



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

จดสาร

สมาคมแพทย:รณบทงเตนอาหารแห่งประเทศไทย

บร 16 ฉบับที่ 78 ประจำเตอน กรกฎาคม-สิงหาคม 2551



- พวบวษาอายุ 49 บ ผนวทองเตนอาหารรอนบว 3 บบ
- พวบวษาอายุ 26 บ คลบไล้ ตาขบม ผนวทอง 7 บบ
- GAT news: บรษาทบทบรณบวบวทบทบวบว สมาคมแพทยรณบทงเตนอาหารฯ 10-12 กรกฎาคม 2551
- Hints from the Pamphlet: What is Good's syndrome?



สมาคมแพทย:รรมทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย
The Gastroenterological Association of Thailand

- Home
- เกี่ยวกับเรา
- การประชุมวิชาการ
- Training Center
- สมาคมผู้สนับสนุน
- พันธมิตรสมาคม
- GAT Member
- WebSite
- Guideline
- Webboard



ขอแสดงความยินดี

สมาคมแพทย:รรมทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย
 ได้เป็นสักขีพยานเข้าร่วมพิธีกรรม
Asia Pacific Digestive Week (APDW) 2012

เกี่ยวกับเรา



Professor Vikit Viranuwatti

The Gastroenterological Association of Thailand was founded by Professor Vikit Viranuwatti on 19 July 1965. With the starting members of 34, the association has been grown up successfully and become one of the prestigious professional of Thailand and of the World.

[ATMNO](#)

ดูตำราสมาคม

- 

ชื่อ : ตำราแพทย:รรมทางเดินอาหารและระบบทางเดินหายใจ ฉบับที่ ๑
 หน้า : 37
- 

ชื่อ : ตำราแพทย:รรมทางเดินอาหารและระบบทางเดินหายใจ ฉบับที่ ๒
 หน้า : 76
- 

ชื่อ : ตำราแพทย:รรมทางเดินอาหารและระบบทางเดินหายใจ ฉบับที่ ๓
 หน้า : 75
- 

ชื่อ : ตำราแพทย:รรมทางเดินอาหารและระบบทางเดินหายใจ ฉบับที่ ๔
 หน้า : 74

[MORE](#)

Guideline

- แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีอาการภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบนในชุมชนไทย
- แนวทางการวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วย Dyspepsia และกลุ่มที่ติดเชื้อ Helicobacter pylori ในชุมชนไทย
- แนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคตับอักเสบเรื้อรังในชุมชนไทยปี 25-48
- แนวทางการวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยโรคตับอักเสบเรื้อรังในชุมชนไทยปี 25-48 (ฉบับปรับปรุง)
- แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคตับอ่อนในชุมชนไทย
- แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคถุงน้ำดีในชุมชนไทย

[MORE](#)

Training Center

- OGE (World Organisation of Gastroenterology)
- Short training courses

[MORE](#)

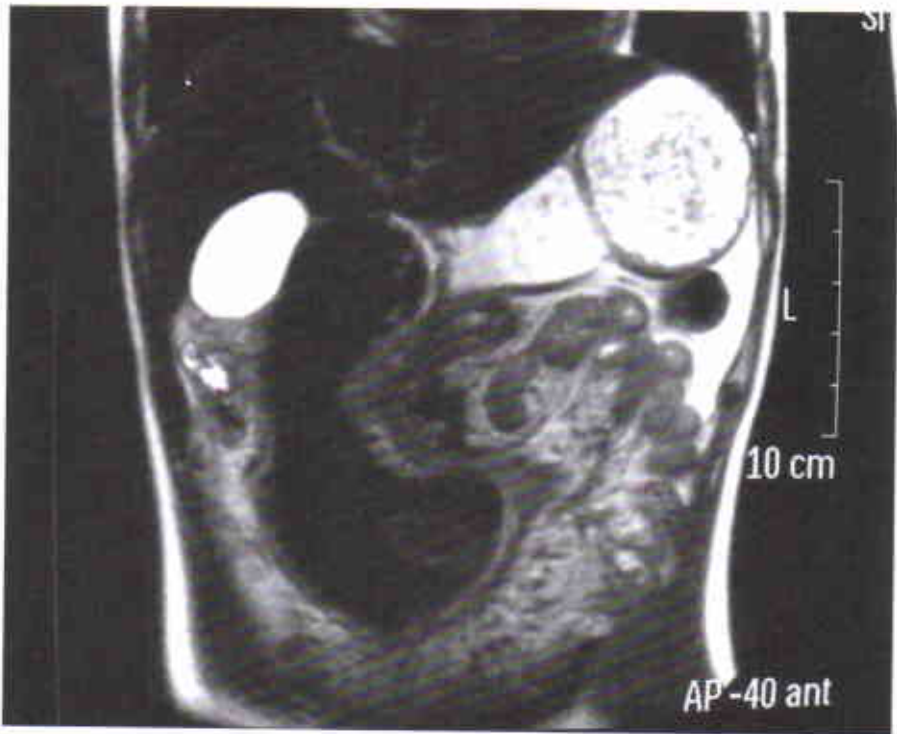


<http://www.gastrothai.com>

ISSN 0857-6351

จลสาร

สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย



ปีที่ 16 ฉบับที่ 78 ประจำเดือน กรกฎาคม-สิงหาคม 2551

คณะกรรมการฝ่ายจุลสาร

สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

วาระ พ.ศ. 2550-2551

- | | |
|-------------------------------|------------------|
| 1. พญ.ชุตติมา 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 สุทธิวงษา | กองบรรณาธิการ |
| 10. นพ.สุพจน์ พงศ์ประสพชัย | กองบรรณาธิการ |
| 11. พญ.บุปผา พรธิดาร | กองบรรณาธิการ |
| 12. นพ.สิทธิ์ พงษ์กิจการุณ | กองบรรณาธิการ |
| 13. นพ.นรินทร์ อจลนันท์ | กองบรรณาธิการ |
| 14. นพ.พิเศษ พิเศษพงษา | กองบรรณาธิการ |
| 15. นพ.โอฬาร วิวัฒน์ช่าง | กองบรรณาธิการ |

สารบัญ

จุลสารสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

ปีที่ 16 ฉบับที่ 78 ประจำเดือน กรกฎาคม-สิงหาคม 2551

รายนามคณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯ	1
รายงานการประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคม ครั้งที่ 5/2551	5
Interhospital GI conference I	
ผู้ป่วยชายอายุ 49 ปี ปวดท้องได้ชายโครงขวา 3 วัน	14
Interhospital GI conference II	
ผู้ป่วยชายอายุ 26 ปี คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง 7 วัน	24
GAT News:	
การอบรม Basic Science สำหรับ GI Fellow ประจำปี 2551.....	48
ร่างปฏิทินกิจกรรมของสมาคมฯ ประจำปี.....	54
คุยกับ บ.ก.	55
ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิกสมาคมฯ.....	57

คณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯ

วาระ: พ.ศ. 2550-2551

- | | |
|---------------------------------|---|
| 1. พญ.ชุตติมา 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 ลีลาภุศลวงศ์ | ปฏิคมและสวัสดิการ |
| 8. นพ.กำธร เผ่าสวัสดิ์ | ประธานฝ่ายวิจัย |
| 9. นพ.พิศาล ไม้เรียง | ประธานฝ่ายวิชาการและ
การศึกษาต่อเนื่อง |
| 10. พญ.ดวงพร ทองงาม | ประธานฝ่ายวารสาร |
| 11. พญ.วัฒนา สุชีไพศาลเจริญ | ประธานฝ่ายการศึกษา
หลังปริญญา |
| 12. นพ.ทองดี ชัยพานิช | ประธานฝ่ายกิจกรรมสังคม |
| 13. พอ.นพ.วานิช ปิยนิรันดร์ | ประธานฝ่ายสารสนเทศ
และการสื่อสาร |
| 14. พญ.วโรชา มหาชัย | ประธานฝ่ายหาทุน |
| 15. นพ.จรินทร์ โรจน์บัวรววิทยา | ประธานฝ่ายจริยธรรม |
| 16. พล.ต.นพ.สุรพล ชื่นรัตนกุล | ผู้แทนชมรมเอ็นโดสโคปี |
| 17. นพ.ศตวรรษ ทองสวัสดิ์ | ผู้แทนชมรมโมลิตี
แห่งประเทศไทย |

- | | |
|--------------------------------|--------------------------------------|
| 18. พญ.โหมศรี โหมชิตชัยวัฒน์ | ผู้แทนกลุ่มวิจัยโรคกระเพาะอาหาร |
| 19. นพ.บัญญัติ โอวาทฬารพร | ผู้แทนชมรมลำไส้เล็กลำไส้ใหญ่ |
| 20. พอ.นพ.อนุชิต จุฑาทุทธิ | ผู้แทนชมรมโรคตับ
แห่งประเทศไทย |
| 21. นพ.ทวี รัตนชูเอก | ผู้แทนชมรมตับอ่อนและ
ทางเดินน้ำดี |
| 22. พญ.เจลีเยว ประสงค์สุขสันต์ | กรรมการกลาง |
| 23. นท.นพ.ชินวัตร สุทธิวงษา | กรรมการกลาง |
| 24. นพ.ธีระ พิรัชวิสุทธิ | กรรมการกลาง |
| 25. พญ.นภาพร จำรูญกุล | กรรมการกลาง |
| 26. นพ.นรินทร์ อัจฉณันท์ | กรรมการกลาง |
| 27. พญ.บุปผา พรธิดาสาร | กรรมการกลาง |
| 28. นพ.ปิยะวัฒน์ โกมลมิตร | กรรมการกลาง |
| 29. นพ.พลรัตน์ วิไลรัตน์ | กรรมการกลาง |
| 30. นพ.ราวิน ไชนี้ | กรรมการกลาง |
| 31. นพ.รังสรรค์ ฤกษ์นิมิตร | กรรมการกลาง |
| 32. นอ.นพ.วิญญู จันทรสุนทรกุล | กรรมการกลาง |
| 33. นพ.สุนทร ชินประสาทศักดิ์ | กรรมการกลาง |
| 34. นพ.สมบัติ ตวีประเสริฐสุข | กรรมการกลาง |
| 35. พญ.อาภัสณี ไสภณสฤษฎ์สุข | กรรมการกลาง |
| 36. พญ.กรรณิการ์ พรพัฒน์กุล | ที่ปรึกษา |
| 37. นพ.เต็มชัย ไชยนวัต | ที่ปรึกษา |
| 38. นพ.นุสนธิ์ กัลดเจริญ | ที่ปรึกษา |
| 39. นพ.พงษ์พีระ สุวรรณกุล | ที่ปรึกษา |
| 40. นพ.พินิจ กุลละวณิชย์ | ที่ปรึกษา |
| 41. พญ.บุษบา วิวัฒน์เวคิน | ที่ปรึกษา |

- | | |
|---------------------------------|-----------|
| 42. นพ.มานิต ลีโทขวลิต | 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 อุนราษกร์ | ที่ปรึกษา |
| 52. นพ.สุริยะ จักกะพาก | ที่ปรึกษา |
| 53. พอ.นพ.สุรพล สุวรงค์ศรีรัฐ | ที่ปรึกษา |
| 54. พล.อ.ต.นพ.สุจินต์ จารุจินดา | ที่ปรึกษา |
| 55. นพ.สุชา คุระทอง | ที่ปรึกษา |

รายงานการประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯ ครั้งที่ 5/2551

วันศุกร์ที่ 8 สิงหาคม 2551 เวลา 10.00-12.00 น.

ห้องประชุมวิชาการ ชั้น 22 อาคารศูนย์การแพทย์วิชัยยุทธ, กรุงเทพฯ

รายงานผู้เข้าร่วมประชุม

- | | |
|---------------------------------|---|
| 1. พญ.ชุตินา ประมูลสินทรัพย์ | นายกสมาคม |
| 2. นพ.ทวีศักดิ์ แทนวันดี | เลขาธิการ |
| 3. พญ.พนิดา ทองอุทัยศรี | รองเลขาธิการ |
| 4. นพ.สิริวัฒน์ อนันตพันธุ์พงศ์ | แพทย์หญิง |
| 5. นพ.สมชาย ลีลากุลวงศ์ | ปฏิคมและสวัสดิการ |
| 6. นพ.กัธร เผ่าสวัสดิ์ | ประธานฝ่ายวิจัย |
| 7. นพ.พิศาล ไม้เรียง | ประธานฝ่ายวิชาการและ
การศึกษาต่อเนื่อง |
| 8. นพ.ทองดี ชัยพานิช | ประธานฝ่ายกิจกรรมสังคม |
| 9. พล.ต.นพ.สุรพล ชื่นรัตนกุล | ผู้แทนชมรมเอ็นโดสโคปีย์ |
| 10. พญ.นาภาพร จำรูญกุล | กรรมการกลาง |
| 11. พญ.บุปผา พรธิสาร | กรรมการกลาง |
| 12. นพ.พลรัตน์ วิไลรัตน์ | กรรมการกลาง |
| 13. นพ.พงษ์พีระ สุวรรณกุล | ที่ปรึกษา |
| 14. พล.ต.นพ.วิชัย ชัยประภา | ที่ปรึกษา |
| 15. พญ.วิณา วงศ์พานิช | ที่ปรึกษา |
| 16. นพ.สถาพร มานัสสถิตย์ | ที่ปรึกษา |
| 17. พล.อ.ต.นพ.สุจินต์ จารุจินดา | ที่ปรึกษา |

รายงานผู้ไม่สามารถเข้าร่วมประชุม

- | | |
|--------------------------------|----------------------------------|
| 1. นพ.องอาจ ไพรสถนทรางกูร | รังตำแหน่งนายก |
| 2. นพ.อุดม คชินทร | อุปนายก |
| 3. พญ.ดวงพร ทองงาม | ประธานฝ่ายวารสาร |
| 4. พญ.วัฒนา สุชีไพศาลเจริญ | ประธานฝ่ายการศึกษาหลังปริญญา |
| 5. พอ.นพ.วานิช ปิยนรินทร์ | ประธานฝ่ายสารสนเทศและการสื่อสาร |
| 6. พญ.วโรชา มหาศัย | ประธานฝ่ายหาทุน |
| 7. นพ.จรินทร์ ใจน์บวรวิทยา | ประธานฝ่ายจริยธรรม |
| 8. นพ.ศตวรรษ ทองสวัสดิ์ | ผู้แทนชมรมโมธิลดีแห่งประเทศไทย |
| 9. พญ.โฉมศรี โฆษิตชัยวัฒน์ | ผู้แทนกลุ่มวิจัยโรคกระเพาะอาหาร |
| 10. นพ.บัญชา โอวาทฟารพร | ผู้แทนชมรมลำไส้เล็กลำไส้ใหญ่ |
| 11. พล.ต.นพ.อนุชิต จูทะพุทธิ | ผู้แทนชมรมโรคตับแห่งประเทศไทย |
| 12. นพ.ทวี รัตนชูเอก | ผู้แทนชมรมตับอ่อนและทางเดินน้ำดี |
| 13. พญ.เจสสิยา ประสงค์สุขสันต์ | กรรมการกลาง |
| 14. นท.นพ.ชินวัตร สุทธิวนา | กรรมการกลาง |
| 15. นพ.ธีระ พิรัชวิสุทธิ | กรรมการกลาง |
| 16. นพ.นรินทร์ อจละนันท์ | กรรมการกลาง |
| 17. นพ.ปิยะวัฒน์ โกมลมิศร์ | กรรมการกลาง |
| 18. นพ.ราวิณ ไชนี้ | กรรมการกลาง |

19. นพ.รังสรรค์ ฤกษ์นิมิตร	กรรมการกลาง
20. นอ.นพ.วิญญู จันทรสุนทรกุล	กรรมการกลาง
21. นพ.สุนทร ชินประสาทศักดิ์	กรรมการกลาง
22. นพ.สมบัติ ตรีประเสริฐสุข	กรรมการกลาง
23. พญ.อาภัสณี ไสภณสฤกษ์สุข	กรรมการกลาง
24. พญ.กวรรณิการ์ พรพัฒน์กุล	ที่ปรึกษา
25. นพ.เต็มชัย ไชยนุวัตติ	ที่ปรึกษา
26. นพ.นุสนธิ์ กัดดเจริญ	ที่ปรึกษา
27. นพ.พินิจ กุลละวณิชย์	ที่ปรึกษา
28. พญ.บุษบา วิวัฒน์เวคิน	ที่ปรึกษา
29. นพ.มานิต ลีโทขวลิต	ที่ปรึกษา
30. พ.ต.อ.นพ.วรพันธุ์ เสาวรส	ที่ปรึกษา
31. พญ.ศศิประภา บุญญพิสิฎฐ์	ที่ปรึกษา
32. นพ.สมหมาย วิไลรัตน์	ที่ปรึกษา
33. นพ.สวัสดิ์ นิตะนันท์	ที่ปรึกษา
34. นพ.สัจพันธ์ อิศรเสนา	ที่ปรึกษา
35. นพ.สิน อนุราชภูร์	ที่ปรึกษา
36. นพ.สุริยะ จักกะพาก	ที่ปรึกษา
37. พล.ต.นพ.สุรพล สุรางค์ศรีรัฐ	ที่ปรึกษา
38. นพ.สุชา คูระทอง	ที่ปรึกษา

เปิดประชุมเวลา 10.00 น. โดยมี พญ.ชุดิมา ประมูลสินทรัพย์ เป็นประธานในการประชุม

วาระที่ 1 เรื่องที่ประธานแจ้งเพื่อทราบ

พญ.ชุดิมา ประมูลสินทรัพย์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

1. สืบเนื่องจากทางสมาคมเสนอตัวเป็นเจ้าภาพจัดการประชุม Asian Pacific

Digestive Week (APDW) 2012 ในการนี้ทางสมาคมได้ทำหนังสือขอรับการสนับสนุนจากสำนักงานส่งเสริมการจัดประชุมและนิทรรศการ (สสปน.) ขณะนี้ทาง สสปน. ได้ตอบรับยินดีสนับสนุนการจัดประชุมดังกล่าว

ที่ประชุมมีมติรับทราบ

2. สืบเนื่องจาก นพ.เกรียงไกร อัครวงศ์ ประธานคณะกรรมการเงินออมสมาคม ได้ถึงแก่กรรมไปแล้วนั้น ในการนี้จึงได้รับเอกสารเกี่ยวกับใบพันธบัตรต่างๆ จากภรรยาและเอกสารดังกล่าวจะส่งมอบให้แก่ พล.ต.นพ.วิชัย ชัยประภา ประธานคณะกรรมการเงินออมสมาคมคนใหม่ต่อไป

ที่ประชุมมีมติรับทราบ

วาระที่ 2 รับรองรายงานการประชุมครั้งที่ 4/2551

ที่ประชุมมีมติแก้ไขรายงานการประชุมดังนี้

หน้า 4 ข้อ 4.4

แก้จาก พญ.พนิดา อุทัยศรี ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าจุลสารสมาคมฉบับแรก ประจำปี 2551 คาดว่าจะออกประมาณต้นเดือนมิถุนายน 2551

แก้เป็น พญ.พนิดา ทองอุทัยศรี ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าที่ผ่านมาจุลสารสมาคมได้ออกครบทุก 2 เดือน (6 ฉบับต่อปี) และสัญญาการเผยแพร่กิจการลงในหนังสือจุลสารสมาคมประจำปี 2550 ของบริษัทฯ ต่างๆ จะสิ้นสุดเดือนเมษายน 2551 ซึ่งได้แจ้งบริษัทฯ ต่างๆ แล้ว ขณะนี้อยู่ในช่วงดำเนินการและมีหลายบริษัทฯ ติดต่อกับการสนับสนุน จะแจ้งให้ที่ประชุมทราบในครั้งต่อไป

หน้า 4 ข้อ 4.3, 4.4 และ 4.5

เพิ่ม ที่ประชุมมีมติรับทราบ

หลังจากแก้ไขรายงานการประชุมแล้ว ที่ประชุมมีมติรับรองรายงานการประชุมครั้งที่ 4/2551

วาระที่ 3 เรื่องสืบเนื่อง

3.1 สรุปการจัดเตรียมประชุมวิชาการกลางปี 2551

นพ.ทวีศักดิ์ แทนวันดี ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าสืบเนื่องจากการจัดประชุมวิชาการกลางปีและประชุมประจำปีของสมาคมแต่ละครั้งนั้น รายจ่ายต่างๆ ของการจัดประชุมดังกล่าวจะเบิกจากฝ่ายเลขาธิการสมาคม จึงทำให้งบประมาณของฝ่ายเลขาธิการจะเกินงบประมาณที่ได้รับการอนุมัติทุกครั้ง ดังนั้นเพื่อลดปัญหาดังกล่าว จึงได้ทำการเปิดบัญชีสำหรับการจัดประชุมวิชาการกลางปี 2551 โดยผู้มีอำนาจในการเปิดถอน 2 ท่านร่วมกัน คือ นพ.อุดม คชินทร อุปนายกสมาคม และ นพ.ทวีศักดิ์ แทนวันดี เลขาธิการสมาคม เมื่อเสร็จสิ้นการจัดประชุมวิชาการกลางปี 2551 แล้ว จะโอนเงินสุทธิหลังจากหักค่าใช้จ่ายทั้งหมดให้กับสมาคมพร้อมทั้งปิดบัญชีดังกล่าว และสำหรับการจัดประชุมวิชาการกลางปี 2551 มีรายรับมากกว่ารายจ่าย 932,495 บาท และจะดำเนินการโอนเงินจำนวนดังกล่าวให้กับบัญชีสมาคมต่อไป

ที่ประชุมมีมติรับทราบ

3.2 ผลการเลือกตั้งรั้งตำแหน่งนายกวาระ พ.ศ. 2551-2552 และผลการเลือกตั้งคณะกรรมการอำนวยการสมาคม

นพ.ทวีศักดิ์ แทนวันดี ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

1. ผลการเลือกตั้งรั้งตำแหน่งนายกวาระ พ.ศ. 2551-2552 นั้น นพ.อุดม คชินทร ได้คะแนนสูงสุด
2. ผลการนับคะแนนคณะกรรมการอำนวยการสมาคม จำนวน 4 ท่าน สมาชิกสามัญได้รับรองให้เป็นคณะกรรมการอำนวยการสมาคม ทั้ง 4 ท่าน คือ พญ.นภาพร จำรูญกุล, นพ.พลรัตน์ วิไลรัตน์, นพ.ราวิณ โชนี และนพ.สุนทร ชินประสาทศักดิ์

ที่ประชุมมีมติรับทราบ

3.3 การจัดเตรียมประชุมวิชาการร่วมกับ 4 สมาคม ประจำปี 2551

พญ.ชุติมา ประมูลสินทรัพย์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าสืบเนื่องจาก จะจัดการประชุมระดับภูมิภาคโดยการร่วมกันจัดของทั้ง 4 สมาคมคือ สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย, สมาคมแพทย์ส่อง กล้องทางเดินอาหาร (ไทย), สมาคมโรคตับ (ประเทศไทย) และสมาคม ประสาททางเดินอาหารและการเคลื่อนไหว (ไทย) ซึ่งจะจัดปลายปี 2551 นั้น หลังหักค่าใช้จ่ายแล้วรายได้ทั้งหมดจะแบ่ง 4 สมาคมเท่าๆ กัน และขอ ปรีกษาในที่ประชุมเกี่ยวกับวันที่จะจัดประชุมด้วย

ที่ประชุมมีมติจัดในกรุงเทพฯ ระหว่างวันที่ 27-30 พฤศจิกายน 2551 โดยครึ่งวันเช้าของวันที่ 30 พฤศจิกายน 2551 จะจัด Postgraduate Course

นพ.พิศาล ไม้เรียง ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าโปรแกรมการประชุม ต่างๆ รวมทั้งวิทยากร Viranuvatti Lecture จะมีการประชุมปรึกษาหารือกัน อีกครั้งในวันที่ 15 สิงหาคม พ.ศ. 2551 ณ โรงแรมสยามซิตี, กรุงเทพฯ

ที่ประชุมมีมติรับทราบ

วาระที่ 4 การดำเนินงานของฝ่ายต่างๆ

4.1 นพ.สิริวัฒน์ อนันตพันธุ์พงศ์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าได้มีการประชุมคณะกรรมการเงินออมสมาคมเมื่อวันที่ 11 กรกฎาคม พ.ศ. 2551 ณ ห้องประชุม Rama 4 โรงแรมฮิลตัน หัวหิน จ.ประจวบคีรีขันธ์ และที่ ประชุมมีมติให้ พล.ต.นพ.วิชัย ชัยประภา เป็นประธานคณะกรรมการเงิน ออม และ นพ.เต็มชัย ไชยนุวัติ เป็นรองประธาน

ที่ประชุมมีมติรับทราบ

4.2 พญ.พนิดา ทองอุทัยศรี ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าการจัดพิมพ์

หนังสือจุลสารสมาคมนั้น ได้รับการสนับสนุนจากบริษัทฯ อย่างดีเหมือนเช่นเคย และในปี 2551 การสนับสนุนจากบริษัทฯ ลดน้อยลง อาจทำให้รายจ่ายมากกว่ารายรับประมาณ 1-2 หมื่นบาท

ที่ประชุมมีมติรับทราบ

4.3 พญ.ชุตติมา ประมูลสินทรัพย์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าเนื่องจากได้มีการประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคมโรคตับ (ประเทศไทย) ที่ประชุมมีนโยบายที่จะจัดทำหนังสือวารสารสมาคม โดยจะให้ทำร่วมกับหนังสือวารสารของสมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย จะใช้ชื่อว่า Thai Journal of Gastroenterology and Hepatology ดังนั้นจึงขอปรึกษาที่ประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคมด้วย

ที่ประชุมมีมติรับทราบ และที่ประชุมให้ความเห็นเรื่องการตั้งชื่อหนังสือ เนื่องจากอาจมีความสับสนในการสืบค้นหนังสือ ดังนั้น พญ.ชุตติมา ประมูลสินทรัพย์ จะนำเรื่องนี้ไปปรึกษากับคณะกรรมการอำนวยการสมาคมโรคตับ (ประเทศไทย) ต่อไป

4.4 นพ.ทองดี ชัยพานิช ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าสืบเนื่องจากได้มีการประชุมคณะกรรมการฝ่ายกิจกรรมสังคม เมื่อวันที่ 11 กรกฎาคม พ.ศ. 2551 ณ ห้องประชุม Rama 4 โรงแรมฮิลตัน หัวหิน จ.ประจวบคีรีขันธ์ ที่ประชุมได้มีการปรึกษารื้อกับทางบริษัทเอโซ (มาร์เก็ตติ้ง) ประเทศไทย จำกัด เกี่ยวกับการจัดทำข้อมูลซีดีเกี่ยวกับโรคระบบทางเดินอาหารสำหรับประชาชน ซึ่งที่ประชุมได้ขอให้ทางบริษัทเอโซ จัดทำข้อมูลซีดีในรูปแบบดังกล่าวปีละ 2 ครั้ง โดยทางสมาคมจะเป็นผู้ดำเนินการหาวิทยากร และอาจจะนำลง website ของสมาคมในรูปแบบของ PDF ทั้งนี้เพื่อเป็นการลดต้นทุนการพิมพ์หนังสือ แต่ทั้งนี้ทางบริษัทเอโซ จะขอเข้าไปปรึกษารื้อกับทางบริษัทก่อน ความคืบหน้าจะแจ้งให้ทราบต่อไป

ที่ประชุมมีมติรับทราบ

4.5 นพ.ทวีศักดิ์ แทนวันดี ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าตามที่สมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย ได้จัดให้มีการประชุมสัมมนาปรับปรุงหลักสูตรแพทย์ประจำบ้านต่อยอด อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคระบบทางเดินอาหาร เมื่อวันที่ 12-13 มกราคม พ.ศ. 2551 ห้องประชุมบุหงา โรงแรมกรุงศรี-ริเวอร์ จ.พระนครศรีอยุธยา ไปแล้วนั้น ในการนี้ทางสมาคมได้ดำเนินการส่งหลักสูตรดังกล่าวไปยังราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย เพื่อส่งต่อไปยังแพทยสภา บัดนี้แพทยสภาได้รับรองหลักสูตรดังกล่าวเป็นที่เรียบร้อยแล้ว โดยหลักสูตรดังกล่าวจะใช้สำหรับเฟลโลว์ที่เริ่มต้นการฝึกอบรมในวันที่ 1 มิถุนายน ปีการศึกษา 2551

ที่ประชุมมีมติรับทราบและให้ฝ่ายเลขานุการสมาคมส่งหลักสูตรดังกล่าวไปทุกสถาบันที่ฝึกอบรม

นพ.ทองดี ชัยพานิช เสนอให้มีการเขียนหลักสูตรเป็นภาษาอังกฤษ และในการนี้ได้รับ e-mail จากราชวิทยาลัยศัลยแพทย์ประเทศออสเตรเลียว่ามีเจ้าหน้าที่ที่เป็นคนไทยคนหนึ่ง เฝื่อนคุณแม่ป่วย ดังนั้น จึงอยากจะกลับมาเมืองไทยเพื่อดูแลคุณแม่ และต้องการหางานทำในเมืองไทยด้วย หากทางสมาคมสนใจที่จะรับเป็นเจ้าหน้าที่สมาคม ก็จะเขียนจดหมายไปสอบถามรายละเอียดต่างๆ

ที่ประชุมมีมติรับทราบ

4.6 นพ.กำธร เผ่าสวัสดิ์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าได้รับจดหมายแจ้งจาก นพ.อรรถพล รัตนสุภา เป็นแพทย์ประจำบ้านต่อยอด อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคระบบทางเดินอาหาร จากโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ซึ่งจบเมื่อปี 2551 มีความประสงค์ขอรับทุนสนับสนุนค่าใช้จ่ายต่างๆ เพื่อไปเสนอผลงานวิจัย Poster presentation เรื่อง “The value of EUS compared with transabdominal ultrasound combined with upper endoscopy in the evaluation of dyspeptic patients age >50 years” ในรูปแบบ Poster presentation ในการ

ประชุม 16th United European Gastroenterology Week ระหว่างวันที่ 18-22 ตุลาคม 2008 ณ กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรีย

ที่ประชุมได้มีการอภิปรายกันอย่างกว้างและมีมติดังนี้

1. เนื่องจากสมาคมยังไม่มีหลักเกณฑ์การให้ทุนเฟลโลว์เพื่อไปเสนอผลงานวิจัยในต่างประเทศ ทั้งในรูปแบบ Oral presentation หรือ Poster presentation ดังนั้นเพื่อให้เป็นระเบียบและมีหลักเกณฑ์ที่ชัดเจน จึงขอแต่งตั้งให้ นพ.กำธร เผ่าสวัสต์ เป็นประธานคณะกรรมการพิจารณาทุนเฟลโลว์ไปเสนอผลงานวิจัยในต่างประเทศ
2. สมาคมอนุมัติให้ทุนสนับสนุนค่าตัวเครื่องบินและค่าลงทะเบียนแก่ นพ.อรรถพล รัตนสุภา เพื่อไปเสนอผลงานวิจัยในการประชุม UEGW 2008 เป็นจำนวนเงิน 91,900 บาท

วาระที่ 5 เรื่องอื่นๆ

5.1 พญ.ชุติมา ประมูลสินทรัพย์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าตามที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ ได้ร่วมกับสมาคมรังสีรักษาและมะเร็งวิทยาแห่งประเทศไทย มะเร็งวิทยาสมาคมแห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยรังสีแพทย์แห่งประเทศไทย สมาคมแพทย์ทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย และราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์แห่งประเทศไทย ได้ร่วมจัดทำหนังสือแนวทางการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ซึ่งขณะนี้หนังสือดังกล่าวใกล้จะเสร็จสมบูรณ์แล้ว ในการนี้ทางสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ขออนุญาตนำโลโก้ของสมาคมลงพิมพ์บนปกหนังสือดังกล่าว

ที่ประชุมมีมติอนุมัติ

5.2 นพ.พิศาล ไม้เรียง ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าตามที่กลุ่มวิจัยโรคกระเพาะจะทำการ revise guideline dyspepsia โดยจะมีการจัดการประชุม

ระดมความเห็นแพทย์ในแต่ละภาครวม 4 ครั้ง หลังจากนั้นจึงจะจัดการประชุมใหญ่เพื่อจัดทำ Thailand Consensus for the Management of Dyspepsia 2008 และในครั้งต่อไปจะจัดในวันที่ 14-15 พฤศจิกายน พ.ศ. 2551 ณ โรงแรมริมปาว จ.กาฬสินธุ์

ที่ประชุมมีมติรับทราบ

5.3 นพ.ทวีศักดิ์ แทนวันดี ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

1. ช่วงบ่ายของวันนี้ขอเรียนเชิญทุกท่านเข้าร่วมประชุม Interhospital GI Conference ซึ่งเป็นการจัดประชุมร่วมกับการประชุมวิชาการประจำปีของโรงพยาบาลวิชัยยุทธ ซึ่งทางสมาคมได้จัดร่วมกับโรงพยาบาลวิชัยยุทธเป็นประจำทุกปี

ที่ประชุมมีมติรับทราบ

2. มีสมาชิกสมัครใหม่จำนวน 8 ท่านคือ พญ.พจมาน พิศาลประภา เป็น สมาชิกสามัญ, พญ.ฉัตรพร กิตติตระกูล เป็นสมาชิกสามัญ, พญ.อัญชญา แสนศักดิ์ เป็นสมาชิกสามัญ, นพ.สุขประเสริฐ จุฑากอเกียรติ เป็นสมาชิกสามัญ, นพ.พรเทพ อังศุวัชรากกร เป็นสมาชิกสามัญ, พญ.ชญานุตม์ สุวรรณเพ็ญ เป็นสมาชิกวิสามัญ, พญ.รภััส พิทยานนท์ เป็นสมาชิกวิสามัญ, พญ.เปี่ยมสุข สฤกพฤกษ์ เป็นสมาชิกวิสามัญ ซึ่งได้ตรวจสอบคุณสมบัติแล้ว ครบถ้วนตามเกณฑ์

ที่ประชุมมีมติรับรองสมาชิกใหม่ทั้ง 8 ท่าน

ปิดประชุมเวลา 12.00 น.

นพ.ทวีศักดิ์ แทนวันดี

ตรวจทาน



Interhospital conference I

นพ.คณีย์ ดันงามตรง
หน่วยทางเดินอาหารฯ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผู้ป่วยชายไทยโสด อายุ 49 ปี อาชีพ เสมียนร้านขายเกาลัด ภูมิลำเนา จังหวัดแพร่ ปัจจุบันกรุงเทพมหานคร

CC : ปวดท้องใต้ชายโครงขวา 3 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล

PI : 3 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล เริ่มสังเกตว่าตาและตัวเหลือง ไม่มีคันตามตัว อุจจาระสีซีด ปัสสาวะสีเหลืองเข้ม อ่อนเพลีย รับประทานอาหารไม่ค่อยได้

1 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้ต่ำๆ และตัวเหลืองมากขึ้น

3 วันก่อนมาโรงพยาบาลปวดท้องบริเวณใต้ชายโครงขวาเป็นๆ หายๆ ปวดจุกๆ ตื้อๆ ไม่ร้าวไปที่ใด ไม่สัมพันธ์กับมื้ออาหารหรือประเภทของอาหารหรือท่าทาง ไม่มีคลื่นไส้หรืออาเจียนร่วมด้วย ปวดแต่ครั้งนานประมาณ 1-2 ชั่วโมง ระหว่างนี้ไม่มีน้ำหนักลด ไม่มีถ่ายดำ ไม่มีท้องผูก/ท้องเสีย อ่อนเพลียมากขึ้นจนเดินไม่ค่อยไหว

PH : 7 ปีก่อนมาโรงพยาบาลไอเรื้อรัง 2 ปี น้ำหนักลด 10 กก. ตรวจพบ anterior mediastinal mass S/P thymectomy ผล pathology: benign encapsulated thymoma (medullary type), lymphoid hyperplasia

3 ปีก่อนมาโรงพยาบาลมีปัญหา bronchiectasis F/U กับคลินิกโรคปอด

1 ปีก่อนมาโรงพยาบาลมีปัญหา recurrent HSV genitalia infection ได้รับการรักษาโดย acyclovir และได้รับ prophylaxis ต่ออีก 8 เดือน

1 ปีก่อนมาโรงพยาบาลได้นอนรักษาในโรงพยาบาลด้วย Streptococcus pneumoniae pneumonia

Personal history : ปฏิเสธการดื่มสุรา และไม่สูบบุหรี่
ปฏิเสธการฉีดยาเสพติด และไม่เคยได้รับการถ่ายเลือด ไม่เคยใช้ยาใดประจำ ไม่เคยแพ้ยา

Physical examination

VS : T 38.7°C BP 98/60 mmHg RR 24/min PR 115/min

GA : Good consciousness, mild tachypnea no signs of liver stigmata of chronic liver disease

LN : Not palpable

HEENT : Mildly pale conjunctivae markedly jaundice

Lung : Decreased breath sounds at LLL medium crepitation both lungs

Abdomen: Normal bowel sounds, soft, moderate tender at RUQ liver 2 cm below RCM, span 12 cm., smooth surface, sharp edge spleen-not palpable no shifting dullness

Extremities : normal, no pitting edema

PR : normal, minimal amount of yellow stool

Laboratory findings

CBC: Hb 9.5 g/dl Hct 29.5% MCV 78

Wbc 9,620/mm³ (N86%, L5%, M8%)

platelet 148,000/mm³

BUN 15 mg/dL Cr 0.5 mg/dL

Na 128 mEq/L K 3.5 mEq/L Cl 90 mEq/L HCO₃ 26 mEq/L

FBS 105 mg/dl

LFT : TB 19.29 mg/dl DB 14.26 mg/dl AST 145 U/L ALT 71 U/L

AP 1626 U/L alb 2.6 g/L globulin 1.8 g/L

PT 17.7 sec. PTT 37.4 sec. INR 1.5

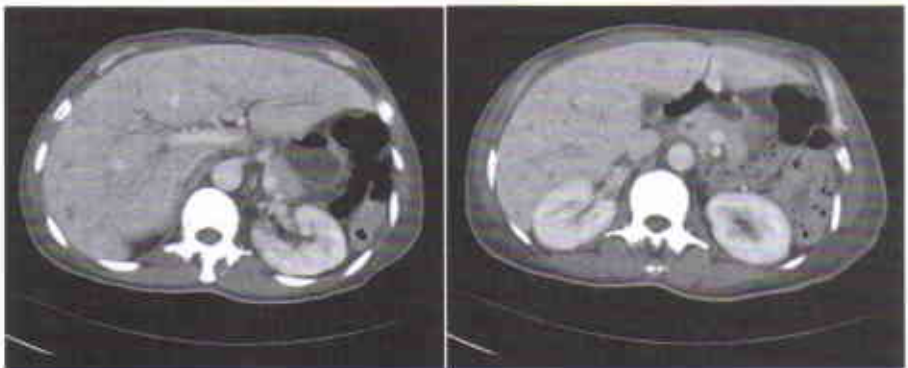
Amylase 69 U/L(0-100)

AntiHIV - nonreactive

TFT : FT3 1.52 (1.6-4) FT4 1.29 (0.8-1.8) TSH 1.72 (0.3-4.1)

Discussion

ผู้ป่วยรายนี้มาด้วยอาการเหลืองที่ค่อยๆ เป็นมากขึ้น ร่วมกับมีไข้และปวดท้องบริเวณใต้ชายโครงขวาประมาณ 3 สัปดาห์โดยไม่มีอาการน้ำหนักลด ร่วมกับผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้นเข้าได้กับ obstructive jaundice with cholangitis ซึ่งจำเป็นต้องหาสาเหตุของภาวะท่อน้ำดีอุดตันต่อไป ผลการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงพบว่า มีตับโตเล็กน้อยโดยเฉพาะกลีบขวา ไม่พบการขยายตัวของท่อน้ำดี (bile duct dilatation) ผลการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ไม่พบการขยายตัวของท่อน้ำดีเช่นกัน และไม่พบเนื้องอกภายในตับและท่อน้ำดีดังภาพที่ 1 และ 2



ภาพที่ 1 และ 2 CT upper abdomen showed hepatomegaly without dilatation of bile ducts. There were no mass or intraabdominal lymphadenopathy.

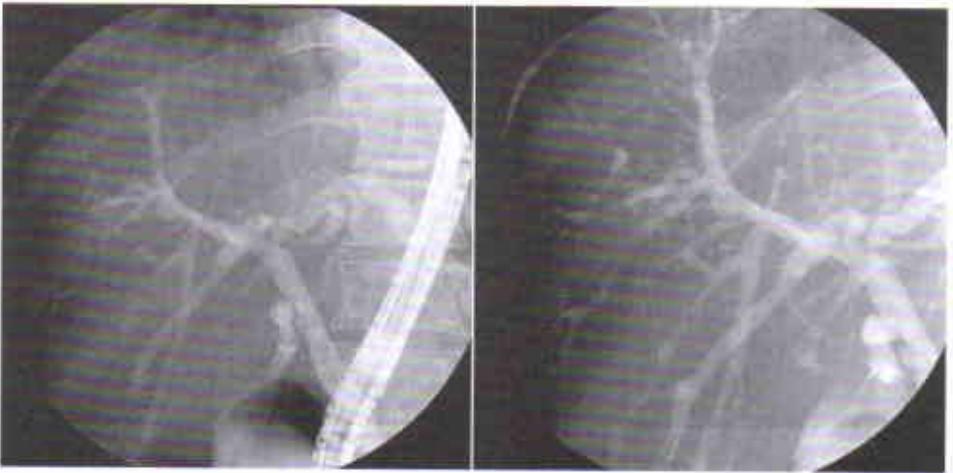
ภายหลังการตรวจทางรังสีไม่พบการขยายตัวของท่อน้ำดี ในขณะที่ผู้ป่วยมีอาการติดเชื้อในท่อน้ำดี ร่วมกับมีภาวะเหลือง ซึ่งโดยในภาวะเหลืองระดับนี้มักจะตรวจพบการขยายตัวของท่อน้ำดีแล้ว ขณะนี้จึงคิดถึงโรคที่มีการอุดตันของท่อน้ำดีโดยที่ไม่มีการขยายตัวของท่อน้ำดีคือ

Sclerosing cholangitis

Liver cirrhosis

Infiltrative liver disease

ซึ่งในผู้ป่วยรายนี้ได้ไปทำการส่องกล้องทางเดินน้ำดี (ERCP) ดังภาพที่ 3 พบ multiple microabscesses communicated with small intrahepatic duct branches with some beading and tapering changes เข้าได้กับภาวะ sclerosing cholangitis ซึ่งต้องไปหาโรคร่วมอื่นๆ ต่อไป ที่อาจเป็นสาเหตุของภาวะดังกล่าว



ภาพที่ 3 และ 4 ERCP showed multiple microabscesses communicated with small IHD branches with some beading and tapering changes. There was no dilatation of common bile duct, common hepatic duct, gall bladder and cystic duct.

ในรายนี้ได้ทำการตรวจ anti-HIV ร่วมกับ HIV RNA ไม่พบการติดเชื้อ HIV ร่วมกับมีประวัติการติดเชื้อหลายครั้ง ทำให้สงสัยภาวะ acquired immunodeficiency ได้ส่งผลการตรวจทางภูมิคุ้มกัน พบว่าระดับภูมิคุ้มกันต่ำกว่าปกติทุกชนิดดังนี้ serum IgG 445 (700-1,600), IgM < 21.4 (40-230), IgA 28.5 (70-400), NK cell 265 (33%), Total Lymph. 936, CD3 702, CD4 168 (18%), CD8 505 (54%), CD4/CD8 ratio : 0.33 และ B cell (CD19) 0 ซึ่งเข้าได้กับภาวะ acquired immunodeficiency เนื่องจากผู้ป่วยไม่ได้มีประวัติการติดเชื้อตั้งแต่วัยเด็ก

โดยในรายนี้มีประวัติ thymoma ซึ่งร่วมกับภาวะ B and T cell deficiency และมี recurrent or opportunistic infection เข้าได้กับโรค Good syndrome

การดำเนินโรค

ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการรักษาโดย ceftriaxone ทางหลอดเลือดดำเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์และเปลี่ยนเป็น ciprofloxacin รับประทาน ภายหลังการรักษาผู้ป่วยมีไข้ลดลง ร่วมกับระดับความเหลืองลดลงตามลำดับ จนถึง total bilirubin 4 mg/dl ก่อนกลับบ้าน ร่วมกับ acyclovir prophylaxis โดยผู้ป่วยได้นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลประมาณ 6 สัปดาห์ และได้รับการวางแผนให้ intravenous immunoglobulin เพื่อทดแทนภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องเมื่อมาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก

Good syndrome

Thymoma เป็นเนื้องอกที่พบได้บ่อยที่สุดของ anterior mediastinum โดยมีอุบัติการณ์ 0.15 รายต่อประชากร 100,000 ราย พบได้ถึงร้อยละ 20 ของเนื้องอกของ anterior mediastinum ในผู้ใหญ่ โดยมีโรคหลายโรคที่สามารถพบได้จาก thymoma เช่น myasthenia gravis, red blood cell aplasia, hypogammaglobulinemia, Good syndrome, megaesophagus, myocarditis, multiple endocrine adenomatosis, cushing syndrome¹

Dr. Robert Good ได้กล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่าง thymoma และภาวะภูมิคุ้มกันต่ำในผู้ป่วยตั้งแต่ปี ค.ศ. 1954 ซึ่งจัดเป็นสาเหตุที่พบบได้น้อยมากของภาวะที่มีระดับ B cell และ T cell บกพร่อง²

ลักษณะทางคลินิก

ผู้ป่วย Good syndrome มักจะมาพบแพทย์ในช่วงอายุ 30-40 ปี โดยอายุเฉลี่ยที่เริ่มมีอาการคือ 56 ปี (29-75 ปี) และอายุเฉลี่ยที่พบ thymoma และภาวะภูมิคุ้มกันต่ำคืออายุ 62 ปี (41-79 ปี) ภาวะนี้สามารถตรวจพบได้ในเด็กถึงแม้ว่าจะพบบได้น้อย ภาวะนี้พบได้เท่ากันในผู้หญิงและผู้ชาย ภาวะภูมิคุ้มกันต่ำสามารถเกิดได้ก่อนหรือหลังการวินิจฉัย thymoma ได้³ โดยทั่วไปผู้ป่วยมักจะมีอาการของภาวะนี้ครบภายหลังเริ่มมีอาการแรกประมาณ 6 ปี โดยผลการตรวจทางพยาธิวิทยาของ thymoma ที่ได้รับการผ่าตัดในผู้ป่วย Good syndrome มักจะไม่พบมะเร็งและมักเป็น well encapsulated โดยร้อยละ 75 เป็นชนิด spindle type⁴

พยาธิกำเนิด

ปัจจุบันยังไม่ทราบชัดเจน เชื่อว่าอาจเกิดจากความผิดปกติในไขกระดูกเนื่องจากพบปริมาณเม็ดเลือดขาวชนิด B cell และ T cell lymphocyte ต่ำและพบปริมาณเม็ดเลือดขาวชนิด eosinophil ต่ำร่วมด้วย ซึ่งความผิดปกติทางภูมิคุ้มกันดังกล่าวไม่สามารถรักษาได้ด้วย การให้ยาสเตียรอยด์หรือการตัดต่อมไทมัส⁵

อาการและอาการแสดง

อาการในช่วงแรกอาจมีได้แตกต่างกันไป ในบางรายอาจพบจากการตรวจภาพรังสีปอดพบก้อนในช่องอกโดยที่ยังไม่มีอาการอื่นได้ หรือผู้ป่วยอาจมาด้วยอาการของเนื้องอกในช่องอกเอง เช่น ไอ เจ็บหน้าอก กลืนลำบาก

เหนื่อย หรือเสียงแหบได้ แต่ในที่สุดผู้ป่วยมักมาด้วยอาการของการติดเชื้อ เนื่องจากมี ความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกันทั้ง humoral และ cellular immunity ซึ่งสัมพันธ์กับ thymoma³ ซึ่งพบได้บ่อยกว่าผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของภูมิคุ้มกันชนิด common variable immunodeficiency⁶

การติดเชื้อที่พบได้บ่อยคือ การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจบ่อยๆ (recurrent sinopulmonary infection) โดยมักเกิดจากเชื้อ encapsulated bacteria เชื้อที่เป็นสาเหตุอื่นๆ ที่พบได้ เช่น ไวรัส โดยมีการรวบรวมผู้ป่วย Good syndrome 51 ราย พบมีการติดเชื้อไวรัส Cytomegalovirus 12 ราย โดยในกลุ่มนี้มีอาการทางระบบทางเดินอาหาร 3 ราย คือ gastritis, enteritis และ colitis โดยทั้ง 3 รายได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส และพบว่าเสียชีวิต 2 รายจาก ลำไส้ทะลุและปอดอักเสบรุนแรงตามลำดับ⁵ หรือ เชื้อราฉวยโอกาสได้ เช่น pneumocystis pneumonia⁷ และผู้ป่วยอาจมาด้วยอาการของโรคทางภูมิคุ้มกัน (autoimmune diseases) เช่น myasthenia gravis, neutropenia, pure red cell aplasia

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ตรวจพบระดับภูมิคุ้มกันต่ำลง โดยพบระดับ gammaglobulin ต่ำ (hypogammaglobulinemia) ระดับเม็ดเลือดขาว B cell ต่ำหรือตรวจไม่พบระดับเม็ดเลือดขาว CD4 T lymphocyte ลดต่ำลง

การรักษา

รักษาการติดเชื้อด้วยยาปฏิชีวนะตามข้อบ่งชี้ และทำการผ่าตัด thymoma โดยถ้าพบเป็นระยะที่ 3 ขึ้นไป จำเป็นต้องได้รับเคมีบำบัดและฉายแสงร่วมด้วย ถ้าตรวจพบมีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องต้องให้ภูมิคุ้มกันชดเชย และในผู้ป่วยกลุ่มนี้ถ้าจำเป็นต้องได้รับเลือดควรได้รับเลือดที่ปราศจากเชื้อ CMV ถ้าผู้ป่วยไม่มีภูมิคุ้มกันต่อเชื้อไวรัสนี้หรือไม่ทราบว่ามีภูมิคุ้มกันอยู่หรือไม่

ความสัมพันธ์กับภาวะ sclerosing cholangitis

Secondary sclerosing cholangitis (SSC) เป็นความผิดปกติที่ลักษณะเหมือนกับ primary sclerosing cholangitis (PSC) แต่จะมีสาเหตุมาจากความผิดปกติอื่นร่วมด้วย เช่น นิ่วในท่อนทางเดินน้ำดี การผ่าตัดในช่องท้อง การให้ยาเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง ตับอ่อนอักเสบที่กลับเป็นซ้ำ (recurrent pancreatitis) ภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง (immunodeficiency) ภาวะท่อน้ำดีอักเสบจากเชื้อไวรัสเอชไอวี (AIDS related cholangiopathy) ซึ่งในบางรายลักษณะของท่อนทางเดินน้ำดีจะช่วยแยกได้ว่าเป็น primary หรือ secondary เช่น PSC มักจะมีท่อน้ำดีเล็กลงไปทั่วทั้งตับและพบท่อน้ำดีตีบได้หลายตำแหน่งมากกว่า ส่วนถ้าพบความผิดปกติบริเวณท่อน้ำดีส่วนปลายมักจะเป็น secondary sclerosing cholangitis มากกว่า⁸

อย่างไรก็ตามไม่พบมีรายงานผู้ป่วย Good syndrome ที่มีอาการของ secondary sclerosing cholangitis คล้ายกับผู้ป่วยของเรา โดยพบรายงานผู้ป่วย 2 รายที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน รายแรกเป็นผู้หญิงอายุ 35 ปีที่มี thymoma มาด้วยคัน เหลือง ANA 1:160 และได้รับการทำการตรวจพยาธิสภาพของตับพบ chronic non-suppurative destructive cholangitis ได้รับการวินิจฉัยเป็น autoimmune cholangitis ร่วมกับ thymoma ซึ่งอาการดีขึ้นภายหลังได้รับการผ่าตัด thymectomy ร่วมกับ UDCA⁹ ส่วนรายที่ 2 เป็นผู้หญิงอายุ 64 ปีที่มี thymoma มาด้วยถ่ายเหลว และมีค่า alkaline phosphatase สูงกว่าปกติโดยที่ไม่เหลือง พบระดับภูมิคุ้มกัน IgM และ IgG น้อยกว่าร้อยละ 50 ของค่าปกติ อัตราส่วนของ CD4/CD8 ต่ำกว่าปกติ การฉีดสีท่อน้ำดีและตรวจพยาธิสภาพตับเข้าได้กับ primary sclerosing cholangitis ได้รับการวินิจฉัยเป็น thymoma with hypogammaglobulinemia associated with PSC¹⁰

สรุป

Good syndrome เป็นโรคที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องซึ่งไม่ได้เป็นแต่

กำเนิด พบร่วมกับเนื้องอกของต่อมไทมัส ผู้ป่วยมักมาด้วยอาการของโรคติดเชื้อบ่อยหรือโรคติดเชื้อที่ไม่ได้พบในผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันปกติ อาการของภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องสามารถพบได้ในภายหลังผ่าตัดต่อมไทมัสแล้ว การรักษาประกอบด้วยการผ่าตัดต่อมไทมัส การรักษาภาวะติดเชื้อร่วมกับการให้ภูมิคุ้มกันทดแทนแก่ผู้ป่วย ควรคิดถึงภาวะนี้ในผู้ป่วยที่มีต่อมไทมัสถูกรายและคอยติดตามผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างสม่ำเสมอ

References

1. Duwe VB, Sterman DH, Musani AI. Tumor of the mediastinum. Chest 2005;128:2893-909.
2. Sen HN, Robinson MR, Fischer SH. CMV retinitis in a patient with good syndrome. Ocular Immunology and Inflammation 2005;13:475-8.
3. Kelleher P, Misbah SA. What is Good's syndrome? Immunological abnormalities in patients with thymoma. J Clin Pathol 2003;56:12-6.
4. Agarwal S, Cunningham-Rundles C. Thymoma and immunodeficiency (Good syndrome): a report of 2 unusual cases and review of the literature. Ann Allergy Asthma Immunol 2007;98:185-90.
5. Tarr PE, Sneller MC, Mechanic LJ, Economides A, Eger CM, Strober W, et al. Infection in patients with immunodeficiency with thymoma (Good syndrome). Medicine 2001;80:123-33.
6. Koriyama N, Fukumoto O, Fukudome M, Aso K, Hagiwara T, Arimura K, et al. Successful treatment of Good syndrome with cytomegalovirus duodenointeritis using a combination of

- ganciclovir and immunoglobulin with high anti-cytomegalovirus antibody titer. *Am J Med Sci* 2004;327:49-54.
7. Jian L, Bin D, Haiyun W. Fatal pneumocystis pneumonia with Good syndrome and pure red cell aplasia. *CID* 2004;39:1740-1.
 8. Abdalian R, Heathcote J. Sclerosing cholangitis:a focus on secondary causes. *Hepatology* 2006;44:1063-74.
 9. Kim JH, Kim BH, Kim YW, Park JC, Jung YH, Lee BO, et al. Autoimmune cholangitis in a patient with thymoma. *J Gastroenterol Hepatol* 2004;19:1324-7.
 10. Yoshioka et al. *Liver* 1995;15(1):53-5.



Interhospital conference II

พญ.นำทิพย์ อารยะสกุลวงศ์
กลุ่มงานอายุรกรรม ทางเดินอาหาร
โรงพยาบาลราชวิถี

ผู้ป่วยชายไทยโสด อายุ 26 ปี อาชีพ ขับมอเตอร์ไซด์รับจ้าง
ภูมิลำเนา จังหวัดร้อยเอ็ด

CC : คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง 7 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล

PI : 2 ปีก่อน เริ่มมีอาการปวดท้องได้ลิ้นปี เป็นๆ หายๆ
ปวดจุกๆ ตื้อๆ ไม่ร้าวไปที่ใด ไม่สัมพันธ์กับมื้ออาหารหรือประเภท
ของอาหาร, บางครั้งมีอาการคลื่นไส้ร่วมด้วยแต่ไม่อาเจียน ปวด
แต่ละครั้งนานประมาณ 1-2 ชั่วโมง ซ้ำยำน้ำสีขาวยับประทาน
อาการดีขึ้น บางครั้งรับประทานอาหาร อาการปวดก็ดีขึ้น ไม่ได้ไป
พบแพทย์ อาการปวดเป็นประมาณ 1-2 เดือน/ครั้ง ระหว่างนี้ไม่มี
อาการน้ำหนักลด ไม่มีตัวเหลืองตาเหลือง ไม่มีถ่ายดำ ไม่มี
ท้องผูก/ ท้องเสีย ไม่มีน้ำหนักลด

1 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาลเริ่มมีอาการคลื่นไส้และ
อาเจียนหลัง รับประทานอาหาร เป็นทุกมื้อ หลังรับประทานอาหาร

ประมาณ 10-20 นาที อาเจียนออกเป็นอาหารที่ย่อยบางส่วนปนกับน้ำสีเขียวขุ่น มีอาการปวดท้องบริเวณลิ้นปี่ร่วมด้วย โดยจะปวดบีบๆ หลังรับประทานอาหาร 20-30 นาที หลังอาเจียนปวดท้องลดลงและหายสนิท ต่อมามีอาการอ่อนเพลียมาก เวียนศีรษะ หน้ามืด ปัสสาวะออกน้อย จึงมาโรงพยาบาล

PH : ก่อนหน้านี้แข็งแรงดีมาตลอด ไม่เคยทราบว่ามีโรคประจำตัว ต้มสุรา 1/2-1 ขวดกลมทุกวันมาประมาณ 10 ปี, สูบบุหรี่วันละ 1/2 ของ ทุกวันมาประมาณ 10 ปี รับประทานปลาดิบ นานๆ ครั้ง ปฏิเสธโรคมะเร็งในครอบครัว, ไม่เคยใช้ยาใดประจำ, ไม่เคยแพ้ยาเคยประสบอุบัติเหตุ มอเตอร์ไซด์ล้มหลายครั้ง ครั้งสุดท้ายประมาณ 2-3 สัปดาห์ก่อน

Physical examination

VS : T 38°c BP 110/70 mmHg (นอน) 95/70 mmHg (นั่ง)
R 24/min. P 110/min.

GA : Good consciousness, not pale, no jaundice, no pitting edema, mild dyspnea, mild tachypnea, no sign of chronic liver disease, no bruit on skin

LN : Not palpable

HEENT : No oral thrush, dry lips and oral mucosa

Lung : Clear and equal breath sounds, no adventitious sounds

Abdomen: Mild distend, no visible peristalsis, splashing sound-positive, active bowel sounds, soft, mild tender at epigastrium, no palpable mass, liver-not palpable, liver span 12 cm, spleen-not palpable, no shifting dullness

Extremities : Normal

PR : Normal, minimal amount of yellow stool

Investigations

CBC : Hb 1408 g/dl, Hct 45.3%, MCV 85 fL WBC 26,900/mm³ (N88%, L8%, Mo4%) platelet 264,000/mm³

BUN : 74 mg/dl, Cr 3.9 mg/dl, Amylase 164 U/L(0-100), lipase < 4 U/L(13-60), Na 137 mmol/L, K 3.8 mmol/L, Cl 74 mmol/L, HCO₃ 40 mmol/L

LFT : TB 0.93 mg/dl, DB 0.13 mg/dl, alb 5.3 g/L, globulin 4.54 g/L, AST 21 U/L, ALT 19 U/L, AP 66 U/L

PT : 12 sec, PTT 23 sec, INR 1.12

Film abdomen พบ markedly distended stomach

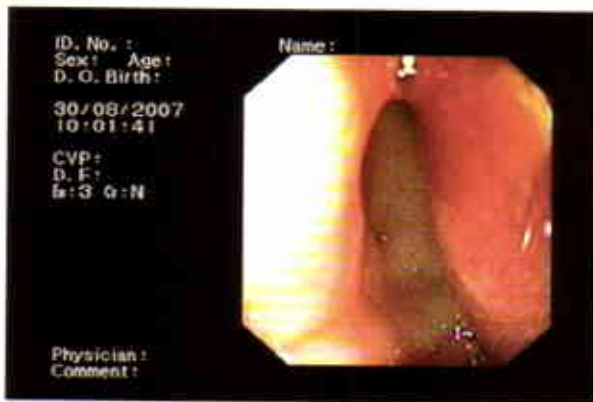


supine



upright

Esophagogastroendoscopy : พบลักษณะการตีบแคบบริเวณลำไส้เล็ก ส่วนดูโอดินัมส่วนที่ 2 ดังภาพ



Endoscopic ultrasound : พบลักษณะ cystic mass with heterogeneous echogenicity ดังภาพ

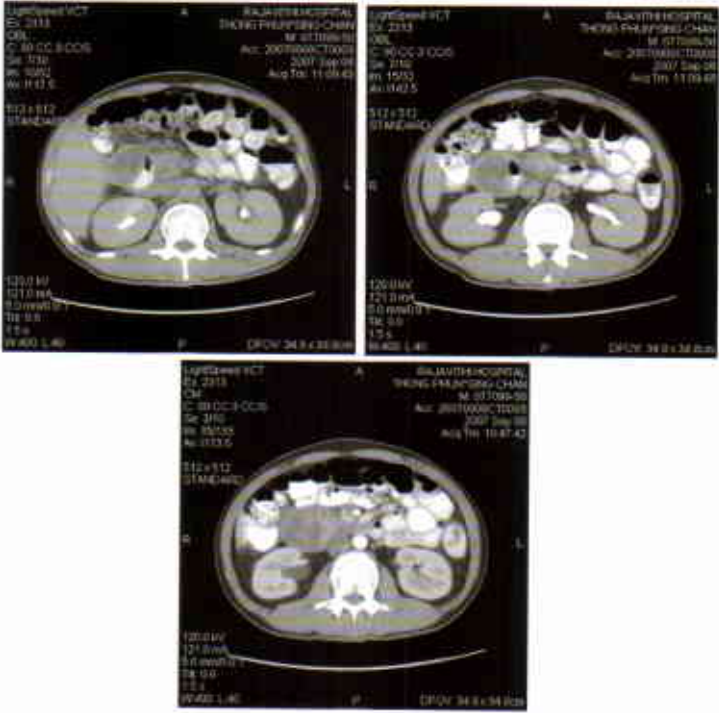


Needle aspiration ได้ของเหลวลักษณะดังภาพ

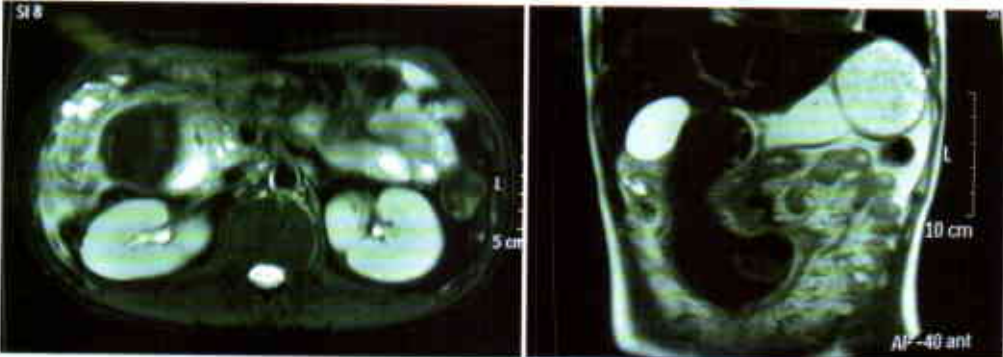


น้ำของเหลวไปตรวจ : amylase 0 U/L, เพราะเชื่อไม่มีการเจริญเติบโต, cytology-negative for malignancy

CT scan whole abdomen : Low density mass in wall of second part of duodenum size 6.4x4.7x11 cm, causing narrowed duodenal lumen



MRI whole abdomen : Tubular mass with low signal intensity in T1 weighted image ดังภาพ

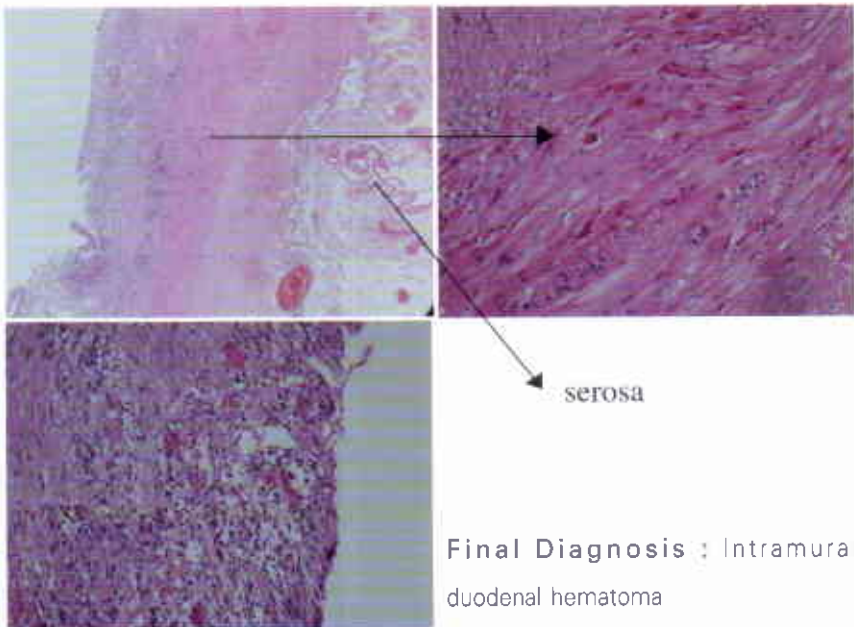


Operative findings : Cyst on duodenum (first to second part) diameter 3 cm, length 7 cm, along lateral wall

Operation : Identified duodenal cyst and open duodenum, removed blood clot about 30 cc. from cyst and biopsy cyst wall. Side-to-side cystojejunostomy and end-to-side jejunojejunostomy was done



Pathologic report : A piece of fibrous tissue with granulation tissue and chronic inflammatory cell infiltration, may be a portion of organizing hematoma



ภาวะเลือดคั่งในชั้นกล้ามเนื้อของลำไส้ (Intramural small bowel hematoma)

พญ.น้ำทิพย์ อารยะสกุลวงศ์
กลุ่มงานอายุรกรรม ทางเดินอาหาร
โรงพยาบาลราชวิถี

ภาวะเลือดคั่งในชั้นกล้ามเนื้อของลำไส้ หมายถึง ภาวะที่มีเลือดออกและคั่งค้างอยู่ในระหว่างชั้นกล้ามเนื้อของลำไส้ ภาวะนี้ได้ถูกรายงานครั้งแรกเมื่อปี ค.ศ. 1838 โดยครั้งนั้น McLauchlan ได้รายงานถึงการตรวจพบ false aneurismal tumor ที่กินพื้นที่เกือบทั้งหมดของลำไส้เล็กส่วนต้น (duodenum) ซึ่งพบจากการตรวจศพชายอายุ 49 ปี ซึ่งเสียชีวิตจากภาวะอุดตันของลำไส้เล็กส่วนดูโอดีนัม ต่อมาในปี ค.ศ. 1948 Liverud ได้รายงานถึงลักษณะทางรังสีที่สัมพันธ์กับภาวะเลือดคั่งในชั้นกล้ามเนื้อของลำไส้ที่เกิดในลำไส้ส่วนเจจูนัม (jejunum) และในปี ค.ศ. 1954 Felson และ Levine ได้รายงานผู้ป่วยที่เกิดภาวะอุดตันของลำไส้เล็กส่วนดูโอดีนัมจากการมีเลือดคั่งในชั้นกล้ามเนื้อ และให้ความเห็นว่า ลักษณะภาพรังสีที่เรียกว่า “coil spring sign” น่าจะเป็นลักษณะที่จำเพาะเจาะจงกับภาวะนี้

อุบัติการณ์

เนื่องจากเป็นภาวะที่พบได้ไม่บ่อย อุบัติการณ์ที่แท้จริงจึงยังไม่ทราบแน่ชัด รายงานที่ตีพิมพ์มักจะเป็นการรายงานผู้ป่วยจำนวนน้อยๆ เมื่อปี ค.ศ. 2002 Maher และคณะ ได้รวบรวมผู้ป่วยย้อนหลัง พบว่า ในช่วงระยะเวลา 18 ปี (ค.ศ. 1983-2000) ที่ Mayo Clinic (ซึ่งจัดเป็นสถานพยาบาลในระดับตติยภูมิ) มีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะนี้เพียง 31 รายเท่านั้น ส่วนในประเทศไทยนั้นยังไม่พบรายงานอย่างเป็นทางการ

ภาวะนี้พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ซึ่งน่าจะสัมพันธ์กับการที่เพศชายมีความเสี่ยงที่จะได้รับอุบัติเหตุมากกว่าเพศหญิง ผู้ป่วยอายุน้อยที่สุดที่มีรายงาน อายุ 7 วัน, ผู้ป่วยอายุมากที่สุดที่มีรายงาน อายุ 86 ปี

สาเหตุ

สาเหตุหรือภาวะที่สัมพันธ์กับภาวะเลือดคั่งในชั้นกล้ามเนื้อของลำไส้ อาจแบ่งเป็นกลุ่มใหญ่ๆ ได้เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

1. การบาดเจ็บจากการถูกแรงกระแทกที่ช่องท้อง (blunt abdominal trauma)

เป็นสาเหตุที่พบได้บ่อยที่สุด และสาเหตุของการบาดเจ็บที่พบได้บ่อยที่สุด คือ อุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ โดยเฉพาะกรณีถูกแฮนด์รถกระแทกช่องท้อง สาเหตุรองลงมาได้แก่ บาดเจ็บจากการถูกทำร้าย ซึ่งเป็นสาเหตุที่พบบ่อยในผู้ป่วยเด็ก และบาดเจ็บจากการเล่นกีฬา ตามลำดับ

2. ภาวะเลือดคั่งในชั้นกล้ามเนื้อของลำไส้ ที่เกิดขึ้นเอง (spontaneous nontraumatic intramural small bowel hematoma)

เป็นสาเหตุกลุ่มใหญ่ที่พบบ่อยมากขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจากในปัจจุบัน มีการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดกันมากขึ้นเรื่อยๆ รวมทั้งมีผู้ป่วยที่เป็นโรคต่างๆ ที่สัมพันธ์กับภาวะนี้เพิ่มขึ้น

การได้รับยา warfarin เกินขนาด เป็นสาเหตุที่พบได้บ่อยที่สุดในกลุ่มนี้ ส่วนสาเหตุอื่นๆ ได้แก่ โรคหรือภาวะต่างๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยมีการแข็งตัวของเลือดที่ผิดปกติไปและที่มีความผิดปกติของหลอดเลือดเล็กๆ ในลำไส้ เช่น hemophilia, idiopathic thrombocytopenic purpura, leukemia, lymphoma, myeloma, การได้ chemotherapy, cirrhosis, vasculitis, pancreatitis เป็นต้น

3. สาเหตุอื่นๆ

ที่มีรายงานประปรายว่า อาจสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเลือดคั่งในชั้นกล้ามเนื้อของลำไส้ ได้แก่ การสะดัก, การแตกเขาของหลอดเลือดแดงใหญ่ที่มีการโป่งพอง (rupture aortic aneurysm), โรคลมชัก, การตัดชิ้นเนื้อ (biopsy),

การอักเสบของต่อมน้ำเหลืองในเนื้อเยื่อมีเซนเทอริย (mesenteric adenitis), การมีเลือดออกจากแผลในลำไส้เล็กส่วนต้น (duodenal ulcer bleeding), การแตกของกลุ่มเส้นเลือดที่เป็นก้อน (hemangioma) ที่อยู่ใน duplication cyst

ตำแหน่งของรอยโรค (location)

มีรายงานพบเกิดภาวะเลือดคั่งในชั้นกล้ามเนื้อของลำไส้ได้ทุกตำแหน่ง แม้แต่ที่บริเวณหลอดอาหารและลำไส้ใหญ่ แต่ตำแหน่งที่พบบ่อยอยู่บริเวณลำไส้เล็ก โดยส่วนของลำไส้เล็กที่พบบ่อยจะสัมพันธ์กับสาเหตุของการเกิดภาวะนี้ กล่าวคือ กรณีที่เกิดจากการบาดเจ็บจากการถูกแรงกระแทกที่ช่องท้อง จะพบว่าเกิดภาวะนี้ที่บริเวณลำไส้เล็กส่วนคูโอดินัมได้บ่อย ในขณะที่กรณีของภาวะเลือดคั่งในชั้นกล้ามเนื้อของลำไส้ที่เกิดขึ้นเอง จะพบเกิดที่บริเวณลำไส้เล็กส่วนเจจูนัมได้บ่อยกว่า และผู้ป่วยแต่ละรายอาจเกิดรอยโรคหลายตำแหน่งต่อเนื่องกัน โดยเฉพาะในกรณีภาวะเลือดคั่งในชั้นกล้ามเนื้อของลำไส้ที่เกิดขึ้นเอง มักจะมีรอยโรคต่อเนื่องเป็นระยะยาว ซึ่งมีการรายงานว่าความยาวเฉลี่ยของช่วงลำไส้ที่เกิดรอยโรคมีค่าประมาณ 23 เซนติเมตร และช่วงสั้นที่สุด 8 เซนติเมตร (ในผู้ป่วยที่รวบรวมในรายงานเดียวกัน)

ตารางแสดงตำแหน่งที่เกิดภาวะเลือดคั่งในชั้นกล้ามเนื้อของลำไส้

Etiology	Location	Percent (%)
Traumatic	1 st part of duodenum	15
	2 nd part of duodenum	79.6
	3 rd part of duodenum	72.2
	4 th part of duodenum	42.6
Spontaneous	Jejunum	69
	Ileum	38
	Duodenum	23
	Cecum	15

กลไกการเกิดโรค (pathogenesis)

มีหลายปัจจัยที่สนับสนุนให้ภาวะนี้เกิดบ่อยที่บริเวณลำไส้เล็กส่วนดูโอดีนัม โดยเฉพาะในกรณีจากการบาดเจ็บจากการถูกแรงกระแทกที่ของท้องดังต่อไปนี้

1. ตำแหน่งของลำไส้เล็กส่วนดูโอดีนัมที่อยู่ในส่วนหลังช่องท้อง (retroperitoneum) จะเป็นส่วนที่เคลื่อนที่ได้น้อย และวางอยู่หน้าต่อกระดูกสันหลังซึ่งเป็นของแข็ง เมื่อถูกแรงกระแทกจากทางด้านหน้า จึงเกิดการบาดเจ็บได้ง่าย
2. การที่ช่องทางเดินอาหาร (lumen) ของลำไส้เล็กส่วนดูโอดีนัม ถูกล้อมรอบด้วยหูรูดของกระเพาะอาหาร (pylorus), มุมระหว่างหลอดเลือดแดงเออซดาร์และหลอดเลือดแดงมีเซนเทอริย์ (Aortomesenteric vascular angle) และ ligament of Treitz ทำให้เสมือนเป็นช่วงปิด (physiologic closed loop) เมื่อมีแรงกระแทก จะเกิดการเพิ่มขึ้นของแรงดันในช่องได้มากและเร็ว ทำให้เกิดการบาดเจ็บได้ง่าย
3. บริเวณลำไส้เล็กส่วนดูโอดีนัมจะมีกลุ่มของหลอดเลือดที่อยู่ใต้ต่อชั้นเยื่อเมือก (submucosal vascular plexus) เป็นจำนวนมาก เมื่อถูกแรงกระแทกจึงมีเลือดออกได้ง่าย
4. เนื้อเยื่อมีเซนเทอริย์ที่เกาะยึดลำไส้เล็กส่วนดูโอดีนัมมีขนาดสั้น ทำให้เคลื่อนไหวได้น้อย เมื่อเกิดการดึงรั้งได้มาก จะเกิดการฉีกขาดหรือบาดเจ็บได้ง่าย
5. เนื้อเยื่อมีเซนเทอริย์ที่เกาะยึดลำไส้เล็กส่วนดูโอดีนัมและส่วนเจจุนัมจะเกาะยึด (insert) ลำไส้เป็นมุมเฉียง ทำให้เกิดแรงดึงฉีก (shearing force) ได้ง่าย
6. แรงเกาะยึด (tensile strength) ของชั้นต่างๆ ของลำไส้เล็กส่วนดูโอดีนัมมีค่าไม่เท่ากัน ทำให้เกิดแรงดึงฉีก (shearing force) ได้ง่าย
7. ลำไส้เล็กส่วนดูโอดีนัมที่อยู่ในส่วนหลังช่องท้อง (retroperitoneum)

อาการ (symptoms)

ระยะเวลาที่มีอาการก่อนมาพบแพทย์ พบได้ตั้งแต่ 1-22 วัน (ค่าเฉลี่ยประมาณ 4 วัน) ถ้ารอยโรคอยู่ที่บริเวณลำไส้เล็กส่วนดูโอดีนัมตอนต้นที่ 1-3 อาการปวดมักจะอยู่ที่บริเวณช่องท้องด้านขวาบน และถ้ารอยโรคอยู่ที่บริเวณลำไส้เล็กส่วนดูโอดีนัมตอนต้นที่ 4 หรือบริเวณลำไส้เล็กส่วนเจจูนัม อาการปวดมักจะอยู่ที่บริเวณช่องท้องด้านซ้ายบน บางรายอาจมีปวดร้าวที่ด้านหลัง หรือแม้แต่ว่าปวดร้าวที่บริเวณอذنหัดได้ ถ้ามีก้อนเลือดที่ด้านหลังของท้องร่วมด้วย ผู้ป่วยที่มีเลือดออกในช่องท้องร่วมด้วยอาจมีอาการปวดร้าวไปที่ไหล่ ซึ่งเป็นลักษณะของ referred pain ได้

ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการอาเจียน ซึ่งมักเกิดประมาณ 24-48 ชั่วโมงหลังจากเริ่มปวดท้อง และมักจะมีน้ำดีปนออกมาด้วย (bilious vomiting) เนื่องจากการอุดตันทางเดินอาหารมักเกิดหลัง (distal) จากตำแหน่งเปิดของ ampulla of Vater

ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการถ่ายดำหรืออาเจียนเป็นเลือด ร่วมด้วย โดยมักเกิดในรายที่มีการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ (กรณีภาวะเลือดคั่งในชั้นกล้ามเนื้อของลำไส้ ที่เกิดขึ้นเองมีรายงานพบได้ประมาณ 30%)

ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีไข้ต่ำๆ และมีอาการของภาวะขาดน้ำ และอาจมีอาการท้องผูกร่วมด้วยได้ แต่โดยมากมักยังสามารถถ่ายลมได้ตามปกติ

อาการแสดง (signs)

ผลการตรวจร่างกายที่สำคัญในภาวะเลือดคั่งในชั้นกล้ามเนื้อของลำไส้ มีดังต่อไปนี้

1. ลักษณะภายนอกของหน้าท้องอาจเป็นลักษณะแฟบ (scaphoid) หรือโป่ง (distend) ก็ได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความมากน้อยของการอุดตันของลำไส้ที่เกิดขึ้น
2. การกดเจ็บบริเวณช่องท้อง (abdominal tenderness) เป็นความผิดปกติของช่องท้องที่ตรวจพบได้บ่อยที่สุด และพบว่าร้อยละ 55 ของผู้ป่วยจะกดเจ็บเฉพาะด้านบน, อีกร้อยละ 45 จะกดเจ็บทั่วท้อง

จะมีชั้น serosa ที่ไม่ครบวงสมบูรณ์ เมื่อเกิดเลือดออกในชั้น กล้ามเนื้อส่วนที่ serosa ไม่ครบวงจะขาดแรงกด (temponad effect) ทำให้เลือดหยุดเองได้ช้าลง หลังจากมีเลือดออกหรือเกิดเป็นก้อน เลือดในชั้นกล้ามเนื้อแล้ว ต่อมาจะเริ่มมีการสลายกลายเป็น ของเหลว (liquefy) ซึ่งในระยะนี้เองจะเกิดการดึงน้ำเข้ามาในก้อน เลือดจากการที่มีความเข้มข้นของของเหลวในก้อนมาก (hyperosmotic effect) มีผลให้ก้อนเลือดขยายตัวขึ้น ซึ่งใช้อธิบาย อาการของผู้ป่วยที่อาการของลำไส้อุดตันจะเกิดหลังจากมีอาการ ปวดท้องไประยะหนึ่งแล้ว และในผู้ป่วยบางราย ก้อนเลือดจะชักนำ ให้เกิดภาวะลำไส้กลับขึ้น (intussuseption) แบบไม่สมบูรณ์ตามมา ทำให้เกิดการอุดตันของลำไส้แม้ขนาดก้อนเลือดจะไม่ใหญ่ และให้ ภาพรังสีที่มีลักษณะแบบ coil spring appearance ได้

ลักษณะทางคลินิก

ประวัติ

อาจได้ประวัติการประสบอุบัติเหตุ หรือถูกกระแทกที่ช่องท้อง ส่วนใหญ่ เป็นการบาดเจ็บเฉพาะที่ เกิดก่อนที่ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการหลายชั่วโมง หรืออาจ นานหลายวัน เคยมีผู้รายงานระยะเวลาได้รับบาดเจ็บเฉลี่ยเป็นเวลาประมาณ 53.6 ชั่วโมง ก่อนเกิดอาการ แต่จากรายงานพบว่า มีผู้ป่วยเพียงสามในสี่ส่วน เท่านั้น ที่สามารถให้ประวัติได้รับการบาดเจ็บก่อนได้รับการวินิจฉัย และบ่อย ครั้งที่มีการบาดเจ็บนั้นไม่รุนแรง ทำให้ผู้ป่วยและญาติไม่ได้ให้ความสำคัญจึงไม่ ได้แจ้งให้แพทย์ผู้ตรวจทราบตั้งแต่แรก

นอกจากนี้ ประวัติเกี่ยวกับการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด และประวัติ เกี่ยวกับโรคประจำตัวที่อาจเกิดการแข็งตัวของเลือดที่ผิดปกติ เป็นส่วนสำคัญ ที่ต้องถามจากผู้ป่วยด้วยเช่นกัน โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ไม่มีประวัติได้รับการ บาดเจ็บ ที่มีอาการเข้าได้กับภาวะเลือดคั่งในชั้นกล้ามเนื้อของลำไส้ ควรได้รับ การประเมินเกี่ยวกับโรคหรือภาวะที่มีการแข็งตัวของเลือดผิดปกติว่ามีหรือไม่

3. Splashing sound อาจตรวจพบได้บ้างในรายที่มีการขยายตัวของกระเพาะอาหารมากๆ

4. การคลำพบก้อนในช่องท้อง พบได้ประมาณร้อยละ 12-40 โดยมักคลำได้ชัดในผู้ป่วยเด็ก เนื่องจากผนังและกล้ามเนื้อหน้าท้องยังค่อนข้างบาง

5. อาการเหลือง (jaundice) พบได้ประมาณร้อยละ 6 ซึ่งพบว่าสัมพันธ์กับทั้งการสลายตัวของก้อนเลือด และการอุดตันของทางเดินน้ำดีโดยเฉพาะบริเวณทางเปิดของ ampulla of Vater

6. อาการแสดงของเยื่อช่องท้องถูกรบกวน (peritoneal irritation) เช่น guarding และ rebound tenderness กรณีของการบาดเจ็บ มักเกิดจากการบาดเจ็บของอวัยวะอื่นๆ ที่เกิดร่วมด้วย ส่วนกรณีภาวะเลือดคั่งในชั้นกล้ามเนื้อของลำไส้ ที่เกิดขึ้นเองมีบางรายงานตรวจพบได้มากถึงร้อยละ 51 แต่มักจะพบข้อแตกต่างคือจะยังมีเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ (bowel sound) ให้ฟังได้อยู่

7. อาการแสดงอื่นๆ ที่ไม่จำเพาะเจาะจง มักตรวจพบผู้ป่วยมีไข้ต่ำๆ และมีอาการแสดงของร่างกายขาดน้ำเกือบทุกราย ตรวจพบผู้ป่วยมีความดันลดลงในท่านั่ง (orthostatic hypotension) ได้ประมาณร้อยละ 50

Laboratory findings

1. การเปลี่ยนแปลงของเม็ดเลือดขาว

โดยทั่วไปผู้ป่วยจะมีระดับเม็ดเลือดขาวสูงขึ้น อยู่ในช่วงประมาณ 10,000-30,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์เซนติเมตร อัตราส่วนของเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลเพิ่มขึ้น โดยพบว่าค่าเฉลี่ยของเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลประมาณร้อยละ 73

2. ภาวะโลหิตจาง

เกิดจากการสูญเสียเลือด แต่แรกเริ่มผู้ป่วยมักมีความเข้มข้นของเลือดที่อยู่ในเกณฑ์ปกติ เนื่องจากผู้ป่วยมักจะรับประทานอาหารได้น้อย ร่วมกับมีอาการอาเจียน มีภาวะขาดน้ำ จึงมีผลให้เลือดเข้มข้นขึ้นชั่วคราว

(hemoconcentration) หลังจากรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลและได้รับสารน้ำทดแทนแล้ว พบว่าผู้ป่วยเกือบทุกราย เมื่อตรวจความเข้มข้นของเลือดซ้ำจะมีค่าลดลง โดยพบว่าค่าเฉลี่ยของความเข้มข้นของเลือด (hematocrit) จะอยู่ที่ประมาณร้อยละ 23

3. ความสามารถในการแข็งตัวของเลือด

กรณีที่เกิดจากการบาดเจ็บหรือถูกกระแทกที่ช่องท้องพบว่า การแข็งตัวของเลือดมักอยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่กรณีภาวะเลือดคั่งในชั้นกล้ามเนื้อของลำไส้ที่เกิดขึ้นเอง ซึ่งสาเหตุมักเกิดจากการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด ผู้ป่วยจึงมีการแข็งตัวของเลือดที่ผิดปกติ จากรายงานพบว่า ค่า prothrombin time ของผู้ป่วยจะอยู่ระหว่าง 33-127 วินาที (ค่าเฉลี่ยประมาณ 78.8 วินาที) และค่า INR ของผู้ป่วยจะอยู่ระหว่าง 6.8-17.7 (ค่าเฉลี่ยประมาณ 11.6)

4. ค่าบิลิรูบินในเลือด (serum bilirubin)

พบผู้ป่วยมีค่าบิลิรูบินในเลือดสูงขึ้นได้ประมาณร้อยละ 7.8 โดยมักสูงขึ้นในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ซึ่งพบว่าสัมพันธ์กับทั้งการสลายตัวของก้อนเลือด และการอุดตันของทางเดินน้ำดีโดยเฉพาะบริเวณทางเปิดของ ampulla of Vater

5. ระดับเอนไซม์อะไมเลสในเลือด (serum amylase)

พบผู้ป่วยมีระดับเอนไซม์อะไมเลสในเลือดสูงขึ้นได้ประมาณร้อยละ 16.4 โดยระดับเอนไซม์อะไมเลสในเลือดของผู้ป่วยจะมีค่าอยู่ระหว่าง 162-3,200 ยูนิตต่อลิตร ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีหลักฐานทางคลินิกที่บ่งถึงความผิดปกติของตับอ่อน ผู้ป่วยบางรายมีอาการทางคลินิกที่เข้าได้กับโรคตับอ่อนอักเสบ บางรายมีภาพรังสีที่แสดงถึงการบาดเจ็บของตับอ่อนร่วมด้วย แต่พบได้น้อย

6. ค่าดุลย์เกลือแร่ในเลือด (serum electrolyte)

ส่วนใหญ่มีความผิดปกติแบบ hypochloremic hypokalemic metabolic alkalosis เนื่องจากมีอาการอาเจียนและรับประทานอาหารได้

Radiologic findings

1. ภาพรังสีปกติ (plain film) และ การกลืนแป้งจางรังสี (barium contrast study)

ลักษณะทางรังสีที่พบจะเป็นลักษณะของลำไส้เล็กอุดตัน (small bowel obstruction) ที่พบบ่อยคือการอุดตันในลำไส้เล็กส่วนดูโอดีนัม โดยจะพบว่ากระเพาะมีการขยายตัวขึ้น (gastric dilatation), มีลม (air) หรือ ระดับน้ำและลม (air-fluid level) ในลำไส้เล็กส่วนที่อยู่ก่อนถึงการอุดตัน ในขณะที่ลมในลำไส้เล็กส่วนที่อยู่หลังจากการอุดตันลดลงมาก หรือไม่มีเลย บริเวณ greater curvature ของกระเพาะอาหาร อาจมีลักษณะถูกกดเบียดร่วมด้วย

ตัวของก้อนเลือดเองจะทำให้เห็นลักษณะของเงาสีที่หายไป (filling defect) ในลำไส้ส่วนดูโอดีนัม หรืออาจบดบังเงาของกล้ามเนื้อโซแอส (psoas shadow) ทำให้มองเห็นไม่ชัด หรืออาจให้ลักษณะของก้อนเนื้อในช่องท้องได้

ลักษณะทางรังสีที่ค่อนข้างจะจำเพาะกับภาวะนี้ คือลักษณะที่เรียกว่า “coil spring appearance” ดังภาพ



แต่ลักษณะนี้ก็ได้พบในผู้ป่วยทุกราย เมื่อปี ค.ศ. 1971 Walter และคณะ ได้ทำการศึกษาข้อมูลจากการรวบรวมผู้ป่วย 107 ราย และพบว่า มีผู้ป่วยร้อยละ 39 ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจากการมีภาพรังสีในลักษณะนี้

นอกจากนี้ ลักษณะทางรังสีที่อาจพบได้คือ “picket fence configuration” ซึ่งเกิดจากการที่มีก้อนเลือดเกาะเข้าไปในชั้นกล้ามเนื้อของผนังลำไส้เป็นบริเวณกว้าง จึงพบบ่อยในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะการแข็งตัวของเลือดที่ผิดปกติร่วมด้วย



Small bowel barium study shows partial functional obstruction, proximal to diffuse spastic narrowing of ileum with thickened folds and thick walls. There is a “picket fence” pattern in places (arrowed). c=colon.

2. การตรวจอัลตราซาวนด์ (ultrasonography)

เนื่องจากโรคพบบ่อยที่ลำไส้เล็กส่วนดูโอดีนัม อาจเริ่มการตรวจด้วยการ identify ลำไส้เล็กส่วนดูโอดีนัม โดยดูโอดีนัมส่วนแรกจะอยู่ด้านข้างของกระเพาะอาหาร และทางด้านขวาของตับอ่อน ในผู้ป่วยที่มีการอุดตันของลำไส้ส่วนที่ต่อกับกระเพาะอาหาร ทำให้กระเพาะอาหารมีการขยายตัว ช่วยให้สามารถ identify ลำไส้เล็กส่วนดูโอดีนัมได้ที่ระหว่างหลอดเลือด mesentery – หลอดเลือดแดง aorta – และ inferior vena cava

โรคนี้จะพบเป็นก้อนที่อยู่ในผนังของลำไส้ (intestinal wall mass) ซึ่งอาจเป็นก้อนกลมหรือก้อนรี ที่ไม่มีการเคลื่อนไหว (peristalsis) และมีลักษณะกดเบียด (pressure effect) ต่ออวัยวะที่อยู่รอบๆ บริเวณใจกลางของก้อนจะมี

ลักษณะ hyperechogenic ส่วนบริเวณรอบๆ ก้อนจะมีลักษณะที่เป็น anechoic halo ซึ่งลักษณะดังกล่าวจะคล้ายกับลักษณะของผนังลำไส้ที่หนาตัวขึ้นจากสาเหตุอื่นๆ เช่น การแทรกตัวของเซลล์มะเร็ง, การแทรกตัวของเซลล์อักเสบ, การบวม จึงนับว่าไม่ใช่ลักษณะที่จำเพาะ ควรใช้ลักษณะทางคลินิกประกอบการวินิจฉัยด้วย

Echogenicity ของก้อนเลือดนี้ยังอาจไม่เท่ากันในแต่ละส่วน และสามารถเปลี่ยนแปลงได้ในช่วงเวลาต่างๆ อีกด้วย ดังนั้น การตรวจอัลตราซาวนด์ซ้ำ ห่างจากครั้งแรกอีก 2-3 วัน อาจช่วยให้สามารถวินิจฉัยได้แม่นยำขึ้น นอกจากก้อนเลือดเองแล้ว การตรวจอัลตราซาวนด์ยังสามารถพบรอยโรคอื่นๆ ที่เกิดร่วมกันได้ เช่น pseudocyst ในตับอ่อน, การฉีกขาดของเนื้อตับไตหรือม้าม, การมีน้ำหรือเลือดอยู่ในช่องท้อง เป็นต้น

โดยทั่วไป การตรวจทางอัลตราซาวนด์ช่องท้อง ร่วมกับการตรวจทางรังสีของช่องท้อง มักจะเพียงพอในการวินิจฉัยภาวะการมีก้อนเลือดในชั้นกล้ามเนื้อของลำไส้เล็กส่วนดูโอดีนัม และสามารถตัดการที่มีการทะลุของลำไส้เล็กส่วนดูโอดีนัมออกไปได้ (ความเห็นจากรังสีแพทย์เมื่อปี ค.ศ. 1999) กรณีที่ยังไม่สามารถให้การวินิจฉัยได้ แนะนำให้ทำการตรวจด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้องต่อไป



Transverse sonogram of the epigastrium shows a heterogeneous 5.8-cm mass (calipers) medial to the gallbladder (g), anterior to the spine (S), and within the duodenal wall. The complex mass is consistent with a 7-day-old hematoma.

3. การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan)

ในปัจจุบัน การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้อง นับว่าเป็นการตรวจมาตรฐาน (imaging technic of choice) ในการวินิจฉัยภาวะเลือดคั่งในชั้นกล้ามเนื้อของลำไส้ และจะให้รายละเอียดได้สมบูรณ์ยิ่งขึ้นเมื่อใช้ร่วมกับการกลืนแป้งฉายรังสี (enteroclysis หรือ small bowel follow through) กรณีที่ต้องการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้อง ในผู้ป่วยที่มีการอุดตันของลำไส้ นั้น ควรหลีกเลี่ยงการให้ผู้ป่วยกลืนสารทึบแสง การให้ผู้ป่วยดื่มน้ำเปล่าแทนก็อาจให้รายละเอียดที่พอใช้ได้ และควรฉีดสารทึบรังสีเข้าทางหลอดเลือด ซึ่งจะช่วยให้สามารถเห็นรอยโรคที่มีได้หลายอย่าง

ความผิดปกติที่พบได้ในภาวะเลือดคั่งในชั้นกล้ามเนื้อของลำไส้ มีดังต่อไปนี้

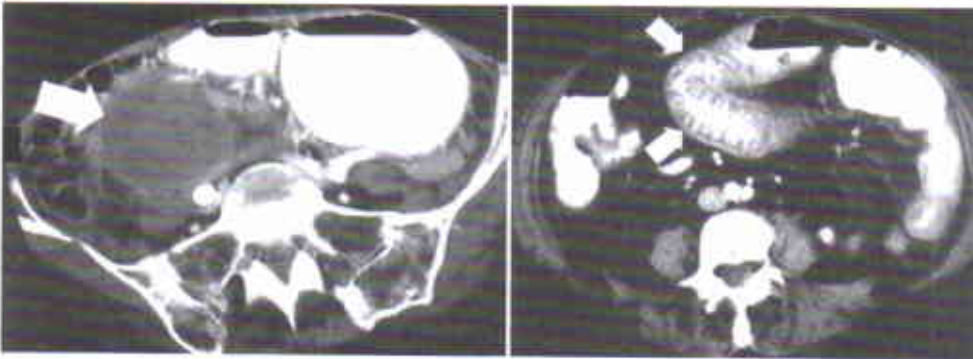
1. ผนังลำไส้จะหนาตัวทั่วกันเป็นส่วนๆ (homogeneous bowel wall thickening) และมีลักษณะทึบรังสี (hyperdensity) โดยอาจวัดความหนาแน่นของการทึบรังสีได้ตั้งแต่ 30-80 Hounsfield unit, กรณีของภาวะเลือดคั่งในชั้นกล้ามเนื้อของลำไส้ที่เกิดขึ้นเอง ลำไส้ส่วนที่มีรอยโรคจะมีช่วงความยาวที่มากกว่า กรณีที่เกิดจากการบาดเจ็บถูกกระแทกที่ช่องท้อง ลักษณะ hyperdensity นี้ จะพบอยู่ในช่วงประมาณ 10 วันแรกหลังจากเกิดอาการ และจะค่อยๆ ลดลงเมื่อมีการสลายกลายเป็นของเหลว ซึ่งอาจใช้ลักษณะที่เปลี่ยนแปลงนี้มาใช้แยกจากโรคสาเหตุอื่นๆ เช่น มะเร็งหรือการติดเชื้อได้ แต่การที่ hyperdensity ลดลง อาจทำให้เกิดบริเวณที่ hypodensity ที่อาจดูเหมือนถุงน้ำในชั้นกล้ามเนื้อของผนังลำไส้ได้

2. ช่องทางเดินอาหารของลำไส้จะตีบแคบลง (luminal narrowing) และขยายตัวได้น้อย

3. มีการอุดตันของลำไส้ ซึ่งจะเห็นจุดที่มีการเปลี่ยนแปลงขนาดของทางเดินอาหารจากส่วนที่อยู่ก่อนและหลัง ต่อจุดที่มีการอุดตันโดยก้อนเลือดในชั้นกล้ามเนื้อของผนังลำไส้ แต่จะพบเป็นการอุดตันเพียงบางส่วน (partial) มากกว่าการอุดตันแบบสมบูรณ์ (complete) ในอัตราส่วนร้อยละ 64 ต่อ 36 ตามลำดับ

4. Stack of coin appearance เป็นลักษณะการเรียงตัวกันของรอยพับย่น (fold) ของลำไส้ที่หนาตัวขึ้น และมีขอบเขตคมชัด และมีการอัดกันแน่นของ valvulae conniventes

5. สามารถพบน้ำหรือเลือดในช่องท้องได้ กรณีภาวะเลือดคั่งในชั้นกล้ามเนื้อของลำไส้ที่เกิดขึ้นเอง มักสัมพันธ์กับรอยโรคลามถึงชั้น serosa ส่วนกรณีภาวะเลือดคั่งในชั้นกล้ามเนื้อของลำไส้ที่เกิดจากการบาดเจ็บ มักสัมพันธ์กับการมีการบาดเจ็บของอวัยวะอื่นร่วมด้วย



ภาพรังสีแสดงลักษณะเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ของภาวะเลือดคั่งในชั้นกล้ามเนื้อของลำไส้

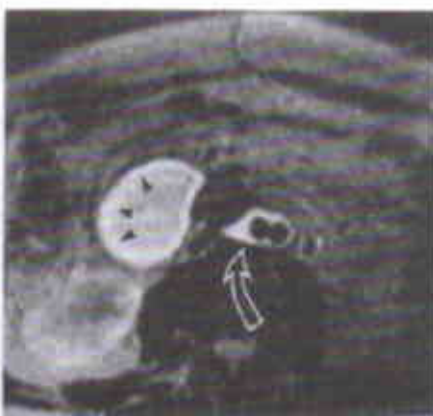
4. การตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (magnetic resonance imaging)

สามารถให้ภาพที่ละเอียดและคมชัดกว่าการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ และจะไวต่อการตรวจพบส่วนประกอบของก้อนเลือดที่ค่อยๆ เกิดขึ้นในระยะต่างๆ ได้มากกว่า แต่โดยทั่วไปยังไม่ได้นำมาใช้กับผู้ป่วยกลุ่มนี้มากนัก เนื่องจากต้องใช้เวลาในการตรวจนาน, ต้องการความร่วมมือจากผู้ป่วยมากกว่า, และอาจไม่มีใช้ในสถานพยาบาลหลายแห่ง

ลักษณะที่พบจะเป็นภาพวงแหวน (ring sign) ที่มีความแรงของสัญญาณ (signal intensity) สูง ใน T2-weighted image และความแรงของสัญญาณ (signal intensity) ต่ำ ใน T1-weighted image ดังภาพ



T1-weighted image



T2-weighted image

การดูแลรักษา (management)

ในอดีต การรักษาที่เป็นหลักในผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดคั่งในชั้นกล้ามเนื้อของลำไส้ คือ การผ่าตัด จากรายงานของ Walter และคณะ เมื่อปี ค.ศ. 1971 พบว่า มีผู้ป่วยถึง 80% ที่จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัด แต่ในสมัยปัจจุบันนี้กลับพบว่า ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดนั้นลดลงมาก และมักจะเนื่องมาจากการบาดเจ็บที่มีต่ออวัยวะอื่นๆ มากกว่า ส่วนลักษณะของภาวะเลือดคั่งในชั้นกล้ามเนื้อของลำไส้เอง ที่มีข้อแนะนำว่าควรพิจารณาทำการผ่าตัดนั้น มีดังต่อไปนี้

- เกิดรูต่อกับอวัยวะข้างเคียง (fistular formation)
- เกิดรูทะลุเข้าช่องท้อง (free perforation)
- ผนังลำไส้ถูกทำลายมาก (severe damage bowel wall)
- อาการไม่ดีขึ้นหลังจากรักษาแบบประคับประคองเป็นเวลานาน
- ก้อนเลือดกดเบียดทางเดินน้ำดี หรือท่อน้ำย่อยจากตับอ่อน

วิธีผ่าตัดที่แนะนำมากกว่า คือ การเปิดเอาก้อนเลือดออก (simple evacuation) เนื่องจากมีรายงานว่าอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่าเมื่อเทียบกับการผ่าตัดที่ต้องมีการตัดต่อลำไส้ หรือ bypass operation

4-7 วัน หลังเข้ารับการรักษา และ ถ้าติดตามการเปลี่ยนแปลงทางภาพรังสี จะพบว่าก้อนเลือดจะค่อยสลายตัวไป โดยจะใช้เวลาดังแต่ 1-3 สัปดาห์

หลังจากที่อาการต่างๆ หายเป็นปกติแล้ว ยังไม่พบว่ามีผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว ไม่พบผู้ป่วยที่มีลำไส้อุดตันเกิดภายหลัง แต่มีรายงานผู้ป่วยโรคฮีโมฟีเลีย ที่มีภาวะเลือดคั่งในชั้นกล้ามเนื้อของลำไส้กลับเป็นซ้ำ แต่สัมพันธ์กับการแข็งตัวของเลือดที่ผิดปกติ ในผู้ป่วยที่ภาวะเลือดคั่งในชั้นกล้ามเนื้อของลำไส้เกิดจากการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดเกินขนาด และยังมีความจำเป็นที่ยังต้องได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดอยู่ พบว่าสามารถกลับไปใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดได้โดยถือว่ายังมีความปลอดภัย ถ้าสามารถควบคุมระดับยาและการแข็งตัวของเลือดให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมกับการรักษา (therapeutic range) ได้

References

1. Chen YW, Chen MH, Wang LM, Chen YC. Spontaneous intramural intestinal haematoma. Intern Med J 2007;37:661-2.
2. Gullotto C, Paulson EK. CT-guided percutaneous drainage of a duodenal hematoma. AJR Am J Roentgenol 2005;184:231-3.
3. Secil M, Ucar G. Spontaneous duodenal hematoma. J Emerg Med 2004;27:291-3.
4. Megremis S, Segkos N, Andrianaki A, et al. Sonographic diagnosis and monitoring of an obstructing duodenal hematoma after blunt trauma: correlation with computed tomographic and surgical findings. J Ultrasound Med 2004;23:1679-83.
5. Aphinives C, Chaiyacum J, Laopailoon V, et al. Intramural duodenal hematoma: a case report and review of the literature. J Med Assoc Thai 2003;86:585-90.

(ร้อยละ 5 เทียบกับร้อยละ 40 ตามลำดับ) กล่าวคือ การผ่าตัดตัดต่อลำไส้ จะส่งวนไว้สำหรับผู้ป่วยที่มีลำไส้ทะลุ หรือผนังลำไส้ถูกทำลายอย่างรุนแรง เท่านั้น

ส่วนการรักษาแบบประคับประคองนั้น จะมีหลักการรักษาเช่นเดียวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะอุดตันของทางเดินอาหาร ได้แก่ การใส่สายสวนลงในกระเพาะอาหารเพื่อลดความดันและอาการแน่น (decompression), การให้สารน้ำและสารอาหารทางหลอดเลือดให้เพียงพอ, การแก้ไขภาวะการแข็งตัวของเลือดและดูละอองแร่ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ รวมทั้งการติดตามอาการเปลี่ยนแปลงเพื่อทราบและดูแลแก้ไขภาวะแทรกซ้อนได้ทันที่

ในปัจจุบันได้มีรายงานการใช้ภาพรังสีต่างๆ ทั้งเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ และ อัลตราซาวนด์ รวมทั้งการรักษาผ่านกล้อง มาช่วยนำทางในการเจาะระบายก้อนเลือดออกผ่านทางผิวหนัง หรือเย็บได้เป็นผลดี และมีผู้รายงานเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ อย่างต่อเนื่อง ซึ่งน่าจะช่วยให้จำนวนผู้ป่วยที่ต้องรับการผ่าตัดจากภาวะนี้ลดน้อยลงอีก โดยต้องพิจารณาจากตำแหน่งของก้อนเลือดในผู้ป่วยแต่ละราย และมักจะเลือกทำในช่วงที่ก้อนเลือดมีการสลายตัวเป็นของเหลวมากพอสมควรแล้ว

พยากรณ์โรคและผลการรักษา

โดยทั่วไปถ้าไม่มีการบาดเจ็บของอวัยวะอื่นร่วมด้วย หรือเป็นภาวะเลือดคั่งในชั้นกล้ามเนื้อของลำไส้ที่เกิดขึ้นเอง ซึ่งไม่มีโรคทางอายุรกรรมอื่นๆ แทรกซ้อน (จากรายงานพบมีผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อมีในกระแสเลือดร่วมด้วย ตั้งแต่ก่อนรับไว้ในโรงพยาบาลและเสียชีวิตจากการติดเชื้อ) ผู้ป่วยมักจะดีขึ้นเองได้ แต่ยังมีผู้ป่วยบางส่วนที่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจสัมพันธ์กับภาวะเลือดคั่งในชั้นกล้ามเนื้อของลำไส้ ในช่วงแรกๆ ที่รับการรักษา เช่น การมีเลือดออกในทางเดินอาหาร, การแตกทะลุของลำไส้จากการเจาะของก้อนเลือด, ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด เช่น แผลแยก แผลติดเชื้อ ได้บ้าง แต่พบไม่บ่อย ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะกลับมารับประทานอาหารได้ในช่วงประมาณ

6. Abbas MA, Collins JM, Olden KW. Spontaneous intramural small-bowel hematoma: imaging findings and outcome. *AJR Am J Roentgenol* 2002;179:1389-94.
7. Abbas MA, Collins JM, Olden KW, Kelly KA. Spontaneous intramural small-bowel hematoma: clinical presentation and long-term outcome. *Arch Surg* 2002;137:306-10.
8. Furukawa A, Yamasaki M, Furuichi K, et al. Helical CT in the diagnosis of small bowel obstruction. *Radiographics* 2001;21:341-55.
9. Lorente-Ramos RM, Santiago-Hernando A, Del Valle-Sanz Y, Arjonilla-Lopez A. Sonographic diagnosis of intramural duodenal hematomas. *J Clin Ultrasound*. 1999;27:213-6.
10. Chen YY, Su WW, Soon MS, Yen HH. Gastrointestinal: Intramural hematoma of the duodenum. *J Gastroenterol Hepatol* 2006;21:1071.
11. Hahn PF, Stark DD, Vici LG, Ferrucci JT Jr. Duodenal hematoma: the ring sign in MR imaging. *Radiology* 1986;159:379-82.
12. Jones WR, Hardin WJ, Davis JT, Hardy JD. Intramural hematoma of the duodenum: a review of the literature and case report. *Ann Surg* 1971;173:534-44.
13. Davis DR, Thomas CY. Intramural Hematoma of the Duodenum and Jejunum: A Cause of High Intestinal Obstruction-Report of Three Cases due to Trauma. *Ann Surg* 1961;153:394-8.



GAT NEWS

การอบรม Basic Science สำหรับ GI Fellow ประจำปี 2551



GI Fellows มาร่วมเข้ารับการอบรมอย่างพร้อมเพรียงเช่น

การประชุมวิชาการกลางปี 2551
สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารฯ



Theme การประชุม: Cost-effective Treatment of GI and Hepatology in the Sufficient Economic Era



ศ.พญ.รุติมา ประมูลสินทรัพย์ นายกสมาคมฯ กล่าวเปิดงาน



สมาชิกและแพทย์ผู้สนใจเข้าร่วมการประชุม เป็นจำนวนมาก



Special lecture โดย Prof. Garham R. Foster



Best GI Fellow research award โดย อาจารย์กำธร เผ่าลวิสต์ บุคคลสำคัญที่ทำงานวิจัยของ GI fellow มีคุณภาพและเป็นที่ยอมรับ ดำเนินรายการร่วมกับ รศ.นพ.ทวีศักดิ์ แทนวันดี เลขาสมาคมฯ



การออก booth ของบริษัทต่างๆ ที่ช่วยสนับสนุนงานประชุมฯ ก็ คึกคักเป็นอย่างมาก



นอกจากความรู้ที่แน่น ความสุข ความสนุก ความอร่อย และรางวัล
เพียบ ในงานเลี้ยงสังสรรค์ ก็อยู่ควบคู่การงานประชุมฯ ของ
สมาคมฯ มาตลอด และปีนี้ดำเนินรายการโดย 2 พิธีกรมืออาชีพคือ
รศ.นพ.ธีระ นีรั่ววิสุทธิ์ และ รศ.นพ.สมชาย สิลากุลวงศ์



ภาพประวัติศาสตร์อีกหนึ่งภาพของสมาคมฯ คือการร่วมร้องเพลง
ประจำสมาคมเพลงแรก “GI รวมใจ”



การแสดงอันทรเลิศอลังการ จากบริษัทต่าง,



ความสนุกสนาน และการแสดงต่าง, ได้สร้างรอยยิ้มและความ
ประทับใจให้กับผู้ร่วมงานทุกคน

คุยกับ บ.ก.

พญ.พนิดา ทองอุทัยศรี
ประธานบรรณาธิการจุลสารสมาคมฯ

สวัสดีค่ะ สมาชิกและท่านผู้อ่านทุกท่าน

ก่อนอื่นต้องขอแจ้งข่าวดีให้กับสมาชิกทุกท่าน ในเดือนกันยายนที่ผ่านมา ศาสตราจารย์แพทย์หญิงชุติมา ประมูลสินทรัพย์ นายกสมาคมฯ ของเราและคณะทำงาน ได้ร่วมกันทำงาน จนประเทศไทยได้รับเลือกให้เป็นเจ้าภาพจัดประชุม Asia Pacific Digestive Week (APDW) ในปี 2012 นี้



ขอแสดงความยินดี

สมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

ได้รับเลือกให้เป็นเจ้าภาพจัดประชุม

Asia Pacific Digestive Week (APDW) 2012

สำหรับงานประชุมสมาคมฯ ปลายปี จะเป็นการจัดประชุมที่มีการประชุมร่วมกัน 4 สมาคมเป็นครั้งแรก ได้แก่ สมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย, สมาคมโรคตับ (ประเทศไทย), สมาคมแพทย์ส่องกล้องทางเดินอาหาร (ไทย)

และสมาคมประสาททางเดินอาหารและการเคลื่อนไหว (ไทย) ระหว่างวันที่ 27-30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2551 สถานที่จัดประชุมที่โรงพยาบาลวิชัยยุทธ ซึ่งรายละเอียดและโปรแกรมการประชุมจะแจ้งในฉบับหน้าหรือที่ website ของสมาคมฯ ค่ะ

สำหรับ interhospital conference 2 cases ก็เป็น case ที่น่าสนใจ และพบไม่บ่อยนัก โปรดติดตามรายละเอียดในฉบับ และดิฉันได้นำภาพเก็บตกบรรยากาศการประชุมวิชาการกลางปี ของสมาคมฯ เมื่อวันที่ 10-12 กรกฎาคมที่ผ่านมาลงในจุลสารฉบับนี้ตามสัญญา ติดตามได้ใน GAT NEWS ค่ะ

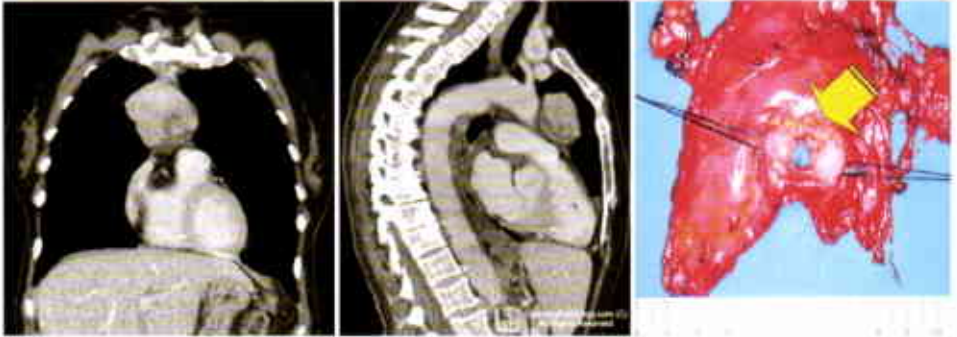
พบกันใหม่ในจุลสารฉบับหน้าค่ะ

พญ.พนิดา ทองอุทัยศรี

รองเลขาธิการสมาคมฯ

t_panida2001@yahoo.com

Hints from the Pamphlet What is Good's syndrome?



- Good's syndrome (thymoma with immunodeficiency) is a rare cause of combined B and T cell immunodeficiency in adults.
- The clinical characteristics of Good's syndrome are increased susceptibility to bacterial infections with encapsulated organisms and opportunistic viral and fungal infections.
- The most consistent immunological abnormalities are hypogammaglobulinaemia and reduced or absent B cells.
- This disorder should be treated by resection of the thymoma and immunoglobulin replacement to maintain adequate trough IgG values.