



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

จดสาร

สมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

ปีที่ 16 ฉบับที่ 80 ประจำเดือน พฤษภาคม-ธันวาคม 2551



- สาระจากทยกอภทบทฯ วาร: 2550-2551
- ผู้ป่วยชายอายุ 48 ปี แน่นท้อง 3 เดือน
- Portal hypertensive biliopathy
- GAT news: บรรยายภาพการประชุมวิชาการร่วม 4 สมาคม ปี 2551 และ บรรยายภาพงานเสี้ยว จัดโดยทยกอภทบทฯ วาร: 2550-2551 "สรุปผลงาน มหกรรมผลงานและนวัตกรรม"

Website ของ สมาคมฯ
<http://www.gastrothai.com>



สมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย
The Gastroenterological Association of Thailand

- คู่มือ
- วิดีโอไฟล์
- การประชุมสัมมนา
- Training Center
- การประชุมวิชาการพิเศษ
- เอกสารอบรม
- GAT Member
- WebLink
- Guideline
- Webboard



ขอแสดงความยินดี
สมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย
ได้รับสิทธิ์ให้เป็นเจ้าภาพพิธีสมรส
Asia Pacific Digestive Week (APDW) 2012

เกี่ยวกับเรา



Professor Vikit Wanuwatti

The Gastroenterological Association of Thailand was founded by **Professor Vikit Wanuwatti** on 19 July 1960. With the starting members of 34, the association has been grown up successfully and become one of the prestigious professional of Thailand an of the World.

ดูเพิ่มเติม

ดูสารนิเทศ

- 

ฉบับที่ : 27
- 

ฉบับที่ : 28
- 

ฉบับที่ : 29
- 

ฉบับที่ : 30

ดูเพิ่มเติม

Guideline

- แนวทางปฏิบัติในการวินิจฉัยและรักษาโรคกรดไหลย้อนในประเทศไทย
- แนวทางการใช้ยาต้านแบคทีเรียในโรค Dyspepsia และโรคที่เกิดด้วยเชื้อ Helicobacter pylori ในประเทศไทย
- แนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะต้นและระยะปานกลางในประเทศไทย (ฉบับปรับปรุง)
- แนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะต้นและระยะปานกลางในประเทศไทย (ฉบับปรับปรุง)
- แนวทางการใช้ยาต้านมะเร็งในคนไทย
- แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะต้นและระยะปานกลางในประเทศไทย

ดูเพิ่มเติม

Training Center

- (WGO) (World Organization of Gastroenterology)
- Short training courses

ดูเพิ่มเติม



<http://www.gastrothai.com>

ISSN 0857-6351

จลสาร

สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย



ปีที่ 16 ฉบับที่ 80 ประจำเดือน พฤศจิกายน-ธันวาคม 2551

คณะกรรมการพ่ายจุลสาร

สมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

วาระ พ.ศ. 2550-2551

- | | |
|------------------------------|------------------|
| 1. พญ.สุติมา 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 พงศ์ประสพชัย | กองบรรณาธิการ |
| 11. พญ.บุปผา พรธิสาร | กองบรรณาธิการ |
| 12. นพ.สิทธิ์ พงษ์กิจการคุณ | กองบรรณาธิการ |
| 13. นพ.นรินทร์ อจลนันทร์ | กองบรรณาธิการ |
| 14. นพ.พิเศษ พิเศษพงษ์ | กองบรรณาธิการ |
| 15. นพ.โอฬาร วิวัฒน์ช่าง | กองบรรณาธิการ |

สารบัญ

จุลสารสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย
ปีที่ 16 ฉบับที่ 80 ประจำเดือน พฤศจิกายน-ธันวาคม 2551

รายงานคณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯ	1
สารจากนายกสมาคมฯ วาระ 2550-2551.....	4
Interhospital conference:	
ผู้ป่วยชายอายุ 48 ปี แน่นอึดท้อง 3 เดือน	9
Topic review:	
Portal hypertensive biliopathy	26
GAT NEWS:	
บรรยายภาคการประชุมวิชาการร่วม 4 สมาคม ปี 2551 และบรรยายภาคงานเลี้ยงจัดโดยนายกสมาคมฯ วาระ 2550-2551	
“สรุปผลงาน มอบหมายงานและขอบคุณ”	47
คุยกับ บ.ก.	57
ไบสมัครเข้าเป็นสมาชิกสมาคมฯ	59

คณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯ

วาระ: พ.ศ. 2550-2551

- | | |
|---------------------------------|-------------------------------------------|
| 1. พญ.ชุตินา ประมูลสินทรัพย์ | นายกสมาคม |
| 2. นพ.องอาจ ไพรสถนทรางกูร | รั้งตำแหน่งนายก |
| 3. นพ.อุดม คชินทร | อุปนายก |
| 4. นพ.ทวีศักดิ์ แทนวันดี | เลขาธิการ |
| 5. พญ.พนิดา ทองอุทัยศรี | รองเลขาธิการ |
| 6. นพ.สิริวัฒน์ อนันตพันธุ์พงศ์ | เหรัญญิก |
| 7. นพ.สมชาย สีลาฤกษ์สงวงศ์ | 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 ปิยนรินทร์ | ประธานฝ่ายสารสนเทศ
และการสื่อสาร |
| 14. พญ.วโรชา มหาชัย | ประธานฝ่ายหาทุน |
| 15. นพ.จรินทร์ ใจจน์บวรวิทยา | ประธานฝ่ายจริยธรรม |
| 16. พล.ต.นพ.สุรพล ชื่นรัตนกุล | ผู้แทนชมรมเอ็นโดสโคปีย์ |
| 17. นพ.ศตวรรษ ทองสวัสดิ์ | ผู้แทนชมรมโมลิตี
แห่งประเทศไทย |

- | | |
|---------------------------------|--------------------------------------|
| 18. พญ. โฉมศรี โฆษิตชัยวัฒน์ | ผู้แทนกลุ่มวิจัยโรคกระเพาะอาหาร |
| 19. นพ. บัญชา โอวาทพารพร | ผู้แทนชมรมลำไส้เล็กลำไส้ใหญ่ |
| 20. พอ. นพ. อนุชิต จุฑาทุทธิ | ผู้แทนชมรมโรคตับ
แห่งประเทศไทย |
| 21. นพ. ทวี รัตนชูเอก | ผู้แทนชมรมตับอ่อนและ
ทางเดินน้ำดี |
| 22. พญ. เฉลียว ประสงค์สุขสันต์ | กรรมการกลาง |
| 23. นท. นพ. ชินวัตร สุทธิวงษา | กรรมการกลาง |
| 24. นพ. ธีระ พิรัชวิสุทธิ | กรรมการกลาง |
| 25. พญ. นภาพร จำรูญกุล | กรรมการกลาง |
| 26. นพ. นรินทร์ อัจฉะนันท์ | กรรมการกลาง |
| 27. พญ. บุปผา พรธิดาร | กรรมการกลาง |
| 28. นพ. ปิยะวัฒน์ โกมลมิตร | กรรมการกลาง |
| 29. นพ. พลรัตน์ วิไลรัตน์ | กรรมการกลาง |
| 30. นพ. ราวิน ไชนี้ | กรรมการกลาง |
| 31. นพ. รั้งสรรพ ฤกษ์นิมิตร | กรรมการกลาง |
| 32. นอ. นพ. วิญญู จันทรสุนทรกุล | กรรมการกลาง |
| 33. นพ. สุนทร ชินประสาทศักดิ์ | กรรมการกลาง |
| 34. นพ. สมบัติ ตรีประเสริฐสุข | กรรมการกลาง |
| 35. พญ. อากัสณี โสภณสฤษฏ์สุข | กรรมการกลาง |
| 36. พญ. กรรณิการ์ พรพัฒน์กุล | ที่ปรึกษา |
| 37. นพ. เต็มชัย ไชยนุวัติ | ที่ปรึกษา |
| 38. นพ. นุสนธิ์ กัลดเจริญ | ที่ปรึกษา |
| 39. นพ. พงษ์พีระ สุวรรณกุล | ที่ปรึกษา |
| 40. นพ. พินิจ กุลละวณิชย์ | ที่ปรึกษา |
| 41. พญ. บุษบา วิวัฒน์เวดิน | ที่ปรึกษา |

- | | |
|---------------------------------|-----------|
| 42. นพ.มานิต สีโทชวลิต | 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 อุนราชฎ์ | ที่ปรึกษา |
| 52. นพ.สุริยะ จักกะพาก | ที่ปรึกษา |
| 53. พอ.นพ.สุรพล สุวงศ์ศรีรัฐ | ที่ปรึกษา |
| 54. พล.อ.ต.นพ.สุจินต์ จารุจินดา | ที่ปรึกษา |
| 55. นพ.สุชา คุระทอง | ที่ปรึกษา |

สารจากนายกสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหาร แห่งประเทศไทย



สวัสดีค่ะ สมาชิกทุกท่าน

เนื่องในโอกาสครบวาระ (วาระ 2550-2551) ของการดำรงตำแหน่งนายกสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย ดิฉันต้องขอขอบคุณสมาชิกอีกครั้งกับความไว้วางใจที่ให้เกียรติครั้งนี้ ซึ่งดิฉันและคณะอำนวยการสมาคม ได้มุ่งมั่นร่วมมือร่วมใจในการทำงาน เพื่อให้สมาคมฯ ของเราเดินไปข้างหน้า ดังวิสัยทัศน์และนโยบายที่ได้กล่าว ณ วันที่ดิฉันได้รับตำแหน่งนายกสมาคมฯ เมื่อเดือนมกราคม 2551 และในโอกาสนี้ ดิฉันขอสรุปผลงานตลอดระยะเวลา 2 ปีที่ผ่านมา เพื่อให้สมาชิกได้รับทราบ รวมทั้งแผนงานและทิศทางของสมาคมฯ ของเราในอนาคตข้างหน้า

จากวิสัยทัศน์ “จะให้สมาคมฯ เป็นเลิศและเป็นผู้นำด้านโรคระบบทางเดินอาหารในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก” การที่จะนำพาสมาคมฯ ไปสู่วิสัยทัศน์นี้ได้ นอกจากต้องมีความร่วมมือกันของคณะกรรมการและสมาชิกของสมาคมฯ แล้ว ยังต้องมีความร่วมมือกันกับสมาคมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อ

แสดงให้เห็นนาาประเทศได้เห็นถึงศักยภาพ ความร่วมมือ ความกลมเกลียว
อันดีระหว่างสมาคมฯ เพื่อความเป็นเลิศและความก้าวหน้าทางวิชาการ
ของประเทศไทย ซึ่งภารกิจนี้ได้เริ่มจากการประชุมประจำปี 2550 เนื่องจาก
ในปีนั้นสมาคมโรคตับ (ประเทศไทย) จัดประชุม The 2nd Asia-Pacific
Association for the Study of the Liver Diseases (APASL) Autumn Single
Topic Conference 2007, The "Innovation in Chronic Hepatitis B
Treatment", the 2nd Annual Meeting of the Liver Society (Thailand); The
Third Perspective in Liver Diseases: "Update in Hepatology", and the
Annual Meeting of the Gastroenterological Association of Thailand วันที่
22-25 พฤศจิกายน ค.ศ. 2007 ที่โรงแรมดุสิต พัทยา ดิฉันในฐานะที่ดำรง
ตำแหน่งทั้งนายกสมาคมแพทย์โรกระบบทางเดินอาหารฯ และนายกสมาคม
โรคตับฯ จึงได้เสนอและประสานงานให้มีการจัดประชุมวิชาการร่วมกัน
ระหว่าง 2 สมาคมฯ เป็นครั้งแรก ทั้งนี้ต้องขอขอบคุณ กรรมการสมาคมโรค
ตับฯ และคณะกรรมการของสมาคมแพทย์โรกระบบทางเดินอาหารฯ ที่ได้
ร่วมมือกันและวางแนวทางร่วมกัน นับเป็นรากฐานสำคัญในการจัดประชุม
ร่วมกันระหว่างสมาคมฯ เป็นครั้งแรก โดยได้จัดประชุมร่วมกับการประชุม
วิชาการประจำปี 2550 ซึ่งประสบความสำเร็จเป็นอย่างดี และในปี 2551
เป็นการร่วมมือระหว่าง 4 สมาคมได้แก่ สมาคมแพทย์โรกระบบทางเดิน
อาหารแห่งประเทศไทย สมาคมโรคตับ (ประเทศไทย) สมาคมส่องกล้อง
ทางเดินอาหาร (ไทย) และสมาคมประสาททางเดินอาหารและการ
เคลื่อนไหว (ไทย) ไป bid ที่ประเทศอินเดียเมื่อวันที่ 22 ตุลาคม ค.ศ. 2008
เพื่อให้ประเทศไทยได้เป็นเจ้าภาพจัดการประชุม APDW 2012 และจาก
ความร่วมมือดังกล่าวทำให้ประเทศไทยประสบความสำเร็จได้รับเลือกเป็น
เจ้าภาพในการประชุม APDW 2012 ทั้งนี้ต้องขอขอบคุณสำนักงานส่งเสริม
การจัดประชุมและนิทรรศการ หรือ สสปน. ที่ให้ข้อมูลและช่วยเหลือในการ
bid ครั้งนี้ นอกจากนี้ ในการประชุมวิชาการประจำปี 2551 ที่ศูนย์การแพทย์

วิจัยยุทธ เมื่อ 27-29 พฤศจิกายน พ.ศ. 2551 ที่ผ่านมา ก็เป็นการร่วมมือกันครั้งแรกระหว่าง 4 สมาคมที่ได้มีการจัดประชุมวิชาการร่วมกัน

สำหรับการดำเนินงานตามนโยบายต่างๆ ที่ดิฉันได้กล่าวไว้ นั้น ขอเริ่มจากนโยบายแรกคือการส่งเสริมวิชาการ ได้มีการจัดทำ “เกณฑ์หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านเพื่อวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคระบบทางเดินอาหาร ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ฉบับปรับปรุงใหม่ ฉบับ พ.ศ. 2551” และมีการปรับปรุงหลักเกณฑ์ในการออกข้อสอบ การจัดสอบและการประเมินผลแบบอิงเกณฑ์ให้ได้มาตรฐานเป็นที่ยอมรับ รวมทั้งกิจกรรมทางวิชาการต่างๆ ให้กับ GI fellow ซึ่งบุคคลที่เป็นกำลังขับเคลื่อนที่สำคัญ คือ รศ.พญ.วัฒนา สุทธิไพศาลเจริญ ประธานฝ่ายการศึกษาหลังปริญญาและที่มงาน นอกจากนี้ในการจัดประชุมวิชาการของสมาคมฯ รศ.นพ.พิศาล ไม้เรียง ประธานฝ่ายวิชาการและการศึกษาต่อเนื่องและที่มงาน ได้ทุ่มเทแรงกาย แรงใจ ในการจัดประชุมวิชาการกลางปีและประจำปีของสมาคมฯ ซึ่งประสบความสำเร็จเป็นอย่างดี นอกจากนี้กิจกรรมทางวิชาการต่างๆ ที่เคยมีมาไม่ว่าจะเป็นการจัด interhospital conference, จุลสารสมาคม, วารสารสมาคม และ website ของสมาคม ก็ได้สานต่อและพัฒนาให้ได้ผลงานที่ต่อเนื่องและมีคุณภาพ

การส่งเสริมการวิจัย ดิฉันก็ได้สานต่อนโยบายของสมาคมฯ ไม่ว่าจะเป็นการให้ความรู้และการจัดอบรมการทำวิจัย สนับสนุนทุนวิจัย ตลอดจนค่าใช้จ่ายเพื่อไปเสนอผลงานวิจัยในต่างประเทศ ในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา มีผลงานวิจัยของ GI fellow และ staff จากหลายสถาบันเป็นจำนวนมาก ที่มีโอกาสได้นำเสนอผลงานในระดับนานาชาติ เช่น APASL, EASL, DDW ฯลฯ ทั้ง oral และ poster presentation ซึ่งต้องขอขอบคุณ นพ.กำธร เผ่าสวัสดิ์ ประธานฝ่ายวิจัย ที่เป็นผู้บุกเบิกรากฐานการวิจัยให้สมาคมฯ ตั้งแต่ในอดีตจนถึงปัจจุบัน ทำให้ผลงานวิจัยของสมาคมฯ มีต่อเนื่องและคุณภาพดีขึ้นเรื่อยๆ

การสนับสนุนการแลกเปลี่ยนความรู้และความคิดเห็นระหว่างสมาชิกและสมาคมสาขาวิชาชีพ นอกจากนี้มีการจัดประชุมวิชาการร่วมกัน ยังเปิดโอกาสให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนความรู้ผ่านทางจุลสารสมาคม และในอนาคตอาจจะพัฒนาที่มืองานเพื่อให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนความรู้ใน website ของสมาคม

การเผยแพร่ความรู้โรกระบบทางเดินอาหารให้แก่ประชาชน นอกจากจะมีการบรรยายความรู้ให้กับประชาชนผ่านทางชมรม หรือสื่อต่างๆ สมาคมฯ ยังได้จัดทำแผ่นพับ และ CD เพื่อให้ความรู้ในเรื่องโรครดไหลย้อน โรคระเพาะอาหารอักเสบ เป็นต้น

และตลอด 53 ปีนับจากสมาคมฯ ก่อตั้ง สมาคมฯ เรายังไม่มีเพลงประจำสมาคมเลย ในปี 2551 สมาคมฯ ของเราก็มีเพลงประจำสมาคม "GI รวมใจ" เป็นเพลงแรก ซึ่งแต่งเนื้อร้องโดย คุณ รัตนพร ทางธนกุล ทำนองโดย ครูกานต์ และนำมาขับกล่อมและร้องร่วมกันครั้งแรกในงานเลี้ยงสังสรรค์ของสมาคมฯ ในงานประชุมวิชาการกลางปี 2551 ซึ่งเป็นภาพและบรรยากาศประทับใจและเป็นอันหนึ่งอันเดียวระหว่างสมาชิกสมาคมฯ

ทั้งนี้ ความสำเร็จทั้งหลายที่ได้กล่าวข้างต้น จะไม่สามารถเกิดขึ้นได้ ถ้าไม่ได้รับความร่วมมือร่วมใจ ความตั้งใจ ความเสียสละ ของคณะกรรมการสมาคมฯ และสมาชิกทุกท่าน เลขาฯ สมาคมฯ นพ.ทวีศักดิ์ แทนวันดี และ คุณพรทิพย์ จินนแพทย์ และอีกหลายๆ ท่าน และที่ขาดไม่ได้คือบริษัทต่างๆ ที่ให้การสนับสนุนในกิจกรรมต่างๆ ของสมาคมฯ ด้วยดีตลอดมา ที่เป็นกำลังสำคัญให้กิจกรรมต่างๆ ดำเนินไปด้วยดี

มุมมองของดิฉันเกี่ยวกับสมาคมในอนาคต ดิฉันเชื่อว่าสมาคมฯ ของเราจะประสบความสำเร็จในการก้าวไปสู่ความเป็นเลิศและเป็นผู้นำด้านโรกระบบทางเดินอาหารในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก ดังวิสัยทัศน์ที่ตั้งไว้และไปสู่ระดับสากล ในที่สุด ทั้งนี้ต้องอาศัยความร่วมมือร่วมใจของกรรมการ สมาชิก และความร่วมมือระหว่างสมาคม ดังท่อนหนึ่งของบทเพลง If we hold on together ที่กล่าวว่า

"If we hold on together. I know our dreams will never die

Dreams see us through to forever. Where clouds roll by for you and I"

และขอส่งต่อหน้าที่ที่สำคัญให้กับ นพ.องอาจ ไพโรจน์ทรงกูร นายก
สมาคมฯ คนต่อไป และดิฉันพร้อมที่จะให้ความร่วมมือ สนับสนุน และเป็น
กำลังใจในการทำหน้าที่เพื่อสมาคมฯ อันเป็นที่รักของพวกเรา

เนื่องในโอกาสใกล้วาระดิถีขึ้นปีใหม่ ดิฉันขออาราธนาคุณพระศรี
รัตนตรัยและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ทั้งหลาย ขอให้ทุกท่านมีความสุข สำเร็จ สมหวังใน
สิ่งที่ตั้งใจ และมีสุขภาพพลานามัยที่แข็งแรง ตลอดปี 2552 ที่จะถึงนี้และ
ตลอดไป

ศ.พญ.ชุติมา ประมูลสินทรัพย์
นายกสมาคมฯ วาระ 2550-2551



Interhospital conference

นพ.สมบุญ รุ่งจิรธนานนท์
หน่วยโรคทางเดินอาหาร โรงพยาบาลตราขมิ

ผู้ป่วยชายไทยคู่ อายุ 48 ปี อาชีพรับราชการทหาร ภูมิลำเนาจังหวัด
ลพบุรี

CC : แน่นอึดท้อง 3 เดือน

PI : 3 เดือนก่อน หลังออกกำลังกายรู้สึกว้าวิ่งๆ ที่ท้อง ท้องอืด แต่ผู้
ป่วยไม่ได้สนใจอะไร

2 เดือนก่อน รู้สึกเจ็บชายโครงทั้งสองข้างหลังจากโหนบาร์เดียว มี
อาการไอเป็นเลือดเล็กน้อย ได้ไปพบแพทย์ใกล้บ้าน แพทย์บอกว่าเป็นเยื่อหุ้ม
ปอดอักเสบ ได้ยามากิน อาการก็เริ่มดีขึ้น แต่อาการว้าวิ่งๆ ท้องเหมือนเดิม
ผู้ป่วยคิดว่าเป็นคนอ้วน

1 เดือนก่อน แน่นท้องมากขึ้น กินอาหารได้แต่จะแน่นท้องมากขึ้น
เริ่มมีอาการปวดท้องเวลาอยากถ่ายอุจจาระ มีอาการปวดถ่ายมาก หลังจาก
ถ่ายอุจจาระแล้วอาการปวดก็หายไป อุจจาระวันละ 1-2 ครั้ง/วัน ลักษณะ
อุจจาระเป็นก้อนปกติ ไปพบแพทย์ ได้รับยารักษาโรคต่อมลูกหมากมากิน หลัง
กินยาอาการแน่นท้องมากขึ้นจึงหยุดยา

2 สัปดาห์ก่อนมา ผู้ป่วยตั้งท้องมากขึ้น ไปพบแพทย์แห่งหนึ่ง ได้รับความ
ตรวจด้วยอัลตราซาวนด์แพทย์บอกว่าเป็นปกติ แต่อาการไม่ดีขึ้นจึงมาโรง
พยาบาล

PH : แข็งแรงดีมาตลอด ไม่มีประวัติดื่มเหล้า สูบบุหรี่

FH : ไม่มีประวัติโรคปอดในครอบครัว ไม่มีประวัติเบาหวาน ความดัน หรือมะเร็งใดๆ ในครอบครัว

Physical Examination

VS : T 36.8 °C, BP 120/70 mmHg, HR 76/min RR 16/min

General appearance : alert, not pale, no jaundice, looked weak, no dyspnea

HEENT : normal, no lymphadenopathy

Heart - normal S1, S2, no murmur

Lungs - clear

Abdomen : generalized distention of abdomen, not tender, normal bowel sounds, no splashing sounds, no palpable mass, liver and spleen - not palpable, shifting dullness-positive.

PR : normal, no masses, no rectal shelf, normal stool

Extremities : No edema

Initial laboratory investigations

CBC : Hb 14.3 g/dl, Hct 42.5%, WBC 8,670/cu.mm, PMN 67%, L20%, Mono 5%, E5%, B3% PLT 225,000/ mm³

UA : SpGr 1.010, pH 7, WBC 0-1 RBC 0-1

Blood chemistry : FBS 90 m/dL, BUN 8 mg/dL, Cr 1.0 mg/dL, Chol 185 mg/dL, TG 105 mg/dL Na 140 mEq/L, K 4.1 mEq/L, Cl 103 mEq/L, CO₂ 29 meq/L

LFT : Alkaline phosphatase 46 U/L, SGOT/SGPT 16/11 U/L, Alb 4.4 gm/dL, Glob 3.4 gm/dL, TB/DB 0.4/0.1 mg/dL

Coagulogram : PT 11.5 sec. INR 1.04, PTT 23.6 sec. Ratio 0.84

Discussion

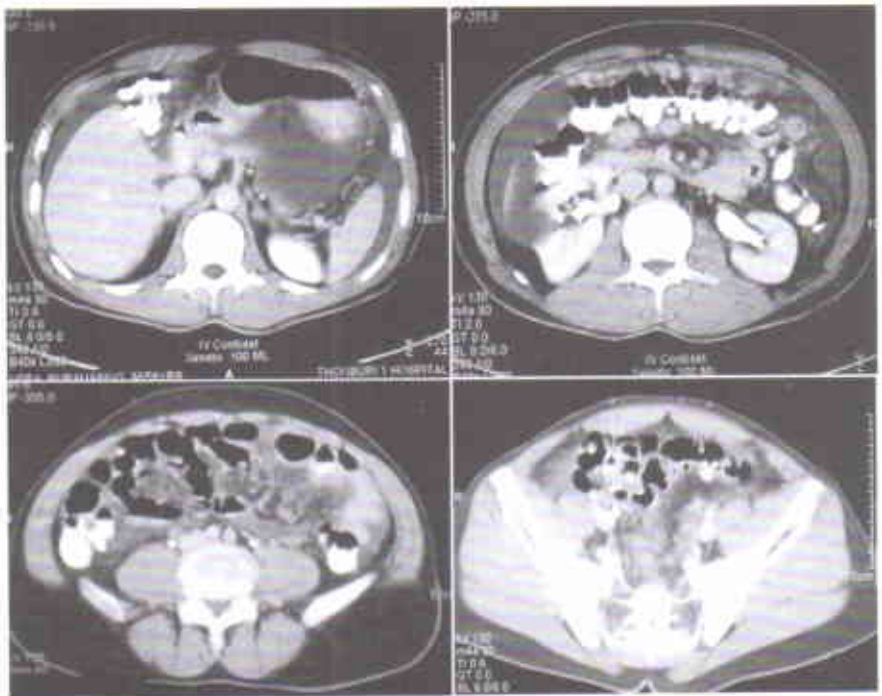
ผู้ป่วยรายนี้มาด้วยอาการอึดแน่นท้องมาประมาณ 3 เดือน มีอาการปวดท้องเวลาอยากถ่ายอุจจาระและมีอาการปวดถ่ายมาก ไม่มีไข้ ไม่มีน้ำหนักลดลง และภายใน 2 สัปดาห์รู้สึกว่าท้องอืดและโตมากขึ้น เคยมีอาการไอ มีเลือดปนเล็กน้อยเนื่องจากเยื่อหุ้มปอดอักเสบ ตรวจร่างกายพบมี ascites ทำให้คิดว่ารอยโรคน่าจะอยู่บริเวณลำไส้ใหญ่ ส่วนเรื่อง ascites น่าจะเกิดจาก non cirrhotic ascites เนื่องจากไม่มีประวัติ risk ของการเกิด cirrhosis และจากการตรวจร่างกายไม่มี sign of chronic liver disease หรือ portal hypertension ซึ่ง ascites อาจจะเป็นจาก peritoneal disease หรือสาเหตุอื่นๆ จึงได้ทำการเจาะตรวจน้ำในช่องท้องเพื่อหาสาเหตุ พบว่า WBC 1,016/mm³ (PMN 2%, Mono 98%) และ RBC 696/mm³ ผลย้อมเชื้อ bacteria และ AFB ไม่พบเชื้อ ascites protein 5.2 gm% ascites albumin 3.3 gm%, (serum albumin 3.8 gm%) SAAG 0.5 ผล cytology : negative for malignant cell ผลเพาะเชื้อไม่ขึ้นเชื้อใดๆ จากผลน้ำเจาะท้องทำให้คิดถึง peritoneal disease เนื่องจากมีค่า SAAG ต่ำกว่า 1.1 และ ascites protein มากกว่า 2.5 gm% รวมทั้ง cell ที่ตรวจพบเป็น mononuclear cell predominated

จากการวิเคราะห์ผู้ป่วยข้างต้น ทำให้คิดว่าผู้ป่วยรายนี้น่าจะมีรอยโรคอยู่ทั้งใน large bowel และ peritoneum ซึ่งน่าจะเป็นโรคที่ทำให้เกิดภาวะผิดปกติทั้งสองอย่าง และระยะเวลาการเกิดโรคค่อนข้างค่อยเป็นค่อยไปและเรื้อรังมาประมาณ 3 เดือน ร่วมกับเคยมีอาการเยื่อหุ้มปอดอักเสบ ดังนั้นการวินิจฉัยแยกโรคได้แก่

1. วัณโรคของลำไส้ใหญ่หรือลำไส้เล็กส่วนปลายและเยื่อช่องท้อง
2. มะเร็งของลำไส้ใหญ่และกระจายมายังเยื่อช่องท้อง
3. มะเร็งหรือเนื้องอกของไส้ติ่งและกระจายมายังเยื่อช่องท้อง ซึ่งพบได้น้อย

การตรวจขั้นต่อไปเพื่อช่วยการวินิจฉัยโรคคือการตรวจ tumor marker ของมะเร็งลำไส้ใหญ่ ได้ค่า CEA 14.82 mcg/L ตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ของ

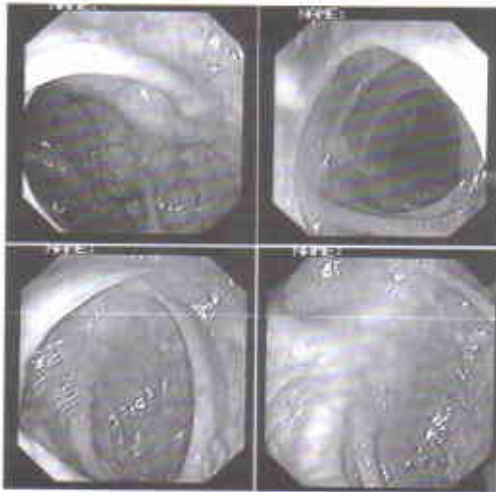
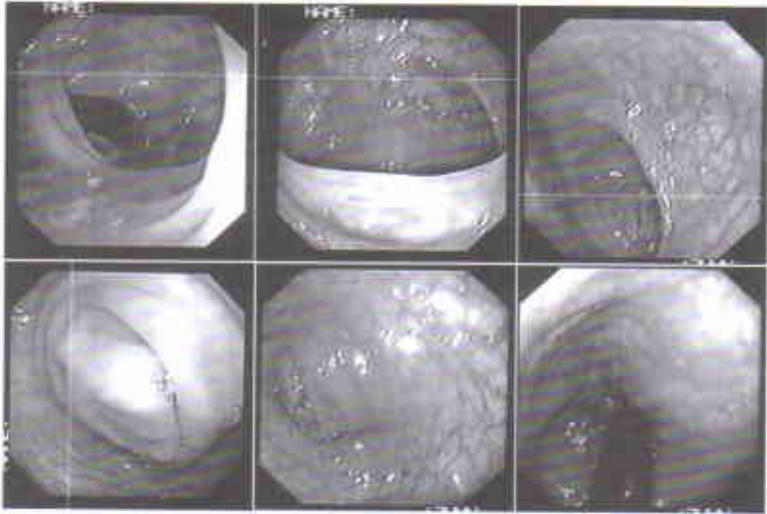
ปอดพบมี 2 focal area of bronchiectasis in the right lung at apical segment of upper lobe and medial segment of middle lobe, associated with atelectasis and fibrosis และตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ของช่องท้องพบมี The liver is normal size without intrinsic lesion. The pancreas is not enlarged, no focal mass is noted. Thickening of omentum at region of stomach, pancreas and transverse colon with moderate amount ascites suggesting of malignant process. There were also soft tissue thickening in the pelvis and rectum ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 A-B แสดง thickening of omentum at region of stomach, pancreas and transverse colon with moderate amount ascites

C-D แสดง thickening of mesentery and soft tissue thickening in the pelvis and rectum

การตรวจขั้นต่อไปที่น่าจะช่วยในการวินิจฉัยโรค คือ การทำ colonoscopy เนื่องจากผลตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ของช่องท้องพบรอยโรคบริเวณ rectum แต่ผลการตรวจ colonoscopy ไม่พบความผิดปกติดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 แสดงภาพ colonoscopy ของผู้ป่วย: Normal finding

ในผู้ป่วยรายนี้จำเป็นต้องได้ชิ้นเนื้อจากรอยโรคในการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกลุ่ม slow progressive infection เช่น TB หรือ กลุ่ม malignancy จึงได้ทำ peritoneoscopy เพื่อให้ได้ tissue diagnosis ซึ่งได้ผลการตรวจดังแสดงในภาพที่ 3

จากผลการตรวจพบว่า ascites fluid ประมาณ 1,000 cc และมี diffuse whitish nodular seedings on omentum, falciform ligament, mesentery and peritoneal surface. (ภาพที่ 3-A, 3-B) Swollen, whitish color, tip of appendix, resemble of mass at tip of it, size about 1.5 cm. involving distal half of appendix. (ภาพที่ 3 A-C) ได้ทำ peritoneal biopsy และ omental biopsy ผลการตรวจทางพยาธิวิทยาเป็น metastatic adenocarcinoma ดังแสดงในภาพที่ 4

และได้ทำ open laparotomy with appendectomy เนื่องจากมีโอกาสเกิด ruptured tumor ของ appendix ได้ผลการตรวจทางพยาธิวิทยา Mucosa intact. The submucosal lymphoid tissue is hyperplastic. At the tip, the mucosa shows dysplasia and various configurations of tumor gland, invading to subserosa. Mucinous component is found in approximately 50% of tumor

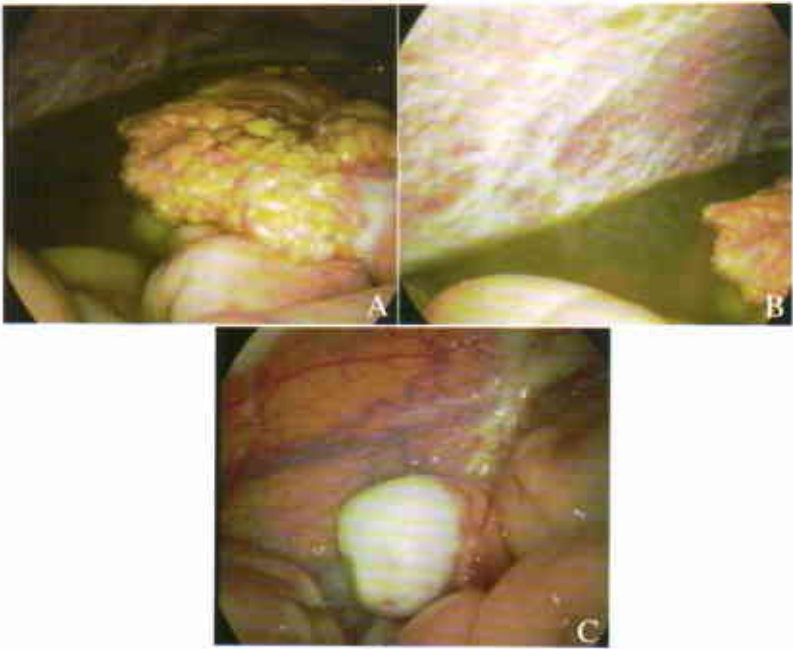
Final Diagnosis : Vermiform appendix adenocarcinoma, moderately differentiated, with 50% mucinous component.

The tumor extends to subserosa.

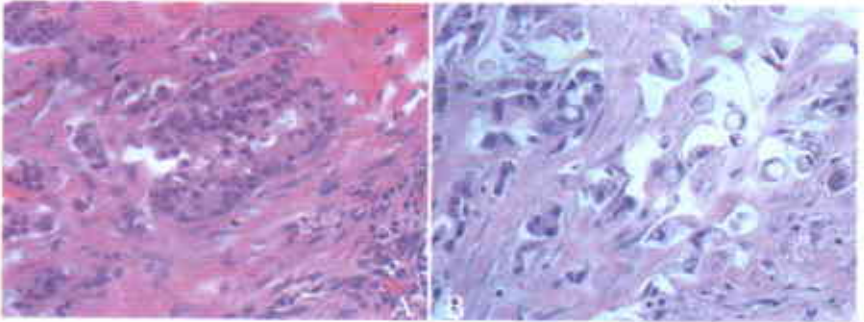
Presence of perineural invasion.

The resection margin is free of tumor.

ดังแสดงในภาพที่ 5 และ 6

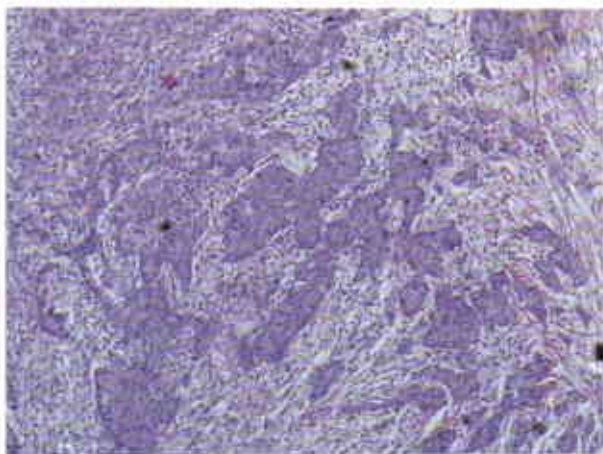


ภาพที่ 3 Peritoneoscopy ในผู้ป่วยรายนี้

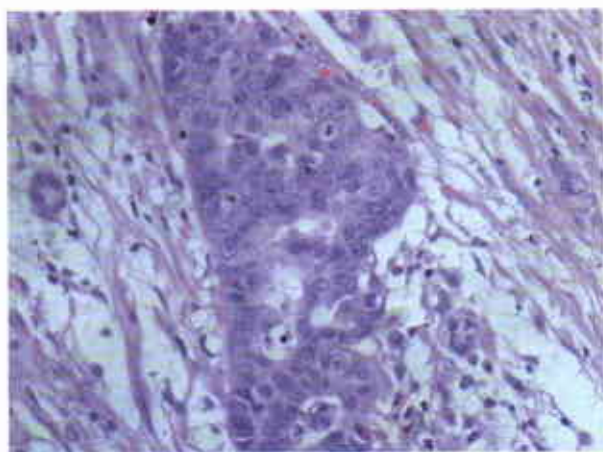


ภาพที่ 4 A- omental biopsy แสดงลักษณะ moderately differentiated adenocarcinoma แทรกอยู่ใน omental fat cell

B- peritoneal nodule biopsy แสดงลักษณะ moderately differentiated adenocarcinoma บาง cell มีลักษณะแบบ signet ring cell (ลูกศรสีดำ)



ภาพที่ 5 Appendix tumor biopsy แสดง moderately differentiated adenocarcinoma แทรกอยู่ในชั้น submucosa และ serosa ของ appendix



ภาพที่ 6 Appendix tumor biopsy แสดง moderately differentiated adenocarcinoma แทรกอยู่ในชั้น serosa ของ appendix (X40)

Adenocarcinoma of appendix

นพ.สมบุญ รุ่งจิรธนานนท์
โรงพยาบาลราชวิถี

บทนำ

มะเร็งของไส้ติ่งเป็นโรคที่พบน้อยเพียงร้อยละ 1 ของ appendectomy specimen เท่านั้น¹ โดยพบ carcinoid tumor มากที่สุดประมาณร้อยละ 50 ส่วน primary adenocarcinoma ของ appendix นั้น ยิ่งพบน้อยกว่าอุบัติการณ์ตั้งแต่ร้อยละ 0.01-0.2^{2,3} ตามตารางที่ 13

ตารางที่ 1 Frequency of appendiceal neoplasms found in 7970 appendectomy specimens¹

Neoplasm	N
Carcinoid	42
Benign tumors	
Mucinous cystadenoma	7
Villous adenoma	5
Malignant tumors	
Primary	
Adenocarcinoma	8
Lymphoma	1
Secondary	11
Total	74

Clinical presentation

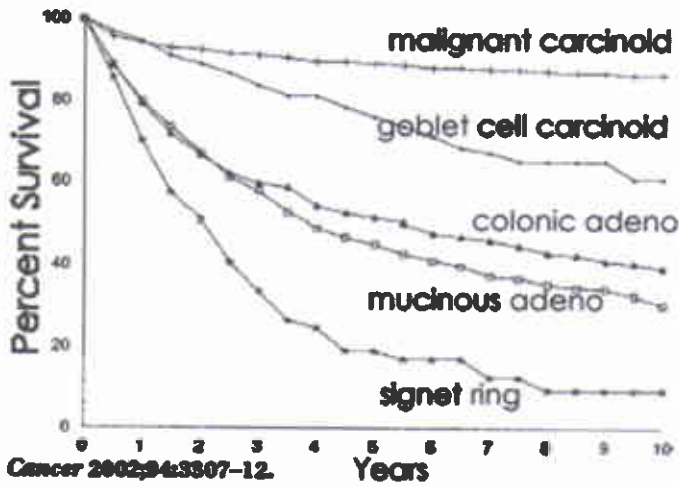
พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิงเล็กน้อย อายุเฉลี่ยอยู่ในช่วง 50-60 ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่มาด้วยอาการของ acute appendicitis⁴ appendiceal abscess บางรายอาจมาด้วย ascites คล้ำได้ก้อนในท้อง หรือ generalized abdominal pain ได้ มีบางรายงานว่าอาจพบได้โดยบังเอิญจากการผ่าตัดในช่องท้องด้วยสาเหตุอื่น⁵ การเกิด acute appendicitis ในผู้ป่วยมีสาเหตุจากการอุดตันของ lumen หรือ infiltration โดยตัว tumor เอง ทำให้เกิด bacterial superimposed ที่ผนังไส้ติ่ง หรือเกิดจากการอุดตันของ lymphatic channels หรือ เส้นเลือดที่มาเลี้ยงบริเวณนี้⁶

Appendiceal adenocarcinoma สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 กลุ่มตามลักษณะทางพยาธิวิทยา คือ

1. Mucinous type adenocarcinoma (Mucinous cystadenocarcinoma) ซึ่งพบได้บ่อยที่สุด ชนิดนี้จะผลิต mucin เป็นจำนวนมาก และมักจะมีการกระจายไปทั่ว peritoneal cavity ได้บ่อยกว่าชนิดอื่น ทำให้เกิดภาวะ pseudomyxoma peritonei (PMP) ได้ และสามารถกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองในช่องท้อง ตับ และปอดด้วย

2. Intestinal or colonic-type adenocarcinoma ชนิดนี้จะพบน้อยกว่า ลักษณะจะคล้ายกับ adenocarcinoma ที่พบใน colon มักจะมีการแสดงเป็นก้อนโดยที่ไม่มี mucocoele formation มีการกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองในช่องท้องได้

3. Signet ring cell adenocarcinoma ชนิดนี้พบน้อยที่สุดและมีความรุนแรงมากที่สุด มีการกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองในช่องท้องได้ มีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี มี 5-year survival เหลือเพียงร้อยละ 20 ดังภาพที่ 1 และ ตารางที่ 2



ภาพที่ 1 แสดง percent survival ของมะเร็งไส้ติ่งชนิดต่างๆ

ตารางที่ 2 Survival of different subtypes of appendiceal adenocarcinomas¹⁵

Type	N	Mean age	Lymph nodes involved, (%)	Advanced at diagnosis*, (%)	5-year survival, (%)
Mucinous	613	60	26	63	44
Colonic	411	62	31	37	52
Signet ring	70	58	64	76	20

* Defined as extension to adjacent organs or metastatic at the time of diagnosis.

Diagnosis

เนื่องจากส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะมาด้วยเรื่อง acute appendicitis หรือ appendiceal abscess จึงมักยังไม่ได้รับการวินิจฉัยก่อนการผ่าตัด และจะได้ รับการวินิจฉัยหลังจากได้ผลชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยาแล้ว

ตารางที่ 3 Contrasting features of appendiceal and colorectal cancers¹³

	Appendiceal epithelial neoplasm	Colorectal cancer
Incidence (cases per year in the United States)	1,500	150,000
Mucinous histology (%)	85	15
Aggressiveness pathology (%)	10	95
Lymph-node metastases at initial diagnosis (%)	2	50
Liver metastases at initial diagnosis (%)	2	20
5-year survival with traditional surgical treatment (%)	30	70

Staging

ปัจจุบันยังใช้ TNM staging system ตาม colorectal cancer staging อยู่ แต่เนื่องจาก natural history ของ appendiceal adenocarcinoma มีความแตกต่างจาก adenocarcinoma ของ colon และ rectum ตามตารางที่ 3 จึงได้ มีความพยายามในการ staging แยกออกมา โดยคาดว่าใน 7th Edition of the AJCC Manual for Staging of Cancer (scheduled for publication in 2009) โดย American Joint Committee on Cancer (AJCC) จะได้มีการ staging แยก ออกจากกันเป็นที่เรียบร้อยโดยอาศัยฐานข้อมูลจาก National Cancer Database⁷

Treatment

โดยทั่วไป การรักษาที่เหมาะสม คือ การทำ right colectomy โดยมีการศึกษาพบว่า survival ของการทำ colectomy ดีกว่าการทำ simple appendectomy^{4,8,9} ยกเว้นในรายที่มี peritoneal metastasis แล้วพบว่า survival ไม่ต่างกัน¹⁰ แต่ในผู้ป่วยที่ adenocarcinoma ยังอยู่เฉพาะในชั้น mucosa หรือเป็น well-differentiated lesion ที่ยังไม่ invade ไม่เกินชั้น submucosa ก็มีรายงานว่า การทำ simple appendectomy ก็เพียงพอ¹¹

การให้ adjuvant chemotherapy และ adjuvant radiotherapy นั้น ยังไม่มีการศึกษาที่เป็น randomized study เนื่องจากเป็นโรคที่มีอุบัติการณ์ต่ำ มีรายงานการให้ 5-FU-based chemotherapy ในรายที่เป็น intestinal-type adenocarcinoma Erkan Topkan และคณะ ได้รายงานการใช้ capecitabine 1,250 mg/m² ในวันที่ 1-14 และ oxaliplatin 130 mg/m² ในวันที่ 1 โดยให้ ทุก 21 วัน (CAPOX) ร่วมกับ 50.4 Gy external-beam radiation therapy บริเวณ primary tumor region และ 45 Gy บริเวณ lymphatics ร่วมกับการทำ right hemicolectomy ในผู้ป่วยที่มี node positive แล้ว พบว่าหลังติดตามไป 25 เดือน หลังการรักษา ยังไม่มี evidence of disease progression¹²

เนื่องจาก adenocarcinoma ของ appendix มักจะมี peritoneal spreading ทำให้ยากต่อการรักษา จึงมีความพยายามในการใช้วิธีรักษาที่ aggressive โดยการทำให้ surgical removal ของ intraabdominal และ pelvic lesion (cytoreductive surgery) และตามด้วยวิธี intraperitoneal hyperthermic chemotherapy (IPHC) ซึ่งจะช่วยควบคุม peritoneal growth ของ tumor ได้ ซึ่งวิธีการนี้ได้ประยุกต์มาจากการใช้ IPHC ในการรักษา pseudomyxoma peritonei (PMP) มาก่อน แต่ผลการรักษาก็ไม่ดีนักเนื่องจากเกิด recurrent เรื้อ และการมี nodal metastasis หรือ extraperitoneal metastasis แล้ว ทำให้ไม่ได้ประโยชน์ในการรักษา มีรายงานว่าถ้าเป็นผู้ป่วยที่ยังไม่มีอาการหรือมี peritoneal carcinomatosis ปริมาณไม่มาก และสามารถทำ cytoreductive

surgery ออกได้หมด (เหลือ tumor deposit น้อยกว่า 2.5 มม.) อาจได้ประโยชน์³ แต่การรักษาด้วยวิธี IPHC นี้มีผลข้างเคียงมาก และต้องทำโดยแพทย์ที่มีความชำนาญสูง ตารางที่ 4 แสดงถึงการศึกษาดังกล่าวที่ใช้ cytoreductive surgery ร่วมกับ IPHC พบว่ามี morbidity และ mortality สูงถึงร้อยละ 30-50 แต่ถ้าคัดเลือกผู้ป่วยที่มาได้รับการรักษาที่เหมาะสมก็จะได้ 5 year survival สูงถึง ร้อยละ 60-70

ตารางที่ 4 Literature review of cytoreductive surgery and perioperative intraperitoneal chemotherapy as a treatment for mucinous appendiceal tumors with peritoneal dissemination¹⁴

Author	Year	Institution	No. of Patients	Method	3 year survival	5 year	Morbidity	Mortality
Sugarbaker	1999	Washington DC	385	MMC	74%	63%	27%	2.7%
Witkamp	2001	Amsterdam	46	MMC	81%	NA	39%	8%
Piso	2001	Regensburg	17	Cisplatin	75%	NA	63%	11%
Shen	2003	Winston-Salem	23	MMC	61%	NA	NA	NA
Deraco	2004	Milan	33	Cisplatin/ MMC	NA	96%	33%	3%
Guner	2004	Hanover	28	Cisplatin/ MMC/ 5FU	NA	75%	36%	7%
Loungnarath	2005	Lyon	27	Cisplatin/ MMC	80%	50%	44%	0%

สรุป

Adenocarcinoma ของ appendix ผู้ป่วยมักจะมาด้วยอาการและอาการแสดงแบบ acute appendicitis ซึ่งต่างจากมะเร็งของไส้ติ่งชนิดอื่น standard treatment คือการทำ right colectomy บทบาทของ adjuvant chemotherapy ยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัด แต่ oncologist หลายคนแนะนำให้ใช้ adjuvant 5-FU based chemotherapy สำหรับคนที่มี node-positive intestinal type adenocarcinoma การรักษาด้วยวิธี intraperitoneal hyperthermic chemotherapy กรณีมี peritoneal seeding แล้ว นั้นยังไม่มีข้อมูลที่ชัดเจน เนื่องจากมีผลข้างเคียงมาก ดังนั้นการคัดเลือกผู้ป่วยที่เหมาะสมจึงมีความสำคัญ และช่วยให้มี long-term survival rate ที่ดี

References

1. Connor SJ, Hanna GB, Frizelle FA. Appendiceal tumors: retrospective clinicopathologic analysis of appendiceal tumors from 7,970 appendectomies. *Dis Colon Rectum* 1998;41:75.
2. Rasso PC, Cassinelli G, Ronzitti F, Bronzino P, Stanizzi T, Casaccia M. Primary adenocarcinoma of the appendix. Case report and review of the literature. *Minerva Chir* 2002;57:695-8.
3. Swanson R, Tanabe KK, Savarese DM. Cancer of the appendix and pseudomyxoma peritonei. *UpToDate* 16.2:May 31,2008.
4. Ito H, Osteen RT, Bleday R, et al. Appendiceal adenocarcinoma: long-term outcomes after surgical therapy. *Dis Colon Rectum* 2004;47:474.
5. Cerame MA. A 25-year review of adenocarcinoma of the appendix. A frequently perforating carcinoma. *Dis Colon Rectum* 1988;31:145.

6. Berman AT, James PM Jr. Adenocarcinoma of the vermiform appendix. *Am J Surg* 1970;119:733-6.
7. Compton CC, Fenoglio-Preiser CM, Pettigrew N, Fielding LP. American Joint Committee on Cancer Prognostic Factors Consensus Conference: Colorectal Working Group. *Cancer* 2000;88:1739.
8. Nitecki SS, Wolff BG, Schlinkert R, Sarr MG. The natural history of surgically treated primary adenocarcinoma of the appendix. *Ann Surg* 1994;219:51.
9. Cortina R, McCormick J, Kolm P, Perry RR. Management and prognosis of adenocarcinoma of the appendix. *Dis Colon Rectum* 1995;38:848.
10. Gonzalez-Moreno S, Sugarbaker PH. Right hemicolectomy does not confer a survival advantage in patients with mucinous carcinoma of the appendix and peritoneal seeding. *Br J Surg* 2004;91:304.
11. Hata K, Tanaka N, Nomura Y, et al. Early appendiceal adenocarcinoma. A review of the literature with special reference to optimal surgical procedures. *J Gastroenterol* 2002;37:210.
12. Topkan E, Polat Y, Karaoglu A. Primary mucinous adenocarcinoma of appendix treated with chemotherapy and radiotherapy: a case report. *Tumori* 2008;94:596-9.
13. Sugarbaker PH. Managing the peritoneal surface component of gastrointestinal cancer. Part 2. Perioperative intraperitoneal chemotherapy. *Oncology (Huntingt)* 2004;18:207.
14. Goldstein P, Silva RG, Cabanas J, Sugarbaker PH. Management of

peritoneal carcinomatosis from colon cancer, gastric cancer and appendix malignancy *Cancer Therapy* Vol 3, 2005;299:320.

15. McCusker ME, Cote TR, Clegg LX, Sobin LH. Primary malignant neoplasms of the appendix: A population-based study from the surveillance, epidemiology and end-results program, 1973-1998. *Cancer* 2002;94:3307.



Topic Review

Portal hypertensive biliopathy

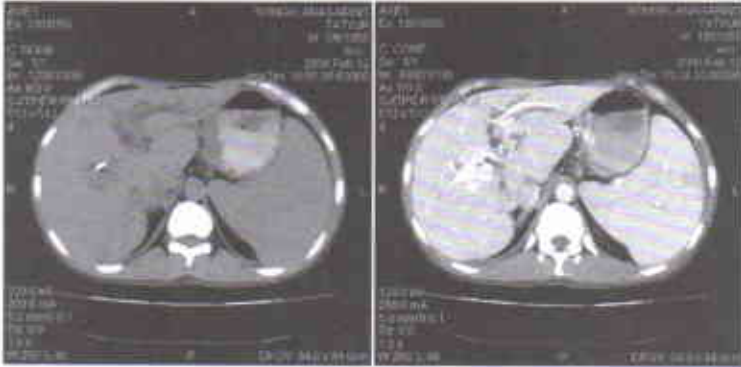
นพ.รัชวิทย์ จันทรวัชรกาล
หน่วยทางเดินอาหารฯ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

Case presentation

ชายไทยใสดอายุ 28 ปี ภูมิลำเนาเดิมอยู่ จ.ปัตตานี ผู้ป่วยมีอาการปวดจุกแสบบริเวณลิ้นปี่เป็นพักๆ เป็นๆ หายๆ 1 เดือน ผู้ป่วยมีอาการปวดท้องเช่นเดิมร่วมกับอาการถ่ายเป็น melena จึงมาที่โรงพยาบาลผลตรวจร่างกาย not pale mild jaundice no sign of liver stigmata Abdomen : Flat contour, soft, not tender, liver not palpable, spleen-1FB below no ascites ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ PTT 29.2(31.6), PT INR 0.94 LFT : DB/TB 0.92/1.46, AST/ALT 60/65, ALP 1360, Alb 3.6, T.prot 3.6 HBsAg-negative, Anti-HCV-negative Anti-HIV-negative, CEA 2 EGD : esophageal varices F2 and Mosaic pattern with hemorrhagic spot, clean-base duodenal ulcer

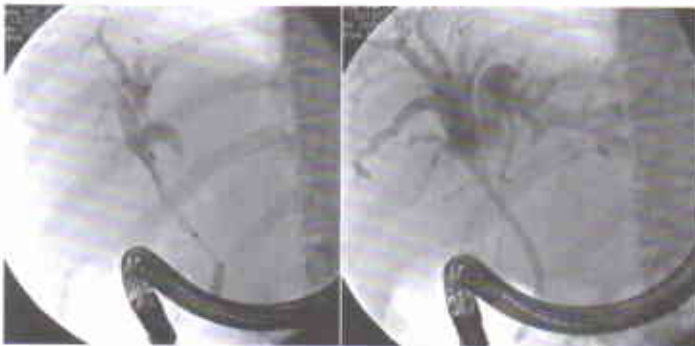
จากประวัติ dyspsia กับ UGIB ที่ถ่ายเป็น melena โดยไม่มีการอาเจียนเป็นเลือดสดซึ่งอาจเกิดจาก Duodenal ulcer มากกว่า EV bleeding และเนื่องจากผู้ป่วยมีลักษณะและผล liver function test เข้าได้กับลักษณะ cholestasis ร่วมกับไม่มีอาการปวดท้องแบบ biliary pain ซึ่งจากลักษณะอาจทำให้นึกถึงสาเหตุจากมะเร็งกลุ่ม periampulary CA ที่มีการ invade บริเวณ duodenum และเนื่องจากผู้ป่วยรายนี้ตรวจพบ esophageal varic โดยไม่มี sign

chronic liver disease ทำให้คิดถึง non-cirrhotic portal hypertension โดยผลยืนยันจาก CT abdomen ได้แสดงถึง portal vein thrombosis ร่วมกับมี cavernoma จากซึ่งมีลักษณะมองเป็น pseudotumor ร่วมกับการโป่งพองของ intrahepatic bile duct



ภาพที่ 1 แสดงท่อน้ำดีในตับที่ขยายจาก external compression เป็นช่วงยาวบริเวณท่อน้ำดีจากภาวะ portal cavernoma

นอกจากนี้จากผลของ ERCP ได้แสดงถึง extraluminal obstruction อาจเห็นลักษณะการตีบเป็นทางยาวสัมพันธ์กับ portal cavernoma



ภาพที่ 2 Cholangiographic finding จาก ERCP แสดงท่อน้ำดีตีบจาก external compression เป็นช่วงยาวบริเวณท่อน้ำดี CBD จากภาวะ portal cavernoma (ภาพขวาแสดงภายหลังใส่ stent)



ภาพที่ 3 จากลูกศรแสดงถึงตำแหน่งของเส้นเลือดที่ไปพองรัดท่อน้ำดีจนมีลักษณะที่คล้ายกับ sclerosing cholangitis



ภาพที่ 4 บริเวณลูกศรแสดงถึงการกดจาก EHPVO บริเวณ CBD และ Rt IHD

และจากข้อมูลของชิ้นเนื้อที่เป็นลักษณะ inflammation จาก ulcer และ clinical cause ของผู้ป่วยรายนี้ไม่ได้มีอาการรุนแรงขึ้นและยังมีชีวิตอยู่หลังจากได้รับการวินิจฉัยเป็นเวลาหลายปีซึ่งอาจช่วยแยกกับลักษณะของมะเร็งของท่อน้ำดี ซึ่งผู้ป่วยรายนี้ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น “Portalhypertensive Biliopathy”

Portal hypertensive biliopathy

นพ.รัชวิทย์ จันทร์วีชรกาล
หน่วยทางเดินอาหารฯ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

Definition

“Portal hypertensive biliopathy” (PHB) เป็นความผิดปกติของทางเดินน้ำดีซึ่งอาจเกิดได้ในตำแหน่งต่างๆ ไม่ว่าจะเป็น common bile duct, intra และ extra hepatic duct จนถึง cystic duct และ gall bladder ที่เกิดจากภาวะ portal hypertension ลักษณะของ cholangiogram ที่คล้ายกับมะเร็งท่อน้ำดี ร่วมกับ cavernous formation บริเวณ portal vein ที่เรียกว่า portal cavernoma ซึ่งมีลักษณะคล้ายกับก้อนเนื้องอก ทำให้ลักษณะดังกล่าวมักจะได้รับ การวินิจฉัยผิดเป็นมะเร็งท่อน้ำดีได้บ่อยๆ และอาจเรียกภาวะนี้ว่าเป็น “pseudocholangiocarcinoma” sign¹ และนอกจากนั้น cholangiogram อาจมีความคล้ายคลึงกับ primary sclerosing cholangitis² อาจเรียกว่าเป็น “pseudosclerosing cholangitis” ได้เช่นเดียวกันแต่การตีบของท่อน้ำดีจากภาวะ PHB จะเรียบมนและไม่ขรุขระเมื่อเทียบกับ Primary sclerosing cholangitis (PSC)

ภาวะ PHB ได้มีรายงานครั้งแรกตั้งแต่ปี ค.ศ. 1965 โดย Gibon³ และคณะ ได้รายงาน case series ของผู้ป่วยที่มีการอุดตันของท่อน้ำดีจาก portal cavernoma ต่อมาในปี ค.ศ. 1982 ก็ได้มีรายงานของภาพ Cholangiogram จาก ERCP ของ ผู้ป่วย “portal biliopathy”⁴ และภาวะ PHB นั้นมักมีอุบัติการณ์การ

เกิดขึ้นแต่ร้อยละ 81-100⁵ ในภาวะ extrahepatic portal venous obstruction (EHPVO) ได้ ซึ่งเป็นสาเหตุที่สำคัญของ Non-cirrhotic portal hypertension ในประเทศที่พัฒนาแล้ว

นอกจากนี้ PHB อาจพบในผู้ป่วย cirrhosis ได้เช่นเดียวกัน แต่มีอุบัติการณ์ที่น้อยกว่าคือประมาณร้อยละ 33 ของผู้ป่วยที่เป็น cirrhosis และอาจพบใน portal hypertension จากสาเหตุอื่นๆ เช่น idiopathic portal hypertension, non-cirrhotic portal fibrosis⁶

Pathogenesis

ปัจจุบันยังไม่ทราบชัดเจนถึงการเกิดท่อน้ำดีที่อุดตันว่าเป็นผลจากการกดของเส้นเลือดดำที่โป่งพองรอบๆ ท่อน้ำดีหรือเกิดจากภาวะการขาดเลือดของท่อน้ำดีขณะที่มี venous thrombosis จนมีพังผืดเกิดขึ้นกดรัดรอบท่อน้ำดี ระบบเส้นเลือดดำที่พบได้บริเวณท่อน้ำดีจึงสามารถพบได้ 2 ระบบใหญ่ๆ คือ epicholedochal venous plexus (of Saint)⁹ (ภาพที่ 1) และ paracholedochal venous plexus (of Petren)⁹ (ภาพที่ 2) ดังภาพ

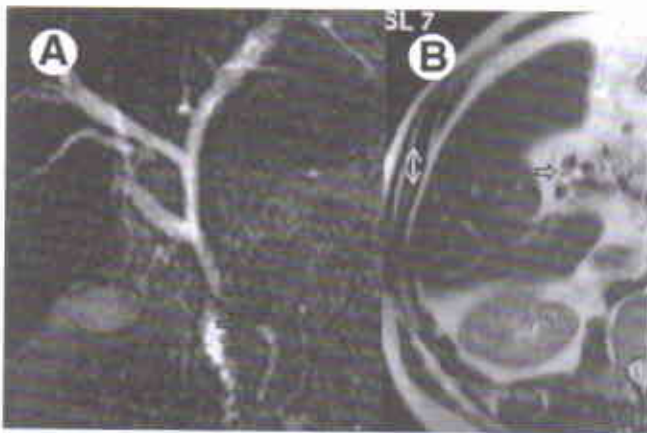


ภาพที่ 1 Venous plexus of Saint

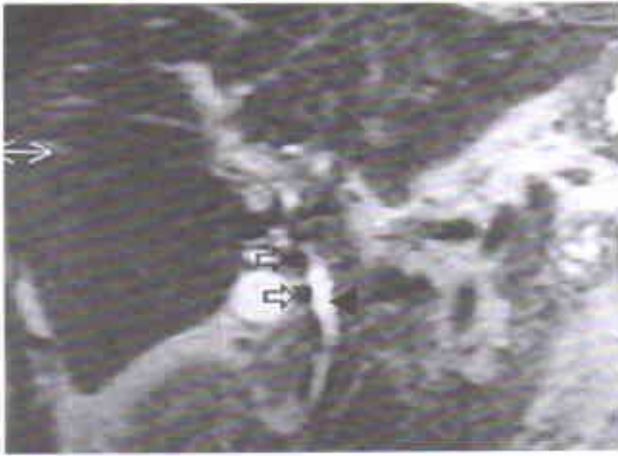


ภาพที่ 2 venous plexus of Petren

โดยเส้นเลือดดังกล่าว นำเลือดมาจากท่อน้ำดี บริเวณผิวหนังด้านนอกของท่อน้ำดี ซึ่งเส้นเลือดโป่งพองจะมีขนาดต่างๆ กันโดยจะไม่เกิน 1 มม. โดยเส้นเลือดดำ paracholedochal จะนำเลือดจาก CBD และเข้าเส้นเลือดดำ gastric ไปยังเส้นเลือดดำ pancreaticoduodenal และเส้นเลือดดำใหญ่ portal สู่นี้อัตบ¹⁰ โดยการโป่งของเส้นเลือดดังกล่าวเป็นสาเหตุทำให้เกิดการอุดตันและโป่งพองของน้ำดี CBD และ Hepatic duct และได้มีการศึกษา magnetic resonance (MR) cholangiographic ร่วมกับ MR portography (ภาพที่ 3 และ 4) ที่แสดงให้เห็นภาพความผิดปกติของท่อน้ำดีที่อุดตันจากภาวะเส้นเลือดโป่งพองจากภาวะ EHPVO และมีภาพของการตีบตันของท่อน้ำดีจากภาวะ EHPVO ที่ดีขึ้นหลังจากการรักษาภาวะ portal hypertension โดยการทำให้ TIPS หรือการผ่าตัดทำ shunt¹²⁻¹⁴ อย่างไรก็ตามลักษณะที่คล้ายกันนี้ออกจากเส้นเลือดที่โป่งพองของภาวะ EHPVO ไม่สามารถหายได้ แม้ความดันใน portal vein จะลดลงแล้วเนื่องจากมีพังผืดเกิดขึ้นจากการอุดตันของ portal vein มานานๆ⁷



ภาพที่ 3 รูป (A) Coronal MR cholangiography แสดงถึงการตีบของท่อน้ำดี CBD และ รูป (B) Axial MR cholangiography ที่แสดงการตีบของท่อน้ำดีจากกลุ่มเส้นเลือดดำโป่งพองเป็นลักษณะจุดดำดังรูปลูกศร



ภาพที่ 4 ภาพ Coronal MR cholangiography แสดงถึงท่อน้ำดีที่มีการตีบ จากกลุ่มเส้นเลือดดำโป่งพองบริเวณลูกศร

นอกจากนี้ภาวะ PHB ยังอาจเกิดจากการที่มีการตายของเนื้อเยื่อของท่อน้ำดี¹⁵ อันเนื่องจากการขาดเลือดที่เกิดจากการกดท่อน้ำดีของเส้นเลือดดำที่โป่งพองโดยตรง หรือเกิดจาก portal vein thrombosis ซึ่งมีผลให้เลือดดำไหลเวียนผิดปกติจนเกิดการขาดเลือดในระดับ capillaries และ arterioles ตามมา กรณีนี้ภาพ cholangiogram¹⁶ ของ PHB มีลักษณะคล้ายกับ ischaemic cholangiopathy ที่พบได้ในผู้ป่วยที่มีการผ่าตัดเปลี่ยนตับ ซึ่งอาจเป็นหลักฐานที่สนับสนุนว่าภาวะ PHB อาจเกิดจากภาวะขาดเลือดของท่อน้ำดี และดีขึ้นจากการใส่ TIPS (ภาพที่ 5)



ภาพที่ 5 ภาพของ ERCP ที่แสดงถึง cholangiogram ที่ปกติของท่อทางเดินน้ำดีหลังการทำ TIPS โดยลูกศรได้แสดงถึงผนังของ stent ใกล้เคียงน้ำดี

Clinical features

ส่วนใหญ่ของผู้ป่วยที่มีภาวะ PHB ส่วนใหญ่มักไม่มีอาการ และมีเพียงส่วนน้อยของผู้ป่วย PHB ที่มีอาการ มักมีอายุเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีอาการ อาจแบ่งได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่คือ

1) Chronic Cholestasis จากการอุดตันของท่อทางเดินน้ำดี เช่น มีอาการตาเหลืองตัวเหลือง คันตามตัวพบประมาณร้อยละ 5-30

2) อาการที่สัมพันธ์กับการอุดตันของนิ่วทางเดินน้ำดี เช่น biliary pain พบได้ร้อยละ 5-18.9 และ cholangitis ซึ่งพบได้น้อยกว่าร้อยละ 1 ของผู้ป่วยทั้งหมด⁶

Imaging

บทบาทในการประเมินท่อทางเดินน้ำดีในผู้ป่วย PHB ค่อนข้างจำกัด เนื่องจากการที่มี collateral ค่อนข้างมากจะเห็นเป็นลักษณะคล้ายท่อแบบ anechoic ซึ่งจะบดบังหรือทำให้สับสนกับท่อทางเดินน้ำดีแต่จะช่วยประเมินการขยายของท่อน้ำดีในเนื้อตับได้ดี นอกจากนี้ ultrasound ยังให้ข้อมูลเพิ่มเติมในกรณีที่มี gallbladder varice ได้ค่อนข้างดีซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 30-55 ในผู้ป่วย EHPVO โดยเห็นเป็นลักษณะกลุ่มเส้นเลือดดำที่คดเคี้ยวบริเวณผนังด้านนอกของถุงน้ำดี หรือบริเวณ gallbladder fossa และถุงน้ำดีมักจะขยายเต็มที่ แม้ผู้ป่วยจะอดอาหารมานานเพียงพอก่อนการตรวจ^{17,1}

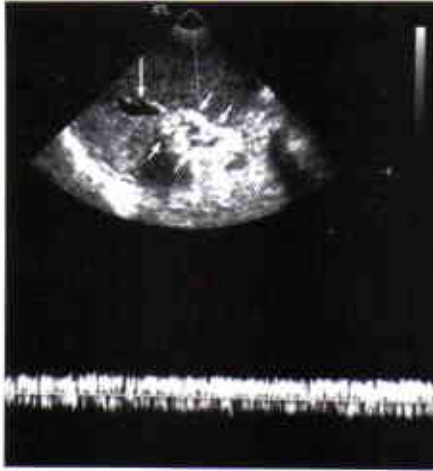
MR cholangiography and portography

จากการศึกษาพบว่า MR cholangiography with MR portography ในผู้ป่วย EHPVO สามารถดูลักษณะเปลี่ยนแปลงของท่อน้ำดีในเนื้อตับ และแยกภาวะเส้นเลือดดำไปรอบถุงน้ำดีออกจากนิ่วในท่อน้ำดีได้ดีกว่าการทำ ERCP นอกจากนี้ยังเป็นการประเมินรอบเส้นเลือดดำก่อนการผ่าตัดทำ shunt เช่น เส้นเลือดดำ splenoportal และเส้นเลือด portal ได้อีกด้วย นอกจากนี้การตรวจ MR cholangiography ร่วมกับ MR portography คือ เป็นการตรวจที่ noninvasive และมีผลแทรกซ้อนน้อยกว่าการทำ ERCP การตรวจดังกล่าวยังถือเป็นการประเมินภาวะ PHB ได้ดีที่สุด^{14,19}

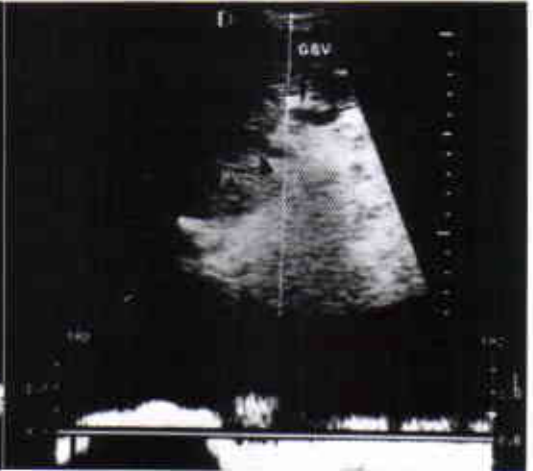
Endoscopic ultrasonography

Endoscopic ultrasonography (EUS) สามารถช่วยแยกภาวะเส้นเลือดไปพองออกจากนิ่วของท่อน้ำดี CBD ได้และยังสามารถประเมิน Gallbladder

Ultrasonography



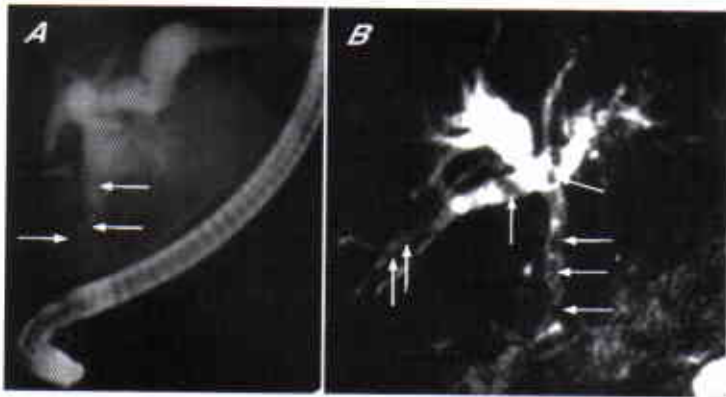
ภาพที่ 6



ภาพที่ 7

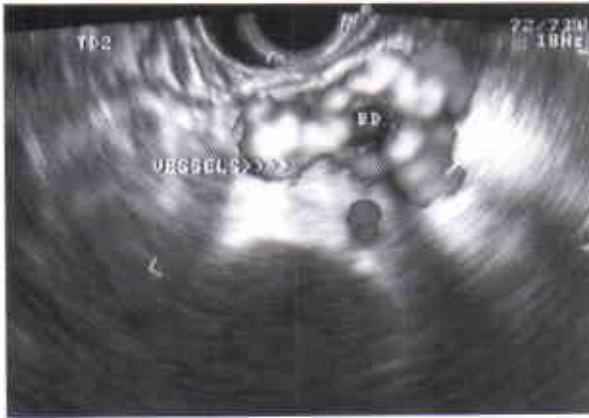
ภาพที่ 6 ภาพอัลตราซาวนด์ Doppler ตรวจพบเส้นเลือดโป่งพอง portal cavernoma (ลูกศรอันเล็ก) และการโป่งพองของท่อน้ำดี intrahepatic (ลูกศรอันใหญ่)

ภาพที่ 7 ภาพอัลตราซาวนด์แสดงถึง gallbladder varices



ภาพที่ 8 (A) ภาพ ERCP แสดง filling defects ใน CBD ที่สงสัยนิ้ว stones ในท่อน้ำดี intrahepatic ที่โป่งพอง (B) ภาพจาก MRCP ในผู้ป่วยคนเดียวกันที่แสดง filling defect ที่เป็นวงๆ พัน (ลูกศร) และรอบท่อน้ำดี และแบบตามยาวตามทางเดินน้ำดี เป็นลักษณะของ choledochal varices

varices ได้ EUS แม้ยังไม่ใช้เป็นมาตรฐานหลักในการวินิจฉัยภาวะ PHB แต่ EUS อาจช่วยในการวินิจฉัยแยกโรคการอุดตันท่อน้ำดีนอกเนื้อตับ เช่น เนื้องอก, นิ่ว ได้ นอกจากนี้การใช้ Doppler flow ใน EUS จะช่วยประเมินเส้นเลือดดำเล็กๆ ที่โป่งพองรอบๆ ท่อน้ำดีที่อาจตรวจไม่พบจากการตรวจวินิจฉัยด้วยวิธีอื่น^{20,21}



ภาพที่ 10 ภาพ Doppler EUS แสดงถึงเส้นเลือดโป่งพองรอบๆ ท่อน้ำดี

Endoscopic retrograde cholangiography

ERCP เป็นการตรวจวินิจฉัยที่สำคัญที่สุดในการวินิจฉัย PHB และสามารถทำการรักษาการอุดตันท่อน้ำดีทางเดินน้ำดีได้ไปในคราวเดียวกัน ภาพ cholangiography ที่พบบ่อยได้แก่ smooth strictures ทั้งสั้นและยาวหลายๆ ตำแหน่งฉิวขรุขระของท่อน้ำดี, filling defects ซึ่งอาจเป็นนิ่วหรือเส้นเลือดดำโป่งพอง นอกจากนี้ก็อาจเห็นเป็นลักษณะโป่งพองของท่อน้ำดีเป็น segmental, มีการถูกกดเบียดและบิดงอของท่อน้ำดี และ clustering และ pruning ของท่อน้ำดีในเนื้อตับ โดยท่อน้ำดีด้านซ้ายในตับจะพบความผิดปกติได้บ่อยที่สุด คือ ตั้งแต่ร้อยละ 55-100 ของผู้ป่วย ส่วนด้านขวาเจอประมาณร้อยละ 40-50 ซึ่ง

ปัจจุบันยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัดว่าเหตุใดเส้นเลือดโป่งพองด้านซ้ายจึงพบมากกว่าด้านขวา แต่เชื่อว่าอาจเกิดจากกลุ่มเส้นเลือดโป่งพอง umbilical vein ซึ่งไหลเวียนกลับ portal vein ด้านซ้ายหรืออาจเกิดจากการที่ไม่สามารถฉีดสีเข้าด้านขวาของท่อน้ำดีได้เต็มที่จาก ERC เนื่องจากเหตุผลของกายวิภาคในทำนองนั้นว่า ในผู้ป่วย PHB ที่พบในตับแข็ง และ idiopathic portal hypertension จะพบการอุดตันของท่อน้ำดีในเนื้อตับได้บ่อยกว่าในขณะที่ผู้ป่วย EHPVO จะพบความผิดปกติได้ทั้งท่อน้ำดี ในเนื้อตับและท่อน้ำดีนอกตับได้พอๆ กัน ส่วนความผิดปกติของ cystic duct และถุงน้ำดีที่เห็นเป็นลักษณะขรุขระพบได้น้อย¹⁹

Treatment

ผู้ป่วยที่ไม่มีอาการปัจจุบันยังไม่แนะนำให้รักษา โดยจะรักษาในกลุ่มที่ผู้ป่วยมีอาการ การรักษามีหลายวิธี แต่มีจุดหมายหลักคือรักษาเพื่อลดความดันสูงของหลอดเลือดดำ portal และรักษาการอุดตันของท่อน้ำดีและวิธีการรักษาที่เหมาะสมขึ้นอยู่กับลักษณะของผู้ป่วยเป็นรายๆ ไป^{6,22}

Endoscopic treatment

การรักษาโดยการส่องกล้องมีตั้งแต่การตัดหูดท่อน้ำดี, การคล้องนิ่วในท่อน้ำดี และการขยายรอยตีบท่อน้ำดี หรือการใส่ท่อระบายน้ำดีในผู้ป่วยที่มีนิ่วอุดตันทางเดินน้ำดีร่วมด้วย การทำ sphincterotomy ท่อน้ำดีถือเป็นวิธีมาตรฐานในการรักษาและนอกจากนี้ยังมีการรักษาโดยใส่ท่อระบายน้ำดี²³ ทั้งแบบ plastic และ metallic stent เพื่อลดอาการของท่อน้ำดีอุดตัน²⁴ เช่น cholangitis, biliary pain จะช่วยบรรเทาอาการได้ แต่มักจะเกิดซ้ำได้บ่อย²⁵ ในผู้ป่วยที่มีนิ่วในท่อน้ำดีที่มีท่อน้ำดีตีบร่วมมักจำเป็นต้องทำการรักษามากกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น²⁶ เราจะทำการรักษาตั้งแต่การตัดหูดท่อน้ำดี ร่วมกับการขยายท่อน้ำดีที่ตีบก่อนที่จะทำการคล้องนิ่วออกจากท่อน้ำดีและในบางคนอาจต้อง

ทำขบนิ่วให้มีขนาดเล็กลงเพื่อทำให้คล้องง่ายขึ้น การทำ sphincterotomy อาจมีเลือดออกได้มากเนื่องจากบริเวณ ampulla และบริเวณข้างเคียงอาจจะมีเส้นเลือดดำโป่งพอง ข้อพึงระวังเมื่อพบภาพ filling defect จาก cholangiogram อาจเป็นนิ่วหรือเส้นเลือดดำโป่งพองในท่อน้ำดีก็ได้ ซึ่งถ้าพบเห็นลักษณะดังกล่าว อาจต้องหลีกเลี่ยงการใช้ basket ในการคล้องนิ่วเพื่อหลีกเลี่ยงการฉีกขาดของเส้นเลือดโป่งพองที่อาจถูกเข้าใจผิดว่าเป็นนิ่ว ซึ่งอาจทำให้เกิดเลือดออกรุนแรงถึงเสียชีวิตได้ ถ้ามีความจำเป็นในการลากนิ่วอาจใช้ balloon จะปลอดภัยกว่า Sezgin และคณะ²⁸ รายงานผู้ป่วย 10 คนที่มีท่อน้ำดีตีบมีนิ่วร่วมด้วย 6 คน ท่อน้ำดีอีกเสบ 5 คน ความยาวของท่อน้ำดีที่ตีบมีตั้งแต่ 1-5 เซนติเมตรได้ทำการรักษาทำการตัดเปิดหลอดท่อน้ำดีทางเดินน้ำดี ร่วมกับการทำ nasobiliary drain หรือการใส่ท่อระบายน้ำดี (7 Fr หรือ 10 Fr) มีการทำ balloon dilatation ขยายรอยตีบท่อน้ำดีในผู้ป่วย 4 คนและทำการคล้องนิ่วในท่อน้ำดีในผู้ป่วย 4 คนระยะเวลาในการติดตามผู้ป่วยทั้งหมดตั้งแต่ 1-7 ปี (เฉลี่ย 2.75) โดยมีคนผู้ป่วยเสียชีวิต 1 คน ภายหลังจากวินิจฉัยเป็น secondary biliary cirrhosis ได้ 2.5 ปี ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาพบว่า 3 คน (ร้อยละ 30) ภาพ cholangiography ดีขึ้นอย่างชัดเจน โดยอีก 7 คน (ร้อยละ 70) ยังคงได้รับการเปลี่ยนใส่ stent ของท่อน้ำดีทุกๆ 6 เดือนหรือในกรณี que เริ่มมีการอุดตันหรืออาการ/อาการแสดงของท่อน้ำดีอีกเสบเฉียบพลันก็จะได้รับการเปลี่ยนท่อน้ำดีก่อนกำหนด

Surgical treatment

การรักษาผ่าตัดผู้ป่วยที่มีภาวะ PHB นั้นมีผลแทรกซ้อนค่อนข้างสูง เนื่องจากการอุดตันของท่อน้ำดีเกิดจากสาเหตุที่สำคัญ คือ ภาวะ PHB เป็นภาวะที่เกิดได้น้อยมากและมีอาการคล้ายคลึงกับภาวะ Cholangiocarcinoma หรือ sclerosing cholangitis ซึ่งการวินิจฉัยดังกล่าวอาจทำให้เกิดผล

แทรกซ้อนตามหลังการผ่าตัดที่ร้ายแรงได้ การไปผ่าตัดโดยเข้าใจว่าเป็น Cholangiocarcinoma นั้นโดยเฉพาะท่อน้ำดีส่วน hepatic pedicle ซึ่งก็จะมีกลุ่มเส้นเลือดดำโป่งพองค่อนข้างมากโดยการผ่าตัดบริเวณดังกล่าวอาจทำให้เกิดเลือดออกรุนแรงได้ถึงขั้นเสียชีวิต ยิ่งไปกว่านั้นการผ่าตัดเชื่อมท่อน้ำดีกับลำไส้ อาจทำได้ยากเนื่องจากกลุ่มเส้นเลือดโป่งพองบริเวณท่อน้ำดี intrahepatic อาจยาวลงมาต่ำกว่าจุดที่อุดตันของท่อน้ำดี ทำให้ผลหลังผ่าตัดทำการระบายท่อน้ำดีอุดตัน ผู้ป่วยอาจไม่ดีขึ้น²²

การผ่าตัดเพื่อตัดต่อทางเดินน้ำดีกับลำไส้เพื่อแก้ไขภาวะท่อน้ำดีอุดตันในผู้ป่วย PHB มีอัตราการตายและผลแทรกซ้อนสูง เนื่องจากการที่มีเส้นเลือดดำรอบๆ ท่อน้ำดีทำให้ยากต่อการผ่าตัดและทำให้เกิดเลือดออกอย่างรุนแรงได้ง่าย มีผู้เสนอว่าควรที่จะทำการผ่าตัด portosystemic shunt เพื่อลดความดันหลอดเลือดดำ portal ก่อนที่จะทำการผ่าตัดเพื่อตัดต่อลำไส้กับท่อน้ำดี⁶ Chaudhary และคณะ³⁰ ได้ทำการผ่าตัดทำ portosystemic shunt ในผู้ป่วย PHB ทั้งหมด 8 คนโดย 5 ใน 7 คนอาการท่อน้ำดีอุดตันหายไป ส่วน 2 คนจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัด hepaticojunostomy ภายหลังเพื่อระบายการอุดตันท่อน้ำดีที่ไม่ดีขึ้นจากการผ่าตัดทำ shunt ในครั้งแรก นอกจากนี้การผ่าตัดทำ shunt อาจมีข้อบ่งชี้ในผู้ป่วย PHB ที่มีภาวะ hypersplenism ร่วมด้วยซึ่งจะช่วยให้เกร็ดเลือดและเม็ดเลือดสูงขึ้นอย่างชัดเจนหลังการผ่าตัด

การทำ transjugular intrahepatic portosystemic shunt เพื่อรักษาการอุดตันของท่อน้ำดีที่เกิดจาก PHB และในผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการตอบสนองต่อการรักษาด้วยวิธีต่างๆ การผ่าตัดเพื่อปลูกถ่ายตับอาจเป็นทางเลือกสุดท้ายที่จะได้ทำการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้³⁰ ส่วนการส่องกล้องนั้นควรทำในผู้ป่วยที่ไม่สามารถผ่าตัดได้และปัญหาเรื่องนี้ในท่อน้ำดีหรือมีการอักเสบของท่อน้ำดีรวมถึงภาวะที่ท่อน้ำดีมีการตีบตัน การที่แนะนำให้ใช้การผ่าตัดในผู้ป่วยกลุ่มนี้มากกว่าการส่องกล้องเนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มักเป็นในอายุน้อย ต้องใช้

ชีวิตอีกเป็นระยะเวลาสั้น การที่มาส่องกล้องเปลี่ยนท่อระบายน้ำดีบ่อยๆ ทุก 4-6 เดือนเป็นเรื่องทำได้ยาก โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ห่างไกลไม่สามารถมาเปลี่ยนได้บ่อย ถ้าเกิดภาวะอุดตันการติดเชื้อรุนแรงอาจเกิดขึ้นได้ นอกจากนี้การรักษาเปลี่ยนท่อระบายน้ำดีทุก 4-6 เดือน อาจจะมีอัตราเสี่ยงที่จะเกิด secondary biliary cirrhosis มากขึ้นโดยการที่น้ำดีไม่สามารถระบายได้เต็มที่จากการอุดตันของท่อน้ำดีหรือมีการอักเสบของท่อทางเดินน้ำดีในช่วงที่ใกล้จะเปลี่ยน ดังนั้น ในผู้ป่วย PHB การผ่าตัดคงเป็นทางเลือกที่ดีที่สุดในระยะยาวของผู้ป่วยกลุ่มนี้

กลุ่มผู้ป่วย PHB ที่มี symptomatic gallstones ร่วมด้วย ก็ควรที่จะได้รับการผ่าตัดทำ shunt ก่อนที่จะตัดถุงน้ำดีออกเนื่องจากการไม่มี shunt เพื่อลดการเกิดเลือดออกระหว่างการผ่าตัดได้และอาจพิจารณาการใช้ยากลุ่ม Vasoactive agent เช่น somatostatin, octreotide or terlipressin ร่วมด้วยเพื่อลดความดันสูงในหลอดเลือดดำ portal และอาจช่วยลดโอกาสเกิดเลือดออกรุนแรงจากการผ่าตัด³¹⁻³³

Dumortier²⁹ และคณะ แนะนำให้รักษาโดยใช้การส่องกล้องร่วมกับการผ่าตัดโดยรายงานผู้ป่วย 6 คนซึ่งได้รับการรักษาโดยการส่องกล้องมีผู้ป่วย 4 คนที่ไม่สามารถรักษาได้โดยการส่องกล้องเพียงอย่างเดียวซึ่งผู้ป่วยทั้งหมดได้รับการผ่าตัดทำ shunt เพื่อรักษาโดยพบว่าหลังการผ่าตัดสามารถนำท่อระบายน้ำดีออกได้และไม่มีอาการของโรคกลับมาอีกเลย

สรุป

PHB เป็นภาวะที่มีความผิดปกติของท่อน้ำดีที่เห็นได้จากภาพทาง ERC หรือ MRCP โดยสาเหตุที่เกิดขึ้นมักจะมีสาเหตุจากภาวะ EHPVO มากกว่าสาเหตุอื่นๆ ของ portal hypertension ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักไม่มีอาการ ผู้ที่มีอาการประมาณ 1 ใน 5 ของผู้ป่วยทั้งหมดที่พบบ่อยได้แก่ biliary pain, ดีซ่าน และมี

การติดเชื้ของท่อน้ำดีได้ สาเหตุที่ทำให้เกิด PHB ยังไม่เป็นที่แน่ชัด แต่ น่าจะเกิดจากการที่มีเส้นเลือดดำบริเวณท่อน้ำดีโป่งพองและเบียดท่อน้ำดี โดยตรงหรือทำให้เกิดการอุดตันของเส้นเลือดดำ portal ทำให้เกิดการขาดเลือดของท่อน้ำดี การวินิจฉัยควรที่จะส่งตรวจ MR cholangiography with MR portography เป็นทางเลือกแรกที่จะประเมิน PHB ได้ดี การทำ EUS ร่วมกับทำ Doppler อาจมีประโยชน์ในการช่วยแยกสาเหตุที่เกิดการอุดตันของท่อน้ำดีจากสาเหตุอื่นๆ ส่วน endoscopy มักถูกเลือกใช้ในกรณี que คิดว่าจะให้การรักษาไปในคราวเดียวกัน

ในปัจจุบันยังไม่มีข้อตกลงใดที่ได้ถือว่าเป็นมาตรฐานในการรักษา PHB ซึ่งการรักษาโดยการส่องกล้องอาจถูกเลือกใช้ในบางสภาวะ เช่น มีนิ่วในท่อน้ำดี, ท่อน้ำดีอักเสบแบบเฉียบพลัน, ภาวะที่มีท่อน้ำดีตีบตัน ส่วนการส่องกล้องเพื่อรักษาในระยะยาวโดยการเปลี่ยนท่อน้ำดี ทุกๆ 6 เดือนอาจใช้ในกรณีที่ไม่สามารถรักษาโดยการผ่าตัดทำ portosystemic shunt ควรเลือกทำในกรณีที่เส้นเลือดดำที่ทำ shunt ยังไหลเวียนดี การทำ TIPS อาจเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการลดความดันเส้นเลือดดำ portal ในกรณีที่การผ่าตัดทำ shunt ไม่สามารถทำได้ นอกจากนี้การผ่าตัดเพื่อตัดต่อลำไส้กับท่อน้ำดีอาจมีความจำเป็นในกรณีที่ภาวะท่อน้ำดีอุดตันไม่ดีขึ้นหลังจากการผ่าตัดทำ shunt การที่จะเลือกรักษาวิธีใดนั้นก็ขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วย ระยะเวลาของโรค จนถึงความเหมาะสมในสถานะของผู้ป่วยแต่ละราย



Algorithm for the management of a patient with portal hypertensive biliopathy^{6,22}

References

1. Bayraktar Y, Balkanci F, Kayhan B, et al. Bile duct varices or “pseudo-cholangiocarcinoma sign” in portal hypertension due to cavernous transformation of the portal vein. *Am J Gastroenterol* 1992;87:1801–6.
2. Dilawari JB, Chawla YK. Pseudosclerosing cholangitis in extrahepatic portal venous obstruction. *Gut* 1992;33:272–6.
3. Gibson JB, Johnston GW, Fulton TT, et al. Extrahepatic portal venous obstruction. *Br J Surg* 1965;52:129–39.
4. Williams SM, Burnett DA, Mazer MU. Radiographic demonstration of common bile duct varices. *Gastrointest Radiol* 1982;7:69-70.
5. Dhiman RK, Chawla Y, Duseja A, et al. Portal hypertensive biliopathy (PHB) in patients with extrahepatic portal venous obstruction (EHPVO) *J Gastroenterol Hepatol* 2006;21:A504.
6. Dhiman RK, Behera A, Chawla YK, Dilawari JB, Suri S. Portal hypertensive biliopathy. *Gut* 2007;56:1001–8.
7. Anand CS, Tandon BN, Nundy S. The causes, management and outcome of upper gastrointestinal hemorrhage in an Indian hospital. *Br J Surg* 1983;70:209–11.
8. Saint OA. The epicholedochal venous plexus and its importance as a mean of identifying the common bile duct during operations on extrahepatic biliary tract. *Br J Surg* 1971;46:489–98.
9. Petren T. Die extrahepatischen Gallenwegsvenen and ihre. Pathologischesanatomische Bedeutung. *Verh Anat Ges* 1932;41: 139–43.
10. Shapiro AL, Robillard GL. The arterial blood supply of the common and hepatic bile ducts with reference to problems of common duct

injury and repair: Based on a series of 23 dissections. *Surgery* 1948;23:1-4.

11. Gorgul A, Kayhan B, Dogan I, et al. Disappearance of pseudocholelithiasis sign after TIPSS. *Am J Gastroenterol* 1996;91:150-4.
12. Bayraktar Y, Ozturk MA, Egesel T, et al. Disappearance of "pseudocholelithiasis sign" in a patient with portal hypertension due to complete thrombosis of left portal vein and main portal vein web after web dilatation and transjugular and intrahepatic portosystemic shunt. *J Clin Gastroenterol* 2000;31:328-32.
13. Chaudhary A, Dhar P, Sachdev A, et al. Bile duct obstruction due to portal biliopathy in extrahepatic portal hypertension: surgical management. *Br J Surg* 1998;85:326-9.
14. Condat B, Vilgrain V, Asselah T, et al. Portal cavernoma associated cholangiopathy: a clinical and MR cholangiography coupled with MR portography imaging study. *Hepatology* 2003;37:1302-8.
15. Dhiman RK, Puri P, Chawla Y, et al. Biliary changes in extrahepatic portal venous obstruction: compression by collaterals or ischemic. *Gastrointest Endosc* 1999;50:646-52.
16. Cameron AM, Busuttill RW. Ischemic cholangiopathy after liver transplantation. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int* 2005;4:495-501.
17. Malkan GH, Bhatia SJ, Bashir K, et al. Cholangiopathy associated with portal hypertension: diagnostic evaluation and clinical implications. *Gastrointest Endosc* 1999;49:344-8.
18. Dhiman RK, Lawrence A, Sharma A, et al. Effect of portal biliopathy and gallbladder varices on gallbladder motility and bile lithogenicity in patients with extrahepatic portal venous obstruction. *J Gastroenterol Hepatol* 2004;19:A736.

19. Dhiman RK, Singh P, Behera A, et al. Diagnosis of portal hypertensive biliopathy (PHB) in patients with extrahepatic portal venous obstruction (EHPVO): endoscopic retrograde cholangiography versus MR cholangiography *J Gastroenterol Hepatol* 2006;21:A507.
20. Palazzo L, Hochain P, Helmer C, et al. Biliary varices on endoscopic ultrasonography. *Endoscopy* 2000;32:520-4.
21. Umphress JL, Pecha RE, Urayama S. Biliary stricture caused by portal biliopathy: diagnosis by EUS with Doppler US. *Gastrointest Endosc* 2004;60:1021-4.
22. Vibert E, Azoulay D, Aloia T, Pascal G. Therapeutic strategies in symptomatic portal biliopathy. *Ann Surg* 2007;246:97-104.
23. Khare R, Sikora SS, Srikanth G, et al. Extrahepatic portal venous obstruction and obstructive jaundice: approach to management. *J Gastroenterol Hepatol* 2005;20:56-61.
24. Mercado-Diaz MA, Hinojosa CA, Chan C, et al. Portal biliopathy. *Rev Gastroenterol Mex* 2004;69:37-4.
25. Solmi L, Rossi A, Conigliaro R, et al. Endoscopic treatment of a case of obstructive jaundice secondary to portal cavernoma. *Ital J Gastroenterol Hepatol* 1998;30:202-4.
26. Dhiman RK, Chhetri D, Behera A, et al. Management of biliary obstruction in patients with portal hypertensive biliopathy (PHB) *J Gastroenterol Hepatol* 2006;21:A505.
27. Dhiman RK, Chawla Y, Duseja A, et al. Portal hypertensive biliopathy (PHB) in patients with extrahepatic portal venous obstruction (EHPVO) *J Gastroenterol Hepatol* 2006;21:A504.
28. Sezgin O, Oguz D, Attintas E, et al. Endoscopic management of biliary obstruction caused by cavernous transformation of the portal vein. *Gastrointest Endosc* 2003;68:602-8.

29. Dumortier J, Vaillant E, Boillot O, et al. Diagnosis and treatment of biliary obstruction caused by portal cavernoma. *Endoscopy* 2003;35:446-50.
30. Chaudhary A, Dhar P, Sachdev A, et al. Bile duct obstruction due to portal biliopathy in extrahepatic portal hypertension: surgical management. *Br J Surg* 1998;85:326-9.
31. Filipponi F, Urbani L, Catalano G, et al. Portal biliopathy treated by liver transplantation. *Transplantation* 2004;77:326-7.
32. Yang JF, Wu XJ, Li JS, et al. Effect of somatostatin versus octreotide on portal haemodynamics in patients with cirrhosis and portal hypertension. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2005;17:53-7.
33. Escorsell A, Bandi JC, Moitinho E, et al. Time profile of the hemodynamic effects of terlipressin in portal hypertension. *J Hepatol* 1997;26:621-7.



GAT NEWS

บรรยากาศการประชุมวิชาการร่วม 4 สถาบัน ปี 2551

27-29 พฤศจิกายน พ.ศ. 2551 ศุภนิเวศน์เพทยวิชัยยุทธ



บรรยากาศ ณ ที่ลงทะเบียนประชุมฯ



ค.พญ.รุติมา ประมูลสินทรัพย์
นายกสภามคมฯ กล่าวเปิดงาน



Special lecture : “คุณหมอมจะปฏิบัติตนอย่างไร จึงจะไม่ถูกฟ้อง”
โดย พท.พพ.สมพันธ์ บุญยคุปต์



นอกจากบรรยายวิชาการแล้ว VDO clip (endoscopy) เราก็มี



แม้ว่าสถานการณ์บ้านเมืองในขณะนั้นจะเป็นอย่างไร
แต่.....ผู้เข้าร่วมประชุม (แผนพินธุ์แท้) ก็ไม่หวั่น



ถามตอบปัญหาและแลกเปลี่ยนความรู้ซึ่งกันและกัน



ผ่านคลาย...ได้เวลา shopping แล้ว!!



ขอบคุณทุกๆ บริษัทฯ ที่ให้การสนับสนุนการประชุมวิชาการครั้งนี้

บรรยากาศงานเลี้ยง

“สรุปผลงาน มอบหมายงานให้กับรั้งตำแหน่งนายกสมาคม ขอบคุณกรรมการ
และบริษัทฯ”

วันที่ 28 พฤศจิกายน พ.ศ. 2551

ณ โรงแรมแอมบาสเดอร์ กรุงเทพฯ

จัดโดย ศ.พญ. ชุตติมา ประมุขสุนทรภัญญ์ นายกสมาคมฯ วาระ 2550-2551



บรรยากาศหน้าห้องจัดเลี้ยง



คณะกรรมการจาก 2 สมาคม ได้แก่ สมาคมโรคระบบทางเดิน
อาหารฯ และสมาคมโรคตับฯ ตัวแทนจากบริษัทฯ ต่างๆ และ
ฝ่ายเลขานุการของสมาคมฯ ผู้ร่วมงาน



2 พิธีกรรับเชิญ พญ.พนิดา ทองอุทัยศรี และ รศ.นพ.สมชาย
สิลากุลหลวงค์



VDR สรุปลงงานที่ผ่านมามาในช่วง 2550-2551 ที่ผ่านมามา
รวมทั้งขอบคุณทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง



ศ.พญ.ชุตินา ประมูลสินทรัพย์ นายภัสมาดมาฯ กล่าวขอบคุณ
ด้วยตนเองอีกครั้ง



นายภัสมาดมาฯ นำร้องเพลง "If we hold on together"
ร่วมกัน



ศ.พญ.ชุตติมา ประมุขสุนทรทรัพย์ ส่งมอบงานให้กับ ศ.นพ.อุดม
คชินทร ซึ่งเป็นตัวแทน ผศ.นพ.องอาจ ไพรสณฑ์ราษฎร์
นายกสมาคมทางเดินอาหารฯ วาระ 2552-2553



ศ.พญ.ชุตติมา ประมุขสุนทรทรัพย์ ส่งมอบงานให้กับ
พอ.นพ.อนุชิต ฐาตะพุทธิ นายกสมาคมโรคตับฯ วาระ 2552-2553



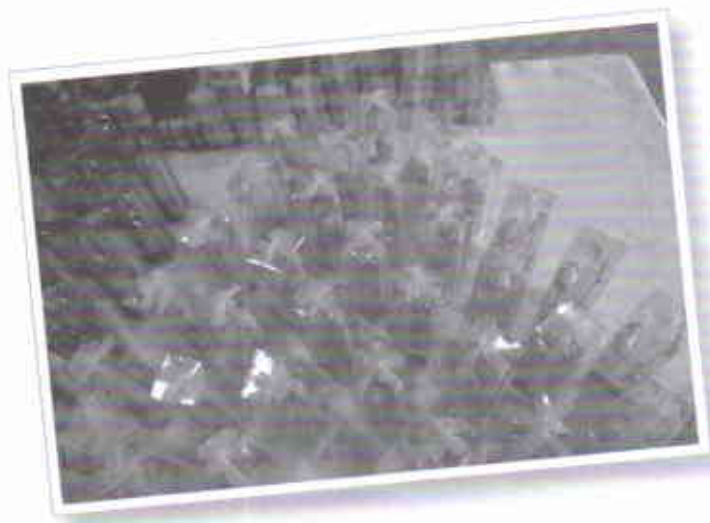
รศ.นพ.สถาพร มานัสสฤษดิ์ เป็นตัวแทนของหน่วยโรคระบบทางเดินอาหารฯ ศิริราชพยาบาล มอบช่อดอกไม้แสดงความยินดีและขอบคุณ ศ.พญ.ฐิติมา ประมูลสินทรัพย์ นายกลส์มาคมฯ



พอ.นพ.วานิช ปิยนิรันดร์
ตัวแทนของหน่วยโรคระบบ
ทางเดินอาหารฯ
รพ.พระมงกุฎเกล้า มอบช่อดอกไม้แสดงความยินดีและ
ขอบคุณนายกลส์มาคมฯ



ตัวแทนของบริษัทต่างๆ มอบช่อดอกไม้แสดงความยินดี
และขอบคุณนายกสมาคมฯ



...ขอบคุณอีกครั้ง ขอบคุณจริงๆ...

ศ.พญ.รุติมา ประมูลสินทรัพย์ นายกสมาคมฯ วาระ 2550-2551

คุยกับ บ.ก.

พญ.พนิดา ทองอุทัยศรี
ประธานบรรณาธิการจุลสารสมาคมฯ

สวัสดิ์ดีค่ะ สมาชิกทุกท่าน จุลสารฉบับนี้เป็นฉบับสุดท้ายของคณะอนุกรรมการฯ วาระ 2550-2551 นับตั้งแต่เริ่มงานจุลสารฉบับแรกของปี 2550 ถึงฉบับนี้ซึ่งเป็นฉบับที่ 12 ของอนุกรรมการชุดนี้ นับตั้งแต่สมาคมเริ่มจัดทำจุลสาร ก็ได้รับความสนใจจากสมาชิกมาด้วยดีตลอด ในระหว่างปี 2550-2551 ดิฉันรู้สึกเป็นเกียรติอย่างยิ่งที่ได้มีโอกาสช่วยสมาคมฯ โดยเป็นประธานในการจัดทำจุลสารสมาคม ดิฉันหวังว่าเนื้อหาในจุลสารที่ผ่านมาไม่ว่าจะเป็น Interhospital conference, topic review, ตอบคำถามชิงรางวัล (2550), เปิดโลกกว้าง (2550), คุณถาม-เราตอบ (2550) และ Hint from the pamphlet (2551) คงจะให้ความรู้และเป็นประโยชน์กับสมาชิกในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้คอลัมน์อื่นๆ ไม่ว่าจะเป็น GAT news (2550-2551), คุยกับ บ.ก. (2550-2551) และ ปฏิทินกิจกรรมสมาคม (2550-2551) รวมทั้งรายงานการประชุม เป็นการสื่อสารและประชาสัมพันธ์ชาวต่างๆ ระหว่างสมาชิกกับสมาคมฯ ให้ update ตลอด

สำหรับเนื้อหาในฉบับนี้ มีบทความพิเศษคือ สารจากนายก ซึ่ง ศ.พญ.ชุติมา ประมูลสินทรัพย์ นายกสมาคมฯ ของเรา ได้กล่าวถึงผลงานในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา และอนาคตทิศทางการข้างหน้าของสมาคมฯ ตลอดจนขอบขอบคุณคณะอำนวยการสมาคมฯ ทีมงานและบริษัทฯ ต่างๆ ที่ช่วยเหลือและสนับสนุนงานต่างๆ ของสมาคมฯ และ GAT NEWS ได้นำภาพบรรยากาศการประชุมวิชาการร่วม 4 สมาคมครั้งแรก เมื่อ 27-29 พฤศจิกายน พ.ศ. 2551 ที่ศูนย์การแพทย์วิชัยยุทธ และบรรยายกาศงานเลี้ยงขอบคุณ ซึ่ง ศ.พญ.ชุติมา ประมูลสินทรัพย์ ในฐานะที่เป็นนายกทั้ง 2 สมาคม คือสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารฯ และสมาคมโรคตับ (ประเทศ-

ไทย) ได้จัดเลี้ยงขอบคุณเป็นการส่วนตัว ให้กับคณะกรรมการอำนวยการสมาคมแพทย์ทางเดินอาหารฯ และสมาคมโรคตับ (ประเทศไทย) รวมทั้งตัวแทนจากบริษัทยาและเลขาสมาคมฯ ซึ่งบรรยากาศและความประทับใจ ได้รวบรวมไว้ใน GAT News

สำหรับเนื้อหาวิชาการก็ยิ่งเข้มข้นเช่นเดิม ไม่ว่าจะเป็น Interhospital conference เป็นผู้ป่วยชายไทย 48 ปี มาด้วยอาการแน่นอึดท้องมาประมาณ 3 เดือน และ topic review เรื่อง Portal hypertensive biliopathy ซึ่ง review ได้ดี

ดิฉันขอขอบคุณอนุกรรมการหลายท่านที่ช่วยเหลือในการทำจุลสาร ไม่ว่าจะเป็นการช่วยตรวจบทความ การตอบคำถาม ฯลฯ ขอขอบคุณสมาชิกที่ติดตามและให้คำติชมต่างๆ ขอขอบคุณ GI fellow และอาจารย์ที่ปรึกษาที่ช่วยหา interesting case และ topic review ที่น่าสนใจ ขอขอบคุณพรทิพย์ จินแพทย์ (คุณจิม) ที่ช่วยติดตามและส่งต้นฉบับ interesting case และ topic review มาให้ ขอขอบคุณบริษัทที่เป็น sponsor สนับสนุนค่าใช้จ่ายในการจัดพิมพ์และค่าจัดส่งให้กับสมาชิกทั่วประเทศ ซึ่งจาก website สมาคม www.gastrothai.com ณ วันที่ 4 ธันวาคม 2551 สมาคมฯ มีสมาชิกทั้งสิ้น 946 คน และจุลสารยังจัดส่งไปโรงพยาบาลต่างๆ ทั่วประเทศ และท้ายสุดขอขอบคุณ ศ.พญ.ชุตินา ประมูลสินทรัพย์ที่ได้ให้ความไว้วางใจ แต่งตั้งเป็นรองเลขาสมาคมฯ และเป็นประธานบรรณาธิการจุลสาร วาระ 2550-2551 และดิฉันหวังว่าสมาชิกฯ คงให้การตอบรับจุลสารของเราต่อเนื่องไป ในปี 2552 ซึ่งเป็นฉบับที่ 81 ของสมาคมฯ ซึ่งคณะกรรมการ วาระ 2552-2553 ที่มาช่วยสานต่อ ต่างก็ทุ่มเทแรงกายแรงใจเพื่อให้จุลสารของสมาคมฯ ดียิ่งขึ้นไป

ท้ายนี้ เนื่องในวาระดิถีปีใหม่ที่จะถึงนี้ ดิฉันขออาราธนาคุณพระศรีรัตนตรัย และสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ทุกท่านให้ความเคารพนับถือ ขออวยพรให้ท่านมีความสุข สุขภาพแข็งแรง และสมหวังในสิ่งที่ต้องการ

ขอขอบคุณอีกครั้งและเตรียมพบกับจุลสารฉบับหน้าค่ะ

พญ.พนิดา ทองอุทัยศรี

รองเลขาธิการสมาคมฯ

t_panida2001@yahoo.com

ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิกตลอดชีพ
สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้าขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกตลอดชีพของ “สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย” โดยรับรองว่าจะปฏิบัติตามกฎข้อบังคับและระเบียบของสมาคมฯ ทุกประการ รายละเอียดของข้าพเจ้ามีดังนี้

กรุณาเขียนด้วยตัวบรรจง [] นายแพทย์ [] แพทย์หญิง

1. ชื่อ-สกุล.....

First Name/Last Name.....

ตำแหน่งทางวิชาการ.....

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

คุณวุฒิ.....

2. ท่านปฏิบัติงานด้านโรกระบบทางเดินอาหาร

[] น้อยกว่า 50% ของเวลาทำงาน [] มากกว่า 50% ของเวลาทำงาน

3. ที่อยู่ปัจจุบัน (ที่สามารถติดต่อและส่งจดหมายถึงได้)

บ้านเลขที่.....ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... โทรศัพท์.....

4. ที่ทำงาน

..... โทรศัพท์.....

โทรสาร.....

5. การติดต่อทางไปรษณีย์ กรุณาส่งไปที่ [] บ้าน [] ที่ทำงาน

6. ผู้รับรองในการสมัครสมาชิกของสมาคมฯ ครั้งนี้ คือ

1.).....

2.).....

การสมัครสมาชิกสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

1. ใบสมัครสมาชิกฯ

2. ค่าสมัครสมาชิกฯ จำนวน 1,000.00 บาท (ตลอดชีพ)

สถานที่รับสมัคร

สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

ตึกผะอบ ชั้น 1 สาขาวิชาโรกระบบทางเดินอาหาร

โรงพยาบาลศิริราช บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700 โทร 0 2419 7283 ต่อ 104

โทรสาร 0 2412 0586

หมายเหตุ : ในการสมัครสมาชิกจะสมบูรณ์ต่อได้ผ่านมติที่ประชุมของกรรมการสมาคมฯ แล้วเท่านั้น พร้อมกันนี้ ข้าพเจ้าได้ชำระเงินเป็นค่าสมัครสมาชิกตลอดชีพแล้ว เป็นเงิน 1,000.00 บาท (=หนึ่งพันบาทถ้วน=) ซึ่งข้าพเจ้าได้ชำระเป็น [] เงินสด [] เช็คธนาคาร ...

สาขา..... เลขที่..... ลงวันที่.....

ลงชื่อ.....

(.....)

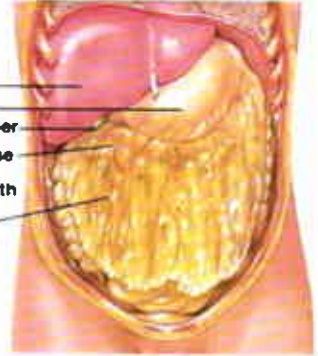
Hints from the Pamphlet

Omental cake

- The omentum is a large fatty structure which drapes over the intestines inside the abdomen acting like a band-aid to limit spread of infection.
- Unfortunately, since it has a lot of tiny blood vessels, it is fertile ground for cancers to implant and grow.

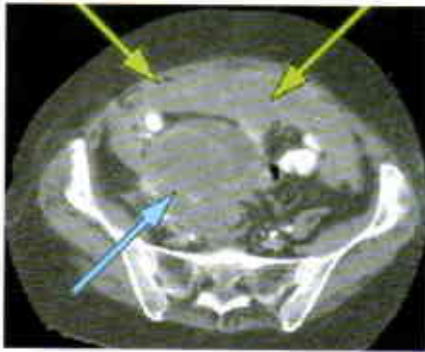
Greater Omentum

Liver
Stomach
Gallbladder
Transverse colon underneath
Greater omentum



Omental cake

- Omental cake refers to infiltration of the omental fat by material of soft-tissue density.
- In radiology, omental cake is a term used to describe an abnormally thickened appearance of the greater omentum.
- The most common causes are metastases from ovary, stomach or colon. Malignant ascites may be present. In contrast, primary tumors of the omentum are very rare.
- Tuberculous peritonitis may also give this appearance.



CT scan shows a large heterogeneous complex pelvic mass (blue arrow) and a large amount of peritoneal masses consistent with omental metastasis known as "omental caking" (green arrows).