echocardiogram ในผู้ป่วยที่สงสัยโรคหัวใจหรือมี JVP สูง

- การส่องกล้อง esophagogastroduodenostomy และ colonoscopy จะช่วยบอกความผิดปกติของการอักเสบและแผลของเยื่อบุผิวลำไส้ รวมถึงมะเร็งในลำไส้โดยการตัดชิ้นเนื้อบริเวณที่ผิดปกติ ส่วนการสุ่มตัดชิ้นเนื้อในผู้ป่วยที่

ตรวจไม่พบความความผิดปกติจากการส่องกล้อง สามารถช่วยในการวินิจฉัยโรค collagenous หรือ lymphocytic colitis ได้

- การตรวจ barium ลำไส้เล็ก และลำไส้ใหญ่ สามารถตรวจแผลและความผิดปกติของเยื่อบุลำไส้ได้

- Computer tomographic scan ของช่องท้องและช่องเชิงกราน สามารถบอกรอยโรคของระบบท่อน้ำเหลืองได้ เช่น จากพังผืด โรคของตับอ่อน และโรคมะเร็ง เป็นต้น การตรวจ exploration laparotomy เพื่อพยายามหามะเร็งที่ซ่อนเร้นอยู่ในผู้ป่วยบางราย

การตรวจ alpha-1 AT clearance และการตรวจพิเศษอื่นๆ

เนื่องจากภาวะโปรตีนในเลือดต่ำและภาวะบวมเกิดได้จากหลายสาเหตุรวมถึงการสูญเสียโปรตีนผ่านทางระบบทางเดินอาหารและต้องคิดถึงภาวะนี้มากยิ่งขึ้นเมื่อไม่สามารถอธิบายภาวะโปรตีนในเลือดต่ำได้จากการสูญเสียโปรตีนผ่านทางระบบทางเดินปัสสาวะ (nephrotic syndrome) ไม่มีโรคตับและภาวะขาดสารอาหาร ในปัจจุบันมีการใช้ alpha-1 antitrypsin มาใช้ในการวินิจฉัยการสูญเสียโปรตีนผ่านทางระบบทางเดินอาหารโดย alpha-1 antitrypsin มีขนาดโมเลกุลเท่ากับอัลบูมิน (67,000 d) ผลิตโดยตับและโดยปกติจะไม่ขับผ่านระบบทางเดินอาหารและไม่ถูกย่อยและดูดซึมผ่านระบบทางเดินอาหาร โดยใช้ alpha-1 AT plasma clearance มีหน่วยเป็นมิลลิลิตรต่อวันโดยการเก็บอุจจาระ 72 ชั่วโมงนำมาคำนวณด้วยสูตรดังต่อไปนี้

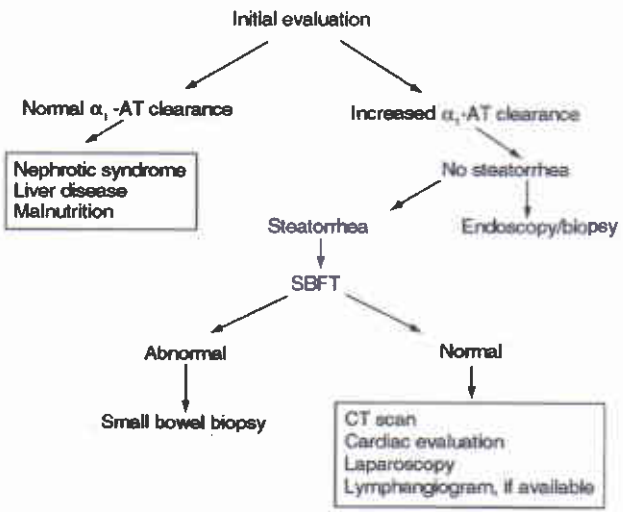
$$\text{Alpha-1 AT plasma clearance} = \frac{(\text{stool volume})\,(\text{stool apha-1 AT})}{(\text{serum alpha-1 AT})}$$

นอกจากนั้นการวัด Plasma clearance ของ alpha-1 AT สามารถนำมาใช้ในการติดตามการตอบสนองในการรักษาด้วยเช่นกัน[6-9] โดยจะวินิจฉัยว่ามีการสูญเสียโปรตีนทางระบบทางเดินอาหารเมื่อ alpha-1 AT clearance มีค่ามากกว่า 24 มิลลิลิตรต่อวัน ในผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะท้องเสีย หรือมากกว่า 56 มิลลิลิตรต่อ

วันในผู้ป่วยที่มีท้องเสีย อย่างไรก็ตาม alpha-1 AT ก็มีข้อจำกัดโดยจะถูกย่อยโดย pepsin ในกระเพาะอาหารที่มีอาการระดับความเป็นกรดน้อยกว่า 3 จึงไม่สามารถใช้วัดการสูญเสียโปรตีนจากโรคที่เกิดขึ้นในกระเพาะอาหารได้ มีการใช้ lansopazole มาป้องกันการย่อย aipha-1 AT จากน้ำย่อย pepsin ซึ่งอาจช่วยให้สามารถตรวจพบการสูญเสียโปรตีนจากโรคในกระเพาะอาหารได้[9] ส่วนข้อจำกัดอื่นๆ ของการตรวจด้วย alpha-1 AT clearance คือการมีเลือดออกในระบบทางเดินอาหารอาจทำให้มีค่าสูงกว่าปกติทำให้การแปรผลมีความยากลำบากมากขึ้น[9-12]

นอกจากการตรวจด้วยวิธีข้างต้นแล้วการตรวจทางนิวเคลียร์ก็มีการนำมาใช้ในการตรวจหาการสูญเสียโปรตีนในทางเดินอาหารเช่นกัน เช่น ^{99m}Tc-labeled dextran scintigraphy, ^{99m}Tc-labeled human serum albumin (^{99m}Tc-HAS), ^{99m}Tc-labeled human immunoglobuline และ indium 111- labeled Transferrin[13-15] โดยจะนำมาตรวจถ้า alpha-1 AT clearance ยังมีข้อสงสัย ซึ่งการใช้ nuclear image ข้างต้นยังสามารถบอกถึงบริเวณที่มีการสูญเสียโปรตีนทางระบบทางเดินอาหารและสามารถใช้ติดตามการตอบสนองการรักษาได้ด้วย

Approach to the patient with protein-losing gastroenteropathy



การรักษา

เนื่องจากการสูญเสียโปรตีนทางระบบทางเดินอาหารเป็นกลุ่มโรค นอกจากการรับประทานอาหารที่มีโปรตีนปริมาณสูงและอาหารที่มีไขมันต่ำ เพื่อให้มีผลต่อ albumin metabolism แล้ว การรักษาจะมุ่งเน้นไปที่โรคที่เป็นสาเหตุและหลายโรคสามารถรักษาให้หายขาดได้ด้วยวิธีการรับประทานยา การผ่าตัดหรือทั้งสองอย่างข้างต้นร่วมกัน[6] การรักษาโรคที่เป็นต้นเหตุทำให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้นหรือหายขาดได้ทั้งการสูญเสียโปรตีนทางระบบทางเดินอาหารและอาการบวม ส่วนการรักษาประคับประคองเพื่อรักษาอาการร่วมอื่นๆ เช่น การให้ยาขับปัสสาวะอาจช่วยลดอาการบวมในบริเวณ dependent part อันเกิดจากภาวะอัลบูมินในเลือดต่ำ การใช้ support stocking สามารถช่วยลดอาการบวมที่ขาจากภาวะ lymphedema และภาวะอัลบูมินในเลือดต่ำ การออกกำลังกายและการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างเหมาะสมจะช่วยป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำอุดตัน (venous thrombosis) การดูแลผิวหนังอย่างเหมาะสมจะช่วยป้องกันผิวหนังแตกและภาวะเนื้อเยื่อติดเชื้อ

โรคที่เป็นสาเหตุของภาวะ Protein-losing gastroen-teropathy

โรคที่เป็นสาเหตุของ Protein-losing gastroenteropathy แบ่งเป็น 3 กลุ่มใหญ่ (ตารางที่ 1)

1. กลุ่มโรคที่ไม่มีแผลหรือรอยถลอกของเยื่อบุผนังกระเพาะและลำไส้
2. กลุ่มโรคที่มีแผลหรือรอยถลอกของเยื่อบุผนังกระเพาะและลำไส้
3. กลุ่มโรคที่ทำให้มีความดันสูงขึ้นของ lymphatic และ interstitial ของกระเพาะและลำไส้

โดยโรคเดียวกันอาจเกิดการสูญเสียโปรตีนจากหลายกระบวนการก็ได้

กลุ่มโรคที่ไม่มีแผลหรือรอยถลอกของเยื่อบุผนังลำไส้

เกิดจากการหลุดลอกออกของเยื่อบุลำไส้ การซึมผ่านเยื่อบุลำไส้ หรือการสูญเสีย vascular permeability จากการอักเสบของเส้นเลือด เช่น จากโรค

SLE การเพิ่มสูงขึ้นของ intercellular permeability หรือการเพิ่มสูงขึ้นของ capillary permeability

Giant hypertrophic gastropathy

เป็นโรคที่เกิดขึ้นในกระเพาะอาหารที่พบบ่อยที่สุดที่เป็นสาเหตุของการสูญเสียโปรตีน[16-17] โดยมีอาการปวดท้องเหนือสะดือ คลื่นไส้หลังรับประทานอาหาร อาการบวม น้ำหนักตัวลดลง และตรวจเลือดพบโปรตีนในเลือดต่ำ โดยโรคนี้จะมีการหนาตัวของ gastric folds และพบว่า gastric glands ที่ปกติจะถูกแทนที่ด้วย mucus-secreting cell นอกจากนั้นมีการลดลงของ parietal cell เป็นผลให้เกิด hypochlorhydria หรือ achlorhydria พบว่าในโรคนี้มีการเพิ่มสูงขึ้นของ intercellular permeability จากมีการกว้างขึ้นของ tight junctions ระหว่างเซลล์ และเป็นผลให้มีการสูญเสียโปรตีนผ่านออกไปทาง tight junction ที่กว้างขึ้น

การรักษาโดยการให้ H_2RA หรือการให้ anticholinergic agent หรือ octreotide อาจทำให้อาการดีขึ้นได้บ้าง แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักยังมีอาการปวดท้องและการสูญเสียโปรตีนอยู่ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยการทำ subtotal หรือ total gastrectomy[16-17] พบว่าโรคนี้มีความเกี่ยวข้องกับการติดเชื้อ *Helicobacter pylori (H. pylori)* พบว่าโรคนี้อาจดีขึ้นภายหลังการรักษาการติดเชื้อ *H.pylori*

Helicobacter pylori Gastritis

H.pylori gastritis ที่ไม่ได้พบร่วมกับ giant hypertrophic gastropathy ก็เป็นสาเหตุของการสูญเสียโปรตีนผ่านทางกระเพาะอาหารเช่นกัน และสามารถรักษาได้ด้วยการให้ยาฆ่าเชื้อ *H.pylori*[18-20] ผู้ป่วยบางรายอาจมีแผลถลอกซึ่งอาจเป็นสาเหตุการสูญเสียโปรตีนผ่านทางกระเพาะอาหารได้

Systemic Lupus Erythematosus

เป็นโรค autoimmune ที่อาจทำให้เกิด mesenteric vaculitis เป็นผลให้เกิดการขาดเลือดและการบวมของลำไส้ ทำให้ลำไส้มีการเปลี่ยนแปลง vas-

cular permeability และเกิดแผลของเยื่อบุทางเดินอาหาร โดยปัจจัยข้างต้นทำให้มีการสูญเสียโปรตีนออกไปในระบบทางเดินอาหาร ซึ่งอาจเป็นอาการทางคลินิกเริ่มต้นของโรค SLE ได้ การรักษาโดยการให้ systemic glucocorticoids หรือให้ยากดภูมิคุ้มกันอื่นๆ เช่น azathioprine และ cyclophosphamide[21-22]

กลุ่มโรคที่มีแผลหรือรอยถลอกของเยื่อบุผนังกระเพาะอาหารและลำไส้

การมีรอยแผลหรือรอยถลอกของเยื่อบุผนังกระเพาะและลำไส้อาจเป็นโรคเฉพาะบางจุดหรืออาจเป็นโรคที่กระจายทั่วๆ ไปในลำไส้ อาจเป็นโรคที่รุนแรงมากหรือโรคที่รุนแรงน้อยก็ได้ โรคที่พบได้ เช่น Crohns' disease, ulcerative colitis, pseudomembranous colitis[23-25] ภาวะอัลบูมินในเลือดต่ำพบได้บ่อยในโรคมะเร็งลำไส้ซึ่งอาจเกิดจากการสร้างขึ้นใหม่ของโปรตีนได้น้อยร่วมกับมีการสูญเสียโปรตีนผ่านทางลำไส้มากขึ้น

กลุ่มโรคที่ทำให้มีความดันสูงขึ้นของ lymphatic และ interstitial ของกระเพาะอาหารและลำไส้

การอุดตันของท่อน้ำเหลืองของลำไส้จากโรคต่างๆ เป็นผลทำให้มีการขยายใหญ่ขึ้นของท่อน้ำเหลืองและเกิดการฉีกขาดในที่สุดเป็นผลให้มีการสูญเสียโปรตีน chylomicrons และ lymphocytes ออกไป การเพิ่มสูงขึ้นของ central venous pressure จาก congestive heart failure หรือ constrictive pericarditis ทำให้เกิดการบวมมากขึ้นของ lymphatic vessels เช่นกันเป็นผลทำให้มีการสูญเสียน้ำเหลืองที่มีโปรตีนปริมาณมากออกไปทางระบบทางเดินอาหาร[26-28] (ในโรค primary intestinal lymphangiectasia จะมี tortuous dilated lymphatic vessels ทั้งในชั้น mucosa และชั้น sub mucosa ซึ่งโรคนี้มักจะเกิดในคนอายุประมาณ 30 ปี มีอาการบวม ระดับโปรตีนในเลือดต่ำ ท้องเสีย มี lymphocytopenia ซึ่งเป็นผลจากทั้ง lymphatic leakage และ rupture นอกจากนั้นโรคที่เกิดใน retroperitoneal เช่น ตับอ่อนอักเสบ และ adenopathy ก็มีผลทำให้ระบบ

ไหลเวียนทางเดินน้ำเหลืองเสียไปและเกิดการสูญเสียโปรตีนออกไปจนเกิดโปรตีนในเลือดต่ำได้

เอกสารอ้างอิง

1. Freeman HJ, Kim YS, Sleisenger MH. Protein digestion and absorption in man: Normal mechanisms and protein-energy malnutrition. Am J Med 1979;67:1036.
2. Waldmann TA, Wochner RD, Srober W. The role of the gastrointestinal tract in plasma protein metabolism. Am J Med 1969;46:275.
3. Gordon Jr RS. Exudative enteropathy: Abnormal permeability of the gastrointestinal tract demonstrable with labeled polyvinylpyrrolidone. Lancet 1959;1:325.
4. Waldmann TA. Protein-losing gastroenteropathy. Gastroenterology 1966;50:422.
5. Strygler B, Nicar MJ, Santangelo WC, et al. Alpha1-antitrypsin excretion in stool in normal subjects and in patients with gastrointestinal disorders. Gastroenterology 1990;99:1380.
6. Landzberg BR, Pochapin MB. Protein-losing enteropathy and gastropathy. Curr Treat Options Gastroenterol 2001;4:39.
7. Kim KE. Protein-losing gastroenteropathy. In: Feldman M, Sleisenger MH, ed. Gastrointestinal and Liver Disease, 7th ed. Philadelphia: WB Saunders 2001.446.
8. Venkatramani J, Gottlieb JL, Thomassen TS, et al. Bilateral serous retinal detachment due to protein losing enteropathy. Arch Ophthalmol 2004;122:1067.
9. Magazzu G, Jacono G, DiPasquale G, et al. Reliability and usefulness of random fecal alpha1-antitrypsin concentration: Further simplification of the method. J Pediatr Gastroenterol Nutr 1985;4:402.
10. Hill RE, Hercz A, Corey ML, et al. Fecal clearance of alpha1-antitrypsin: A reliable measure of enteric protein loss in children. J Pediatr 1981;99:416.
11. Strygler B, Nicar MJ, Santangelo WC, et al. Alpha 1-antitrypsin excretion in stool in normal subjects and in patients with gastrointestinal disorders. Gastroenterology 1990;99:1380.
12. Takeda H, Nishise S, Furukawa M, et al. Fecal clearance of alpha1-antitrypsin with lansoprazole can detect protein-losing gastropathy. Dig Dis Sci 1999;44:2313.
13. Wang S, Tsai S, Lan J. Tc-99 albumin scintigraphy to monitor the effect of treatment in protein-losing gastroenteropathy. Clin Nucl Med 2000;25:197.
14. Halaby H, Bakheet S, Powe J, et al. 99mTc-human serum albumin scans in children with protein-losing enteropathy. J Nucl Med 2000;41:218.

15. Takeda H, Takahashi T, Ajitsu S, et al. Protein-losing gastroenteropathy detected by technetium-99m-labeled human serum albumin. Am J Gastroenterol 1991;86:450.
16. Overholt BF, Jefferies GH. Hypertrophic, hypersecretory protein-losing gastropathy. Gastroenterology 1979;58:80.
17. Meuwissen SG, Ridwan BU, Hasper HJ, et al. Hypertrophic protein-losing gastropathy: A retrospective analysis of 40 cases in the Netherlands. The Dutch Ménétrier Study Group. Scand J Gastroenterol 1992;194:1.
18. Di Vita G, Patti R, Aragona F, et al. Resolution of Ménétrier's disease after Helic obacter pylori eradicating therapy. Dig Dis 2001;19:179.
19. Badov D, Lambert M, Finlay M, et al. Helicobacter pylori as a pathogenic factor in Ménétrier's disease. Am J Gastroenterol 1998;93:1976.
20. Yoshikawa I, Murata I, Tamura M, et al. A case of protein-losing gastropathy caused by acute Helicobacter pylori infection. Gastrointest Endosc 1999;49:2.
21. Yazici Y, Erkan D, Levine DM, et al. Protein-losing enteropathy in systemic lupus erythematosus: Report of a severe persistent case and review of pathophysiology. Lupus 2002;11:119.
22. Werner De Castro GR, Appenzeller S, Bertolo MB, et al. Protein-losing enteropathy associated with systemic lupus erythematosus: Response to cyclophosphamide. Rhematol Int 2005;25:135.
23. Greene FE. Mechanism of hypoproteinemia in patients with regional enteritis and ulcerative colitis. Am J Med 1961;29:405.
24. Hundegger K, Stufler M, Karbach U. Enteric protein loss as a marker of intestinal inflammatory activity in Crohn's disease: Comparability of enteric clearance and stool concentration of alpha1-antitrypsin?. Z Gastroenterol 1992;30:722.
25. Anderson R, Kaariainen I, Hanauer S. Protein-losing enteropathy and massive pulmonary embolism in a patient with giant inflammatory polyposis and quiescent ulcerative colitis. Am J Med 1996;101:323.
26. Chan FK, Sung JJ, Ma KM, et al. Protein-losing enteropathy in congestive heart failure: Diagnosis by means of a simple method. Hepatogastroenterology 1999;46:1816.
27. Ohsawa M, Nakamura M, Pan LH, et al. Post-operative constrictive pericarditis complicated with lymphocytopenia and hypoglobulinemia. Intern Med 2004;43:811.
28. Bendayan I, Casaldaliga J, Castello F, et al. Heparin therapy and reversal of protein-losing enteropathy in a case with congenital heart disease. Pediatr Cardiol 2000;21:267.

Quiz...
ตอบปัญหาชิงรางวัล

สวัสดีค่ะ สมาชิกและผู้สนใจทุกท่าน ฉบับนี้เป็นฉบับสุดท้ายของปี 2550 สำหรับรางวัลคะแนนรวมสูงสุด (ตั้งแต่ QUIZ ครั้งที่ 1-5) กติกาเดิมจะมอบรางวัลแก่ผู้ที่ได้รับคะแนนรวมสูงสุดจำนวน 3 รางวัล โดยรางวัลจะแบ่งเป็น 3 ประเภท ได้แก่ GI Fellow, อายุรแพทย์สาขาโรคระบบทางเดินอาหาร และแพทย์ทั่วไปหรือแพทย์เชี่ยวชาญสาขาอื่นๆ แต่เนื่องจากมีผู้ส่งคำตอบมา 2 กลุ่มคือ GI Fellow และแพทย์ทั่วไปหรือแพทย์เชี่ยวชาญสาขาอื่นๆ ดังนั้นจึงขอมอบรางวัลในส่วนของอายุรแพทย์สาขาโรคระบบทางเดินอาหารแบ่งให้กับ GI Fellow และแพทย์ทั่วไปหรือแพทย์เชี่ยวชาญสาขาอื่นๆ เพิ่มจากรางวัลที่ตั้งไว้ จากท่านละ 1,000 บาทเป็นท่านละ 1,500 บาท สำหรับรายชื่อผู้ที่ได้รับรางวัล จะประกาศในจุลสารฉบับหน้าค่ะ ฉบับนี้จะเฉลยคำตอบของคำถามครั้งที่แล้วค่ะ

เฉลย คำตอบ
ครั้งที่ 5/2550

1. ผู้ป่วยชาย อายุ 55 ปี จุกแน่นท้องเป็นๆ หายๆ 6 เดือน หลังรับประทานอาหารปวดแน่นท้องมากขึ้น มีประวัติดื่มสุรา ½ แบนต่อวัน 20 ปี (100 คะแนน)

จาก CT abdomen

1.1 จงบอกสิ่งผิดปกติที่พบ **70 คะแนน**

- Non-contrast CT scan reveals mild pancreatic enlargement (10 คะแนน) with diffuse calcifications (10 คะแนน)
- Contrast enhanced CT scan shows dilatation of intrahepatic bile ducts (10 คะแนน) and CBD with abrupt change in caliber at pancreatic head. (10 คะแนน)
- Pancreatic enlargement with diffuse calcifications and dilated pancreatic duct. (10 คะแนน)
- Splenic vein cannot be identified. There are multiple collateral veins around the gallbladder (gallbladder varices) (10 คะแนน) dilated coronary vein and small gastric varices (10 คะแนน)

1.2 จงให้การวินิจฉัย **30 คะแนน**

- Chronic pancreatitis (10 คะแนน) with splenic vein thrombosis (10 คะแนน) and distal CBD obstruction (10 คะแนน)

(ภาพและเฉลยโดย รศ.พญ.จันทร์จิรา ชัชวาลา ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี)

2. ผู้ป่วยหญิง อายุ 43 ปี มาด้วยอาการปวดท้องบีบๆ เป็นพักๆ 2 เดือน ตรวจร่างกาย abdomen: distended, hyperactive bowel sounds **และ พบความผิดปกติ (ภาพที่** 2.1) **ตรวจ** Plain abdomen: small bowel obstruction **และทำ** Enteroscopy **(ภาพที่** 2.2) **พบ** 2 well-defined masses in the lumen of the jejunum 4 cm from the duodenojejunal flexure causing partial obstruction

2.1 จงให้การวินิจฉัย **50 คะแนน**

- Peutz-Jeghers syndrome (50 คะแนน)

2.2 ภาวะนี้มีการถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์แบบไหน และส่วนใหญ่เกิดจาก mutation ของ gene อะไร **50 คะแนน**

- Autosomal dominant inherited disorder (20 คะแนน)
- Germline mutation of the STK11/LKB1 (serine/threonine kinase 11) gene in most cases, located on band 19p13.3. (30 คะแนน)

(Ref.http://www.ispub.com/.../ijtwm/vol3n2/polyp.xml, http://www.emedicine.com/med/topic1807.htm)

3. ผู้ป่วยอายุ 68 ปี มาด้วยเหนื่อยเพลีย กลืนลำบาก 5 เดือน ตรวจร่างกายพบซีด และความผิดปกติที่เล็บ (ภาพที่ 3.1) ส่องกล้อง EGD พบความผิดปกติที่ upper esophagus (ภาพที่ 3.2)

3.1 จงบอกสิ่งที่ตรวจพบ ภาพที่ 3.1 และ ภาพที่ 3.2 30 คะแนน

- ภาพที่ 3.1 Koilonychi 15 คะแนน

(The nails are flattened and have concavities. This condition may be associated with iron deficiency.)

- ภาพที่ 3.2 Upper esophageal web. 15 คะแนน

3.2 จงบอกวินิจฉัย **30 คะแนน**

- Plummer-Vinson Syndrome or Paterson-Brown-Kelly syndrome or sideropenic dysphagia 30 คะแนน

3.3 จงบอกแนวทางการรักษา **40 คะแนน**

- Treat iron deficiency and its underlying cause. 20 คะแนน
- Treat dysphagia and web. 20 คะแนน
  - ○ Usually require mechanical dilation
  - ○ The web can often be disrupted during simple passage of the endoscope into the esophagus.
  - ○ Otherwise, passage of a bougie (eg, Savary dilator), ND:YAG laser therapy

(Ref.http://www.nlm.nih.gov/.../ency/imagepages/2008.htm http://www.emedicine.com/med/topic3431.htm))

GAT News

การประชุมวิชาการปลายปีของสมาคมฯ ร่วมกับสมาคมโรคตับ (ประเทศไทย) วันที่ 22-25 พฤศจิกายน 2550 ณ โรงแรมดุสิตรีสอร์ท พัทยา จ.ชลบุรี

ศ.พญ.ชุติมา ประมูลสินทรัพย์ นายกสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทยและนายกสมาคมโรคตับ (ประเทศไทย) กล่าวเปิดงาน

22-24 พฤศจิกายน 2550 เป็นการประชุม 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

บรรยากาศในห้องประชุมวิชาการ

แพทย์ผู้สนใจทั้งในและต่างประเทศลงทะเบียนเป็นจำนวนมาก

งานประชุมวิชาการประจำปีของสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย เริ่ม 13.00 น. ของวันที่ 24 พฤศจิกายน 2550 และสิ้นสุดวันที่ 25 พฤศจิกายน 2550

รศ.นพ.พิศาล ไพเรียง ประธานฝ่ายวิชาการของสมาคมฯ

Vikit Veranuvatti Lecture "Helicobacter pylori : what do we still need to know beyond the year 2007?" โดย Prof. Anthony Axon

Theme ของการประชุมวิชาการครั้งนี้
"Multimodality Approach for better outcome"

บรรยากาศการออก booth ได้รับความสนใจทั้งจากแพทย์ไทย
และแพทย์จากต่างประเทศ

งาน GALA DINNER

รศ นพ พิศาล ไม้เรียง รำไทยได้สวยงามไม่แพ้มืออาชีพ

สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอเจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์ ผู้ทรงคุณแห่งแผ่นดิน

สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์ ทรงเป็นพระธิดาพระองค์แรกในสมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก และสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี หรือสมเด็จย่าของปวงชนชาวไทย ประสูติเมื่อวันอาทิตย์ที่ 6 พฤษภาคม พ.ศ. 2466 ณ กรุงลอนดอน ประเทศอังกฤษ พระนามในสูติบัตรเมื่อแรกประสูติ คือ เมย์ ตามเดือนที่ประสูติ ทรงมีพระอนุชาเป็นพระมหากษัตริย์ไทย 2 พระองค์ คือ พระบาทสมเด็จพระปรเมนทรมหาอานันทมหิดลฯ และพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชฯ สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้า

กัลยาณิวัฒนาฯ ทรงสำเร็จการศึกษาวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาเคมี จากมหาวิทยาลัยโลซานน์ ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ เมื่อ พ.ศ. 2491

พระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว รัชกาลที่ 6 ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ พระราชทานนามว่า "หม่อมเจ้า กัลยาณิวัฒนา" ต่อมา พ.ศ. 2470 พระบาทสมเด็จพระปกเกล้าเจ้าอยู่หัว รัชกาลที่ 7 ทรงสถาปนาเป็น "พระวรวงศ์เธอ พระองค์เจ้ากัลยาณิวัฒนา" และใน พ.ศ. 2478 พระบาทสมเด็จพระปรเมนทรมหาอานันทมหิดล รัชกาลที่ 8 ทรงเฉลิมพระเกียรติเป็น "สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา" และเมื่อทรงเจริญพระชนมายุครบ 6 รอบ 72 พรรษา ในปี พ.ศ. 2538 พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดช ได้ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ สถาปนาพระอิสริยศักดิ์ เป็นเจ้าฟ้าต่างกรมฝ่ายในตามธรรมเนียมราชประเพณีเป็นพระองค์แรกในรัชกาล ทรงพระนามว่า "สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์"

สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนาฯ ทรงสมรสกับพันเอกอร่าม รัตนกุล เสรีเริงฤทธิ์ มีพระธิดาหนึ่งคนจากการเสกสมรสกับพันเอกอร่าม คือท่านผู้หญิงทัศนาวลัย ศรสงคราม ต่อมาสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนาฯ ทรงเสกสมรสอีกครั้งกับพระวรวงศ์เธอ พระองค์เจ้าวรานนท์ธวัช (พระโอรสในสมเด็จพระเจ้าบรมวงศ์เธอ เจ้าฟ้าจุฑาธุชธารดิลก กรมขุนเพ็ชรบูรณ์อินทราชัย และหม่อมระวี ไกยานนท์)

พระปรีชาสามารถด้านการนิพนธ์ของสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนาฯ ทรงเป็นที่ประจักษ์จากผลงานมากมาย อาทิ พระนิพนธ์เกี่ยวกับพระราชวงศ์ ได้แก่ แม่เล่าให้ฟัง, เวลาเป็นของมีค่า และ พระราชธิดาในรัชกาลที่ 5 เป็นต้น พระนิพนธ์แปล ได้แก่ นิทานสำหรับเด็ก, ราชาภิเษกพระเจ้ากรุงสเปน เป็นต้น พระนิพนธ์บทความ

ทางวิชาการและพระนิพนธ์สารคดีเชิงท่องเที่ยว ได้แก่ ยูนนาน, ที่ไซบีเรีย หนาวไหม, จีนตะวันออก ขึ้นเขา ลงทะเลสาบ เข้าวัด, จีนอีสานและเสฉวน จากแดนแมนจูสู่ภูง่อไบ๊ เป็นต้น

ตลอด 84 ปีที่ผ่านมา สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนาฯ ทรงมีพระกรณียกิจที่ทรงอุทิศพระองค์เพื่อส่วนรวมในหลายแขนง ตั้งแต่เสด็จกลับเมืองไทยในปี พ.ศ. 2493 ทรงเริ่มต้นเป็นอาจารย์สอนนิสิตนักศึกษาที่จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ และมหาวิทยาลัยอื่นๆ อีกหลายแห่ง ด้วยประสบการณ์และพระปรีชาญาณในการสอนภาษาฝรั่งเศสเป็นเวลาอันยาวนาน และใน พ.ศ. 2520 ทรงก่อตั้ง "สมาคมครูสอนภาษาฝรั่งเศสแห่งประเทศไทย" เพื่อเป็นศูนย์กลางแลกเปลี่ยนความรู้ในการแก้ไขการสอนให้กับบรรดาครูทั้งหลาย ทรงได้รับการถวายพระเกียรติจากรัฐบาลฝรั่งเศส ทูลเกล้าฯ ถวายเหรียญตราชั้นสูงสุด ด้านศิลปะและอักษรศาสตร์ เมื่อ พ.ศ. 2522

นอกจากนี้ ทรงสนพระทัยการศึกษาของเยาวชน ได้อุปถัมภ์โครงการ "โอลิมปิควิชาการ" จัดส่งเยาวชนไทยไปร่วมแข่งขันโอลิมปิกวิชาการ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2532 ถึงปัจจุบัน ได้พระราชทานทรัพย์ส่วนพระองค์และเงินกองทุนสมเด็จย่าเพื่อช่วยเหลือ ด้วยทรงตระหนักว่าเยาวชนที่มีสติปัญญา เป็นทรัพยากรบุคคลที่มีความสำคัญยิ่งต่อการพัฒนาประเทศ ทรงติดตามความเคลื่อนไหวทุกขั้นตอนการแข่งขัน พระราชทานกำลังใจ และแสดงความยินดีด้วยทุกครั้งที่เยาวชนไทยได้รับรางวัลและใบประกาศเกียรติคุณจากการแข่งขัน เพื่อการแข่งขันและพัฒนาวิชาการวิทยาศาสตร์ในประเทศให้ก้าวทันสากล และทรงสร้างสื่อการเรียนให้แก่เด็กเล็กในโรงเรียนชายแดน ที่มิได้มีโอกาสเรียนขั้นอนุบาล เพื่อสามารถอ่านเขียนทันเด็กที่เรียนล่วงหน้าไปก่อนเกณฑ์ และร่วมสร้างโรงเรียนในความดูแลของตำรวจตระเวนชายแดน ส่วนเด็กในกรุงเทพมหานครนั้น ทรงให้ความอนุเคราะห์เด็กเล็กในสลัมต่างๆ

ความรอบรู้ด้านวิชาการและการอุทิศพระองค์เพื่อการศึกษาของสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนาฯ เป็นที่ประจักษ์ทั้งในประเทศและต่างประเทศ มหาวิทยาลัยต่างๆ จึงได้ทูลเกล้าฯ ถวายดุษฎีบัณฑิตกิตติมศักดิ์ในหลายสาขา และทรงได้รับการเทิดทูนพระเกียรติจากรัฐบาลและองค์กรต่างประเทศหลายแห่ง อาทิ รัฐบาลฝรั่งเศส และองค์การศึกษา วิทยาศาสตร์ และวัฒนธรรมแห่งสหประชาชาติ หรือ UNESCO

พระกรุณาธิคุณที่ได้พระราชทานแก่วงการแพทย์ และการสาธารณสุขไทยนั้น มีหลากหลายประการ นับตั้งแต่ได้ทรงอุทิศพระองค์ ในกิจการของมูลนิธิ แพทย์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี (พอ.สว.) มาอย่างต่อเนื่อง นับแต่ครั้งยังเป็นหน่วยแพทย์ พอ.สว. กระทั่งเป็นมูลนิธิ พอ.สว. ภาพที่ประชาชนไทยต่างคุ้นเคยและอยู่ในความทรงจำมาจนทุกวันนี้ คือเมื่อครั้งที่สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนียังทรงเจริญพระชนชีพ ได้เสด็จไปทรงเยี่ยมเยียนราษฎรตามท้องถิ่นทุรกันดารอยู่เสมอ พร้อมกับทรงนำแพทย์อาสาไปให้การรักษาผู้เจ็บป่วยโดยมีสมเด็จ

พระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนาฯ ตามเสด็จอยู่เคียงข้าง แม้เมื่อสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนีได้เสด็จสู่สวรรคาลัยแล้ว

นอกจากนี้ทรงเป็นองค์ประธานมูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย ทรงมีพระเมตตารับมูลนิธิเด็กโรคหัวใจไว้ในพระอุปถัมภ์ ได้พระราชทานพระกรุณาธิคุณช่วยเหลือเด็กที่ป่วยด้วยโรคหัวใจที่มาจากครอบครัวยากไร้ ให้ได้รับการรักษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรค อีกทั้งทรงมีพระกรุณาธิคุณช่วยเหลือเด็กออทิสติก โดยทรงเป็นองค์อุปถัมภ์โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ และมูลนิธิเพื่อโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ทำให้เกิดความเข้าใจในโรคออทิสซึมอย่างถูกต้อง เป็นผลให้เด็กออทิสติกได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง ด้วยมีพระประสงค์ให้พสกนิกรชาวไทยมีความสุข อยู่ดี และมีสุขภาพดีกันถ้วนหน้า ยังมีอีกหลายหน่วยงานที่ทรงอุปถัมภ์ บางองค์กรทรงก่อตั้งด้วยพระองค์เอง รวม 63 มูลนิธิ

สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนาฯ ได้เสด็จประทับรักษาพระอาการประชวร ณ อาคารเฉลิมพระเกียรติ โรงพยาบาลศิริราช ตั้งแต่วันที่ 15 มิถุนายน 2550 คณะแพทย์ได้ถวายการรักษาอย่างใกล้ชิดจนสุดความสามารถ พระอาการประชวรได้ทรุดลงตามลำดับ และสิ้นพระชนม์เมื่อเวลา 02.54 น. วันที่ 2 มกราคม 2551 รวมพระชันษา 84 ปี พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว มีพระบรมราชโองการโปรดเกล้าโปรดกระหม่อมให้สำนักพระราชวังจัดการพระศพ ถวายพระเกียรติสูงสุดตามราชประเพณี ประดิษฐานพระศพ ณ พระที่นั่งดุสิตมหาปราสาท ในพระบรมมหาราชวัง

ปฏิทินกิจกรรมของสมาคมฯ ประจำปี 2551/1

เดือน	กิจกรรม	สถานที่
12-13 มกราคม 2551	ประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคม และปรับปรุงหลักสูตรแพทย์ประจำบ้านต่อยอด	อยุธยา
8 กุมภาพันธ์ 2551	ประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคม และ Interhospital GI Conference	รร.เดอะทวินทาวเวอร์ แอสตร้า
ปลาย มีนาคม 2551	GI Fellow Day	
7 มีนาคม 2551	ประชุมกรรมการอำนวยการสมาคม และเฟลโลว์ชั้นปีที่ 2 เสนอผลงานวิจัยก่อนสอบ	รพ.วิชัยยุทธ
เมษายน 2551	ประชุมวิชาการประจำปีราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย	
3-4 พฤษภาคม 2551	พิจารณาข้อสอบ/ทำข้อสอบ	
2-3-4 มิถุนายน 2551	สอบเฟลโลว์ประจำปี 2551	รพ.ศิริราช
13 มิถุนายน 2551	ประกาศผลสอบ และประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคม และInterhospital GI Conference	รร.เดอะทวินทาวเวอร์
9-10 กรกฎาคม 2551	Basic science	อิลตัน หัวหิน
10-12 กรกฎาคม 2551	ประชุมวิชาการกลางปี 2551	อิลตัน หัวหิน
8 สิงหาคม 2551	ประชุมกรรมการอำนวยการสมาคม และ Interhospital GI Conference ร่วมกับการประชุมวิชาการประจำปีของ รพ.วิชัยยุทธ	รพ.วิชัยยุทธ แอสตร้า
12 กันยายน 2551	ประชุมกรรมการอำนวยการสมาคม Interhospital GI Conference	รร.เดอะทวินทาวเวอร์
10 ตุลาคม 2551	ประชุมกรรมการอำนวยการสมาคม และ Interhospital GI Conference	รร.เดอะทวินทาวเวอร์
14 พฤศจิกายน 2551	ประชุมกรรมการอำนวยการสมาคม Interhospital GI Conference	รร.เดอะทวินทาวเวอร์
ธันวาคม 2551	ประชุมวิชาการประจำปี 2551	

กำหนดการประชุมวิชาการต่างประเทศ

23-26 มีนาคม 2551	APASL 2008	Seoul, Korea
17-22 พฤษภาคม 2551	AGA 2008	San Diego, USA
13-16 กันยายน 2551	APDW 2008	New Delhi, India
18-22 ตุลาคม 2551	UEGW 2008	Vienna, Austria

คุยกับ บ.ก.

พญ.พนิดา ทองอุทัยศรี
ประธานบรรณาธิการจุลสารสมาคมฯ

สวัสดีค่ะ สมาชิกและท่านผู้อ่านทุกท่าน

ก่อนอื่นต้องขอกล่าวสวัสดีปีใหม่กับสมาชิกฯ ทุกท่าน ในฉบับนี้ได้นำพรปีใหม่ที่ในหลวงทรงพระราชทานให้กับชาวไทย เพื่อเป็นข้อคิดและเป็นสิริมงคลให้กับสมาชิกทุกคน และในปี 2551 นี้ ทางสมาคมฯ มีกิจกรรมอะไร ที่ไหน เมื่อไร สามารถ update ได้ที่ปฏิทินกิจกรรมสมาคมฯ 2551/1 ค่ะ

เนื้อหาในฉบับนี้ยังน่าติดตามอีกเช่นเคย ไม่ว่าจะเป็น interhospital conference โดย พญ.นิศา สันติลีลาวุฒิ จากโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เป็น case ผู้ป่วยชายอายุ 14 ปี มาด้วยอาการถ่ายเป็นมูกเลือด 2 ปีก่อนมา และ topic review เรื่อง protein losing gastroenteropathy รวบรวมโดย นพ.กฤษณ์ อุปัชฌาย์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และเนื่องจากการสิ้นพระชนม์ของสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์ ในวันที่ 2 มกราคม 2551 ที่ผ่านมา ยังความโศกเศร้าแก่พสกนิกรชาวไทยที่ยังคงรำลึกถึงพระองค์และพระกรณียกิจมากมายที่ยังประโยชน์แก่สังคมไทยในหลายด้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการสาธารณสุขของไทย เพื่อรำลึกถึงพระกรุณาธิคุณของพระองค์ดิฉันจึงได้รวบรวมพระราชประวัติและพระกรณียกิจโดยย่อลงในบทความพิเศษในจุลสารฉบับนี้ และตามสัญญา ดิฉันได้นำภาพเก็บตกจากการ

ประชุมวิชาการปลายปีที่ผ่านมา ให้กับสมาชิกได้ติดตามใน GAT NEWS ค่ะ สำหรับการประกาศผู้ที่ได้รับรางวัล QUIZ... ตอบปัญหาชิงรางวัล จะขอเลื่อนไปเป็นฉบับหน้าค่ะ บทความต่างๆ ในจุลสาร ฉบับมกราคม-กุมภาพันธ์ 2551 จะมีการปรับเปลี่ยนใหม่ในบาง topic แต่สาระสำคัญหลักยังคงไว้ตามเดิม

ท้ายสุดนี้ ในวาระดิถีขึ้นปีใหม่ 2551 ดิฉันและทีมงานขออำนาจสิ่งศักดิ์-สิทธิ์ทั้งหลายที่ท่านเคารพนับถือ โปรดประทานพรให้สมาชิกทุกท่านมีแต่ความสุข สมหวังในสิ่งที่ปรารถนา มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง และพบกับสิ่งดีๆ ตลอดปีใหม่นี้

พบกันใหม่ในจุลสารฉบับหน้าค่ะ

พญ.พนิดา ทองอุทัยศรี
รองเลขาธิการสมาคมฯ
t_panida2001@yahoo.com

ตราสัญลักษณ์ ในวโรกาส เฉลิมพระชนมพรรษา 80 พรรษา

(ผลงานออกแบบของนาย สุเมธ พุฒพวง)

องค์ประกอบของตราสัญลักษณ์ ประกอบด้วย

1. พระราชลัญจกร รัชกาลที่ 9 ซึ่งแทนองค์พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว

2. พระมหาพิชัยมงกุฎ อยู่ด้านบน โดยด้านหลังเป็นพระนพปฎลมหาเศวตฉัตร รวมทั้งพระเศวตฉัตร 7 ชั้นขนาบคู่ทั้ง 2 ด้าน ที่แสดงถึงเครื่องประกอบพระบรมราชอิสริยยศของพระมหากษัตริย์

3. เลขไทย ๘๐ เพชร 80 เม็ด อันเป็นปีที่เฉลิมพระชนมพรรษาครบ 80 พรรษา

4. แพรแถบสีชมพู ที่บอกชื่อตราสัญลักษณ์พระราชพิธีมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550 ซึ่งการใช้สีชมพู เพราะเป็นสีที่ตรงกับหลักโหราศาสตร์ ทักษาพยากรณ์ ซึ่งถือเป็นสีที่เป็นอายุของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ที่ทรงพระราชสมภพ ในวันจันทร์ โดยเลือกใช้สีชมพูอ่อนเพื่อให้พื้นสีของตราพระราชสัญจกรโดดเด่น

5. พระที่นั่งอัฐทิสอุทุมพรราชอาสน์ เป็นพระที่นั่งที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เสด็จประทับในพระราชพิธีพระบรมราชาภิเษก และให้พระบรมวงศานุวงศ์ ข้าราชบริพารถวายพระพรที่รัฐสภา ในการนี้พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวทรงมีพระราชวินิจฉัยให้เขียนดอกพิกุล จำนวน 9 ดอกบริเวณแท่นแปดเหลี่ยมรองรับพระที่นั่ง