

จุลสาร

สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย



<http://www.gastrothai.net>

ปีที่ 22 ฉบับที่ 111 ประจำเดือน กันยายน-ธันวาคม 2558



- Gastric Schwannoma
- Gastric Antral Vascular Ectasia
- โครงการส่องกล้องคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ รพ.สุรินทร์

บรรณาธิการ

จินดารัตน์ เจียเจษฎากุล

สารบัญ

คณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯ วาระ พ.ศ. 2558-2559	1
บ.ก. บอกก้าว	4
สรุปการประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯ ครั้งที่ 3-8/2558	6

Review Article

Gastric Schwannoma	24
---------------------------	----

ฉนวนต์ ภัทรพันธุ์กุล

บัญชา โอวาทพิรพร

Gastric Antral Vascular Ectasia (GAVE)	41
---	----

ปาไลตา ชวนเกริกกุล

กฤษณ์ อุบัชฌาย์

เก็บ (ภาพ) มาฝาก

โครงการส่องกล้องตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ ณ โรงพยาบาลสุรินทร์	66
ใบสมัครสมาชิกสมาคม	70

จัดรูปเล่มและดำเนินการพิมพ์

สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร

3/3 สุขุมวิท 49 แขวงคลองตันเหนือ เขตวัฒนา กรุงเทพมหานคร 10110

โทร. 0-2258-7954, 0-2662-4347

โทรสาร 0-2258-7954

E-mail : bkkmed@gmail.com

คณะกรรมการอำนวยการ สมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย วาระ พ.ศ. 2558-2559

- | | |
|--|---------------------------------------|
| 1. พญ.วโรชา มหาชัย | นายกสมาคม |
| 2. พญ.โหมศรี โฆษิตชัยวัฒน์ | รองตำแหน่งนายก |
| 3. นพ.สมชาย ลีลากุลลวงค์ | อุปนายก |
| 4. นพ.รัฐกร วิไลชนม์ | เลขาธิการ |
| 5. พ.ต.หญิง พญ.จินดารัตน์ เจียเจษฎากุล | รองเลขาธิการ |
| 6. พ.อ.นพ.วานิช ปิยนรินทร์ | เหรัญญิก |
| 7. น.อ.นพ.ชินวัตร สุทธิวัฒนา | ประธานฝ่ายปฏิบัติการและสวัสดิการ |
| 8. นพ.กำธร เผ่าสวัสดิ์ | ประธานฝ่ายวิจัย |
| 9. นพ.สมบัติ ตริประเสริฐสุข | ประธานฝ่ายวิชาการและการศึกษาต่อเนื่อง |
| 10. พญ.ดวงพร วีระวัฒกานนท์ | ประธานฝ่ายวารสาร |
| 11. นพ.สุพจน์ พงศ์ประสพชัย | ประธานฝ่ายการศึกษาหลังปริญญา |
| 12. นพ.พิศาล ไม้เรียง | ประธานฝ่ายกิจกรรมสังคม |
| 13. นพ.เฉลิมรัฐ บัญชรเทวกุล | ประธานฝ่ายสารสนเทศและการสื่อสาร |
| 14. นพ.ธีระ พิรัชวิสุทธิ | ประธานฝ่ายหาทุน |
| 15. พญ.วัฒนา สุชีไพศาลเจริญ | ประธานฝ่ายจริยธรรม |
| 16. นพ.พิเศษ พิเศษพงษา | ผู้แทนชมรมลำไส้เล็ก ลำไส้ใหญ่ |
| 17. พญ.รภัส พิทยานนท์ | ผู้แทนชมรมกระเพาะอาหาร |
| 18. นพ.อภิชาติ แสงจันทร์ | ผู้แทนชมรมตับอ่อนและทางเดินน้ำดี |
| 19. นพ.กิตติ จันทรเลิศฤทธิ์ | กรรมการกลาง |
| 20. นพ.คมสันต์ เลิศคุปินิจ | กรรมการกลาง |
| 21. พญ.ณัชชญา จำรูญกุล | กรรมการกลาง |
| 22. นพ.มล.ทยา กิตติยากร | กรรมการกลาง |



- | | |
|-------------------------------------|-------------|
| 23. นพ.ทวีศักดิ์ แทนวันดี | กรรมการกลาง |
| 24. นพ.ธีรพันธ์ สรรพจิต | กรรมการกลาง |
| 25. พญ.นนทลี เผ่าสวัสดิ์ | กรรมการกลาง |
| 26. พญ.นภาพร จำรูญกุล | กรรมการกลาง |
| 27. พญ.บุบผา พรธิดาสาร | กรรมการกลาง |
| 28. พญ.ปิยธิดา หาญสมบุรณ์ | กรรมการกลาง |
| 29. นพ.พลรัตน์ วิไลรัตน์ | กรรมการกลาง |
| 30. พญ.มณฑิรา มณีรัตนะพร | กรรมการกลาง |
| 31. พญ.รัตนา บุญศิริจันทร์ | กรรมการกลาง |
| 32. นพ.ศตวรรษ ทองสวัสดิ์ | กรรมการกลาง |
| 33. นพ.สุเทพ กลชาญวิทย์ | กรรมการกลาง |
| 34. น.อ.นพ.สุพจน์ ตันติพานิชธีระกุล | กรรมการกลาง |
| 35. นพ.อุทัย แก้วเอี่ยม | กรรมการกลาง |
| 36. พญ.กวรรณิการ์ พรพัฒน์กุล | ที่ปรึกษา |
| 37. นพ.จรินทร์ โรจน์บวรวิทยา | ที่ปรึกษา |
| 38. พญ.ชุตติมา ประมูลสินทรัพย์ | ที่ปรึกษา |
| 39. นพ.เต็มชัย ไชยหนูดี | ที่ปรึกษา |
| 40. นพ.ทวี รัตนชูเอก | ที่ปรึกษา |
| 41. นพ.ทองดี ชัยพานิช | ที่ปรึกษา |
| 42. นพ.บัญญัติ โอวาทฟ้าพร | ที่ปรึกษา |
| 43. นพ.ปิยะวัฒน์ โกมลมิตร | ที่ปรึกษา |
| 44. นพ.พินิจ กุลละวณิชย์ | ที่ปรึกษา |
| 45. นพ.พิสิฐ ตั้งกิจวานิชย์ | ที่ปรึกษา |
| 46. พ.ต.ท.นพ.ยีนยง เจียงวิรัชชัยกูร | ที่ปรึกษา |
| 47. พล.ต.นพ.วิชัย ชัยประภา | ที่ปรึกษา |
| 48. พญ.วีณา วงศ์พานิช | ที่ปรึกษา |
| 49. พญ.ศศิประภา บุญญพิสิฐ | ที่ปรึกษา |



- | | |
|----------------------------------|-----------|
| 50. นพ.สมพนธ์ บุญยคุปต์ | ที่ปรึกษา |
| 51. นพ.สวัสดิ์ หิตะนันท์ | ที่ปรึกษา |
| 52. นพ.สัจพันธ์ อิศรเสนา | ที่ปรึกษา |
| 53. นพ.สิน อนุราษฎร์ | ที่ปรึกษา |
| 54. นพ.สิริวัฒน์ อนันตพันธุ์พงศ์ | ที่ปรึกษา |
| 55. พล.อ.ต.นพ.สุจินต์ จารุจินดา | ที่ปรึกษา |
| 56. นพ.สุชา คุระทอง | ที่ปรึกษา |
| 57. พล.ท.นพ.สุรพล ชื่นรัตน์กุล | ที่ปรึกษา |
| 58. นพ.สถาพร มานัสสถิตย์ | ที่ปรึกษา |
| 59. นพ.องอาจ ไพโรสถทรงกูร | ที่ปรึกษา |
| 60. พล.ต.นพ.อนุชิต จุฑะพุทธิ | ที่ปรึกษา |
| 61. พญ.อาภัสณี โสภณสฤษดิ์สุข | ที่ปรึกษา |
| 62. นพ.อุดม คชินทร | ที่ปรึกษา |

สรุปการประชุมคณะกรรมการ อำนวยการสมาคมฯ

การประชุม ครั้งที่ 3/2558

วันศุกร์ที่ 13 มีนาคม 2558 เวลา 10.00 - 12.00 น.

ณ ห้องประชุม ชั้น 22 อาคารศูนย์การแพทย์วิชัยยุทธ กรุงเทพฯ

เปิดประชุมเวลา 10.25 น. โดยมี พญ.วโรชา มหาชัย เป็นประธานในที่ประชุม

วาระที่ 1 เรื่องที่ประธานแจ้งเพื่อทราบ
ไม่มี

วาระที่ 2 รับรองรายงานการประชุมครั้งที่ 2/2558
ที่ประชุมมีมติรับรองรายงานการประชุมครั้งที่ 2/2558 โดยไม่มีการแก้ไข

วาระที่ 3 เรื่องสืบเนื่องและพิจารณา

3.1 พิจารณาให้ทุนวิจัยเฟลโลว์ปีที่ 1 จำนวน 30 ท่าน

นพ.กัศร เผ่าสวัสดิ์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่า เข้าวันนี้ได้มีการประชุมคณะกรรมการฝ่ายวิจัย และได้มีการพิจารณาการให้ทุนสนับสนุนงานวิจัยเฟลโลว์ปีที่ 1 ดังนั้นจึงขอให้ที่ประชุมคณะกรรมการอำนวยการพิจารณาการให้ทุนสนับสนุนงานวิจัยเฟลโลว์ปีที่ 1 จำนวน 30 ท่าน

ที่ประชุมได้ร่วมกันพิจารณาและมีมติอนุมัติทุนสนับสนุนงานวิจัยเฟลโลว์ปีที่ 1 เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น 800,000 บาท

3.2 สถานที่จัดประชุมวิชาการกลางปี วันที่ 2-4 กรกฎาคม 2558

พญ.วโรชา มหาชัย ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่า โรงแรมที่จะจัดการ



ประชุมวิชาการกลางปี คือ โรงแรมดุสิตธานี พัทยา สำหรับโปรแกรมการประชุม คาดว่าจะเสร็จภายในสิ้นเดือนมีนาคมนี้

ที่ประชุมมีมติรับทราบ

3.3 พิจารณางบประมาณสมาคมประจำปี 2558

นพ.อุทัย เก้าเอี้ยน ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่า ปีงบประมาณของสมาคม เริ่มวันที่ 1 เมษายน ถึงวันที่ 31 มีนาคมของปีถัดไป และขอให้ที่ประชุม คณะกรรมการช่วยพิจารณารายละเอียดการเสนองบประมาณแต่ละฝ่ายประจำปี 2558

ที่ประชุมได้ร่วมกันพิจารณารายละเอียดและมีมติอนุมัติงบประมาณตามที่แต่ละฝ่ายเสนอประจำปี 2558 เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น 5,744,000 บาท

วาระที่ 4 เรื่องอื่นๆ

4.1 นพ.รัฐกร วิไลชนม์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบแทน นพ.สุพจน์ พงศ์ประสพชัย ว่าสมาคมได้ดำเนินการจัดสอบรายยาว (long case) แพทย์ประจำบ้าน ต่อยอด (เฟลโลว์) อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคระบบทางเดินอาหาร ประจำปี 2558 เมื่อวันที่ 6 มีนาคม 2558 เสร็จสิ้นลงแล้ว และจะดำเนินการจัดสอบภาคทฤษฎี MCQ และ MEQ ในวันที่ 10 มิถุนายน 2558 และสอบภาคปฏิบัติ OSCE วันที่ 11 มิถุนายน 2558

ที่ประชุมมีมติรับทราบ

4.2 นพ.สมชาย ลีลากุลวงค์ นายกสมาคมประสาททางเดินอาหารและการเคลื่อนไหว (ไทย) ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่า สมาคมประสาททางเดินอาหารและการเคลื่อนไหว (ไทย) จะจัดการประชุมวิชาการประจำปี ประมาณเดือนตุลาคมของทุกปี และสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหาร จะจัดประชุมวิชาการประจำปี วันที่ 5-7 พฤศจิกายน 2558 ดังนั้นระยะทางการจัดประชุมของทั้งสองสมาคมจึงไม่ห่างกันมากนัก และหากเป็นไปได้ สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารฯ จะมาร่วมจัดกับสมาคมประสาททางเดินอาหารและการเคลื่อนไหว (ไทย) หรือสมาคมประสาททางเดินอาหารและการเคลื่อนไหว (ไทย) อาจจะทำร่วมกับสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารฯ ทั้งนี้จะต้องประชุมปรึกษาหารือกันก่อน โดยจะมีการปรึกษาหารือร่วมกับ



สมาคมโรคตับฯ และสมาคมส่องกล้องฯ ความคืบหน้าจะแจ้งให้ที่ประชุมทราบในโอกาสต่อไป
ที่ประชุมมีมติรับทราบ

ปิดประชุมเวลา 12.00 น.

การประชุม ครั้งที่ 4/2558

วันศุกร์ที่ 29 พฤษภาคม 2558 เวลา 10.00 - 12.00 น.

ณ ห้องประชุม ชั้น 22 อาคารศูนย์การแพทย์วิชัยยุทธ กรุงเทพฯ

เปิดประชุมเวลา 10.25 น. โดยมี พญ.วโรชา มหาชัย เป็นประธานในที่ประชุม

วาระที่ 1 เรื่องที่ประธานแจ้งเพื่อทราบ
ไม่มี

วาระที่ 2 รับรองรายงานการประชุมครั้งที่ 3/2558
ที่ประชุมมีมติรับรองรายงานการประชุมครั้งที่ 2/2558 โดยไม่มีการแก้ไข

วาระที่ 3 เรื่องสืบเนื่องและพิจารณา

3.1 ความคืบหน้าการประชุมวิชาการกลางปี วันที่ 2-4 กรกฎาคม 2558

ณ โรงแรมดุสิตพญา จ.ชลบุรี

นพ.สมบัติ ตริประเสริฐสุข ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

3.1.1 ขณะนี้เบร็วซ์ัวร์และโปสเตอร์ได้ดำเนินการส่งไปยังสมาชิก และ
รพ.ต่างๆ ทั่วประเทศเรียบร้อยแล้ว

3.1.2 มีพยาบาลสนใจจะเข้าร่วมประชุมวิชาการ แต่ไม่มีบริษัท
สนับสนุน ดังนั้นในอนาคตอาจจะต้องมีอัตราค่าลงทะเบียนสำหรับพยาบาล โดย



อัตราค่าลงทะเบียนจะไม่เท่ากับอัตราค่าลงทะเบียนของแพทย์

3.1.3 โดยปกติแล้ว หากพยาบาลจะเข้าร่วมประชุม โปรแกรมการประชุมจะต้องมีหัวข้อที่เกี่ยวกับพยาบาล และสามารถเก็บ credit CME ของพยาบาลได้ด้วย พยาบาลจึงจะสามารถเข้าร่วมประชุมได้ ซึ่งจะต้องมีการหารือกันอีกครั้ง

3.1.4 ปัจจุบันนี้ นโยบายทางบริษัทไม่สามารถสนับสนุนแพทย์เป็นรายบุคคลเพื่อไปร่วมประชุมได้ ดังนั้นในอนาคตสมาคมอาจจะต้องหาวิธีหรือวางแผนการจัดประชุมในรูปแบบใหม่ เช่น ให้บริษัทสนับสนุนเงินเข้ากองกลางของสมาคม และให้สมาคมเป็นผู้บริหารจัดการในการสนับสนุนแพทย์มาร่วมประชุมที่ประชุมมีมติรับทราบ

3.2 การเตรียมจัดประชุมวิชาการประจำปี 2558

พญ.วโรชา มหาชัย ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

3.2.1 กำหนดการจัดประชุมวิชาการประจำปี 2558 คาดว่าน่าจะประมาณต้นเดือนพฤศจิกายน 2558

3.2.2 สถานที่จัดประชุมนั้น กำลังพิจารณาโรงแรมหลายๆ แห่งในกรุงเทพฯ ซึ่งโรงแรมบางแห่งก็ไม่ว่างในช่วงที่สมาคมจะจัดประชุม ดังนั้นจึงขอความเห็นจากที่ประชุมเกี่ยวกับสถานที่จัดประชุมดังกล่าว

ที่ประชุมได้ร่วมกันพิจารณาแล้ว เสนอให้พิจารณาเลือกสถานที่ประชุมจากองค์ประกอบต่างๆ ดังนี้

1. ห้องประชุม สามารถรองรับผู้เข้าร่วมประชุมได้ไม่น้อยกว่า 300-400 ท่าน
2. พื้นที่ออกบูธสำหรับบริษัท
3. ที่จอดรถ
4. การเดินทางที่สะดวก เช่น รถไฟฟ้า

วาระที่ 4 เรื่องอื่นๆ

4.1 พญ.วโรชา มหาชัย ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าได้มีโอกาสพูดคุยกับคณะกรรมการของ Asian Pacific Association of Gastroenterology (APAGE)



ซึ่งทาง APAGE สนใจที่จะมาจัดประชุม APAGE IBD Forum on Inflammatory Bowel Disease 2016 ร่วมกับสมาคม คาดว่าน่าจะจัดที่เชียงใหม่ ประมาณเดือนสิงหาคม 2559 โดยคิดว่าน่าจะมีผู้เข้าร่วมประชุมจากจีนค่อนข้างมาก ดังนั้นจึงขอหารือในที่ประชุมกรรมการสมาคมนี้ด้วย

ที่ประชุมได้ร่วมกันพิจารณาแล้ว เห็นว่าการจัดประชุมครั้งนี้กระชั้นชิดอาจจะหาบริษัทสนับสนุนค่อนข้างยาก และการจัดประชุมร่วมกันนั้นจะต้องมีการวางแผนบริหารจัดการและควรมีข้อตกลงร่วมกันในเรื่องอัตราค่าลงทะเบียน ค่าบูรณาการรวมทั้งการแบ่งผลกำไรสุทธิหลังเสร็จสิ้นงานประชุมแล้ว

4.2 นพ.สถาพร มานัสสฤติย์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบเกี่ยวกับ WGO-Endoscopy Training ดังนี้

4.2.1 การเปิดอบรม WGO-Endoscopy Training นั้น มีความเป็นมาตั้งแต่เมื่อปี พ.ศ.2545 ซึ่งในขณะนั้นประเทศไทยได้รับเลือกให้เป็นเจ้าภาพจัดการประชุม World Congress of Gastroenterology (WCOG 2002) และหลังเสร็จสิ้นการจัดการประชุม ทางประธาน WCOG ได้มีมติให้ประเทศไทยเป็น Endoscopy Training Center ในแถบเอเชีย และได้มอบเงินจำนวน 3 ล้านบาทให้แก่สมาคมเพื่อใช้จ่ายสำหรับการฝึกอบรมแก่แพทย์จากประเทศแถบเอเชียที่สนใจ

4.2.2 ขณะนั้นทางสมาคมได้พิจารณาเห็นว่า ร.พ.ศิริราช ซึ่งมีศักยภาพและความพร้อมสามารถเป็นที่ทำการฝึกอบรมและเป็นศูนย์ประสานงานได้ จึงได้ขออนุญาต นพ.อุดม คชินทร ซึ่งขณะนั้นเป็นประธานศูนย์ส่องกล้อง เพื่อใช้ศูนย์ส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร วิกิจ วิรานูวัตต์ เป็นศูนย์กลางการบริหารจัดการและการอบรม

4.2.3 สมาคมได้แต่งตั้งให้ นพ.สถาพร มานัสสฤติย์ ดำรงตำแหน่งประธานการฝึกอบรม WGO-Endoscopy Training นับตั้งแต่ พ.ศ.2549 มาจนถึงปัจจุบัน และที่ผ่านมามีแพทย์จากประเทศเพื่อนบ้านเข้ามารับการฝึกอบรมที่ ร.พ.ศิริราช ร.พ.ศรีนครินทร์ และ ร.พ.ราชวิถี อย่างต่อเนื่อง

4.2.4 ปัจจุบัน WGO ไม่ได้ให้เงินทุนสนับสนุนมาหลายปีแล้ว

4.2.5 เนื่องจาก นพ.สถาพร มานัสสฤติย์ ได้เกษียณอายุราชการ



ดังนั้นจึงเสนอในที่ประชุมกรรมการให้ พญ.นนทลี เผ่าสวัสดิ์ รับผิดชอบในฐานะประธานเพื่อดูแลในส่วนนี้ต่อไป และในที่ประชุมกรรมการอำนวยการสมาคมเมื่อวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2558 ได้มีมติเห็นชอบให้ พญ.นนทลี เผ่าสวัสดิ์ เป็นประธานเรียบร้อยแล้ว แต่ขณะนี้มีการสื่อสารในส่วนการทำงานที่ยังไม่เข้าใจตรงกัน ดังนั้นเพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันว่า ร.พ.ศิริราชไม่ต้องการที่จะบริหารจัดการเพียงสถาบันเดียว และการบริหารจัดการเรื่องเงินที่ WGO สนับสนุนนั้น เงินไม่ได้เข้ามาที่ ร.พ.ศิริราช เงินดังกล่าวเข้าบัญชีของสมาคม และในวันนี้ จึงขอมอบป้าย WGO-Endoscopy Training ที่เคยติดตั้งไว้ที่ ร.พ.ศิริราช คืนมายังนายกสมาคมและสมาคมต่อไป

นายกสมาคมได้รับมอบป้าย WGO-Endoscopy Training และนายกสมาคมยืนยันว่า ร.พ.ศิริราชเป็นสถาบันหลักที่สามารถบริหารจัดการเรื่องการอบรมนี้ได้เป็นอย่างดีเยี่ยม และขอขอบคุณคุณคณาจารย์ ร.พ.ศิริราช ที่ทุ่มเททำงานส่วนนี้อย่างจริงจังตลอด 13 ปีที่ผ่านมา และยังคงเป็นไปตามมติที่ประชุมเดิมคือ แต่งตั้งพญ.นนทลี เผ่าสวัสดิ์ เป็นประธานดำเนินการต่อไป

ที่ประชุมมีมติรับทราบ

ปิดประชุมเวลา 12.00 น.

การประชุม ครั้งที่ 5/2558

วันศุกร์ที่ 26 มิถุนายน 2558 เวลา 10.00 - 12.00 น.

ณ ห้องประชุม ชั้น 22 อาคารศูนย์การแพทย์วิชัยยุทธ กรุงเทพฯ

เปิดประชุมเวลา 10.30 น. โดยมี พญ.วโรชา มหาชัย เป็นประธานในที่ประชุม

วาระที่ 1 เรื่องที่ประธานแจ้งเพื่อทราบ

ไม่มี



วาระที่ 2 รับรองรายงานการประชุมครั้งที่ 4/2558
 ที่ประชุมมีมติแก้ไขรายงานการประชุมดังนี้
 แก้ออกจาก ที่ประชุมมีมติรับทราบ
 แก้เป็น ที่ประชุมมีมติรับทราบและส่งป้าย WGO-Endoscopy Training คืนกลับไปยัง รพ.ศิริราชดังเดิม
 หลังจากแก้ไขรายงานการประชุมแล้ว ที่ประชุมมีมติรับรองรายงานการประชุมครั้งที่ 4/2558

วาระที่ 3 เรื่องสืบเนื่องและพิจารณา

3.1 ความคืบหน้าการประชุมวิชาการกลางปี วันที่ 2-4 กรกฎาคม 2558 ณ โรงแรมดุสิตพญา จ.ชลบุรี

นพ.สมบัติ ตริประเสริฐสุซ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

3.1.1 ขณะนี้มีผู้ลงทะเบียนแล้วจำนวน 301 ท่าน

3.1.2 มีบูธจำนวน 46 บูธ (รวมบูธฟรี 14 บูธ)

ที่ประชุมมีมติรับทราบ

3.2 การจัดเตรียมงานประชุมวิชาการประจำปี 2558

นพ.สมบัติ ตริประเสริฐสุซ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

3.2.1 Theme: The Advancement in Diagnostic and Therapeutic Options for GI and Liver Diseases

3.2.2 กำหนดวันที่ 23-25 พฤศจิกายน 2558

3.2.3 สถานที่คือศูนย์การประชุมแห่งชาติสิริกิติ์

3.2.4 ในการประชุมวิชาการประจำปีของสมาคมนั้น จะมีช่วง Vikit Viranuvatti Lecture ซึ่งในอดีตที่ผ่านมาได้มีการเชิญองค์กรปาฐกทั้งในและต่างประเทศ ทั้งนี้ได้มีการเริ่มจัด 1st Vikit Viranuvatti Lecture เมื่อปี พ.ศ.2539 โดย Dr.Yamada T. และในการประชุมวิชาการประจำปี 2558 ซึ่งนับเป็นครั้งที่ 55 นั้น จึงขอให้ที่ประชุมเสนอชื่อองค์กรปาฐก 18th Vikit Viranuvatti Lecture ประจำปี 2558 ด้วย



ที่ประชุมเสนอให้ นพ.สมบัติ ตีระประเสริฐสุซุข ตั้งคณะอนุกรรมการสรรหา
องค์ปาฐก วิจัยวีรานุวัตต์ และนำเสนอชื่อองค์ปาฐกต่อที่ประชุมกรรมการสมาคม
เพื่อดำเนินการคัดเลือกต่อไป

3.3 การจัดเตรียมประชุมวิชาการกลางปี 2559 ร่วมกับการจัดประชุม
APAGE-IBD Forum on Inflammatory Bowel Disease 2016 วันที่ 25-27 สิงหาคม
2559 ณ จ.เชียงใหม่

พญ.โรชา มหัทธย ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

3.3.1 ขณะนี้ได้มีการสรุปแน่นอนแล้วว่าจะเป็นการจัดประชุมแยก
วันกัน คือ สมาคมจะจัดวันที่ 25-26 (ครึ่งวันเช้า) สิงหาคม 2559 และ APAGE-IBD
จะจัดวันที่ 26 (ครึ่งวันบ่าย) -27 สิงหาคม 2559 และเป็นการจัดประชุมแยกห้องกัน
แต่ประชุมโรงแรมเดียวกัน

3.3.2 สถานที่จัดประชุมนั้น ขณะนี้ยังไม่มีข้อสรุป

3.3.3 จะไม่จ้าง organizer แต่หากจะจ้าง จะใช้ organizer ของ
คนไทย

3.3.4 กำลังอยู่ในระหว่างประสานงานกับ Bangkok Airways
เพื่อขอลดราคาตั๋วพิเศษ

3.3.5 อัตราค่าบูธและค่าลงทะเบียน ยังไม่ได้กำหนด

3.3.6 สำหรับคณะกรรมการ LOC นั้น ขณะนี้ นพ.พิศาล ไม่เรียง
กำลังอยู่ในระหว่างดำเนินการ

ที่ประชุมมีมติรับทราบ และที่ประชุมเสนอแนะให้มีความชัดเจนในเรื่อง
การแบ่งรายได้ค่าลงทะเบียน ค่าบูธ ค่าตอบแทนวิทยากร ค่าจัดงานเลี้ยง เพื่อ
ป้องกันปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นในภายหลัง

วาระที่ 4 เรื่องอื่นๆ

4.1 นพ.รัฐกร วิไลชนม์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่ากลุ่มวิจัยโรคกระเพาะ
อาหารกำลังอยู่ในระหว่างดำเนินการจัดทำ Consensus on Helicobacter pylori
Management ซึ่งจะพยายามทำให้เสร็จภายในสิ้นปี 2558 นี้



ที่ประชุมมีมติรับทราบ

ปีประชุมเวลา 12.00 น.

การประชุม ครั้งที่ 6/2558

วันศุกร์ที่ 7 สิงหาคม 2558 เวลา 10.00 - 12.00 น.

ณ ห้องประชุม ชั้น 22 อาคารศูนย์การแพทย์วิชัยยุทธ กรุงเทพฯ

เปิดประชุมเวลา 10.20 น. โดยมี พญ.วโรชา มหาชัย เป็นประธานในที่ประชุม

วาระที่ 1 เรื่องที่ประธานแจ้งเพื่อทราบ
ไม่มี

วาระที่ 2 รับรองรายงานการประชุมครั้งที่ 5/2558
ที่ประชุมมีมติรับรองรายงานการประชุมครั้งที่ 5/2558 โดยไม่มีการแก้ไข

วาระที่ 3 เรื่องสืบเนื่องและพิจารณา

3.1 ความคืบหน้าการเตรียมจัดประชุมวิชาการประจำปี 2558

นพ.สมบัติ ตริประเสริฐสุข ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

3.1.1 การจัดประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 55 ของสมาคมแพทย์

ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย กำหนดให้จัดในวันที่ 23-25 พฤศจิกายน 2558

ณ ศูนย์ประชุมแห่งชาติสิริกิติ์

3.1.2 Theme: Advances in Diagnostic and Therapeutic

Options for GI and Liver Diseases

3.1.3 เนื่องจากการประชุมครั้งนี้เป็นการประชุมกึ่งอินเตอร์ (Inter-

Asean) โดยวันที่ 23 พฤศจิกายน 2558 วิทยากรทุกท่านบรรยายเป็นภาษาอังกฤษ

และวันที่ 24-25 พฤศจิกายน 2558 วิทยากรคนไทยบรรยายเป็นภาษาไทย



3.1.4 องค์กรปลูกในช่วงบรรยาย 18th Vikit Viranuvatti Lecture
คือ Prof. DY Graham จากสหรัฐอเมริกา

3.1.5 มีบริษัทที่ร่วมสนับสนุนจัด symposium ทั้งหมด 8 บริษัท
และในช่วงบ่ายวันนี้ได้เชิญทั้ง 8 บริษัทมาร่วมจับสลากเพื่อเลือกเวลาในการจัด symposium

3.1.6 การจัดประชุมวิชาการกลางปีที่ผ่านมา มีผู้ลงทะเบียนจำนวน
333 ท่าน เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมาประมาณ 20% และได้สรุปผลประเมินการประชุม
ดังกล่าวตามเอกสารประกอบการประชุม

ที่ประชุมมีมติรับทราบ

3.2 การจัดเตรียมประชุมวิชาการกลางปี 2559 ร่วมกับการจัดประชุม
APAGE-IBD Forum on Inflammatory Bowel Disease 2016 วันที่ 25-27 สิงหาคม
2559 ณ จ.เชียงใหม่

นพ.พิศาล ไม้เรียง ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

3.2.1 ตามที่สมาคมจะจัดการประชุมวิชาการกลางปี 2559 ร่วมกับ
การจัดประชุม APAGE-IBD Forum on Inflammatory Bowel Disease 2016
วันที่ 25-27 สิงหาคม 2559 ณ จ.เชียงใหม่ โดยสมาคมจัดวันที่ 25 (เต็มวัน) และ
วันที่ 26 (ครึ่งวันเช้า) สำหรับ APAGE-IBD จัดวันที่ 26 (ครึ่งวันบ่าย) และวันที่ 27
(เต็มวัน)

3.2.2 ได้เดินทางไปดูสถานที่จัดประชุมและที่พักที่เชียงใหม่แล้ว คือ
โรงแรม The Empress ค่าห้องพักประมาณ 1,500-3,500 บาท และโรงแรม Shangri-
La เหมาะสำหรับเป็นที่พักวิทยากรและคณะกรรมการ แต่ยังไม่ได้ข้อสรุปและทำสัญญา
ทั้งนี้ น.อ.นพ.ชินวัตร สุทธิวนา จะเดินทางไปดูสถานที่อีกครั้งหนึ่ง คาดว่าน่าจะ
ทราบผลในเร็วๆ นี้ จะนำเสนอในที่ประชุมในโอกาสต่อไป

3.2.3 หัวข้อบรรยาย ทางต่างประเทศเป็นผู้กำหนด

3.2.4 ควรสนับสนุนให้แพทย์ไทยร่วมส่ง abstract เพื่อนำเสนอ
ผลงานวิจัยอย่างน้อย 5-10 เรื่อง

ที่ประชุมมีมติรับทราบ



วาระที่ 4 เรื่องอื่นๆ

4.1 พ.อ.นพ.วานิช ปิยนรินทร์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าจะนำเงินบริจาคจาก เบี้ยที่ฝากอยู่ที่ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขารามาริบัติ โดยโอนเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารธนชาติ สาขาต้นสน เพื่อนำมาใช้สำหรับค่าใช้จ่ายต่างๆ ของสมาคมต่อไป ที่ประชุมมีมติรับทราบ

4.2 พญ.วโรชา มหาชัย ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

4.2.1 สืบเนื่องจากกลุ่มวิจัยโรคกระเพาะอาหาร สมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย กำลังอยู่ในระหว่างการจัดประชุม ASEAN Consensus on H.pylori Management โดยจะมีการประชุมกลุ่มย่อยในวันที่ 11-12 กันยายน 2558 ณ โรงแรม Okura กรุงเทพฯ และสรุปผลในวันที่ 21-22 พฤศจิกายน 2558 ณ โรงแรมดุสิตธานี พัทยา ทั้งนี้ได้เชิญแพทย์ที่อยู่ในแถบอาเซียนมาร่วมประชุมด้วยประมาณ 15-20 ท่าน เช่น Dr.Ken Sugano, Dr.KL Goh, Dr.Jose Sollano, Dr. KM Fock โดยจะเร่งดำเนินการให้เสร็จและนำผลสรุปไปเสนอในการประชุมวิชาการประจำปี 2558 นี้ด้วย

ที่ประชุมมีมติรับทราบ

4.2.2 ตามที่ได้แต่งตั้ง พญ.นนทลี เผ่าสวัสดิ์ เป็นประธาน WGO-Endoscopy Training และ ร.พ.ศิริราช ยังคงเป็นสถาบันหลักที่บริหารจัดการ เรื่องการอบรมนี้ อย่างไรก็ตาม หากสามารถจ้างเลขานุการที่มีความรู้ความชำนาญ ด้านภาษาอังกฤษมาช่วยงานด้านเอกสาร ซึ่งมีค่อนข้างมาก ก็จะช่วยลดภาระไปได้บ้าง ที่ผ่านๆ มา เจ้าหน้าที่ฝ่ายวิเทศสัมพันธ์ ร.พ.ศิริราช ช่วยงานมาตลอด ปัจจุบันนี้ก็ ยังช่วยงานตามปกติ สำหรับอัตราเงินเดือนของเลขานุการใหม่อาจจะค่อนข้างสูง ประมาณ 50,000-60,000 บาท

นพ.สถาพร มานัสสฤษดิ์ เสนอให้ดำเนินงานในรูปแบบเดิมไปก่อน โดยให้เจ้าหน้าที่ฝ่ายวิเทศสัมพันธ์ ร.พ.ศิริราช ช่วยงานเหมือนเดิม ทั้งนี้จะให้ค่าตอบแทนคงเดิม คือ ปีละประมาณ 35,000 บาท และหากจะจ้างเลขานุการด้านนี้ คงไม่มีเงินจ้างในระยะยาว เพราะเงินในบัญชี WGO-Training มีเพียง 3 ล้านบาท

4.2.3 ได้รับการติดต่อจาก Dr.Ruth Bucksch, Executive Sec-

retariat of WEO โดยสอบถามมายังสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทยว่ามีความสนใจที่จะจัดอบรม Program for Endoscopy Teachers (PET) ร่วมกับ WEO (World Endoscopy Organization) ปลายปี 2559 หรือไม่ ทั้งนี้ได้จัดการอบรมดังกล่าวครั้งล่าสุดเมื่อวันที่ 6-7 ธันวาคม 2557 ณ เมือง Rio de Janeiro, Brazil

ที่ประชุมได้มีการอภิปรายและพิจารณาแล้ว เห็นว่าการจัดอบรมดังกล่าวประเทศไทยยังไม่เคยจัด และยังไม่มีความรู้รายละเอียดมากนัก รวมทั้งยังไม่ได้มีการพูดคุยหรือปรึกษาหารือ จึงขอเสนอให้นายกสมาคมติดต่อไปยัง Dr.Ruth Bucksch โดยขอส่งแพทย์ไทยเข้าร่วมอบรม PET 2015 และเสนอให้นายกสมาคมตั้งคณะกรรมการ การอบรม Program for Endoscopy Teachers (PET 2016) เพื่อเตรียมความพร้อมและความเป็นไปได้ของการจัดอบรมดังกล่าว

4.2.4 วันนี้ เวลา 12.30-15.00 น. มีการประชุมวิชาการประจำปีของ ร.พ.วิชัยยุทธ พร้อมทั้งมีการนำเสนอ Interhospital GI Conference และมีการบรรยายปาฐกถาเกียรติยศ “สมพันธ์ บุญยคุปต์” (อดีตนายกสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารฯ) ขอเรียนเชิญทุกท่านเข้าร่วมประชุมดังกล่าว

ปิดประชุมเวลา 11.50 น.

การประชุม ครั้งที่ 7/2558

วันศุกร์ที่ 11 กันยายน 2558 เวลา 10.00 - 12.00 น.

ณ ห้องประชุม ชั้น 22 อาคารศูนย์การแพทย์วิชัยยุทธ กรุงเทพฯ

เปิดประชุมเวลา 10.30 น. โดยมี พญ.วโรชา มหัทธัย เป็นประธานในที่ประชุม

วาระที่ 1 เรื่องที่ประธานแจ้งเพื่อทราบ

ไม่มี

วาระที่ 2 รับรองรายงานการประชุมครั้งที่ 6/2558
ที่ประชุมมีมติแก้ไขรายงานการประชุมดังนี้
แก้จาก การประชุมกึ่งอินเตอร์ (Inter-Asean)
แก้เป็น การประชุม Inter-Asean
หลังจากแก้ไขรายงานการประชุมแล้ว ที่ประชุมมีมติรับรองรายงานการประชุมครั้งที่ 6/2558

วาระที่ 3 เรื่องสืบเนื่องและพิจารณา

3.1 ความคืบหน้าการเตรียมจัดประชุมวิชาการประจำปี ระหว่างวันที่ 23-25 พฤศจิกายน 2558

นพ.สมบัติ ตรีประเสริฐสุข ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

3.1.1 ขณะนี้ได้ดำเนินการจัดพิมพ์โบรัวร์เป็นที่ยเรียบร้อยแล้ว และจะมีการพิมพ์ในรอบ final อีกครั้งหนึ่ง

3.1.2 หัวข้อที่จะบรรยายในการประชุมครั้งนี้มีประมาณ 19 หัวข้อ ไม่รวม symposium

3.1.3 บางหัวข้อของบริษัทที่จัด symposium อาจจะยังไม่เข้ากับ theme ของการจัดประชุม

3.1.4 ที่พักสำหรับกรรมการและวิทยากรที่มาจากต่างจังหวัด ทางสมาคมได้จองห้องพักไว้ที่โรงแรม S31 ซ.สุขุมวิท 31

ที่ประชุมมีมติรับทราบและเสนอให้มี power vote ในช่วงของ GI Case Discussion และ GI Endoscopic Case Challenge

3.2 การจัดเตรียมประชุมวิชาการกลางปี 2559 ร่วมกับการจัดประชุม APAGE-IBD Forum on Inflammatory Bowel Disease 2016 วันที่ 25-27 สิงหาคม 2559 ณ จ.เชียงใหม่

น.อ.นพ.ชินวัตร สุทธิวนา ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าได้เดินทางไปดูสถานที่จัดประชุมสองแห่งคือ โรงแรม Shangri-La และโรงแรม The Empress ดังนั้นจึงขอเสนอให้ที่ประชุมพิจารณาเลือกสถานที่จัดประชุม โดยมีรายละเอียดดังนี้



3.2.1 โรงแรม Shangri-La เสนอราคา full day meeting ค่าเช่าห้องประชุม ค่าสถานที่ออกบูธ ค่าอาหารกลางวัน อาหารว่าง โดยประมาณ 580,000 บาทต่อวัน (รับประกันจำนวนผู้เข้าร่วมประชุม 400 ท่านต่อวัน)

3.2.2 โรงแรม The Empress เสนอราคา full day meeting ค่าเช่าห้องประชุม ค่าสถานที่ออกบูธ ค่าอาหารกลางวัน อาหารว่าง โดยประมาณ 260,000 บาทต่อวัน (รับประกันจำนวนผู้เข้าร่วมประชุม 400 ท่านต่อวัน)

3.2.3 ห้องพักที่โรงแรม Shangri-La จำนวน 100 ห้อง ค่าห้อง 5,100 บาทต่อคืน และโรงแรม The Empress จำนวน 200 ห้อง ค่าห้อง 1,500-3,500 บาทต่อคืน

3.2.4 สำหรับห้องประชุมนั้น โรงแรม The Empress มีห้องประชุมค่อนข้างดีกว่าโรงแรม Shangri-La

ที่ประชุมมีมติเสนอว่า เนื่องจากการจัดประชุมครั้งนี้ ถึงแม้จะแยกวันกันจัดประชุม แต่ก็เป็นการจัดร่วมกับต่างประเทศ ดังนั้นสถานที่ประชุมควรจะใช้ที่เดียวกันเพื่อสะดวกแก่การบริหารจัดการ และที่ประชุมได้ร่วมกันพิจารณาสถานที่จัดประชุมแล้ว มีมติเลือกโรงแรม Shangri-La เป็นสถานที่จัดประชุมวิชาการดังกล่าว

3.3 การแก้ไขระเบียบสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารฯ ว่าด้วยการเก็บรักษาและใช้จ่ายเงินของสมาคม พ.ศ. 2542

พล.ต.นพ.วิชัย ชัยประภา ประธานคณะกรรมการเงินออม ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

3.3.1 รายได้ส่วนใหญ่ของสมาคมมาจากการจัดประชุมวิชาการและดอกเบีย สำหรับดอกเบียของทุกบัญชีจะเข้าบัญชีเงินหมุนเวียน เพื่อนำมาใช้จ่ายตามงบประมาณของแต่ละปี

3.3.2 ในอดีตที่ผ่านมา การตั้งงบประมาณประจำปีของสมาคมนั้น เป็นการตั้งงบประมาณแบบขาดดุลย์ โดยนำรายได้จากปีที่ผ่านมา มาบริหารจัดการสำหรับปีถัดไป

3.3.3 การตั้งงบประมาณประจำปีของแต่ละฝ่ายนั้น บางฝ่ายใช้ไม่



หมด บางฝ่ายไม่เคยใช้ แต่บางฝ่าย เช่น ฝ่ายวิจัยที่ให้คุณสนับสนุนเฟลโลว์ไปเสนอผลงานวิจัยในการประชุมวิชาการที่ต่างประเทศ เช่น AGA หรือ AASLD ซึ่งประธานฝ่ายวิจัยจะทำเรื่องแจ้งมายังคณะกรรมการเงินออม เพื่อขออนุมัติทุนดังกล่าวปีละประมาณ 1 ล้านบาท ทำให้เงินส่วนนี้ไม่ได้รวมอยู่ในงบประมาณประจำปีที่ตั้งไว้ อย่างไรก็ตาม เพื่อจะได้วางแผนการบริหารงบประมาณเป็นไปอย่างสมดุลย์ แต่ละฝ่ายควรเสนองบประมาณที่คิดว่าจะมีการใช้จ่ายในปีนั้น นำเสนอเพื่ออนุมัติในที่ประชุมคณะกรรมการอำนวยการ

นพ.จรินทร์ โรจน์บวรวิทยา ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าสืบเนื่องจากที่ประชุมคณะกรรมการเงินออมได้พิจารณาเห็นว่า ระเบียบเดิมนั้นได้มีการใช้มาหลายปี และเพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ การบริหารงาน การบริหารเงินของสมาคมให้เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน จึงเห็นควรที่จะมีการแก้ไขระเบียบเดิม ตามเอกสารประกอบการประชุม

ที่ประชุมได้มีการอภิปรายอย่างกว้างขวาง และเนื่องจากรายละเอียดการแก้ไขมีค่อนข้างมาก จึงจำเป็นต้องใช้เวลาในการพิจารณา ดังนั้นเสนอให้ นพ.จรินทร์ โรจน์บวรวิทยา ส่งร่างการแก้ไขไปยังคณะกรรมการทุกท่านได้ร่วมพิจารณา และนำเสนอในที่ประชุมครั้งต่อไป

3.4 การอบรม Program for Endoscopy Teachers (PET) ร่วมกับ WEO (World Endoscopy Organization) ปลายปี 2559 พญ.วโรชา มหาชัย ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่า ตามที่ประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคมครั้งที่ผ่านมาให้ประสานงานกับ Dr.Ruth Bucksch เกี่ยวกับรายละเอียดการจัดอบรมดังกล่าว ซึ่งขณะนี้กำลังอยู่ในระหว่างการประสานงาน ความคืบหน้าจะแจ้งให้ทราบในโอกาสต่อไป

ที่ประชุมเสนอให้ พญ.วโรชา มหาชัย ดำเนินการต่อร่วมกับผู้จัดการอบรม โดยให้แพทย์ไทยสามารถเข้าร่วมอบรมอย่างน้อย 20 ท่าน จึงจะพิจารณาเข้าร่วมโครงการอบรมดังกล่าว



วาระที่ 4 เรื่องอื่นๆ

4.1 นพ.พิศาล ไม้เรียง ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่า ตามที่ได้รับการอนุมัติงบประมาณจากสมาคม สำหรับโครงการส่งกล่องกระดาษอาหาร คาดว่าน่าจะเป็นโรงพยาบาลทางภาคเหนือ และการส่งกล่องลำไส้ใหญ่ ซึ่งขณะนี้ได้ดำเนินการติดต่อไปยังโรงพยาบาลสุรินทร์ ประมาณวันที่ 16-17 พฤศจิกายน 2558 ความคืบหน้าต่างๆ จะแจ้งให้ทราบในโอกาสต่อไป
ที่ประชุมมีมติรับทราบ

ปิดประชุมเวลา 12.10 น.

การประชุม ครั้งที่ 8/2558

วันศุกร์ที่ 5 ตุลาคม 2558 เวลา 10.00 - 12.00 น.

ณ ห้องประชุม ชั้น 21 ร.พ.วิชัยยุทธ กรุงเทพฯ

เปิดประชุมเวลา 11.05 น. โดยมี พญ.วโรชา มหาชัย เป็นประธานในที่ประชุม

วาระที่ 1 เรื่องที่ประธานแจ้งเพื่อทราบ
ไม่มี

วาระที่ 2 รับรองรายงานการประชุมครั้งที่ 6/2558
ที่ประชุมมีมติรับรองรายงานการประชุมครั้งที่ 7/2558 โดยไม่มีการแก้ไข

วาระที่ 3 เรื่องสืบเนื่องและพิจารณา

3.1 ความคืบหน้าการเตรียมจัดประชุมวิชาการประจำปี ระหว่างวันที่ 23-25 พฤศจิกายน 2558

พญ.วโรชา มหาชัย ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้



3.1.1 ขณะนี้วิทยากรที่เชิญมาจากต่างประเทศได้ตอบรับหมดทุกท่านแล้ว

3.1.2 มีผู้ลงทะเบียนแล้ว ประมาณ 180 ท่าน

3.1.3 สำหรับที่พักของกรรมการและวิทยากร ได้จองไว้ที่โรงแรม S31 ซึ่งอยู่ไม่ห่างจากที่ประชุมมากนัก

3.1.4 วันที่ 21-22 พฤศจิกายน 2558 จะจัดการประชุม Asean Consensus on Helicobacter pylori Management ณ โรงแรมดุสิตธานี พัทยา ทั้งนี้ได้เชิญผู้เข้าร่วมประชุมจากต่างประเทศประมาณ 20 ท่าน และคนไทยประมาณ 15 ท่าน

ที่ประชุมมีมติรับทราบ

3.2 การแก้ไขระเบียบสมาคมแพทยระบบทางเดินอาหาร ว่าด้วยการเก็บรักษาและใช้จ่ายเงินของสมาคม พ.ศ.2542

นพ.จรินทร์ โรจน์บวรวิทยา ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่า สืบเนื่องจากที่ประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯ ที่ผ่านมามีการพิจารณาแก้ไขระเบียบสมาคมแพทยระบบทางเดินอาหาร ว่าด้วยการเก็บรักษาและใช้จ่ายเงินของสมาคม พ.ศ.2542 และได้มีการแก้ไขตามมติที่ประชุมเสนอแนะ ดังนั้นจึงขอให้ที่ประชุมในวันนี้โปรดพิจารณาอีกครั้ง

ที่ประชุมได้ร่วมกันพิจารณาแล้วมีมติรับทราบ และขอให้ฝ่ายเลขาธิการสมาคมเชิญประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคมเพื่อรับรองการแก้ไขระเบียบดังกล่าว วันที่ 24 พฤศจิกายน 2558 เวลา 10.30 น. และช่วงเย็นจึงจะนำเข้าที่ประชุมใหญ่สามัญประจำปี เพื่อให้สมาชิกสมาคมรับรองต่อไป

วาระที่ 4 เรื่องอื่นๆ

4.1 พญ.วโรชา มหาชัย ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่า ตามที่สมาคมฯ จะจัดการประชุมวิชาการกลางปี 2559 ร่วมกับการจัดประชุม APAGE-IBD Forum on Inflammatory Bowel Disease 2016 วันที่ 25-27 สิงหาคม 2559 ณ โรงแรม Shangri-La จ.เชียงใหม่ ในส่วนของ IBD ทางต่างประเทศจะเป็นผู้กำหนดหัวข้อ



เรื่องและวิทยากรเอง และสำหรับ young investigator award นพ.พิศาล ไม้เรียง
เป็นผู้ดำเนินการ
ที่ประชุมมีมติรับทราบ

ปิดประชุมเวลา 12.35 น.

Gastric Schwannoma

ธนวัต ภัทรพินธุกุล
บัญชา โอวากษารพ

สาขาวิชาโรคระบบทางเดินอาหาร ภาควิชาอายุรศาสตร์
โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

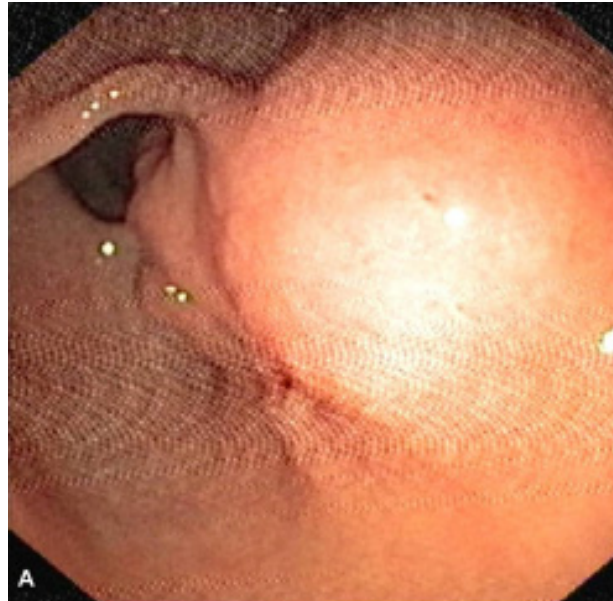
ตัวอย่างผู้ป่วย

หญิงไทยอายุ 30 ปี มาด้วยอาการถ่ายอุจจาระเป็นสีดำและมีกลิ่นคาวมาก จำนวน 4 ครั้งๆ ละ 1 แก้ว เป็นมา 1 วัน ไม่มีอาการอาเจียนเป็นเลือด เพลียหรือหน้ามืด ไม่มีอาการปวดท้อง แต่ผู้ป่วยเคยมีประวัติในอดีตเมื่อ 6 เดือนก่อน อาเจียนเป็นเลือดและถ่ายอุจจาระสีดำอยู่นาน 3 วัน และต้องได้รับเลือด 1 ถัง เคยได้รับการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนบน พบแผลที่บริเวณ antrum และได้รับการรักษาด้วยยา proton pump inhibitor

แรกเริ่ม พบว่าผู้ป่วยเริ่มมี postural hypotension และ hematocrit เท่ากับ 24% (เดิม 33%) ได้รับการส่องกล้องตรวจพบ ulcers with pigment spots บน submucosal mass ที่บริเวณ antrum (ภาพที่ 1A,B)

การตรวจด้วย endoscopic ultrasound พบ subepithelial heterogeneous hypoechoic mass ขนาด 2.68×1.67 cm โดยมีกำเนิดมาจากชั้นที่สามของผนังกระเพาะอาหาร นอกจากนี้ยังมี hypoechoic tubular structure อยู่ในบริเวณส่วนกลางของตัวก้อนด้วย ซึ่งเป็นลักษณะของ cystic degeneration หรือ ductal structure (ภาพที่ 2)

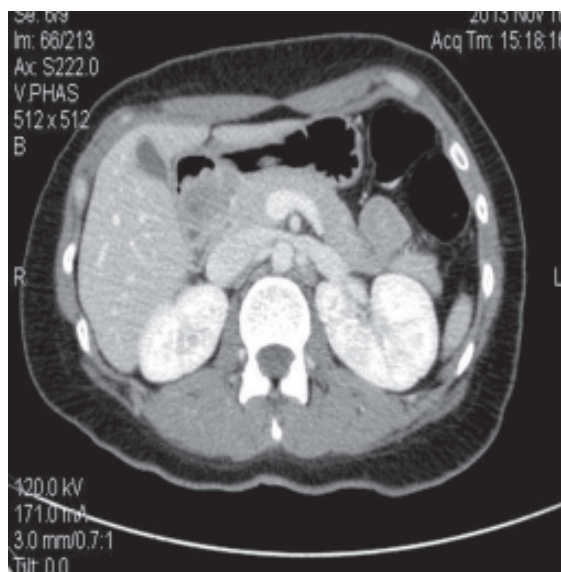
เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้องพบก้อนขนาด $2 \times 3.5 \times 5.4$ cm โดยมีลักษณะเป็น heterogeneous enhancement submucosal mass ที่ gastric antrum (ภาพที่ 3) ไม่พบ perigastric fat infiltration พบต่อมน้ำเหลืองขนาด



ภาพที่ 1 A: submucosal mass ที่บริเวณ antrum
B: ulcers ที่บริเวณ mucosal surface ร่วมกับมี pigment spots



ภาพที่ 2 Endoscopic ultrasound แสดงให้เห็นก้อนที่บริเวณ antrum มีลักษณะเป็น heterogeneous hypoechoic mass กำเนิดมาจาก 3rd layer of stomach wall ร่วมกับพบ hypoechoic tubular structure อยู่ในบริเวณส่วนกลางของตัวก้อน ซึ่งเป็นลักษณะของ cystic degeneration หรือ ductal structure



ภาพที่ 3 CT scan พบ heterogeneous enhancement submucosal mass ที่ gastric antrum



6-8 mm ที่บริเวณ para-aortic

ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยทำ distal gastrectomy ลักษณะทางพยาธิวิทยาของก้อนเนื้อออกเป็น lobulated rubbery mass ขนาด $2 \times 2 \times 0.8$ cm อยู่ใน gastric wall ซึ่งมี cut surfaces เป็นเนื้อเยื่อสีน้ำตาลอ่อนปนกับสีเหลือง ลักษณะทางจุลพยาธิวิทยาพบ spindle cells ที่มี vague palisading nuclear และพบสลับกับ necrotic tissue และ fibrin โดยมี chronic inflammation อยู่รอบๆ เมื่อย้อม immunohistochemistry พบว่า ตติสีของ S100 ชัดเจน แต่ไม่ตติสีของ SMA, c-kit และ desmin

ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็น “gastric schwannoma”

บทนำ

เนื้องอกปลอกประสาท (schwannoma) กำเนิดจากเซลล์หุ้มปลอกประสาท (schwann cells) ซึ่งพัฒนามาจากเซลล์ต้นกำเนิดมีเซนไคม์ (mesenchymal stem cells)¹ ระบบทางเดินอาหารมีอุบัติการณ์เกิดโรคน้อย โดยส่วนใหญ่พบในกระเพาะอาหาร จากรายงานก่อนหน้านี้นับอุบัติการณ์ร้อยละ 0.2 ของเนื้องอกกระเพาะอาหารทั้งหมด และร้อยละ 4 ของเนื้องอกกระเพาะอาหารชนิดไม่ร้ายแรง² เนื้องอกชนิดนี้ส่วนใหญ่เป็นชนิดไม่ร้ายแรง เติบโตช้า และมักไม่มีอาการ มีผู้ป่วยบางรายที่จะแสดงอาการ เช่น ปวดท้อง เลือดออกจากทางเดินอาหาร หรือคลำได้ก้อนจากหน้าท้อง³ ข้อมูลในปัจจุบันพบอัตราการกลายเป็นมะเร็งน้อยมาก เนื้องอกชนิดนี้แยกยากกับเนื้องอกที่กำเนิดจากเซลล์ต้นกำเนิดมีเซนไคม์อื่นๆ เช่น gastrointestinal stromal tumor (เกิดจาก interstitial cell of Cajal) หรือ leiomyoma/leiomyosarcoma (เกิดจาก smooth muscle cell)⁵ เนื่องจากลักษณะสัณฐานวิทยาและพยาธิวิทยาพื้นฐานใกล้เคียงกัน

Gastric schwannoma ถูกรายงานครั้งแรกในปี 1988 โดย Daimaru⁴ ซึ่งได้รายงานการพบเนื้องอกชนิดนี้ในระบบทางเดินอาหารของผู้ป่วย 24 ราย โดยส่วนใหญ่อยู่ในกระเพาะอาหารและได้รับการยืนยันต้นกำเนิดเนื้องอกชนิดนี้โดยการย้อมพิเศษติด S100 protein และ glial fibrillary acidic protein (GFAP)^{1,4}



การวินิจฉัยยืนยัน gastric schwannoma ทำได้ยากเนื่องจากเป็นเนื้องอกที่พบบ่อย ต้องใช้ความรู้ทางด้านรังสีวินิจฉัยและพยาธิวิทยาาร่วมกัน บทความนี้ได้รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับ พยาธิกำเนิด อาการแสดง ลักษณะทางภาพรังสี ลักษณะทางพยาธิวิทยา การรักษาและการพยากรณ์โรค สำหรับ gastric schwannoma และการวินิจฉัยแยกโรคกับเนื้องอกชนิดอื่นที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดเนื้องอกชนิดร้ายแรง

กลไกการเกิดโรค

Gastric schwannoma เกิดจากการเจริญผิดปกติของเซลล์หุ้มปลอกประสาท (schwann cells) ของระบบประสาทส่วนปลาย เกิดเป็นเนื้องอกที่มีเซลล์ลักษณะรูปกระสวย (spindle cells) เรียงตัวสอดแทรกประสานกัน ซึ่งจะมีลักษณะทางพยาธิวิทยาคล้ายกับ gastrointestinal stromal tumor และ leiomyoma/leiomyosarcoma เนื่องจากเกิดมาจากเซลล์ต้นกำเนิดมีเซนไคม์เดียวกัน โดยส่วนใหญ่เกิดจากปลายเส้นประสาท Auerbach's plexus มากกว่า Meissner's plexus^{5,6} ในบางรายงานเชื่อว่าก้อนเนื้องอกเกิดจากความผิดปกติของพันธุกรรมเช่น monosomy of chromosome 22 และ somatic NF2 gene mutation ซึ่งพบบ่อยใน soft tissue schwannoma มากกว่า gastric schwannoma และเนื้องอกทั้งสองตำแหน่งมีลักษณะของชิ้นเนื้อและการดำเนินโรคที่แตกต่างกัน⁷⁻⁹ นอกจากนี้ยังมีรายงานว่าพบความสัมพันธ์ของ gastric schwannoma กับ NF1 syndrome¹⁰ โดยก้อนเนื้องอกชนิดนี้มักจะพบเป็นก้อนเดี่ยวและภายในจะมีเซลล์เรียงตัวกันแน่น มักจะเจริญเติบโตแบบออกด้านนอก (exophytic growth) และมีเลือดมาเลี้ยงค่อนข้างมาก แต่การไหลเวียนของเลือดจะช้าเนื่องจากเซลล์เรียงตัวกันแน่นจึงอาจทำให้เกิดภาวะขาดเลือด (ischemia) ตรงบริเวณเยื่อบุ นำมาสู่การเกิดแผลตรงก้อนเนื้องอกได้^{2,11,12}

ความชุกและอาการวิทยา

Gastric schwannoma เป็นเนื้องอกใต้เยื่อกระเพาะอาหารชนิดไม่ร้ายแรง



พบได้ประมาณร้อยละ 2-7 ของเนื้องอกใต้เยื่อกระเพาะอาหาร พบในหญิงมากกว่าชาย 2-4 เท่า^{2,3} อายุโดยเฉลี่ย 50-60 ปี และมักไม่มีอาการแสดง จากการรายงานการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่ามีการแสดงดัง**ตารางที่ 1**^{6,8}

Gastric schwannoma สามารถพบได้ทุกตำแหน่งของกระเพาะอาหารที่มีเส้นประสาทส่วนปลาย (peripheral nerve) โดยตำแหน่งที่พบบ่อยที่สุดคือ gastric antrum (**ตารางที่ 2**) เนื่องจากก้อนเนื้องอกส่วนใหญ่ไม่มีอาการแสดงมาก่อน ทำให้สามารถพบก้อนเนื้องอกขนาดแตกต่างกันได้ตั้งแต่ 1-10.5 ซม.^{6,8}

ตารางที่ 1 ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วย gastric schwannoma (n=80)^{6,8}

อาการแสดง	จำนวน (ร้อยละ)
ไม่มีอาการ	25 ราย (31.3)
ปวดท้อง แน่นท้อง	22 ราย (27.5)
เลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น	10 ราย (6.1)
เบื่ออาหาร น้ำหนักลด	2 ราย (2.5)
มีอาการลำไส้ส่วนต้นอุดตัน (Gastric outlet obstruction)	1 ราย (1.25)
ไม่มีข้อมูล	18 ราย (22.5)

ตารางที่ 2 ตำแหน่งของก้อนเนื้องอก gastric schwannoma (n=29)⁶

ตำแหน่ง	จำนวน (ร้อยละ)
Gastric antrum	10 (34.5)
Greater curvature	7 (24.1)
Gastric fundus	6 (20.7)
Lesser curvature	5 (17.2)
Gastric cardia	1 (3.4)



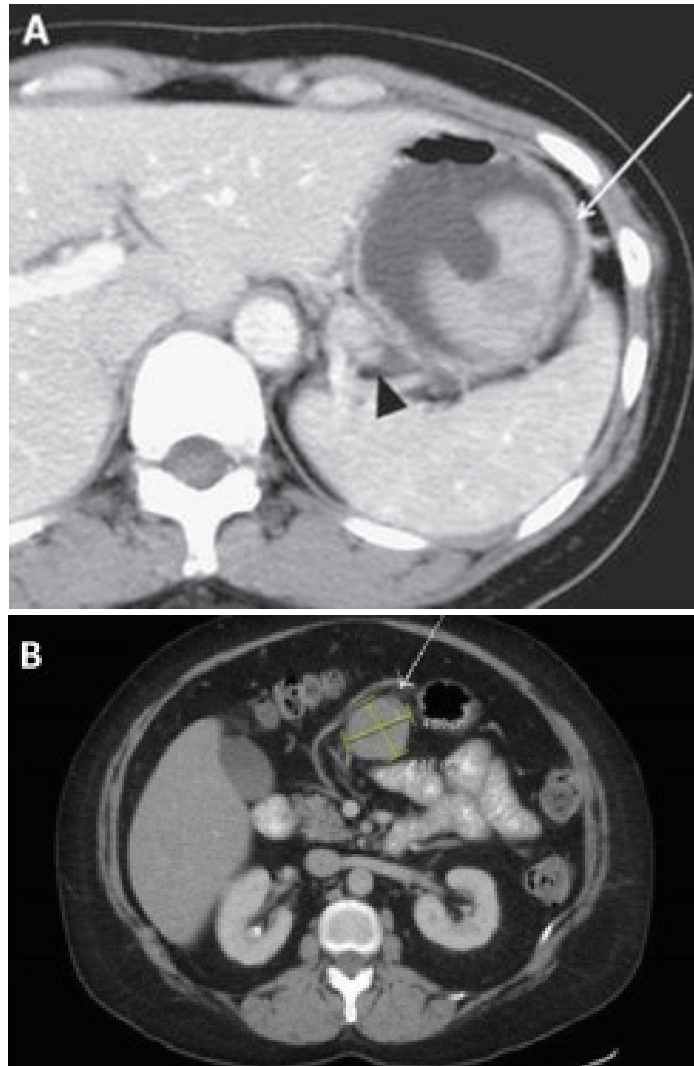
ลักษณะทางภาพรังสีวิทยา (Imaging) และการตรวจโดยการส่องกล้อง

ภาพรังสีส่วนตัดโดยใช้คอมพิวเตอร์ (computerized tomography; CT scan)

ภาพจาก CT scan จะช่วยในการประเมินลักษณะก้อน ขอบเขต ต่อมน้ำเหลืองในช่องท้องได้ แม้จะไม่มีลักษณะจำเพาะของเนื้องอกชนิดนี้ (ตารางที่ 3 และภาพที่ 4) ส่วนใหญ่เป็นก้อนเดี่ยว อยู่ในชั้นใต้เยื่อกระเพาะอาหาร มีลักษณะกลม และก้อนมักงอกยื่นออกจากกระเพาะอาหาร (exophytic growth) โดยมักมีลักษณะเฉพาะคือ homogenous enhancement without cystic or hemorrhagic lesion ในก้อนเนื้องอก และหากพบต่อมน้ำเหลืองในช่องท้องโตขึ้น หรือมีเนื้องอก

ตารางที่ 3 ลักษณะที่พบใน computerized tomography ของ gastric schwannoma (n=16)¹³

Imaging finding (CT scan)	จำนวน (ร้อยละ)
<i>Contour</i>	
Round or oval	12 (75)
Lobulate	4 (25)
<i>Margin</i>	
Discrete	16 (100)
<i>Growth pattern</i>	
Endoluminal	1 (6.25)
Exogastric	9 (56.25)
Both	6 (37.5)
<i>Ulceration</i>	3 (18.75)
<i>Cystic change</i>	
Present	2 (12.5)
Absent	14 (87.5)
<i>Enhancement pattern</i>	
Homogenous	13 (81.25)
Heterogenous	3 (18.75)



ภาพที่ 4 CT scan ของ gastric schwannoma^{14,15}

A: A contrast-enhanced CT scan shows a well demarcated round mass, with the ulceration at greater curvature in the body of stomach. This tumor shows homogenous enhancement without cystic or hemorrhagic component.¹⁴

B: A contrast-enhanced CT scan shows a round, well defined mass without ulceration at antrum of stomach, and homogeneously enhancing mass.¹⁵



กลับเป็นซ้ำหลังผ่าตัด จะบ่งบอกว่าเนื้องอกนั้นมีความเสี่ยงต่อการเป็นเนื้องอกชนิดร้ายแรงมากกว่า⁸

ภาพคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI)

ลักษณะที่พบได้ในการตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) จะพบลักษณะของก้อนคล้ายกับที่พบจาก CT scan และภายในเนื้อก้อนจะมีลักษณะ low signal intensity on T1-weighted images และ high signal intensity on T2-weighted images without cystic or hemorrhagic component นอกจากนี้ยังมี high intensity on DWI ในก้อนเนื้องอกด้วย^{13,14} แต่ทั้งจาก CT scan และ MRI เป็นเพียงข้อสังเกตจากการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยเท่านั้น ยังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจน

ลักษณะที่พบจากการส่องกล้อง (Endoscopic findings)

Gastric schwannoma อาจจะมาด้วยอาการที่จำเป็นต้องได้รับการส่องกล้องหรืออาจพบโดยบังเอิญระหว่างส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น โดยลักษณะที่พบจากการส่องกล้องมาตรฐานจะพบลักษณะก้อนใต้ชั้นเยื่อบุกระเพาะอาหารที่ถูกปกคลุมด้วยเยื่อบุปกติ ก้อนมีลักษณะกลมรี อาจจะมีหรือไม่มีแผลที่เยื่อบุผิวก็ได้ ซึ่งเหล่านี้เป็นลักษณะที่ไม่จำเพาะต่อโรคนี้ สามารถพบได้ในเนื้องอกใต้เยื่อบุกระเพาะอาหารชนิดอื่นๆ ด้วย เช่น GISTs, leiomyoma และ subepithelial metastasis

การส่องกล้องอัลตราซาวด์ (Endoscopic ultrasound)

ปัจจุบันมีการพัฒนาการส่องกล้องอัลตราซาวด์ซึ่งสามารถบอกถึงชั้นต้นกำเนิดของเนื้องอกว่าพัฒนาหรือกำเนิดมาจากชั้นใดของผนังกระเพาะอาหารและบ่งบอกส่วนประกอบภายในก้อนเนื้องอกเพื่อเป็นข้อมูลในการร่วมวินิจฉัยโรค

สำหรับ gastric schwannoma จะมีลักษณะแตกต่างกับ gastrointestinal stromal tumors (GISTs) เล็กน้อย โดยอาจจะพบลักษณะ heterogenous และ hypoechoic lesion แต่มากกว่าชั้น muscularis propria โดยที่มีลักษณะ in-



ternal high echo area ซึ่งอธิบายจากการที่มีหลอดเลือดในก้อนเนื้องอกวิ้งช้า (slow blood flow) และ schwannoma มักไม่พบ cystic degeneration, hemorrhage หรือ calcification ในก้อน ซึ่งเป็นข้อแตกต่างกับ GISTs (ตารางที่ 4-5)¹⁷ อย่างไรก็ตามการทำ EUS เพียงอย่างเดียวยังไม่เพียงพอต่อการยืนยันการวินิจฉัยโรค จำเป็นต้องได้รับการตรวจชิ้นเนื้อต่อไป

ตารางที่ 4 ลักษณะที่พบจาก endoscopic ultrasound สำหรับ gastric subepithelial tumor ชนิดต่าง ๆ¹⁶

Tumor	EUS layer	Organ	EUS appearance
Schwannoma	4 th (3 rd)	Stomach	Hypoechoic, round or oval, well demarcated.
Gastrointestinal stromal tumors	4 th (2 nd , 3 rd)	Stomach	Hypoechoic, round or oval, well demarcated. (large tumor >4 cm, homogeneous, irregular border, cystic areas of echogenic foci)
Leiomyoma	4 th (2 nd)	Stomach	Hypoechoic, round or oval, well demarcated
Leiomyosarcoma	4 th (2 nd)	Stomach	Hypoechoic, heterogeneous, irregular extraluminal border or invasive to adjacent organs

ตารางที่ 5 Endoscopic ultrasound ในการแยกแยะระหว่าง Gastric schwannoma and GISTs¹⁷

Appearance	Schwannoma	Low-risk GISTs	High-risk GISTs
Echogenicity	Heterogeneous and hypoechoic, but slightly higher than MP	Homogeneous and hypoechoic	Heterogeneous and hypoechoic
Halo	Frequent	Uncertain	Uncertain
Growth	In < out (mostly)	In > out (mostly)	Variety
Margin	Regular	Regular	Irregular
Lobulation	Rare	Uncommon	Common
High echo spot	Common	Occasional	Common
Cyst	Very rare	Frequent	Very frequent
Calcification	Scarce	Occasional	Occasional

GISTs: Gastrointestinal stromal tumors

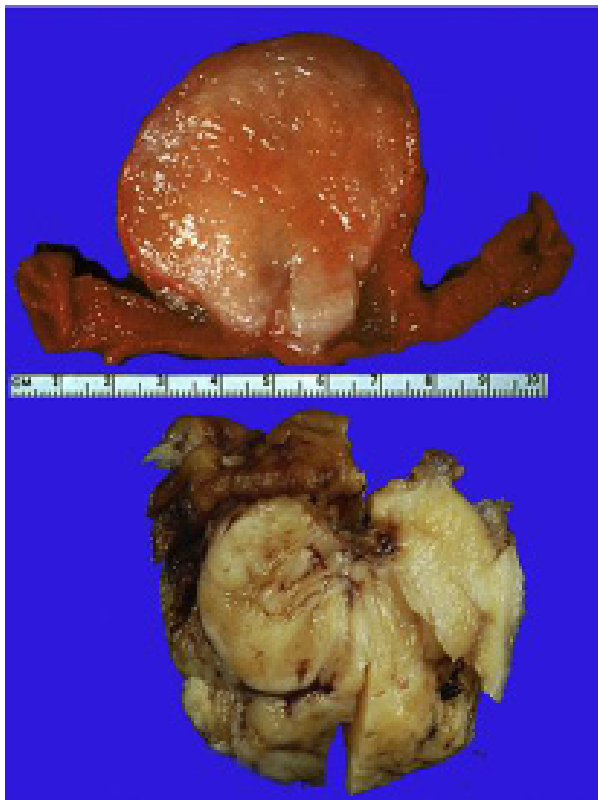


ลักษณะทางพยาธิวิทยา

Gastric schwannoma เป็นเนื้องอกที่พบบ่อยเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มเนื้องอกใต้เยื่อบุกระเพาะอาหารอื่นๆ ซึ่งจำเป็นต้องใช้ลักษณะทางพยาธิวิทยาที่จำเพาะเพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรคและภาวะร้ายแรงของเนื้องอก (benign or malignant)

ลักษณะสัณฐานวิทยาของก้อนเนื้อจะมีสีเหลืองหรือขาวนวล โดยมีลักษณะการเรียงตัวของเนื้อเยื่อวนเหมือนกันหอย มีเยื่อหุ้มบางๆ ล้อมรอบก้อน (ภาพที่ 5) อาจจะมีแผลหรือไม่มีแผล และมักไม่พบเนื้อตายหรือจุดเลือดออกภายในก้อน^{6,8}

ลักษณะที่พบจากกล้องจุลทรรศน์ (ภาพที่ 6, A-C) พบว่า มีลักษณะเนื้อเยื่อ



ภาพที่ 5 ลักษณะสัณฐานวิทยาของก้อน gastric schwannoma เป็นสีเหลืองหรือขาวนวล โดยมีลักษณะการเรียงตัวของเนื้อเยื่อวนเหมือนกันหอย (whorled appearance) จะเห็นมีเยื่อหุ้มบางๆ ล้อมรอบก้อน อาจจะมีแผลหรือไม่มีแผล และมักไม่พบเนื้อตายหรือจุดเลือดออกภายในก้อน⁸



ที่ประกอบด้วยเซลล์รูปทรงกระสวยเรียงตัวประสานกัน (spindle shaped cells with palisading nuclear) โดยที่ขอบเขตของก้อนอาจไม่เห็นลักษณะเยื่อหุ้มแท้ (true capsule) และอาจพบแผลจากผลตรวจผ่านกล้องจุลทรรศน์ได้สูงถึงร้อยละ 83 รวมทั้งยังสามารถพบแอ่งเซลล์ลิมโฟไซต์รอบๆ ก้อนเนื้องอก (peripheral lymphocyte cuffing) ได้ร้อยละ 96 และพบเซลล์ลิมโฟไซต์และเซลล์พลาสมาในก้อนเนื้องอกร้อยละ 6¹⁸

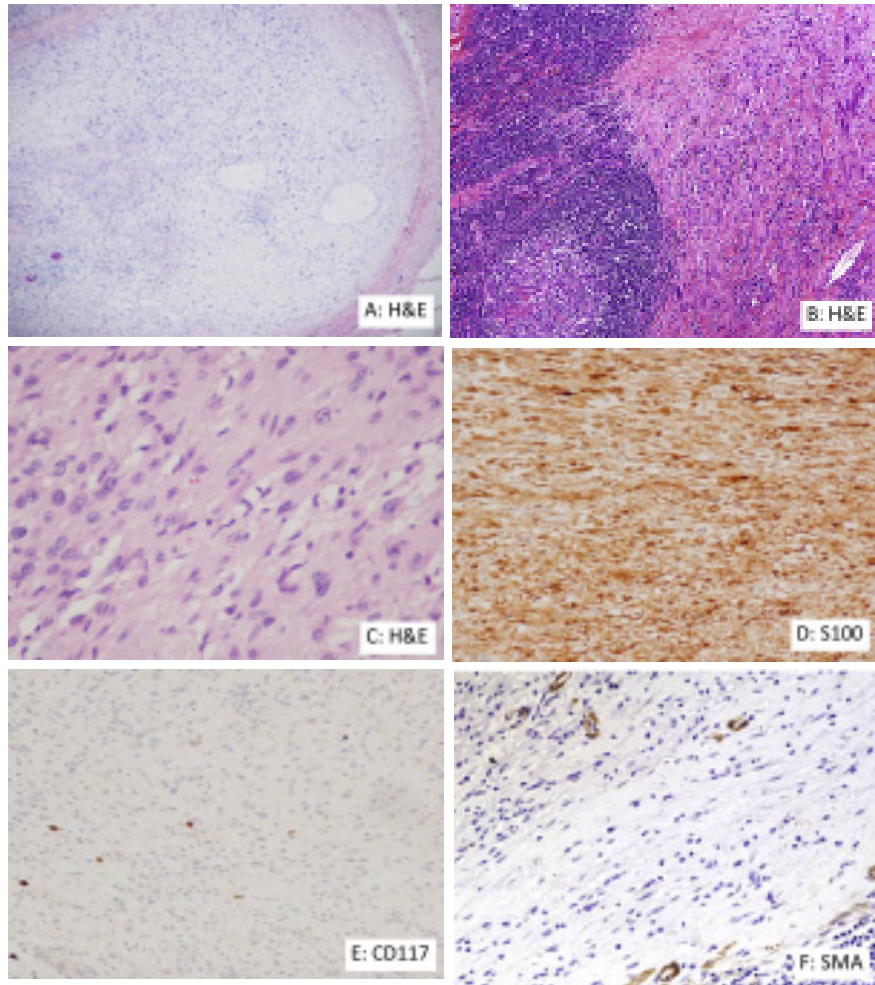
การตรวจเพิ่มเติมโดยอิมมูโนฮิสโตเคมีสตรี้ (Immunohistochemistry) จากการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่า gastric schwannoma ย้อมติด S100 protein, CD 56 และ vimentin ถึงร้อยละ 100 มีบางรายงานแนะนำให้ย้อม glial fibrillary acidic protein (GFAP) ซึ่งจะติดใน schwannoma ประมาณร้อยละ 75 ร่วมกับหากย้อมไม่ติด CD117 (c-kit) หรือ DOG-1 ซึ่งบ่งบอกว่าเป็นเนื้องอกของ gastrointestinal stromal tumors และย้อมไม่ติด Smooth muscle actin หรือ desmin ซึ่งบ่งบอกเนื้องอกของกล้ามเนื้อเรียบ (leiomyoma) สามารถวินิจฉัยผู้ป่วยเป็น gastric schwannoma ซึ่งถือเป็นการวินิจฉัยมาตรฐานในปัจจุบัน^{6,8} (ภาพที่ 6, D-F)

การตรวจชิ้นเนื้อยังสามารถประเมินความร้ายแรงของก้อนเนื้องอก (malignant potential) ได้ โดยประเมินจากลักษณะนิวเคลียส (nucleus) ว่ามีลักษณะผิดปกติ (atypia) หรือมีค่าการแบ่งตัวที่สูง (mitotic count on histology) โดยแบ่งเป็น low, moderate และ high (<5, 6-10, >10 per 50 high-power field)¹⁸ และ Ki67 expression index ร่วมกับการติด immunohistochemistry S100 protein ที่เจือจางบ่งบอกความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเนื้องอกที่ร้ายแรง (malignant schwannoma)^{6,8}

การวินิจฉัยแยกโรคกับก้อนเนื้องอกที่ย้อมพิเศษติด S100 protein อื่นเช่น clear cell sarcoma of stomach หรือ metastasis malignant melanoma of stomach จะไม่ขอกกล่าวละเอียดในบทนี้⁸

การรักษา

จากรายงานในปัจจุบันพบผู้ป่วย gastric schwannoma ประมาณ 200 ราย



ภาพที่ 6 ลักษณะทางพยาธิวิทยาของ gastric schwannoma

- | | |
|--|--|
| A: Tumor with thin capsules | D: marked positive S100 protein |
| B: Peripheral lymphoid cuff with occasional germinal center | E: negative CD117 (c-kit) |
| C: Spindle cell and nuclear palisade appearance | F: negative SMA |



ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยจากการผ่าตัดและตรวจชิ้นเนื้อ จึงยังไม่มีการรักษามาตรฐานเฉพาะโรคนี้ และขออิงเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยเนื้องอกชั้นใต้เยื่อบุกระเพาะอาหารเป็นหลัก ซึ่งการรักษาจะขึ้นกับอาการแสดงของผู้ป่วย ขนาดของก้อนและความร้ายแรงของเนื้องอกที่ประเมินจากพยาธิวิทยา โดยการรักษาพิจารณาจากคำแนะนำของสมาคมส่องกล้องของอเมริกาและวารสารต่างๆ¹⁹⁻²¹ กล่าวคือ

1. ผู้ป่วยที่มีอาการจากก้อนเนื้องอก (symptomatic) ได้แก่ เลือดออกในทางเดินอาหารจากตัวก้อน ปวดท้องหรือแน่นท้องที่อธิบายได้จากก้อน แนะนำให้ผ่าตัดและตรวจชิ้นเนื้อเพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรค

2. ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีอาการจากก้อนเนื้องอก (asymptomatic) โดยแบ่งการรักษาตามขนาดของก้อนเนื้องอก

2.1. ผู้ป่วยที่มีก้อนขนาดใหญ่กว่า 5 เซนติเมตร ให้พิจารณาผ่าตัดและตรวจชิ้นเนื้อเพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรค

2.2. ผู้ป่วยที่มีก้อนขนาดระหว่าง 2-5 เซนติเมตร ให้พิจารณาตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมก่อนโดย EUS FNA เพื่อพิสูจน์ชิ้นเนื้อ หากผลเป็น gastrointestinal stromal tumors (GISTs) ซึ่งมีโอกาสเป็นเนื้องอกร้ายแรงได้ (Malignant potential) ให้พิจารณาผ่าตัด หากเป็น schwannoma สามารถติดตามได้โดย EUS หรือ CT scan ทุก 3-6 เดือน หากก้อนมีขนาดโตขึ้นระหว่างการติดตามให้พิจารณาตัดก้อนเนื้องอกโดยการผ่าตัดหรือผ่านการส่องกล้อง (Endoscopic submucosal dissection)

2.3. ผู้ป่วยที่มีก้อนขนาดเล็กกว่า 2 เซนติเมตร สามารถติดตามก้อนเนื้องอกโดย EUS หรือ CT scan แต่ยังไม่มีการติดตามที่ชัดเจน โดยผู้เชี่ยวชาญแนะนำที่ประมาณ 6-12 เดือน หากก้อนมีขนาดโตขึ้นระหว่างการติดตามให้พิจารณาตัดก้อนเนื้องอกโดยการผ่าตัดหรือผ่านการส่องกล้อง (Endoscopic submucosal dissection)

พยากรณ์โรค

Gastric schwannoma เป็นก้อนเนื้องอกที่ไม่ร้ายแรง พยากรณ์โรคดีมาก



โอกาสกลายเป็นเนื้องอกชนิดร้ายแรงน้อยมาก ไม่มีรายงานการกลับเป็นซ้ำหรือกระจายไปในอวัยวะอื่นๆ นอกจากนี้ขนาดของก้อนหรืออัตราการแบ่งตัวของนิวเคลียสที่สูงขึ้น (mitotic count >5/50 HPF) ยังไม่ได้เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดเนื้องอกชนิดร้ายแรง ซึ่งแตกต่างจากก้อนเนื้องอกชนิด gastrointestinal stromal tumors (GISTs) แต่แนะนำให้เฝ้าระวังหากมีค่าอัตราการแบ่งตัวของนิวเคลียสที่สูง (mitotic count >10/50 HPF) โดยแนะนำให้ตัดเนื้องอกออกหรือติดตามอย่างใกล้ชิด เพราะยังไม่มีข้อมูลการติดตามในระยะยาวว่าจะกลายเป็นเนื้องอกชนิดร้ายแรงหรือไม่^{1,6,8,22} อย่างไรก็ตามปัจจุบันมีรายงานพบเนื้องอกชนิดร้ายแรงในกระเพาะอาหาร (malignant schwannoma) ไม่ถึง 10 ราย²²

สรุป

ก้อนเนื้องอก gastric schwannoma พบได้น้อย มักไม่แสดงอาการ หากมีอาการมักมาด้วยอาการปวดท้อง แน่นท้องหรือเลือดออกในทางเดินอาหาร ซึ่งพบได้บ่อยในเพศหญิงมากกว่าชายประมาณ 2-4 เท่า อายุเฉลี่ย 50-60 ปี ซึ่งการวินิจฉัยโดย CT scan หรือ MRI มีลักษณะไม่จำเพาะ การทำ endoscopic ultrasound จะบอกรายละเอียดในก้อนเนื้องอกได้มากขึ้น การได้รับชิ้นเนื้อเพื่อตรวจพยาธิวิทยาและการย้อม immunohistochemistry เป็นการบอกเซลล์ต้นกำเนิดโรคและยืนยันการวินิจฉัยโรค (gold standard diagnosis)

การรักษาขึ้นกับอาการแสดง ขนาดของก้อน และอัตราการแบ่งตัวของนิวเคลียส โดยส่วนใหญ่เป็นเนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรง สามารถรักษาโดยการผ่าตัดผ่านการเปิดหน้าท้อง ส่องกล้องหรือผ่านการส่องกล้อง ซึ่งอัตราการเป็นซ้ำหลังรักษาต่ำมากและพยากรณ์โรคดีมาก

เอกสารอ้างอิง

1. Lin CS, Hsu HS, Tsai CH, Li WY, Huang MH. Gastric schwannoma. J Chin Med Assoc. 2004;67:583-6.
2. McNeer G, Pack GT. Neoplasms of the Stomach. Philadelphia: JB Lippincott;



- 1974:518-40.
3. Hou YY, Tan YS, Xu JF, Wang XN, Lu SH, Ji Y, et al. Schwannoma of the gastrointestinal tract: a clinicopathological, immunohistochemical and ultrastructural study of 33 cases. *Histopathology*. 2006;48:536-45.
 4. Daimaru Y, Kido H, Hashimoto H, Enjoji M. Benign schwannoma of the gastrointestinal tract: a clinicopathologic and immunohistochemical study. *Humpathol*. 1988;19:257-64.
 5. Miettinen M, Majidi M, Lasota J. Pathology and diagnostic criteria of gastrointestinal tumors (GISTs): a review. *Eur J Cancer*. 2002;38:39-51.
 6. Miettinen M, Sobin LH, Lasota J. Gastrointestinal stromal tumors of the stomach: a clinicopathologic, immunohistochemical, and molecular genetic study of 1765 cases with long-term follow-up. *Am J Surg Pathol*. 2005;29:52-68.
 7. Diaz ST, Hansson CM, de Bustos C, Mantripagada KK, Piotrowski A, Benetkiewicz M, et al. High-resolution array-CGH profiling of germline and tumor-specific copy number alterations on chromosome 22 in patients affected with schwannomas. *Hum Genet*. 2005;118:35-44.
 8. Lysandra V, Rebecca M, Jerzy L, Miettinen M. Gastric schwannoma: a clinicopathologic study of 51 cases and critical review of the literature. *Hum Pathol*. 2012;43:650-9.
 9. Evans DG. Neurofibromatosis type 2 (NF2): A clinical and molecular review. *Orphaned J Rare Dis*. 2009;4:16.
 10. Agaimy A, Markl B, Kitz J, Wunsch PH, Arnholdt H, Fuzesi L, et al. Peripheral nerve sheath tumors of the gastrointestinal tract: a multicenter study of 58 patients including NF1-associated gastric schwannoma and unusual morphological variants. *Virchows Arch*. 2010;456:411-22.
 11. Melvin WS, Wilkinson MG. Gastric schwannoma: Clinical and pathologic considerations. *Am Surg*. 1993;59:293-6.
 12. Fujii Y, Taniguchi N, Hosoya Y, Yoshizawa K, Yasuda Y, Nagai H, et al. Gastric schwannoma: sonographic findings. *J Ultrasound Med*. 2004;23:1527-30.
 13. Hong HS, Ha HK, Won HJ, Byun JH, Shin YM, Kim AY, et al. Gastric schwannoma:



- radiological features with endoscopic and pathological correlation. *Clin Radiol.* 2008;63:536-42.
14. Takeda M, Amano Y, Machida T, Kato S, Naito Z, Kumita S. CT, MRI, and PET findings of gastric schwannoma. *Jpn J Radiol.* 2012;30:602-5.
 15. Yoon W, Paulson K, Mazzara P. Gastric schwannoma: A rare but important differential diagnosis of a gastric submucosal mass. *Case Rep Surg.* 2012;2012:280982.
 16. Hiroki S, Kitano M, Kudo M. Diagnosis of subepithelial tumors in the upper gastrointestinal tract by endoscopic ultrasonography. *World J Radiol.* 2010;28:289-97.
 17. Zhong D, Wang C, Xu J, Chen MY, Cai JT. Endoscopic ultrasound features of gastric schwannomas with radiological correlation: A case series report. *World J Gastroenterol.* 2012;18:7397-401.
 18. Hwang JH, Rulyak SD, Kimmey MB. American gastroenterological association institute technical review on the management of gastric subepithelial masses. *Gastroenterology.* 2006;130:2217-28.
 19. Mekky MA, Yamao K, Sawaki A, Mizuno N, Hara K, Nafeh MA, et al. Diagnosis utility of EUS-guided FNA in patients with gastric submucosal tumors. *Gastrointest Endosc.* 2010;71:913-9.
 20. Sepe PS, Brugge WR. A guide for the diagnosis and management of gastrointestinal stromal cell tumors. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol.* 2009;6:363-71.
 21. Kongkam P, Devereaux BM, Ponnudurai P, Rattanachu-ek T, Sahai AV, Gotoda T, et al. Endoscopic ultrasound forum summary from the Asian Pacific Digestive Week. 2012;2:43-60.
 22. Atmatzidis S, Chatzimavroudis G, Dragoumis D, Tsiaousis P, Patsas A, Atmatzidis K. Gastric schwannoma: a case report and literature review. *Hipokratia.* 2012;16:280-2.
 23. Agaimy A, Markl B, Kitz J. Peripheral nerve sheath tumors of the gastrointestinal tract: a multicenter study of 58 patients including NF1-associated gastric schwannoma and unusual morphologic variants. *Virchows Arch.* 2010;456:411-22.

Gastric Antral Vascular Ectasia (GAVE)

ปาสิทา ชวนเกริกกุล
กฤษณ์ อุทัยชัย

แผนกโรคทางเดินอาหารและตับ กองอายุรกรรม
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

บทนำ

Gastric antral vascular ectasia (GAVE) เป็นภาวะที่พบได้ไม่บ่อย แต่เป็นสาเหตุของการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นทั้งที่รุนแรงและไม่รุนแรงได้ โดยพบประมาณร้อยละ 4 ของภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นที่ไม่เกี่ยวข้องกับหลอดเลือดผิดปกติในทางเดินอาหาร¹

ในปี ค.ศ. 1953 Rider และคณะ² ได้รายงานภาวะนี้เป็นครั้งแรก โดยพบในผู้ป่วยหญิงสูงอายุที่มาด้วยภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็ก ซึ่งหลังจากทำการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารแล้วพบ fiery red with marked hypertrophic mucosal changes, adherent old blood and scattered areas of profuse bleeding ที่กระเพาะอาหารส่วน antrum และพบ grey smooth mucosa ที่กระเพาะอาหารส่วน body การตรวจทางพยาธิวิทยาพบการอักเสบเรื้อรังและการบวมของชั้น submucosa ร่วมกับการขยายใหญ่ของหลอดเลือดดำ Rider และคณะได้บรรยายภาวะนี้ว่า “an erosive type of gastritis with marked veno-capillary ectasia”

ต่อมาในปี ค.ศ. 1984 Jabbari และคณะ³ ได้ให้คำนิยามของ GAVE ว่า “longitudinal antral fold, converging on the pylorus, containing visible



columns of tortuous red ectatic vessels” ลักษณะเส้นสีแดงคล้ายลายบนเปลือกแตงโมที่พบจากการส่องกล้องทางเดินอาหาร เรียกว่า “watermelon stomach” และพบว่าลักษณะทางพยาธิวิทยาเป็น “hyperplasia of the mucosa with capillary ectasia and thrombosis, fibromuscular hyperplasia of the lamina propria and abnormal vessels in the submucosa”

ระบาดวิทยา

ไม่มีข้อมูลเรื่องความชุกของ GAVE ในประชากรทั่วไป ส่วนความชุกในผู้ป่วยโรคตับแข็งที่ได้รับการส่องกล้องคัดกรองภาวะหลอดเลือดดำโป่งพองในหลอดอาหารพบความชุกของ GAVE ร้อยละ 12⁴

พยาธิสรีรวิทยาและพยาธิวิทยา

GAVE เป็นภาวะที่เกิดขึ้นมาภายหลัง (acquired)⁵ ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด แต่เชื่อว่าเกิดจากกลไกหลายอย่าง ได้แก่

1. Mechanical stress

การบีบตัวของกระเพาะอาหารอย่างรุนแรงจนเกิด prolapse และหลอดเลือดอุดตันชั่วคราว นำไปสู่การเกิดภาวะ fibromuscular hyperplasia และการขยายตัวของหลอดเลือดตามมา ซึ่งมีการตรวจพบความผิดปกติในการบีบตัวของ antrum ตอบสนองต่อมื้ออาหารในผู้ป่วย GAVE ด้วย^{3,5-7}

2. Humoral factor

ได้แก่ gastrin, vasoactive inhibitory peptide (VIP), 5-hydroxytryptamine, glucagon, catecholamines, prostanoid และสารอื่นๆ โดย gastrin ทำให้หลอดเลือดฝอยขยายตัวและเพิ่มจำนวน ซึ่งพบ neuroendocrine cells เพิ่มขึ้นบริเวณที่เป็น GAVE ด้วย ส่วน prostaglandin E2 ออกฤทธิ์ในการขยายหลอดเลือดและยับยั้งการหลังกรดพบว่าปริมาณเพิ่มขึ้นในผู้ป่วย GAVE⁸⁻¹⁰

3. Autoimmune

พบว่าประมาณร้อยละ 60 ของผู้ป่วย GAVE มีโรคที่เกี่ยวข้องกับ



ภูมิคุ้มกันต่อต้านเนื้อเยื่อตนเอง (autoimmune associated disease) และตรวจพบ autoantibodies เช่น antinuclear antibodies, anti-centromere antibody, antinucleolar antibody เป็นต้น ซึ่งพบว่าภูมิคุ้มกันที่ผิดปกติเหล่านี้สามารถทำปฏิกิริยากับโปรตีนที่หลุดเลือดภายในชั้นเยื่อและชั้นใต้เยื่อของกระเพาะอาหาร แต่ยังไม่ทราบถึงผลที่แท้จริงของภูมิคุ้มกันที่ผิดปกติเหล่านี้^{5,11}

4. โรคตับและภาวะความดันในหลอดเลือดพอร์ทัลสูง

แม้ภาวะ GAVE จะพบได้ในผู้ป่วย cirrhosis แต่ภาวะความดันในหลอดเลือดดำพอร์ทัลสูงไม่ได้เป็นสาเหตุการเกิด GAVE และการเปลี่ยนตับทำให้ภาวะ GAVE หายไปได้ถึงแม้ว่าจะยังมีความดันในหลอดเลือดดำพอร์ทัลสูงอยู่ก็ตาม ซึ่งคาดว่าการทำงานของตับเสื่อมหรือตับวายมีบทบาทในการเกิด GAVE โดยเกิดการเปลี่ยนแปลง metabolism ของสารบางอย่าง^{5,12}

การเกิดเลือดออกจาก GAVE เชื่อว่าอาหารหรือกรดในกระเพาะอาหาร และ fibrin microthrombi ทำให้เกิดการขาดเลือดในบางตำแหน่ง และทำให้หลอดเลือดที่ผิดปกติเกิดการฉีกขาดจึงเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารได้^{13,14}

ลักษณะทางพยาธิวิทยาของภาวะ GAVE^{13,15} (ภาพที่ 1)

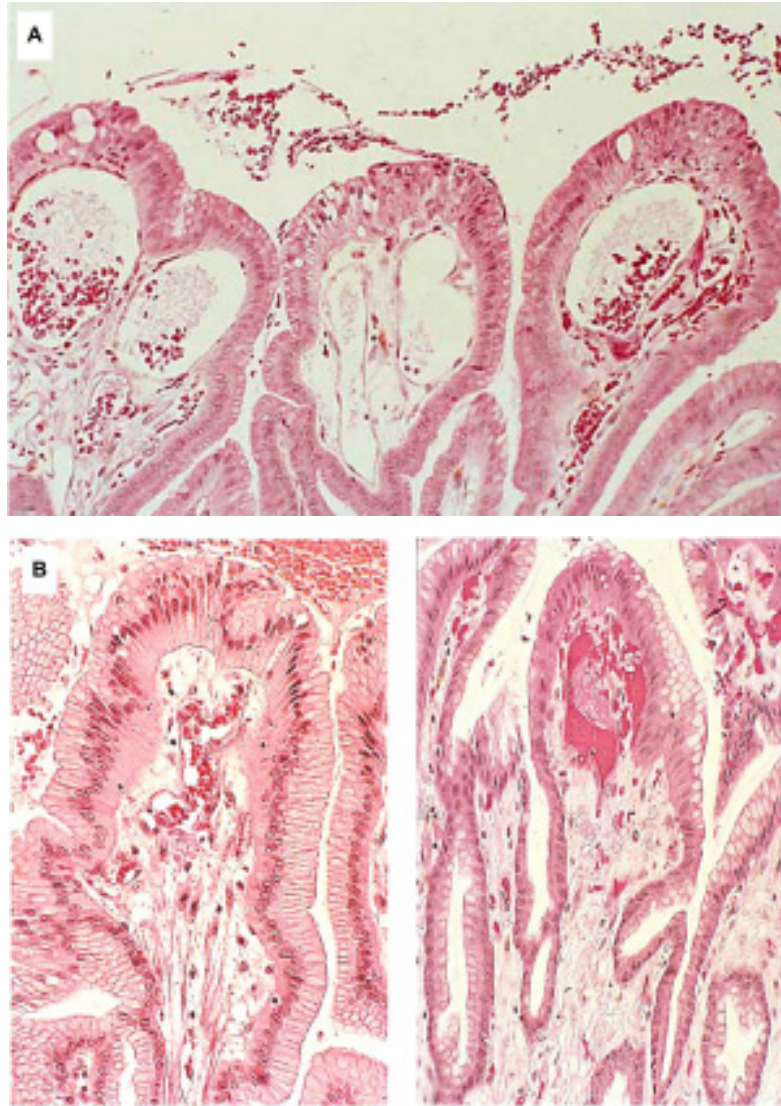
1. มีการขยายตัวผิดปกติของหลอดเลือดฝอยในชั้นเยื่อผิว (vascular ectasia of mucosal capillaries) แต่อาจไม่พบลักษณะข้อนี้ได้อย่างน้อย 50 จาก การหีวยวลงขณะ fixation หรือเป็นความผิดพลาดจากการตัดชิ้นเนื้อ หรือตำแหน่งของหลอดเลือดที่ผิดปกติอยู่ลึกลงไป¹⁶

2. มีลิ่มเลือดเฉพาะที่ (focal thrombosis)

3. มีการเพิ่มจำนวนของเซลล์กล้ามเนื้อและไฟโบรบลาสต์ (spindle cell proliferation) ได้แก่ smooth muscle cells และ fibroblast hyperplasia

4. มี fibrohyalinosis (homogeneous substance around ectatic capillaries of lamina propria)

ลักษณะทางพยาธิวิทยามีความสำคัญในการวินิจฉัยแยกโรกระหว่าง GAVE และ portal hypertensive gastropathy (PHG) ในผู้ป่วยตับแข็ง จากการศึกษานี้ของ Gilliam JH และคณะ ในปี ค.ศ. 1989 พบว่าการใช้ spindle cell prolifera-



ภาพที่ 1 จุลพยาธิวิทยาของ GAVE¹⁷

A: แสดงให้เห็นหลอดเลือดฝอยที่ขยายตัวผิดปกติ

B: Hyperplastic fibromuscular cells ในชั้น lamina propria และลิ่มเลือดที่เกิดขึ้นในหลอดเลือดฝอย



tion ร่วมกับ fibrohyalinosis มี accuracy ร้อยละ 85 ในการวินิจฉัย GAVE แยกจาก PHG ในผู้ป่วยตับแข็ง^{8,15}

นอกจากนี้ ยังมีระบบการให้คะแนนจากลักษณะทางพยาธิวิทยาเพื่อวินิจฉัย GAVE ซึ่งในระยะแรก Gilliam และคณะได้คิดระบบ Gilliam score ขึ้นมาก่อน โดยอาศัยลักษณะที่พบทางจุลพยาธิวิทยา 2 ประการ ได้แก่ 1) fibrin thrombi และ/หรือ vascular ectasia และ 2) spindle cell proliferation ต่อมาจึงได้เพิ่มลักษณะประการที่สาม คือ fibrohyalinosis ซึ่งทำให้ทั้ง sensitivity และ specificity ในการวินิจฉัย GAVE นั้นเพิ่มขึ้น และเรียกว่า GAVE score (ตารางที่ 1) ซึ่งหาก GAVE score >3 จะมีความถูกต้องถึงร้อยละ 80 ในการวินิจฉัยแยก GAVE จาก PHG^{5,15} ลักษณะทางพยาธิวิทยาที่แตกต่างกันระหว่าง GAVE และ PHG ได้แสดงไว้ในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ระบบการให้คะแนน GAVE score เพื่อวินิจฉัย GAVE โดยอาศัยลักษณะทางพยาธิวิทยา⁵

Score	Fibrin thrombi and/or vascular ectasia	Spindle cell proliferation	Fibrohyalinosis
0	Both absent	Absent	Absent
1	One present	Increased	Present
2	Both present	Marged increased	-

ตารางที่ 2 ลักษณะทางพยาธิวิทยาที่แตกต่างกันระหว่าง GAVE และ PHG^{8,18}

ลักษณะทางพยาธิวิทยา	GAVE	PHG
Thrombi	ร้อยละ 50	ร้อยละ 0
Vascular ectasia	ร้อยละ 100	ร้อยละ 64
Spindle cell proliferation	ร้อยละ 86	ร้อยละ 29
Fibrohyalinosis	ร้อยละ 92	ร้อยละ 36



อาการ อาการแสดง และโรคที่พบร่วมด้วย

ผู้ป่วยส่วนมากเป็นเพศหญิง โดยมีอัตราส่วนระหว่างเพศหญิงต่อเพศชาย เท่ากับ 3:1 อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยที่ไม่มีโรคตับแข็งคือ 73 ปี ผู้ป่วย GAVE แสดงอาการได้หลายอย่าง ที่พบบ่อยที่สุดคือมาด้วยภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็กซึ่งพบถึงร้อยละ 88 ตรวจพบเลือดในอุจจาระ (heme positive stool) ร้อยละ 42 และผู้ป่วยประมาณร้อยละ 42 ยังต้องพึ่งการได้รับเลือดแม้ว่าจะได้รับธาตุเหล็กชดเชยอยู่ อาการอื่นๆ ที่พบได้น้อยกว่า ได้แก่ melena ถ่ายเป็นเลือด อาเจียนเป็นเลือด เป็นต้น¹⁹⁻²¹ โดยผู้ป่วย GAVE ที่มาด้วยภาวะเลือดออกจากรูทางเดินอาหารส่วนบนเฉียบพลันมักเป็นผู้ป่วยที่มีการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ ผู้ป่วยโรคตับระยะท้ายหรือผู้ป่วยที่มีภาวะ uremia^{16,22}

โรคที่พบร่วมส่วนมากมักเป็นโรคทาง autoimmune พบร้อยละ 60 โรคตับแข็งพบร้อยละ 30 และโรคอื่นๆ อีกร้อยละ 10 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 โรคที่พบร่วมกับภาวะ GAVE^{17,18,21,23-30}

โรคที่พบร่วมได้บ่อย	โรคที่พบร่วมได้ไม่บ่อย
Autoimmune and connective tissue disease	Systemic lupus erythematosus
Raynaud's	Scleroderma, systemic sclerosis
Sclerodactyly, CREST	Diabetes
Telangiectasia	Nodular regenerative hyperplasia
Pernicious anemia	Lymphoma
Primary biliary cirrhosis	Gastric carcinoma
Hypothyroidism	Valvular heart disease เช่น aortic stenosis
Cirrhosis	Acute myeloid leukemia
Renal insufficiency	Addison's disease
Hypertension	Rectal vascular disease



นอกจากโรคที่พบร่วมด้วยเหล่านี้แล้ว ยังมีรายงาน GAVE ที่เกิดหลัง ผู้ป่วยได้รับการรักษาบางอย่าง เช่น การปลูกถ่ายไขกระดูก และเมื่อไม่นานมานี้ มีรายงานการพบ GAVE ในผู้ป่วย gastrointestinal stromal tumor (GIST) ที่ได้รับการรักษาด้วย imatinib นาน 8 เดือนอีกด้วย³¹

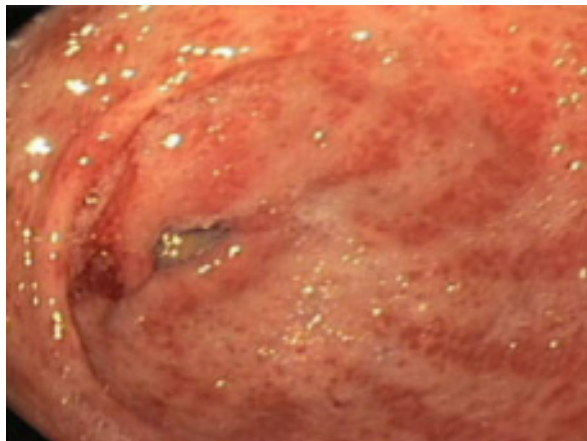
ผู้ป่วย GAVE ที่มีและไม่มีโรคตับแข็งจะมีอาการและอาการแสดง การดำเนินโรค ลักษณะที่พบจากการส่องกล้องทางเดินอาหารที่แตกต่างกัน โดยจะกล่าวในรายละเอียดต่อไป

ลักษณะที่พบจากการส่องกล้องทางเดินอาหาร

GAVE เป็นคำที่มาจากการบรรยายลักษณะเฉพาะที่พบจากการส่องกล้องทางเดินอาหาร ซึ่งเป็นจุดสีแดง เรียงตัวได้หลายแบบ พบที่กระเพาะอาหารส่วน antrum แต่ก็มีรายงานว่าพบที่ตำแหน่งอื่นได้ เช่น cardia, duodenum, jejunum และ rectum เป็นต้น⁵ ซึ่งลักษณะที่พบได้มีการแบ่งเป็นหลายแบบ แต่ที่ช้บ่อยคือเป็น 2 รูปแบบ ได้แก่

1. Striped type

การเรียงตัวของรอยโรคสีแดงเป็นเส้นๆ ที่บริเวณ antrum (ภาพที่ 2) ซึ่ง



ภาพที่ 2 รอยโรค GAVE ชนิด stripe (ภาพจากเอกสารอ้างอิงที่ 33)



เรียงตัวตาม rugal fold ซึ่งเข้าหา pylorus (multiple red strips, often raised, in the antrum that radiate to the pylorus) ซึ่งลักษณะคล้ายเปลือกแตงโม จึงเป็นที่มาของคำว่า watermelon stomach ซึ่งรูปแบบนี้พบในผู้ป่วยที่เป็นโรค autoimmune, PBC, hypothyroidism, Raynaud's phenomenon, atrophic gastritis, pernicious anemia ลักษณะรอยโรคอาจรวมกันจนคล้าย honeycomb และในผู้ป่วยบางรายก็มีร่องรอยแบบเดียวกันนี้ที่กระเพาะอาหารส่วน cardia ด้วย จากรายงานของ Itom และคณะในปี 2001 พบว่าผู้ป่วย GAVE ชนิด striped type มีโรคตับแข็งร่วมด้วยเพียงร้อยละ 38^{5,16,32,33}

2. Punctate type

การเรียงตัวของรอยโรคสีแดงที่กระจายทั่วไป (ภาพที่ 3) (diffuse numerous antral ectasia arranged not in array) รอยโรคมักแบนราบและอาจพบที่กระเพาะอาหารส่วน body ได้ด้วย พบในผู้ป่วยโรคตับแข็งและผู้ป่วยที่มีความ



ภาพที่ 3 รอยโรค GAVE ชนิด diffuse (ภาพจากเอกสารอ้างอิงที่ 35)



ต้นในหลอดเลือดดำพอร์ทัลสูง ซึ่งบางรายอาจแยกได้กับ portal hypertensive gastropathy (PHG) จากรายงานของ Ito M และคณะพบว่าผู้ป่วยทั้ง 21 รายที่เป็น GAVE ชนิด punctate type มีโรคตับแข็งร่วมด้วย^{16,32,33}

ในปี 2006 Chaves และคณะ ได้ศึกษาผู้ป่วย GAVE ทั้งหมด 18 ราย พบว่าผู้ป่วย GAVE ทั้ง 2 รูปแบบมีอาการทางคลินิกและโรคที่พบร่วมด้วยแตกต่างกัน (ตารางที่ 4) แต่ทั้ง 2 รูปแบบนี้มีลักษณะทางพยาธิวิทยาและการตอบสนองต่อการรักษาด้วยการส่องกล้องไม่แตกต่างกัน³⁴

ลักษณะอื่นๆ ที่พบได้จากการส่องกล้องทางเดินอาหาร ได้แก่ prolapse of the pyloric mucosa, ectatic elongated vessels และ petechial hemorrhages ซึ่งมักพบตรงส่วนปลายสุดของเยื่อส่วนที่ prolapse ผู้ป่วยที่พบรอยโรคบริเวณกระเพาะอาหารส่วนบน พบว่าสองในสามของผู้ป่วยกลุ่มนี้มี diaphragmatic hernia และ atrophic gastritis ร่วมด้วย^{3,16,21}

การตรวจอัลตราซาวด์ผ่านการส่องกล้อง (Endoscopic ultrasound)

ลักษณะที่พบได้ในแต่ละชั้น (ภาพที่ 4) คือ³⁶⁻³⁸

1. Mucosa พบ focal increase echogenicity
2. Muscularis mucosae, submucosa พบ thicken wall, spongy

ตารางที่ 4 ลักษณะทางคลินิกของ GAVE ชนิด diffuse และ stripe³⁵

ลักษณะทางคลินิก	Diffuse type	Stripe type
โรคที่พบร่วม	โรคตับแข็ง	โรค autoimmune, ความดันโลหิตสูง, เบาหวาน
อายุเฉลี่ย (ปี)	65	73
เพศ ผู้ชาย : ผู้หญิง	3:1	1:3
ค่าเฉลี่ยฮีโมโกลบิน (กรัมต่อเดซิลิตร)	10.2	7.2
อาการที่มาพบแพทย์	เลือดออกเฉียบพลัน	เลือดออกเรื้อรัง มักมาด้วยภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็ก



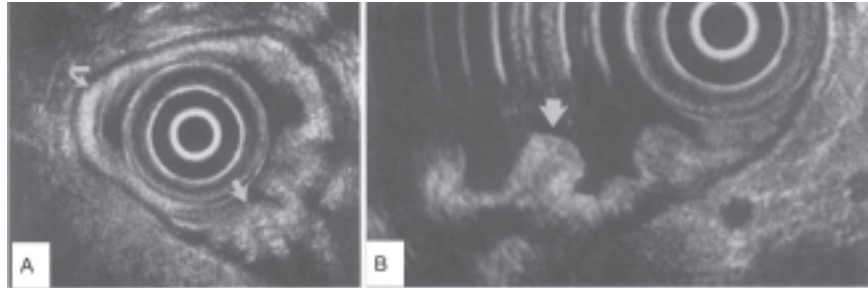
ตารางที่ 5 ลักษณะทางคลินิกของ GAVE และ PHG^{8,18,33}

ลักษณะของผู้ป่วย GAVE	PHG
ลักษณะทางคลินิก	
- Child-Pugh score รุนแรงกว่า ค่าเฉลี่ย 8.6	- Child-Pugh score รุนแรงน้อยกว่า ค่าเฉลี่ย 6.9
- ไม่มีประวัติเคยรักษาด้วย sclerotherapy	- มักมีประวัติเคยรักษาด้วย sclerotherapy (จากรายงานพบ 6 ใน 14 ราย)
- ปริมาณเลือดที่เสียมากกว่า เฉลี่ย 21.6 มิลลิลิตรต่อวัน	- ปริมาณเลือดที่เสียน้อยกว่า เฉลี่ย 8.9 มิลลิลิตรต่อวัน
- ปริมาณการหลั่งกรดของกระเพาะ อาหาร (peak acid output) น้อยกว่า เฉลี่ย 17.2 mEq/hr	- ปริมาณการหลั่งกรดของกระเพาะอาหาร (peak acid output) มากกว่า เฉลี่ย 50.4 mEq/hr
- ระดับ gastrin ต่ำกว่า เฉลี่ย 38.7 พิโคกรัมต่อมิลลิลิตร	- ระดับ gastrin สูงกว่า เฉลี่ย 77.2 พิโคกรัมต่อมิลลิลิตร
- มีความดันโลหอดเลือดดำพอร์ทัล สูงร่วมด้วยประมาณร้อยละ 30	- ผู้ป่วยทุกรายมีความดันโลหอดเลือด ดำพอร์ทัลสูงร่วมด้วย
ตำแหน่งของรอยโรค	
Antrum	Fundus และ body
ลักษณะที่พบจากการส่องกล้อง	
Tortuous columns of ectatic vessels in watermelon or diffuse pattern which can be erythematous (mild) or hemorrhagic (severe)	Mosaic/snakeskin mucosa (mild) with red or brown spots (severe)

appearance (small hypoechoic spaces) ซึ่งลักษณะดังกล่าวหายไปหลังการรักษาด้วย argon plasma coagulation

3. Muscularis propria ไม่พบลักษณะที่เปลี่ยนแปลง

จะเห็นได้ว่าผู้ป่วย GAVE ที่เป็น diffuse type มักพบในโรคตับแข็ง บางครั้งรอยโรคอาจแยกได้ยากจากภาวะ portal hypertensive gastropathy (PHG) ซึ่งพบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคตับแข็งเช่นกัน



ภาพที่ 4 (ภาพจากเอกสารอ้างอิงที่ 37)

- A: ชั้น submucosa (ลูกศรโค้ง) และ mucosa หนาตัว บดบังชั้น muscularis mucosae (ลูกศรตรง)
- B: รอยหนูของกระเพาะอาหารส่วน antrum มีการหนาตัวของชั้น mucosa และ submucosa พบ antral fold หนาขึ้นผิดปกติ (ลูกศร)

การรักษา

1. การใช้ยารักษา

มีการพยายามใช้ยาหลายชนิดในการรักษา GAVE แต่พบว่ายังไม่มียาตัวใดที่สามารถทดแทนการส่องกล้องได้ ยาที่มีการศึกษาได้แก่

1.1 Hormonal therapy

Estrogen, progesterone สามารถควบคุมภาวะเลือดออกจากหลอดเลือดผิดปกติได้ ลดความจำเป็นในการรับเลือดลงได้จาก 4 ยูนิตต่อเดือน เป็น 1.4 ยูนิตต่อเดือน โดยที่ไม่ทราบกลไกการออกฤทธิ์ ซึ่งเมื่อลดขนาดยาลงมักเกิดเลือดออกซ้ำใหม่ และการใช้ยากลุ่มนี้ในระยะยาวทำให้เกิดผลข้างเคียงที่รุนแรงได้เช่น ประจำเดือนมาผิดปกติ การมีเต้านมขยายใหญ่ในผู้ชาย และการเพิ่มความเสี่ยงต่อมะเร็งเยื่อโพรงมดลูกและมะเร็งเต้านม^{5,39}

1.2 Octreotide

ในปี 1999 Nordon และคณะ ศึกษาการใช้ octreotide ในผู้ป่วย GAVE ที่มีเลือดออกจำนวน 3 ราย พบว่า สามารถหยุดเลือดได้ 2 ราย และเลือดออกลดลง



1 ราย แต่การศึกษาของ Barbara และคณะในปี 2004 พบว่า octreotide ไม่มีประโยชน์ในการรักษา GAVE ดังนั้นยังไม่สามารถสรุปผลของ octreotide ในการรักษา GAVE ได้ โดยกลไกการออกฤทธิ์ของ octreotide คือ ยับยั้ง neuroendocrine cell ยับยั้งเซลล์กล้ามเนื้อ และยับยั้งการสร้างหลอดเลือด^{5,40,41}

1.3 Tranexamic acid

เป็น antifibrinolytic agent มีรายงานว่าใช้ในการรักษา GAVE ในผู้ป่วยโรคตับแข็งที่มีเลือดออกได้ ผลพบว่าสามารถลดความต้องการในการรับเลือดได้ แต่ก็มีรายงานว่าเกิดผลข้างเคียงที่รุนแรงได้เช่น central venous stasis, retinopathy, ลิ้มเลือดอุดตันที่หลอดเลือดดำที่ขา และลิ้มเลือดอุดตันที่หลอดเลือดแดงปอด^{5,42}

1.4 Thalidomide

มีการศึกษาจาก 2 แห่ง พบว่า ผู้ป่วย GAVE ที่รักษาด้วยยา thalidomide สามารถลดความต้องการในการรับเลือดและเพิ่มระดับฮีโมโกลบินที่ 3 และ 9 เดือนได้ และยังพบว่ารอยโรคจางลงหรือหายไปได้อีกด้วย แต่จำนวนผู้ป่วยในการศึกษายังน้อย สำหรับกลไกการออกฤทธิ์ของ thalidomide คือเป็น antiangiogenic ซึ่งพบว่าระดับของ vascular endothelial growth factor (VEGF) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทั้งในผู้ป่วย angiodysplasia และ GAVE ที่ได้รับการรักษาด้วย thalidomide^{43,44}

1.5 Cyproheptadine

พบเพียง 1 รายงานเท่านั้นที่ใช้รักษา GAVE ได้ผล⁴⁵

2. การรักษาด้วยการส่องกล้อง

หลักการในการรักษา GAVE ด้วยการส่องกล้องคือ การทำให้เกิด superficial coagulation (ลึก 1-2 มิลลิเมตร) โดยที่ไม่เกิด vaporization เช่น ให้ความร้อนจนเกิน 100 องศาเซลเซียสอย่างรวดเร็ว หรือการทำให้เกิด deep coagulation (มากกว่า 2-3 มิลลิเมตร) โดยสามารถใช้เครื่องมือได้หลายชนิด ได้แก่

2.1 Neodymium-yttrium-aluminum garnet (Nd: YAG) laser coagulation



เป็นการใช้ความร้อนจาก laser ไปยังเนื้อเยื่อกระเพาะอาหาร จากหลายการศึกษาพบว่า สามารถลดความจำเป็นในการรับเลือดได้ แต่ก็ยังมีผู้ป่วยประมาณร้อยละ 14.2-50 ที่ยังคงต้องได้รับเลือดอยู่ และเฉลี่ยแล้วผู้ป่วยมักจะต้องทำประมาณ 3 sessions³⁰

ภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบได้ เช่น กระเพาะอาหารทะลุ แผลในกระเพาะอาหาร การตีบแคบของ pylorus ซึ่งพบได้ร้อยละ 8 เมื่อทำหัตถการหลายๆ ครั้ง อาจทำให้เกิด delayed gastric emptying หรือการอุดตันของ pylorus ได้ ตั้งเนื้อชนิด hyperplastic พบได้หลังทำหัตถการหลายๆ ครั้งด้วยพลังงานสูง ซึ่งคาดว่าเกิดจาก reactive foveolar hyperplasia นอกจากนี้ มีรายงานการเกิด multifocal gastric cancer หลังจากการใช้ laser coagulation อีกด้วย^{25,45-47}

ข้อเสียของ laser coagulation คือ ค่าใช้จ่ายสูง และภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวข้างต้น นอกจากนี้แพทย์ผู้ส่องกล้องต้องใช้เวลาในการฝึกฝนหัตถการนี้ด้วย

2.2 Argon Plasma Coagulation (APC)

คือการใช้ monopolar radiofrequency current ส่งผ่าน argon plasma ซึ่งเป็นแก๊สที่สามารถนำกระแสไฟฟ้าได้ ไปยังเยื่อผิวกระเพาะอาหาร ถือเป็น noncontact technique (ภาพที่ 5A, 5B) โดยมักใช้ catheter ขนาด 6Fr หรือ 9Fr และอาจปล่อยแก๊สตรงปลาย (end-on) หรือด้านข้าง (side) ก็ได้ พลังงานที่ใช้ประมาณ 50-70 วัตต์ เปิด argon gas flow rate ประมาณ 1-1.5 ลิตรต่อนาที โดย application time ครั้งละประมาณ 0.5-2.0 วินาทีต่อ pulse มักต้องทำครั้งละ 100-200 shots ต่อหนึ่ง session¹⁶

ค่าเฉลี่ยจำนวน session ที่ได้รับการรักษาประมาณ 2.4-2.8 ครั้ง ผลการรักษาพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 90-100 ไม่จำเป็นต้องได้รับเลือดอีก ร้อยละ 78.9 ไม่มีเลือดออกอีก เพิ่มค่าฮีโมโกลบินได้ 2.3-5.5 กรัมต่อเดซิลิตร แต่เมื่อติดตามผู้ป่วยจะพบอัตราการเกิดเลือดออกซ้ำได้ประมาณร้อยละ 30-78.9^{22,47-49}

ภาวะแทรกซ้อนพบได้น้อยและมักไม่รุนแรง ได้แก่ การมีลมในลำไส้มาก การเกิดลมในผนังลำไส้ (wall emphysema and pneumatosis intestinalis)

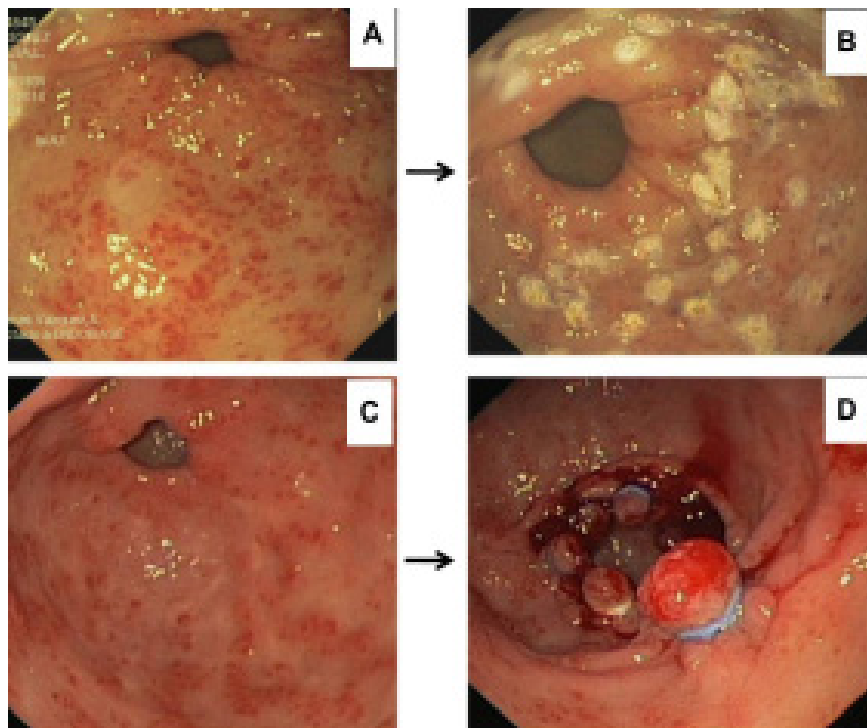


การตีบแคบของกระเพาะอาหารส่วน antrum การเกิดเลือดออกจากแผลหลังทำ APC การติดเชื้อในกระเพาะเลือด (มีเพียง 1 รายงาน) ส่วนการทะลุของกระเพาะอาหาร ยังไม่เคยมีรายงาน แต่มีรายงานการทะลุจากการทำ APC ที่ caecum^{25,46,48,49}

กล่าวโดยรวม APC เป็นเครื่องมือที่นิยมและมักใช้เป็นลำดับแรก มีข้อดีคือค่าใช้จ่ายน้อย ทำได้ง่าย และปลอดภัยกว่า laser coagulation ด้วย

2.3 Heater probe

เป็นการให้ความร้อนผ่านหัว probe สามารถทำให้เกิด tissue coagulation ได้ดีกว่า multipolar probe มักใช้ probe ขนาด 7-10Fr ตั้งพลังงานที่ 15-



ภาพที่ 5 (จากเอกสารอ้างอิงที่ 33 และ 51)

A-B: GAVE ก่อนและหลังการรักษาด้วย APC

C-D: GAVE ก่อนและหลังการรักษาด้วย EBL



20 จูล และใช้ความแรงในการกดน้อย (light pressure) ยังไม่มีรายงานการทะลุของกระเพาะอาหารหรือการตีบแคบของกระเพาะอาหารส่วน antrum¹⁶

2.4 Gold probe

เป็น multipolar electrocoagulation มักใช้ probe ขนาด 7-10 Fr ตั้งพลังงานที่ 12-16 วัตต์ เวลาในการปล่อยพลังงานความร้อนครั้งละ 1-2 วินาที ใช้ความแรงในการกดน้อย (light pressure) จะได้ความลึกประมาณ 1-2 มิลลิเมตร ยังไม่มีรายงานการทะลุของกระเพาะอาหารหรือการตีบแคบของกระเพาะอาหารส่วน antrum¹⁶

2.5 Endoscopic band ligation (EBL)

มีการศึกษาแบบย้อนหลัง 2 การศึกษาในผู้ป่วย 34 รายและ 22 ราย ซึ่งรวมผู้ป่วยที่รักษาด้วย APC ไม่สำเร็จด้วย พบว่าการรักษา GAVE ด้วย EBL ได้ผลการรักษาดี (ภาพที่ 5C, 5D) โดยมี systematic review และ meta-analysis ในปี 2014 แสดงให้เห็นว่า EBL มี efficacy ดีกว่า APC ในแง่อัตราการเกิดเลือดออกซ้ำที่น้อยกว่า จำนวนครั้งที่ต้องส่องกล้องรักษาน้อยกว่า เพิ่มระดับฮีโมโกลบินได้มากกว่า และความจำเป็นในการรับเลือดน้อยกว่า⁵⁰⁻⁵²

ข้อดีอีกประการหนึ่งของ EBL คือสามารถรักษารอยโรคได้มากกว่าในเวลาที่ย่นกว่า แต่ผลข้างเคียงที่มีรายงาน คือ ปวดท้องและคลื่นไส้ อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีการศึกษาแบบไปข้างหน้า หรือการศึกษาแบบสุ่ม

2.6 Radiofrequency ablation (RFA)

เมื่อไม่นานมานี้ได้มีการนำ RFA มาใช้ในการรักษา GAVE โดยใช้ระบบ HALO system ซึ่งมีพื้นที่ในการทำ ablation 3-5.2 ตารางเซนติเมตร จากการรักษาในผู้ป่วย 6 และ 21 รายพบว่าสามารถหยุดเลือดได้และลดความจำเป็นในการรับเลือดได้ในผู้ป่วยร้อยละ 83-86 เวลาที่ใช้ในการรักษาเฉลี่ยประมาณ 20-57 นาทีต่อ session

ข้อดีคือสามารถรักษารอยโรคได้กว้างถึง 3 ตารางเซนติเมตร ภายในระยะเวลา 2-3 วินาที ซึ่งอาจเหมาะกับผู้ป่วย GAVE ที่เป็น diffuse type แต่ข้อเสียคือ จำเป็นต้องนำหัวอุปกรณ์ออกมาทำความสะอาดขณะใช้งานเป็นระยะ



อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาพบว่าทำให้เกิดความไม่สะดวกเพียงเล็กน้อยและใช้เวลาในการส่องกล้องเพิ่มขึ้นเพียง 1-2 นาที ยังไม่มีการศึกษาแบบสุ่มในเรื่องการใช้ RFA เพื่อรักษา GAVE^{53,54}

2.7 Cryotherapy

เป็นการรักษาโดยใช้ความเย็น หลักการคือใช้ nitrous oxide ในการทำให้เยื่อบุผิวเกิดการแช่แข็งจับพลาสมาและเกิด ablation ตามมา Cho และคณะ ในปี 2008 ได้ทำการศึกษาการใช้ cryotherapy รักษาผู้ป่วย GAVE ที่รักษาด้วย APC ไม่สำเร็จจำนวน 12 ราย พบว่าได้ complete response 6 ราย และ partial response 6 ราย โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อน⁵⁵

2.8 Cyanoacrylate spray

มีรายงานของ Walia และคณะในปี 2013 พบว่าการฉีดพ่นสาร cyanoacrylate ได้ผลดีในการหยุดเลือดในผู้ป่วย GAVE 1 รายที่มาด้วยเลือดออกเฉียบพลันและรักษาด้วย APC และ clipping ไม่สำเร็จ แต่ผู้ป่วยรายนี้เกิดเลือดออกซ้ำที่รอยโรคอื่น 18 วันหลังการรักษา⁵⁶

2.9 Endoscopic mucosectomy

มีรายงานผู้ป่วย GAVE 1 ราย ที่มีภาวะช็อคจากการขาดธาตุเหล็ก ได้รับการรักษาด้วย endoscopic mucosectomy แต่ยังคงต้องการศึกษาต่อไป⁵⁷

หลังจากการทำ coagulation ด้วย APC, multipolar probe, heater probe ประมาณ 3-7 วัน จะเกิด superficial ulceration ได้ จึงแนะนำให้ป้องกันเลือดออกแบบทุติยภูมิด้วยการให้ยารักษาแผลในกระเพาะอาหารได้แก่ sucralfate ซึ่งมักนิยมใช้ sucralfate มากกว่ายากลุ่ม proton pump inhibitor เนื่องจากผู้ป่วย GAVE มักมีการหลั่งกรดในกระเพาะอาหารน้อยกว่าปกติอยู่แล้ว นอกจากนี้ควรให้ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาผ่านการส่องกล้องงดการใช้ยาบางชนิดเช่น aspirin, Non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs), anticoagulant, ginkgo และผู้ป่วยที่มีภาวะขาดธาตุเหล็กร่วมด้วยควรรักษาด้วยการให้ธาตุเหล็กควบคู่ไปด้วยการหายของแผลมักใช้เวลาอย่างน้อย 4-5 สัปดาห์ การส่องกล้องติดตามจึงแนะนำให้ทำห่างจากครั้งแรกอย่างน้อย 5 สัปดาห์



จำนวนครั้งที่ใช้ในการรักษาขึ้นอยู่กับลักษณะและความกว้างของรอยโรค กล่าวคือ GAVE ชนิด diffuse type มักต้องรักษานานกว่าแบบ stripe type ส่วนมากมักต้องส่องกล้องรักษา 2-4 ครั้ง และเมื่อรอยโรคหายหมดควรส่องกล้องเป็นระยะทุก 1 ปี หรือเมื่อผู้ป่วยมีเลือดออกหรือพบว่ามีซีดจากการขาดธาตุเหล็กอีก และควรติดตามระดับ ferritin และความเข้มข้นเลือดร่วมด้วย

กล่าวโดยรวมแล้ว ข้อบ่งชี้ของการรักษา GAVE ด้วยการส่องกล้อง ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีเลือดออกในทางเดินอาหารที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา เช่น การให้ธาตุเหล็ก ส่วนผู้ป่วยที่พบรอยโรคของ GAVE โดยบังเอิญ ไม่มีหลักฐานของการเกิดเลือดออกหรือการขาดธาตุเหล็ก ถือว่าไม่มีข้อบ่งชี้ในการรักษาด้วยการส่องกล้อง¹⁶

นอกจากนี้ข้อควรพิจารณาเพิ่มเติมในผู้ป่วยที่มีโรคตับแข็งคือ การที่มีเกล็ดเลือดต่ำอาจทำให้โอกาสเกิด mucosal bleeding หลังทำหัตถการสูงขึ้นได้ มีการศึกษาการให้ Eltrombopag ซึ่งเป็น thrombopoietin receptor agonist พบว่า แม้นยานี้จะช่วยเพิ่มปริมาณเกล็ดเลือดได้ แต่ก็ไม่สามารถลดความเสี่ยงในการเกิดเลือดออกจากการทำหัตถการได้⁵⁸

3. การผ่าตัด

3.1 Antrectomy

ถือเป็นการรักษาหลักในสมัยก่อน แต่จากรายงานผู้ป่วย GAVE ทั้งหมด 45 ราย โดยมีผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยการทำ antrectomy ร้อยละ 89 ผลพบว่ามีอัตราการเสียชีวิตที่ 30 วันถึงร้อยละ 6.6 นอกจากนี้การผ่าตัดในผู้ป่วยตับแข็งยังเพิ่มอัตราการเกิด hepatic encephalopathy ดังนั้นในปัจจุบัน การรักษาผ่านการส่องกล้องจึงเป็นการรักษาหลัก ส่วนการผ่าตัด antrectomy มีบทบาทในผู้ป่วยที่รักษาผ่านการส่องกล้องไม่สำเร็จและเป็นโรคตับแข็งที่เป็นระยะ compensated liver disease เท่านั้น^{5,30,33}

3.2 การผ่าตัด portocaval shunt และการทำ TIPS

ไม่มีบทบาทในการรักษา GAVE



3.3 การผ่าตัดเปลี่ยนตับ

สามารถทำให้รอยโรคหายไปได้โดยมีการศึกษาแบบย้อนหลังโดย Ward EM และคณะในปี 2004 ซึ่งศึกษาผู้ป่วย 547 รายที่เข้ารับการเปลี่ยนตับ มี 8 รายที่พบ GAVE ก่อนเปลี่ยนตับ แต่มีเพียง 3 รายที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนหลังการเปลี่ยนตับ ซึ่งทั้ง 3 รายพบว่ารอยโรค GAVE หายไป⁵⁹

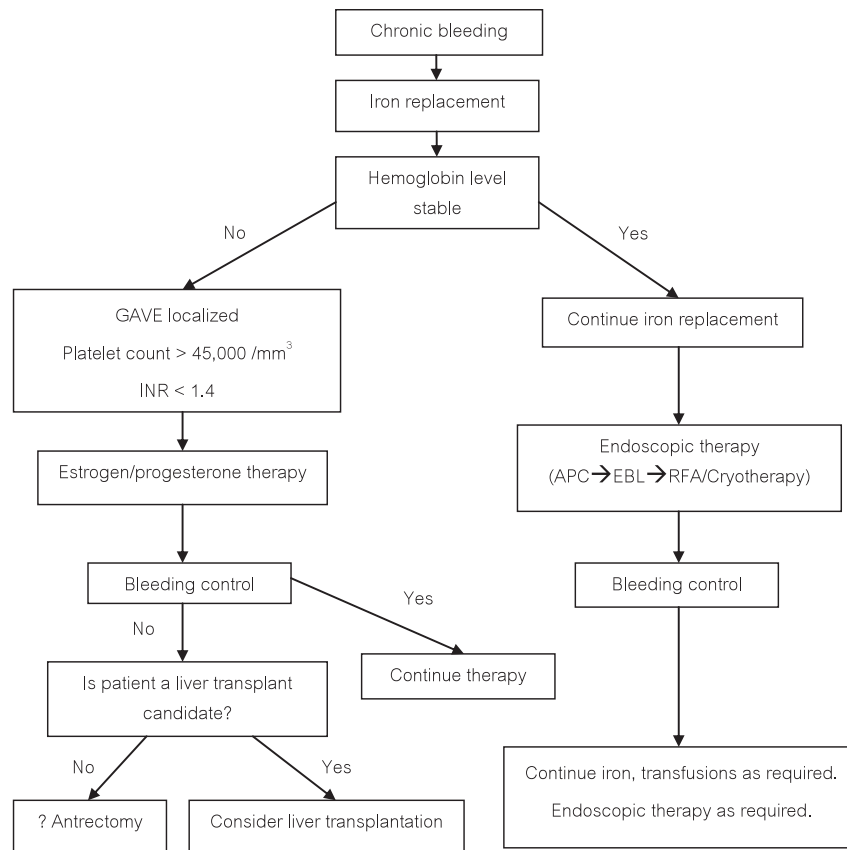
สรุป

จากที่ได้กล่าวข้างต้นแล้วว่าการวินิจฉัยแยกโรคระหว่าง GAVE และ PHG มีความสำคัญเนื่องจากการดำเนินโรคและการรักษามีความแตกต่างกัน (ตารางที่ 6) โดย PHG จะตอบสนองต่อการรักษาด้วยการลดความดันในระบบพอร์ทัล ในขณะที่ GAVE ไม่ตอบสนอง

แนวทางในการรักษา GAVE ที่มีเลือดออก ได้แสดงเป็นแผนภูมิไว้ ดังภาพที่ 6

ตารางที่ 6 แสดงการรักษาด้วยยาและวิธีต่างๆ ใน GAVE และ PHG¹⁸

GAVE		PHG	
วิธีการรักษา	ผลการรักษา	วิธีการรักษา	ผลการรักษา
Beta blocker	None	Propranolol	Probable
octreotide	Possible	Somatostatin and octreotide	Probable
Laser coagulation	Probable	Surgical portocaval shunt/TIPS	Probable
Antrectomy and gastrectomy	Definite	Rebamide	Possible
H2RA, PPI, Sucralfate	None	H2RA, PPI, Sucralfate	None
Tranexamic acid	Possible	Vasopressin	Unclear
Estrogen and progesterone	Probable	Estrogen and progesterone	Unclear
		Liver transplantation	Definite



ภาพที่ 6 แผนภูมิแสดงแนวทางการรักษา GAVE (ดัดแปลงจากเอกสารอ้างอิงที่ 33 และ 60)

เอกสารอ้างอิง

1. Dulai GS, Jensen DM, Kovacs TO, Gralnek IM, Jutabha R. Endoscopic treatment outcomes in watermelon stomach patients with and without portal hypertension. *Endoscopy*. 2004;36:68-72.
2. Rider JA, Klotz AP, Kirsner JB. Gastritis with veno-capillary ectasia as a source of massive gastric hemorrhage. *Gastroenterology*. 1953;24:118-23.



3. Jabbari M, Cherry R, Lough JO, Daly DS, Kinneer DG, Goresky CA. Gastric antral vascular ectasia: the watermelon stomach. *Gastroenterology*. 1984;87:1165-70.
4. Yamada M, Ichikawa M, Takahara O, Tsuchida T, Ishihara A, Yamada M, et al. Gastroduodenal vascular ectasia in patients with liver cirrhosis. *Digestive Endoscopy*. 1999;11:241-5.
5. Fuccio L, Mussetto A, Laterza L, Eusebi LH, Bazzoli F. Diagnosis and management of gastric antral vascular ectasia. *World J Gastrointest Endosc*. 2013;5:6-13.
6. Quintero E, Pique JM, Bombi JA, Bordas JM, Sentis J, Elena M, et al. Gastric mucosal vascular ectasias causing bleeding in cirrhosis. A distinct entity associated with hypergastrinemia and low serum levels of pepsinogen I. *Gastroenterology*. 1987;93:1054-61.
7. Charneau J, Petit R, Cales P, Dauver A, Boyer J. Antral motility in patients with cirrhosis with or without gastric antral vascular ectasia. *Gut*. 1995;37:488-92.
8. Payen JL, Cales P, Voigt JJ, Barbe S, Pilette C, Dubuisson L, et al. Severe portal hypertensive gastropathy and antral vascular ectasia are distinct entities in patients with cirrhosis. *Gastroenterology*. 1995;108:138-44.
9. Lowes JR, Rode J. Neuroendocrine cell proliferations in gastric antral vascular ectasia. *Gastroenterology*. 1989;97:207-12.
10. Saperas E, Perez Ayuso RM, Poca E, Bordas JM, Gaya J, Pique JM. Increased gastric PGE2 biosynthesis in cirrhotic patients with gastric vascular ectasia. *Am J Gastroenterol*. 1990;85:138-44.
11. Valdez BC, Henning D, Busch RK, Woods K, Flores-Rozas H, Hurwitz J, et al. A nucleolar RNA helicase recognized by autoimmune antibodies from a patient with watermelon stomach disease. *Nucleic Acids Res*. 1996;24:1220-4.
12. Vincent C, Pomier-Layrargues G, Dagenais M, Lapointe R, Letourneau R, Roy A, et al. Cure of gastric antral vascular ectasia by liver transplantation despite persistent portal hypertension: a clue for pathogenesis. *Liver Transpl*. 2002;8:717-20.



13. Suit PF, Petras RE, Bauer TW, Petrini JL Jr. Gastric antral vascular ectasia. A histologic and morphometric study of "the watermelon stomach". *Am J Surg Pathol.* 1987;11:750-7.
14. Arendt T, Barten M, Lakner V, Arendt R. Diffuse gastric antral vascular ectasia: cause of chronic gastrointestinal blood loss. *Endoscopy.* 1987;19:218-20.
15. Gilliam JH, 3rd, Geisinger KR, Wu WC, Weidner N, Richter JE. Endoscopic biopsy is diagnostic in gastric antral vascular ectasia. The "watermelon stomach". *Dig Dis Sci.* 1989;34:885-8.
16. Jensen DM, Chaves DM, Grund KE. Endoscopic diagnosis and treatment of watermelon stomach. *Endoscopy.* 2004;36:640-7.
17. Selinger CP, Ang YS. Gastric antral vascular ectasia (GAVE): an update on clinical presentation, pathophysiology and treatment. *Digestion.* 2008;77:131-7.
18. Burak KW, Lee SS, Beck PL. Portal hypertensive gastropathy and gastric antral vascular ectasia (GAVE) syndrome. *Gut.* 2001;49:866-72.
19. Abedi M, Haber GB. Watermelon stomach. *Gastroenterologist.* 1997;5:179-84.
20. Gretz JE, Achem SR. The watermelon stomach: clinical presentation, diagnosis, and treatment. *Am J Gastroenterol.* 1998;93:890-5.
21. Gostout CJ, Viggiano TR, Ahlquist DA, Wang KK, Larson MV, Balm R. The clinical and endoscopic spectrum of the watermelon stomach. *J Clin Gastroenterol.* 1992;15:256-63.
22. Chiu YC, Lu LS, Wu KL, Tam W, Hu ML, Tai WC, et al. Comparison of argon plasma coagulation in management of upper gastrointestinal angiodysplasia and gastric antral vascular ectasia hemorrhage. *BMC Gastroenterol.* 2012;12:67.
23. Murphy FT, Enzenauer RJ, Cheney CP. Watermelon stomach. *Arthritis Rheum.* 1999;42:573.
24. Tobin RW, Hackman RC, Kimmey MB, Durtschi MB, Hayashi A, Malik R, et al. Bleeding from gastric antral vascular ectasia in marrow transplant patients. *Gastrointest Endosc.* 1996;44:223-9.
25. Liberski SM, McGarrity TJ, Hartle RJ, Varano V, Reynolds D. The watermelon stomach: long-term outcome in patients treated with Nd:YAG laser therapy.



- Gastrointest Endosc. 1994;40:584-7.
26. Herman BE, Vargo JJ, Baum S, Silverman ED, Eisold J. Gastric antral vascular ectasia: a case report and review of the literature. *J Nucl Med.* 1996;37:854-6.
 27. Takahashi T, Miya T, Oki M, Sugawara N, Yoshimoto M, Tsujisaki M. Severe hemorrhage from gastric vascular ectasia developed in a patient with AML. *Int J Hematol.* 2006;83:467-8.
 28. Sebastian S, Morain CA, Buckley MJ. Review article: current therapeutic options for gastric antral vascular ectasia. *Aliment Pharmacol Ther.* 2003;18:157-65.
 29. Elkayam O, Oumanski M, Yaron M, Caspi D. Watermelon stomach following and preceding systemic sclerosis. *Semin Arthritis Rheum.* 2000;30:127-31.
 30. Novitsky YW, Kercher KW, Czerniach DR, Litwin DE. Watermelon stomach: pathophysiology, diagnosis, and management. *J Gastrointest Surg.* 2003;7:652-61.
 31. Saad Aldin E, Mourad F, Tfayli A. Gastric antral vascular ectasia in a patient with GIST after treatment with imatinib: case report and literature review. *Jpn J Clin Oncol.* 2012;42:447-50.
 32. Ito M, Uchida Y, Kamano S, Kawabata H, Nishioka M. Clinical comparisons between two subsets of gastric antral vascular ectasia. *Gastrointest Endosc.* 2001;53:764-70.
 33. Patwardhan VR, Cardenas A. Review article: the management of portal hypertensive gastropathy and gastric antral vascular ectasia in cirrhosis. *Aliment Pharmacol Ther.* 2014;40:354-62.
 34. Chaves DM, Sakai P, Oliveira CV, Cheng S, Ishioka S. Watermelon stomach: clinical aspects and treatment with argon plasma coagulation. *Arq Gastroenterol.* 2006;43:191-5.
 35. Kar P, Mitra S, Resnick JM, Torbey CF. Gastric antral vascular ectasia: case report and review of the literature. *Clin Med Res.* 2013;11:80-5.
 36. Parente F, Petrillo M, Vago L, Bianchi Porro G. The watermelon stomach: clinical, endoscopic, endosonographic, and therapeutic aspects in three cases. *En-*



- doscopy. 1995;27:203-6.
37. Barnard GF, Colby JM, Saltzman JR, Krims PE, Li L, Banner BF. Endoscopic ultrasound appearance of watermelon stomach. *Abdom Imaging*. 1995;20:26-8.
 38. Shudo R, Yazaki Y, Sakurai S, Uenishi H, Yamada H, Sugawara K. Diffuse antral vascular ectasia: EUS after argon plasma coagulation. *Gastrointest Endosc*. 2001;54:623.
 39. Tran A, Villeneuve JP, Bilodeau M, Willems B, Marleau D, Fenyves D, et al. Treatment of chronic bleeding from gastric antral vascular ectasia (GAVE) with estrogen-progesterone in cirrhotic patients: an open pilot study. *Am J Gastroenterol*. 1999;94:2909-11.
 40. Nardone G, Rocco A, Balzano T, Budillon G. The efficacy of octreotide therapy in chronic bleeding due to vascular abnormalities of the gastrointestinal tract. *Aliment Pharmacol Ther*. 1999;13:1429-36.
 41. Barbara G, De Giorgio R, Salvioli B, Stanghellini V, Corinaldesi R. Unsuccessful octreotide treatment of the watermelon stomach. *J Clin Gastroenterol*. 1998;26:345-6.
 42. McCormick PA, Ooi H, Crosbie O. Tranexamic acid for severe bleeding gastric antral vascular ectasia in cirrhosis. *Gut*. 1998;42:750-2.
 43. Dunne KA, Hill J, Dillon JF. Treatment of chronic transfusion-dependent gastric antral vascular ectasia (watermelon stomach) with thalidomide. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2006;18:455-6.
 44. Ge ZZ, Chen HM, Gao YJ, Liu WZ, Xu CH, Tan HH, et al. Efficacy of thalidomide for refractory gastrointestinal bleeding from vascular malformation. *Gastroenterology*. 2011;141:1629-37 e1-4.
 45. Soykan I, Toruner M, Idilman R, Ozden A. Reversal of iron deficiency anemia in a patient with gastric antral vascular ectasia treated with cyproheptadine. *J Clin Gastroenterol*. 2003;36:183-4.
 46. Mathou NG, Lovat LB, Thorpe SM, Bown SG. Nd:YAG laser induces long-term remission in transfusion-dependent patients with watermelon stomach. *Lasers Med Sci*. 2004;18:213-8.



47. Geller A, Gostout CJ, Balm RK. Development of hyperplastic polyps following laser therapy for watermelon stomach. *Gastrointest Endosc.* 1996;43:54-6.
48. Roman S, Saurin JC, Dumortier J, Perreira A, Bernard G, Ponchon T. Tolerance and efficacy of argon plasma coagulation for controlling bleeding in patients with typical and atypical manifestations of watermelon stomach. *Endoscopy.* 2003;35:1024-8.
49. Yusoff I, Brennan F, Ormonde D, Laurence B. Argon plasma coagulation for treatment of watermelon stomach. *Endoscopy.* 2002;34:407-10.
50. Sato T, Yamazaki K, Akaike J. Endoscopic band ligation versus argon plasma coagulation for gastric antral vascular ectasia associated with liver diseases. *Dig Endosc.* 2012;24:237-42.
51. Wells CD, Harrison ME, Gurudu SR, Crowell MD, Byrne TJ, Depetris G, et al. Treatment of gastric antral vascular ectasia (watermelon stomach) with endoscopic band ligation. *Gastrointest Endosc.* 2008;68:231-6.
52. Swanson E, Mahgoub A, MacDonald R, Shaukat A. Medical and endoscopic therapies for angiodysplasia and gastric antral vascular ectasia: a systematic review. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2014;12:571-82.
53. McGorisk T, Krishnan K, Keefer L, Komanduri S. Radiofrequency ablation for refractory gastric antral vascular ectasia (with video). *Gastrointest Endosc.* 2013;78:584-8.
54. Gross SA, Al-Haddad M, Gill KR, Schore AN, Wallace MB. Endoscopic mucosal ablation for the treatment of gastric antral vascular ectasia with the HALO90 system: a pilot study. *Gastrointest Endosc.* 2008;67:324-7.
55. Cho S, Zanati S, Yong E, Cirocco M, Kandel G, Kortan P, et al. Endoscopic cryotherapy for the management of gastric antral vascular ectasia. *Gastrointest Endosc.* 2008;68:895-902.
56. Walia SS, Sachdeva A, Kim JJ, Portocarrero DJ, Lewis TD, Zhao YS. Cyanoacrylate spray for treatment of difficult-to-control GI bleeding. *Gastrointest Endosc.* 2013;78:536-9.
57. Katsinelos P, Chatzimavroudis G, Katsinelos T, Panagiotopoulou K, Kotakidou R,



- Tsolkas G, et al. Endoscopic mucosal resection for recurrent gastric antral vascular ectasia. *Vasa*. 2008;37:289-92.
58. fdhal NH, Giannini EG, Tayyab G, Mohsin A, Lee JW, Andriulli A, et al. Eltrombopag before procedures in patients with cirrhosis and thrombocytopenia. *N Engl J Med*. 2012;367:716-24.
59. Ward EM, Raimondo M, Rosser BG, Wallace MB, Dickson RD. Prevalence and natural history of gastric antral vascular ectasia in patients undergoing orthotopic liver transplantation. *J Clin Gastroenterol*. 2004;38:898-900.
60. Feldman M. *Slisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease*, 10th Edition. 10 ed. Lawrence S. Friedman LJB, editor. Philadelphia: Saunders/Elsevier; 2016.

โครงการส่งกล้องตรวจคัดกรอง มะเร็งลำไส้ใหญ่ ณ โรงพยาบาลสุรินทร์

ตามที่สมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย ได้มีเป้าหมายให้มีการบริการด้านการส่องกล้องทางเดินอาหารแก่โรงพยาบาลทั่วไปที่ขาดแคลนอายุรแพทย์โรคทางเดินอาหารหรือมีอายุรแพทย์โรคทางเดินอาหารไม่เพียงพอต่อการให้บริการด้านการส่องกล้องแก่ผู้ป่วย จึงได้จัดโครงการส่งกล้องและให้ความรู้แก่ประชาชนอย่างต่อเนื่องมาทุกปี



ภาพที่ 1 ผอ.รพ.สุรินทร์ และคณะให้การต้อนรับ



ภาพที่ 2 นพ.เผด็จ หนูพันธ์ กล่าวรายงาน



ภาพที่ 3 ทีมแพทย์จาก รพ.วชิรพยาบาล รพ.ศรีนครินทร์ รพ.สรรพสิทธิ์ประสงค์ รพ.บุรีรัมย์ รพ.พุทธชินราช และ รพ.สุรินทร์



เมื่อวันที่ 24-25 ธันวาคม 2558 ที่ผ่านมานี้เอง สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทยได้จัดโครงการบริการส่องกล้องทางเดินอาหารขึ้นอีกครั้ง โดยมี นพ.พิศาล ไม้เรียง เป็นประธานจัดทำโครงการ ร่วมกับโรงพยาบาลสุรินทร์ ซึ่งมี นพ.สมคิด สุริยเลิศ เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาล และมี นพ.เฟด็จ หนูพันธ์ เป็นผู้ประสานงานโครงการในครั้งนี้ สำหรับครั้งนี้นับเป็นครั้งที่ 4 แล้ว และเป็นการส่องกล้องตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ในประชาชนทั่วไปในจังหวัดสุรินทร์และจังหวัดใกล้เคียงที่มีอายุมากกว่า 50 ปี หรือมีประวัติครอบครัวเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่

เราได้ส่องกล้องลำไส้ใหญ่เพื่อคัดกรองมะเร็งทั้งสิ้น 107 คน (วันแรก 57 คน และวันที่สอง 50 คน) เป็นชายและหญิงพอๆ กัน ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 46-67 ปี ผลการส่องกล้องพบว่าเป็นปกติ 26 คน (ร้อยละ 24) ผิดปกติ 81 คน (ร้อยละ 76)



ภาพที่ 4 ทีมแพทย์และพยาบาลจาก รพ.หนองคาย



ภาพที่ 5 ทีมแพทย์จาก รพ.ราชวิถี

โดยพบ colonic polyp ทั้งหมด 64 คน (ร้อยละ 60) ซึ่งได้ให้การรักษาอย่างเรียบร้อย และไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการส่องกล้องตรวจคัดกรองในครั้งนี้

ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิกตลอดชีพ
สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้าขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกตลอดชีพของ “สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย” โดยรับรองว่าจะปฏิบัติตามกฎข้อบังคับและระเบียบของสมาคมฯทุกประการ รายละเอียดของข้าพเจ้ามีดังนี้

กรุณาเขียนด้วยตัวบรรจง [] นายแพทย์ [] แพทย์หญิง

1. ชื่อ-สกุล
First Name / Last Name
ตำแหน่งทางวิชาการ
เกิดวันที่ เดือน พ.ศ. เชื้อชาติ สัญชาติ
คุณวุฒิ
2. ท่านปฏิบัติงานด้านโรคระบบทางเดินอาหาร
[] น้อยกว่า 50% ของเวลาทำงาน [] มากกว่า 50% ของเวลาทำงาน
3. ที่อยู่ปัจจุบัน (ที่สามารถติดต่อและส่งจดหมายถึงได้) บ้านเลขที่ ตรอก/ซอย ถนน
ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์
โทรศัพท์
4. ที่ทำงาน
โทรศัพท์ โทรสาร
5. การติดต่อทางไปรษณีย์ กรุณาส่งไปที่ [] บ้าน [] ที่ทำงาน
6. ผู้รับรองในการสมัครสมาชิกของสมาคมฯครั้งนี้ คือ
1)
2)

การสมัครสมาชิกสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

1. ใบสมัครสมาชิก
2. ค่าสมัครสมาชิก จำนวน 1,000 บาท (ตลอดชีพ)

สถานที่รับสมัคร

สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

ตึกผอม ชั้น 1 สาขาวิชาโรคระบบทางเดินอาหาร

โรงพยาบาลศิริราช บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700 โทร 02-4197281-2 โทรสาร 02-4115013

หมายเหตุ: ในการสมัครสมาชิกจะสมบรูณ์ต่อได้ผ่านมติที่ประชุมของกรรมการสมาคมฯแล้วเท่านั้น

พร้อมกันนี้ ข้าพเจ้าได้ชำระเงินเป็นค่าสมัครสมาชิกตลอดชีพแล้ว เป็นเงิน 1,000.00 บาท (=หนึ่งพันบาทถ้วน=)

ซึ่งข้าพเจ้า

ได้ชำระเป็น [] เงินสด [] เช็คธนาคาร สาขา เลขที่ ลงวันที่

ลงชื่อ

(.....)