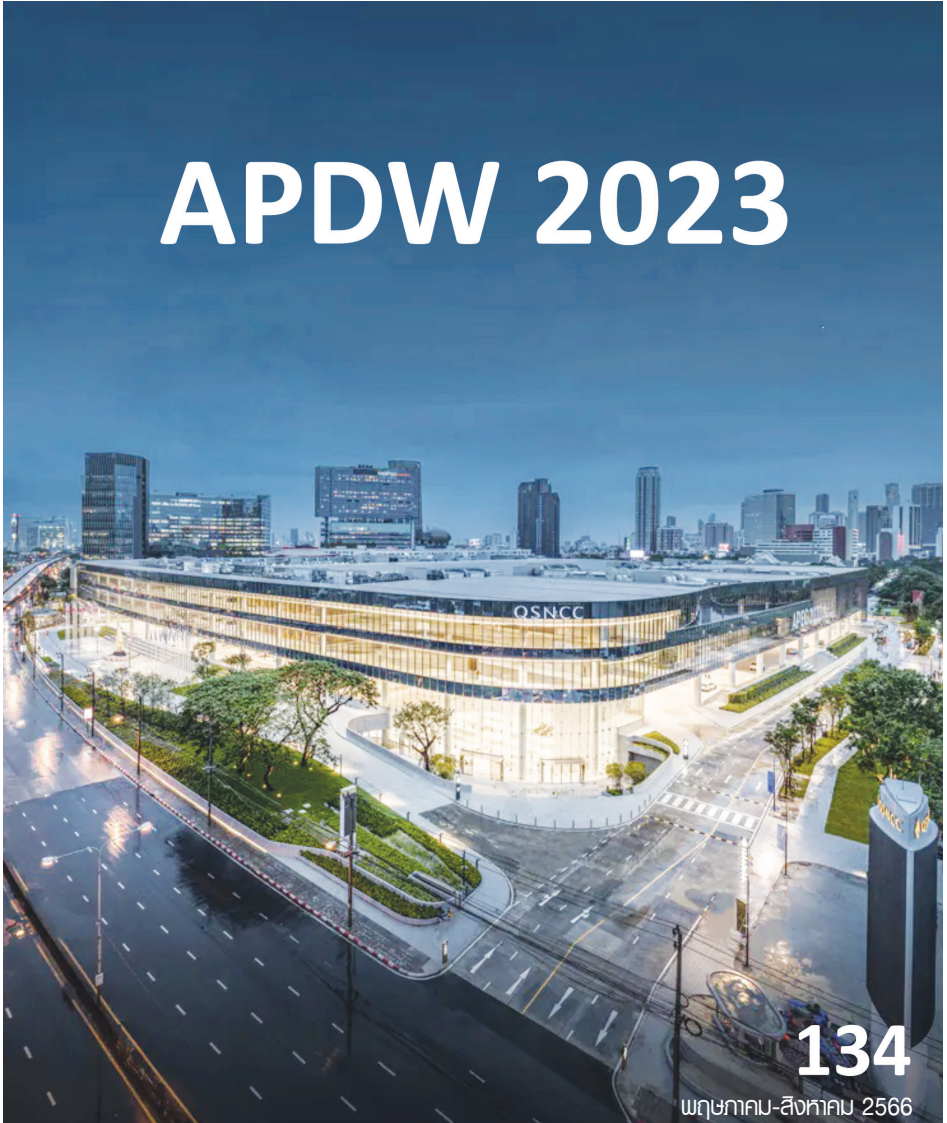




จุดสาร

สมาคมแพทยระบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

APDW 2023



พฤศจิกายน-ธันวาคม 2566



Asian Pacific Digestive Week
2023 BANGKOK





ที่ปรึกษา

ศ.นพ.สมชาย ลีลากุลวงศ์

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

หัวหน้ากองบรรณาธิการ

ผศ.นพ.สุพจน์ นิมอนงค์

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

กองบรรณาธิการ

อ.พญ.ธัญพร ฉันทโรจน์ศิริ

โรงพยาบาลราชวิถี

อ.พญ.เกศรินทร์ ถานะภิรมย์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

นพ.ธนวัชร จีระตระกูล

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ธุรการ

พรทิพย์ จิณแพทย์

สำนักงานสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

อาคารชัยสงวน ชั้น 4 เลขที่ 1575/1 ถ.เพชรบุรีตัดใหม่ เขตราชเทวี

กรุงเทพฯ 10400

e-mail: secretariat.thaigastro@gmail.com

สำนักพิมพ์

สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร



สารบัญ

GI Talk

APDW 2023

4

Interhospital Conference

กรณีศึกษาที่ 1 ชายไทย 34 ปี ปวดท้องมากขึ้น 1 ชม.

12

นพ.ศิวานนท์ นวเลิศปัญญา

อ.นพ.สุรียา กิรติชนานนท์

กรณีศึกษาที่ 2 หญิงไทย 37 ปี อาเจียนเป็นเลือด 30 นาที

27

พญ.รัชนิกร รุ่งเรืองไมตรี

รศ.(พิเศษ) นพ.เฉลิมรัฐ ปัญชรเทวกุล

Topic Review

GI & Liver: Monkeypox with Gastrointestinal and Liver Involvement 40

นพ.จिरยุทธ วิญญูปกรณ

อ.นพ.จอมพล ศรีโชติ

Liver: Immune-checkpoint Inhibitors Associated Colitis 52

พญ.ทฤทชนัน มาลัยรุ่งสกุล

อ.นพ.วสุวิษ วันไชยธนวงศ์

Motility: Gastroparesis in Patients with Parkinson's Disease 73

พญ.ณัฐพร ภาวัศรานนท์

ผศ.นพ.สว่างพงษ์ จันดี

GI Quiz

88

GAT News

92

รายงานการประชุมคณะกรรมการสมาคมฯ ครั้งที่ 2-5/2566

94



ทักทาย

ใกล้เข้ามาแล้วกับงาน APDW 2023 ซึ่งในปีที่ประเทศไทยได้รับเกียรติเป็นเจ้าภาพในการจัดการประชุม ซึ่งจะมีขึ้นในช่วงวันที่ 6-9 ธันวาคม 2566 ณ ศูนย์ประชุมแห่งชาติสิริกิติ์ Highlight ของจุลสารสมาคมฯ ฉบับนี้จึงเป็นเรื่องของการประชุม APDW 2023 ที่กำลังจะเกิดขึ้น โดยได้รับเกียรติจากอาจารย์หลายท่านในคณะทำงานมาร่วมพูดคุยกันในแง่มุมต่าง ๆ ที่น่าสนใจในคอลัมน์ GI Talk ไม่ว่าจะในด้านจัดการประชุม กับ อาจารย์นนทลี เผ่าสวัสดิ์ scientific program กับ อาจารย์ธีระ พิรัชวิสุทธิ์ post graduate program กับอาจารย์พูลชัย จรัสเจริญวิทยา และ endoscopy session กับอาจารย์รังสรรค์ ฤกษ์นิมิตร ซึ่งเนื้อหาและความน่าสนใจของงานประชุมครั้งนี้ ขอบอกเลยว่า สมาชิก GAT พลัดไม่ได้ด้วยประการทั้งปวง

นอกจากคอลัมน์ GI Talk จุลสารยังคงความเข้มข้นของเนื้อหาทางวิชาการเช่นเดิม ไม่ว่าจะเป็น Interhospital conference, Topic review ที่เข้ากับสถานการณ์โรคที่กำลังระบาดในปัจจุบัน และยังมี GI Quiz ที่น่าสนใจเช่นเดิม

ทางกองบรรณาธิการยินดีอย่างมากในการรับฟังคำแนะนำ หรือข้อเสนอแนะต่าง ๆ จากผู้อ่านทุกท่าน เพื่อนำไปปรับปรุงให้จุลสารมีเนื้อหาที่น่าสนใจและน่าอ่านมากยิ่งขึ้นครับ

นพ.สุพจน์ นิมอนงค์

supotgi@gmail.com

บรรณาธิการ

ในช่วงปลายปีนี้ ประเทศไทยได้รับเกียรติเป็นเจ้าภาพจัดการประชุม Asian Pacific Digestive Week (APDW) 2023 ซึ่งถือเป็นการประชุมใหญ่ของแพทย์ GI ในภาคพื้นเอเชียแปซิฟิก โดยจัดขึ้นที่ศูนย์ประชุมแห่งชาติสิริกิติ์ ในระหว่างวันที่ 6-9 ธันวาคม วันนีถือเป็นโอกาสอันดีที่ได้พบปะพูดคุยกับอาจารย์หลาย ท่านที่เป็นคณะทำงานในการจัดประชุมครั้งนี้



“เราตั้งใจจัด program อย่างละเอียดรอบคอบ เหมาะสำหรับผู้ฟังในทุกระดับ จึงอยากเชิญชวนทุกคนให้มาเข้าร่วมประชุมกันค่ะ”

รศ.พญ.นนทลี เผ่าสวัสดิ์

Secretary General

Asian Pacific Digestive Week (APDW) มีที่มาอย่างไร

เริ่มต้นจากแพทย์ในกลุ่มประเทศแถบเอเชียแปซิฟิกที่มีความสนใจในเรื่องโรกระบบทางเดินอาหาร ได้จัดตั้งองค์กรที่เรียกว่า Asian Pacific Digestive

Week Federation (APDWF) เพื่อต้องการสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างประเทศ ร่วมกับในขณะนั้นแพทย์ในเอเชียแปซิฟิกมีโอกาสน้อยมากเหมือนในปัจจุบันที่จะเข้าถึงการประชุมในระดับนานาชาติ เช่น Digestive Disease Week (DDW) ของสหรัฐอเมริกา จึงร่วมมือกันจัด APDW งานประชุมระดับนานาชาติที่มีคุณภาพ เพื่อเปิดโอกาสให้แพทย์ในแถบเอเชียได้เข้าถึง โดยประเทศที่ประสงค์เป็นเจ้าภาพจัดงาน จะต้องส่งแผนงานแสดงความพร้อมในการจัดการประชุมไปที่ APDWF โดยประเทศที่มีแผนงานที่ดี และมีความพร้อมมากที่สุดจะได้รับการคัดเลือก โดยปีนี้ประเทศไทยเราได้รับการคัดเลือกเป็นเจ้าภาพค่ะ

APDW ปีนี้มีความพิเศษอย่างไรบ้าง

เนื่องจากสถานการณ์ COVID-19 ทำให้ช่วง 2 ปีที่ผ่านมา APDW เป็นการจัดประชุมแบบ virtual ปีนี้เป็นปีแรกที่กลับมา on-site เราจึงตั้งใจจัดทุกอย่างเพื่อดึงดูดผู้เข้าร่วมประชุมอย่างเต็มที่ มีโปรแกรมที่เหมาะสมตั้งแต่แพทย์ประจำบ้านต่อยอด แพทย์เวชปฏิบัติโรคระบบทางเดินอาหาร ไปจนถึงผู้เชี่ยวชาญในแต่ละด้าน ไม่ว่าจะเป็น main scientific program และ Pre-congress session ซึ่งประเทศไทยเคยเป็นเจ้าภาพ APDW ครั้งล่าสุดเมื่อ 11 ปีก่อน (2012) จึงน่าจะเป็นเวลาที่เหมาะสมที่ผู้เข้าร่วมประชุมจะกลับมาเยือนประเทศไทยอีกครั้ง

Scientific program

มีความหลากหลายทั้งเนื้อหา และรูปแบบ ตั้งแต่การบรรยาย state of the art, debate หรือ interactive session โดยวิทยากรที่เป็นผู้เชี่ยวชาญในแต่ละด้านจากทั่วโลก

Pre-congress program

นอกจาก post-graduate course แล้ว pre-congress program ยังประกอบไปด้วย hands-on endoscopy workshop, Young Clinician Investi-



gator Program, Women in Gastroenterology, EUS masterclass, Surgical session

Hands-on workshop ในครั้งนี้ใหญ่ที่สุดที่ APDW เคยจัดมา มีหัตถการหลากหลายตั้งแต่ basic จนถึง very advanced procedures มีการเปิดตัว device ใหม่ เช่น endo-suturing device หลากหลาย เทคนิค ESD ใหม่ ๆ

Young Clinician Investigator Program เป็น program พิเศษที่จัดขึ้นเพื่อ young investigator และผู้ที่มีความสนใจในการทำวิจัย โดยมีวิทยากรเป็นผู้เชี่ยวชาญทางระบาดวิทยาคลินิก และบรรณาธิการจาก Journal ที่มีชื่อเสียงมาให้คำแนะนำในการทำวิจัยและเขียน manuscript โดยทาง APDW มีทุนให้ผู้เข้าร่วมโครงการนี้ 70 คน

Woman in Gastroenterology เป็นการร่วมมือของแพทย์สตรีใน field ของ GI ระดับนานาชาติที่มองเห็นถึงประเด็นด้าน career development และ work-life balance โดยมีวิทยากรผู้หญิงที่เป็น role models หรือ influencers ที่มีความเชี่ยวชาญและประสบความสำเร็จในแต่ละด้าน น่าจะเป็น session ที่มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์แบบ global perspective

นอกจากนี้เรายังมี program อื่น ๆ เช่น joint symposium กับ World Endoscopy Organization (WEO) joint symposium ในเรื่อง AI in GI ใน main scientific program และ colorectal cancer screening

ความพร้อมด้านสถานที่จัดงาน APDW เป็นอย่างไร

เราเลือกจัดงานที่ศูนย์ประชุมแห่งชาติสิริกิติ์ ซึ่งเป็นศูนย์ประชุมนานาชาติ สามารถรองรับผู้เข้าร่วมประชุมได้ 2,000-3,000 คน การเดินทางสะดวกด้วยรถไฟฟ้าใต้ดิน เป็นสถานที่ที่สามารถแสดงให้เห็นได้ว่าไทยมีความพร้อมเทียบเท่านานาชาติ



“*Scientific program*
อัปเดตแน่นไปด้วยเนื้อหาที่
updated, advanced
น่าสนใจ และดึงดูดผู้เข้า
ร่วมประชุม โดยวิทยากร
ที่เป็น *world authority*
ในแต่ละด้าน”

รศ.นพ.ธีระ พิรัชวิสุทธิ์

Chair of Scientific Program

Scientific program ใน APDW 2023 มีความน่าสนใจอย่างไร

Scientific program ในปีนี้จัดขึ้นใน theme “**Optimizing Strategies for Maximizing Outcomes**” ซึ่งมีความพิเศษหลายอย่าง นอกเหนือไปจากเนื้อหาการประชุมที่โดดเด่น *updated* และ *advanced* ซึ่งได้รับการคัดเลือกหัวข้อจากผู้เชี่ยวชาญในแต่ละสาขา ไม่ว่าจะเป็น GI, Hepatology, Motility และ Endoscopy รูปแบบการนำเสนอยังมีความหลากหลาย ประกอบด้วย **Updated guidelines, Symposium, Controversial issues** ซึ่งจะเป็นการ *debate* กันในประเด็นที่ยังเป็น *grey area*, **Interactive sessions** เป็น *case-based discussion* โดย *speaker* ที่เชี่ยวชาญในด้านนั้นร่วมกับผู้เข้าประชุม รวมทั้งหัวข้อที่เป็น **Highlight topics** ในแต่ละ *field* โดย *speaker* ที่เราเชิญมา เป็น *world authority* หรือมีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านหรือโรคนั้น ๆ ซึ่งมีมากกว่า 200 คน



“เราตั้งใจจัด *Post-graduate program* โดยยึดผู้ฟังเป็นที่ตั้ง สรรูปเนื้อหาสำคัญที่สามารถนำไปใช้ในเวชปฏิบัติได้จริง”

ศ.นพ.พูลชัย จรัสเจริญวิทยา

Chair of Post-graduate Program

Post-graduate program คืออะไร ต่างกับ main scientific program อย่างไร

Post-graduate program เป็นการบรรยายที่เน้นการอัปเดตข้อมูลที่ทันสมัย และสามารถนำไปใช้ในเวชปฏิบัติได้จริงจากข้อมูลหลักฐานงานวิจัยปัจจุบัน ในโรคที่มีความสำคัญทางคลินิก บรรยายสรุปในระยะเวลาที่จำกัด ประมาณเรื่องละ 15-20 นาที กลุ่มเป้าหมายผู้ฟังคือแพทย์ในเวชปฏิบัติโรคระบบทางเดินอาหาร ตั้งแต่แพทย์ประจำบ้านต่อยอด ไปจนถึงอายุรแพทย์



โรคระบบทางเดินอาหาร ผู้บรรยายเป็นผู้ที่มีประสบการณ์จริงในแขนงเรื่องนั้น ทั้งในด้านการวิจัยหรือประสบการณ์ในด้านเวชปฏิบัติ ส่วน main scientific program เป็นการบรรยายเนื้อหาเชิงลึกในด้านผลงานวิจัยต่าง ๆ

Post-graduate program ต้องลงทะเบียนเพิ่มเติม โดยจะจัดเป็น pre-congress session เริ่มก่อน main scientific program 1 วัน มี parallel session ไปกับ APDWF-WEO session และ women in gastroenterology ให้เลือกฟังได้ตามความสนใจ

Post-graduate program ใน APDW 2023 ครั้งนี้ มีความพิเศษอย่างไร

ในครั้งนี้นเราตั้งใจให้สามารถนำความรู้ไปใช้ในเวชปฏิบัติได้จริง โดยตั้งต้นจากการคิดว่าถ้าเราเป็นแพทย์เวชปฏิบัติ 1 คน เราจะอยากรู้อะไรที่เป็นองค์ความรู้ใหม่ที่ย่อยแล้วในช่วงเวลาสั้น ๆ หัวข้อเป็นเรื่องที่เป็นปัญหาสำคัญจริงในเอเชียแปซิฟิก จากนั้นจึงเชิญผู้บรรยายเลือกให้เป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญจริงในปัญหาด้านนั้น ๆ โดยมีวิทยากรทั้งจากเอเชียแปซิฟิก ยุโรป สหรัฐอเมริกา รวมถึงประเทศไทย ในอัตราส่วนที่มีวิทยากรจากเอเชียแปซิฟิกมากที่สุด บรรยายเป็นภาษาอังกฤษ

เนื้อหาในปีนี้อัดขึ้นใน theme ที่สอดคล้องกับ main scientific คือ **Optimizing strategies for maximizing outcomes** แบ่งเนื้อหาของงานประชุมออกเป็น session คือ gastrointestinal disease, motility disorder, liver disease และ endoscopy



“สิ่งที่ประเทศไทยจะทำ
ใน *Hands-on workshop*
ปีนี้ เป็นระดับอสังการ
งานสร้าง ใหญ่สุดกว่าทุก
ครั้งที่ผ่านมา”

ศ.นพ.รังสรรค์ ฤกษ์นิมิตร

Sub-committee scientific program-Endoscopy

Program endoscopy ใน APDW 2023 มีความพิเศษอย่างไรบ้าง

หนึ่งในสามของ **หัวข้อบรรยาย** ในส่วนของ endoscopy จะเป็นหัวข้อใหม่ ๆ นับว่าเป็นไฮไลท์ที่สามารถเชิญวิทยากรที่มีชื่อเสียงจากทั่วโลก รวมทั้ง pioneer จากหลายกลุ่ม เช่น เรื่อง stent ชนิดต่าง ๆ ส่วนใน **live demonstration** ซึ่งคาดว่าจะมี delegates จากต่างชาติเข้าร่วมด้วย จะมี session หนึ่ง เป็น non-stop session นำเสนอวิทยากรใหม่ ๆ โดยคนที่ค้นคิดต้นแบบเทคนิค หรือ อุปกรณ์นั้น ๆ มาเป็นผู้นำเสนอเอง นอกจากนั้น ยังมีการทำ live demonstration การเตรียมการส่องกล้องในกรณีที่มี outbreak แบบโควิด 19 เกิดขึ้นอีก ว่าอะไรบ้างที่ควรทำ ทำอย่างไรให้มีความเหมาะสมในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง เพื่อลดขั้นตอน เวลาหรือค่าใช้จ่าย เช่น การเตรียม environment ในห้องส่องกล้อง กระบวนการตรวจ aerosol ที่มีระบบตรวจสอบว่าเขาวัดกันยังไง มี

ตัวเลขแสดงให้เห็นจริง ๆ ว่าหัตถการแบบนี้มีความเสี่ยงแค่ไหน แล้วการป้องกันแบบนี้ จะเพียงพอหรือไม่

สำหรับ Hands-on workshop ได้รับการสนับสนุนเครื่องมือจากทุกบริษัท รวมทั้งได้อาจารย์ทวิ รัตนชูเอก ซึ่งถือได้ว่าเป็น “The Master” ในการสอนการส่องกล้อง เป็นผู้ดำเนินการจัด station ต่าง ๆ ซึ่งมีอย่างน้อย 40 stations ซึ่งถือว่าเป็นจำนวนที่สูงสุดในประวัติศาสตร์ เยอะกว่าหลายที่ทั้งในยุโรปหรืออเมริกา โดยใช้สถานที่ที่อาคารแพทย์พัฒนา จุฬาลงกรณ์ ซึ่งมีความพร้อมในการทำหัตถการทุกอย่างที่เกี่ยวกับส่องกล้องทางเดินอาหาร ตั้งแต่ การห้ามเลือดใน GI bleeding การระบายท่อน้ำดี การทำ ESD เป็นต้น ซึ่งต้องอาศัยทีมงานเยอะมาก ตั้งแต่เรื่องของโมเดลที่ติดตั้ง ไม่ว่าจะเป็น live หรือดิจิทัลโมเดล รวมทั้งบริษัทเครื่องมือทางการแพทย์ และที่สำคัญที่สุด คือ trainer ซึ่งเราใช้เกือบสามสิบคนจากต่างประเทศ ร่วมกับอีกสามสิบคนจากในประเทศไทย สามารถรับ trainee ได้อย่างน้อยหนึ่งร้อยคนหรืออาจจะถึงสองร้อยคนอย่างที่อาจารย์ทวิตั้งเป้าไว้ก็ได้

ส่วน **VDO challenge** เป็นการประกวด VDO จากทุกชาติ เป็นเคล็ดลับที่น่าสนใจในการทำ endoscopy เช่น เวลามีปัญหาเกิดขึ้นแล้วแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าอย่างไร หรือการทำ endoscopy ที่มี indication หรือเทคนิคแปลก ๆ ซึ่งจะช่วยพัฒนาการเรียนรู้เทคนิคในการส่องกล้องจากผู้อื่น ในการทำให้มัน success มากขึ้น หรือลดความเสี่ยง รวมทั้งแก้ปัญหาเฉพาะหน้าที่เกิดขึ้น โดยมีกรรมการจากนานาชาติในการให้คะแนน และมอบรางวัลให้กับผู้ที่ชนะการประกวดด้วยนะครับ

หลังจากที่ได้พูดคุยกับอาจารย์ทั้งสามท่านแล้ว รับรู้ได้เลยว่าคณะทำงานมีความตั้งใจอย่างเต็มที่ในการจัดการประชุมครั้งนี้เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้เข้าร่วมประชุม อยากให้สมาชิก GAT ทุกท่านเข้าร่วมการประชุมและร่วมกันเป็นเจ้าภาพที่ดี 6-9 ธันวาคมนี้ พบกันที่ศูนย์ประชุมแห่งชาติสิริกิติ์นะครับ

Interhospital Conference

กรณีศึกษาที่ 1

9 กันยายน 2566

อ.พ.ศิวานนท์ นวลเลิศปัญญา

อ.อ.พ.สุรียา กิระดิษานนงค์

หน่วยโรคระบบทางเดินอาหารและตับ

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ผู้ป่วยชายไทยคู่ อายุ 34 ปี อาชีพ พนักงานดูแลความปลอดภัยบนรถไฟ ภูมิลำเนา จังหวัดสงขลา

อาการสำคัญ ปวดท้องมากขึ้น 1 ชั่วโมงก่อนมา รพ.

ประวัติปัจจุบัน

1 ปีก่อน มีอาการเรอลมบ่อยมักเป็นหลังมื้ออาหาร บางครั้งสำรอกอาหาร ขึ้นมาที่ลำคอโดยไม่มีอาการคลื่นไส้ นำ มีอาการเช่นนี้ประมาณ 10 ครั้งต่อเดือน บางครั้งรู้สึกเสอร้อนทรวงอกร่วมด้วย ไม่ปวดท้อง อาการโดยรวมไม่รุนแรง ไม่รบกวนชีวิตประจำวัน

6 เดือนก่อน มีอาการปวดท้องบริเวณลิ้นปี่ ปวดลักษณะจุกแน่นหลังกินอาหารประมาณ 5 นาที เวลาปวดจะปวดมาก ราวไปไหลซ่าย ร่วมกับมีอาการคลื่นไส้ และอาเจียนออกมาเป็นอาหารใหม่ที่ยังไม่ย่อย หลังอาเจียนอาการปวดดีขึ้นได้เอง

2 เดือนก่อน มีอาการปวดจุกแน่นท้องลักษณะเดิมอีก เป็นทันทีหลังกินอาหารตามด้วยคลื่นไส้ อาเจียนเป็นเศษอาหารที่เพิ่งกินเข้าไป มีลิ้มเลือดปนเล็กน้อย ไม่มีท้องอืดหรือท้องโตมากขึ้น อาการปวดเป็นนานประมาณ 1 ชั่วโมงไม่ดีขึ้น จึงไปโรงพยาบาล แพทย์ให้น้ำเกลือ ใส่น้ำยาทางจุกและให้ยาตามอาการ นอนโรงพยาบาล 1 คืน อาการดีขึ้นแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ แจ้งว่าเป็นกระเพาะอาหารอักเสบ

ให้ยา omeprazole, simethicone และ alum milk มากิน หลังจากนั้นผู้ป่วยยังมีอาการจุกแน่นลิ้นปี่หลังกินบางครั้งแต่ไม่คลื่นไส้ อาเจียน ไม่ได้เป็นทุกวันและไม่รุนแรงถึงขั้นต้องไปโรงพยาบาล

1 ชั่วโมงก่อน หลังกินอาหาร 10 นาที มีอาการปวดจุกท้องลิ้นปี่และด้านซ้ายบนลักษณะเดิม แต่ปวดรุนแรงกว่าครั้งก่อน ปวดร้าวไปไหล่ซ้าย มีคลื่นไส้ อาเจียน 3 ครั้งเป็นอาหารที่เพิ่งกินเข้าไป ไม่มีสีเขียวเหลืองคล้ายน้ำดี ไม่มีเลือดปน อาการปวดท้องปวดนานเป็นชั่วโมง กินยาที่แพทย์เคยให้ไว้แต่อาการไม่ดีขึ้น จึงมาตรวจที่ห้องฉุกเฉิน ที่ผ่านมามีอาการกลืนเจ็บ กลืนติดกลืนลำบาก ไม่มีอาการเจ็บแน่นกลางอก ไม่มีอาการเบื่ออาหารหรือน้ำหนักลด ท้องไม่อืดโต ชับถ่ายปัสสาวะอุจจาระปกติ ไม่มีอาการตัวเหลืองตาเหลือง

ประวัติอดีต

ไม่มีโรคประจำตัว ไม่เคยได้รับการผ่าตัดช่องท้อง หรือประสบอุบัติเหตุบริเวณอก/ท้อง ไม่มีประวัติกินสารเคมีที่เป็นกรดหรือด่างมาก่อน

ประวัติส่วนตัว

ไม่มีประวัติแพ้ยาหรือแพ้อาหาร สูบบุหรี่ครึ่งซองต่อวันประมาณ 12 ปี ดื่มสุราสังสรรค์นาน ๆ ครั้ง ไม่มีประวัติใช้สารเสพติด สมุนไพรและอาหารเสริม ไม่เคยซื้อยาแก้ปวดกินเอง

ประวัติครอบครัว

ไม่มีประวัติโรคมะเร็งในครอบครัว

Physical examination

Vital signs: T 36.6 C, RR 22/min, BP 117/78 mmHg, HR 74 bpm, SpO2 99% RA

- GA:** alert, well co-operative, normosthenic built, not pale, no jaundice, no edema, no rash, no stigmata of chronic liver disease, body weight 67 Kg, height 165 cm, BMI 24.6 Kg/m²
- HEENT:** no oral ulcer/thrush, thyroid gland-not enlarged
- CVS & RS:** unremarkable
- Abdomen:** no surgical scar, no distension, no visible bowel loops, soft, moderate tenderness at epigastrium, no guarding, no rebound tenderness, no palpable mass, liver and spleen-not palpable, liver span 10 cm, normal splenic dullness, fluid thrill and shifting dullness-negative, no succussion splash, normoactive bowel sounds
- PR:** smooth mucosa, no mass or rectal shelf, not tender, yellow feces, normal sphincter tone
- Lymph nodes:** no superficial lymphadenopathy

Laboratory investigations

- CBC:** Hb 15.5 g/dL, Hct 45.2%, MCV 79.3 fL, WBC 9,660/mm³ (N 69.1%, L 22.9%, Eo 3.9%), Platelets 26,3000/mm³
- Blood chemistry:** BUN 13.5 mg/dL, Cr 0.96 mg/dL, Na 140 mmol/L, K 3.5 mmol/L, Cl 105 mmol/L, HCO 24 mmol/L
- LFT:** TB 0.48 mg/dL, DB 0.2 mg/dL, AST 17 U/L, ALT 26 U/L, ALP 93 U/L, ALB 4.7 g/dL, GLB 3.0 g/dL
- Pancreatic enzymes:** amylase 83 U/L (25-125 U/L), lipase 22 U/L (8-78 U/L)

Problem list

1. Recurrent post prandial epigastric pain radiated to left shoulder with nausea and non-bilious vomiting
2. Active smoking

อภิปราย

ผู้ป่วยชายไทยคู่ อายุ 34 ปี มีอาการปวดจุกแน่นท้องบริเวณลิ้นปี่ ร้าวไปไหล่ซ้าย ร่วมกับคลื่นไส้ อาเจียนเป็นอาหารใหม่ที่ยืนเข้าไปประมาณ 5-10 นาที ซึ่งเคยมีอาการเช่นนี้มาแล้ว 2 ครั้ง คือเมื่อ 6 เดือนและ 2 เดือนก่อน ผู้ป่วยไม่มีไข้ ไม่มีท้องอืดท้องโต ขับถ่ายอุจจาระปกติ ไม่มีเบื่ออาหารหรือน้ำหนักลด ไม่มีประวัติผ่าตัดช่องท้องหรืออุบัติเหตุบริเวณอก/ท้อง ไม่มีประวัติกินสารเคมีที่เป็นกรดหรือต่างมาก่อน ตรวจร่างกายพบกตเจ็บบริเวณ epigastrium ไม่พบตับม้ามโต หรือคลำก้อนได้บริเวณท้องไม่พบน้ำในช่องท้อง และตรวจไม่พบ succussion splash ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้นอยู่ในเกณฑ์ปกติ จากข้อมูลข้างต้นทำให้คิดถึงตำแหน่งพยาธิสภาพในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น ได้แก่ หลอดอาหาร และกระเพาะอาหาร โดยสาเหตุที่สามารถนึกถึงได้ในผู้ป่วยรายนี้ได้แก่

1. Acute gastric volvulus

ผู้ป่วยมักจะมาด้วยอาการปวดท้องฉับพลันที่ตำแหน่งบริเวณ epigastrium ร่วมกับมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ซึ่งมักจะเป็น non-bilious vomiting เช่นเดียวกันกับในรายนี้ เนื่องจากการบิดหมุนของกระเพาะอาหารทำให้เกิดการอุดกั้นน้ำดีจึงผ่าน pylorus ขึ้นมาไม่ได้ และผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยประมาณครึ่งหนึ่งอาจเคยมีประวัติมีอาการเช่นนี้มาก่อน อาการอาจจะเป็นชั่วคราวแล้วดีขึ้นและกลับมาเป็นซ้ำได้ โดยเฉพาะถ้าเป็นชนิด incomplete volvulus ซึ่งในผู้ป่วยผู้ใหญ่หากไม่เคยมีประวัติอุบัติเหตุหรือความผิดปกติของกะบังลมมาก่อน การมี gastric volvulus อาจสัมพันธ์กับการมี para-esophageal hernia ร่วมด้วย ผู้ป่วยรายนี้จึง

ควรได้รับการตรวจเพิ่มเติมภาพรังสีช่องอกและท้อง เพื่อดูลักษณะ abnormal air fluid level หรือการตรวจภาพถ่ายรังสีเอกซเรย์คอมพิวเตอร์เพื่อประเมินกายวิภาคและความผิดปกติของกระเพาะและหลอดอาหาร รวมถึงภาวะแทรกซ้อน เช่น การขาดเลือดหรือทะลุ และอาจพิจารณาส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนเพื่อประเมินว่ามีการบิดหมุนของกระเพาะอาหารหรือไม่ และยังสามารถประเมินการขาดเลือดของเยื่อทางเดินอาหารได้อีกด้วย

2. Esophageal motility disorders

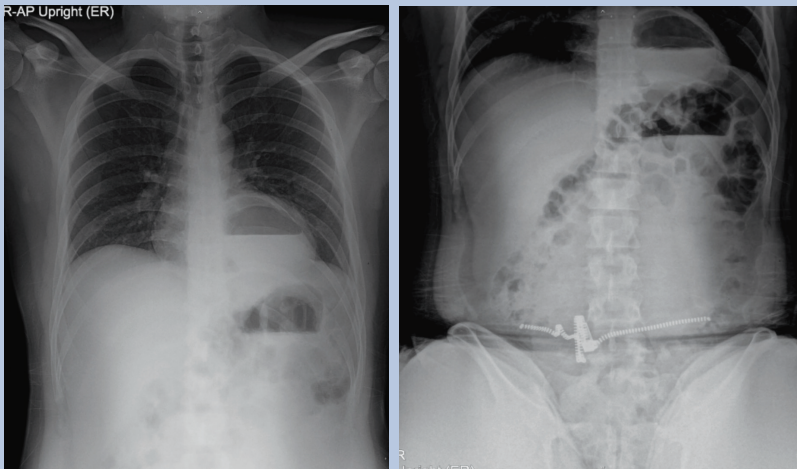
เป็นกลุ่มโรคที่สามารถทำให้เกิดอาการจุกแน่นลิ้นปี่ แสบร้อนหน้าอก เรอ ลมบ่อย สำรอกอาหารหรืออาเจียนได้เช่นเดียวกัน ตัวอย่างโรคในกลุ่มนี้ ได้แก่ distal esophageal spasm, hypercontractile esophagus และ achalasia เป็นต้น อย่างไรก็ตาม นึกถึงภาวะเหล่านี้น้อยกว่าเนื่องจากไม่พบอาการกลืนติดกลืนลำบากหรือน้ำหนักลด นอกจากนี้ โรคในกลุ่ม esophageal motility disorders ไม่ควรทำให้เกิดอาการปวดท้องด้านซ้ายบนดังที่พบในผู้ป่วยรายนี้

3. Gastroparesis

ผู้ป่วยสามารถมาด้วยอาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดจุกแน่นท้องหลังกินอาหาร ตรวจร่างกายพบจุดกดเจ็บบริเวณ epigastrium ได้เช่นเดียวกัน แต่อาการอาเจียนในภาวะ gastroparesis มักเกิดขึ้นหลังจากกินอาหารเสร็จแล้วพักใหญ่ นอกจากนี้ยังไม่พบปัจจัยเสี่ยงของภาวะ gastroparesis ในผู้ป่วยรายนี้ด้วย ไม่ว่าจะเป็น เบาหวาน ยาที่รบกวนการทำงานของกระเพาะอาหาร การผ่าตัด โรคทางระบบประสาทรวมถึงความผิดปกติทางระบบภูมิคุ้มกัน จึงทำให้นึกถึงภาวะนี้น้อยลง

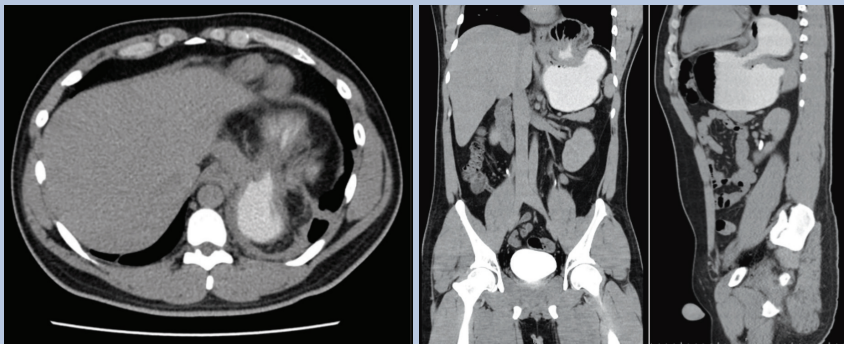
ผู้ป่วยได้รับการสืบค้นเพิ่มเติมดังนี้

- ภาพถ่ายรังสีเอกซเรย์ทรวงอกและช่องท้อง พบความผิดปกติดังแสดงในรูปที่ 1



รูปที่ 1 Plain film CXR and abdomen upright: Double air–fluid level (Under left hemidiaphragm and intrathoracic air–fluid levels)

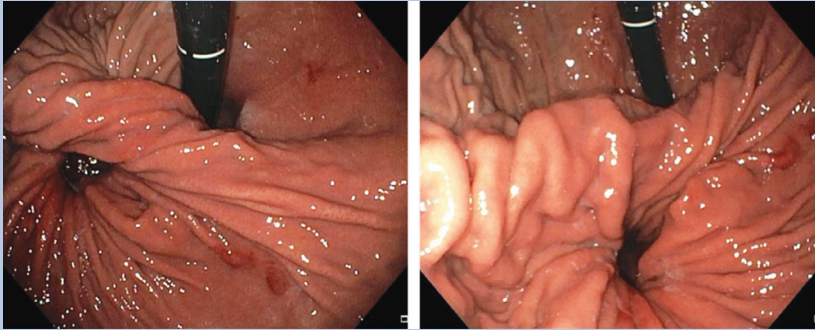
- ภาพถ่ายรังสีเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องอกและช่องท้อง พบความผิดปกติดังแสดงในรูปที่ 2



รูปที่ 2 CT chest and whole abdomen: Paraesophageal hernia with normal position of EGJ. Postero–laterally herniated gastric body into thorax, displacement of antrum above EGJ, and pylorus superior to the fundus and proximal body (mesentero–axial volvulus), probably mild degree of incarceration.

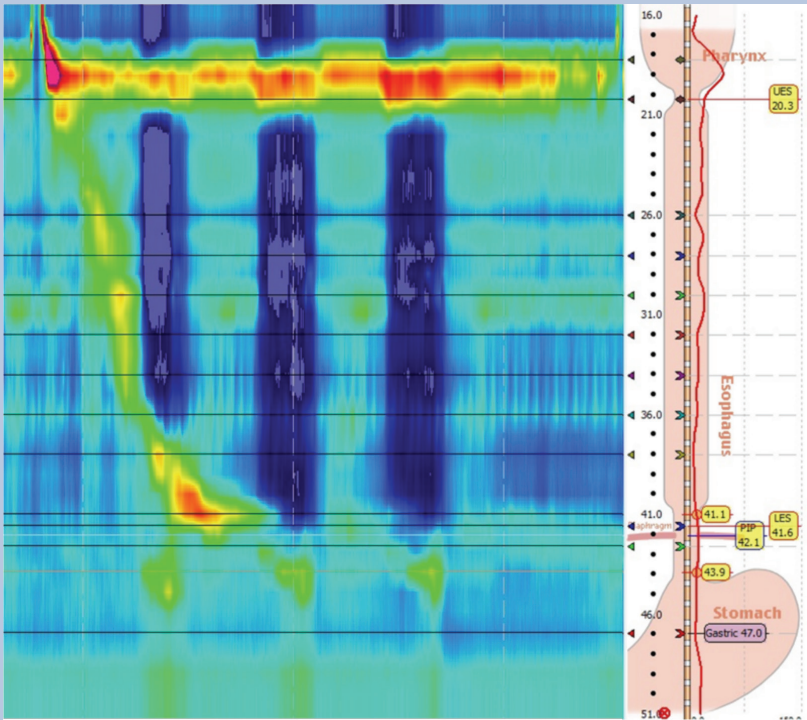
- การส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน พบความผิดปกติดังแสดงในรูป

ที่ 3



รูปที่ 3 Esophagogastroduodenoscopy (EGD): normal esophageal lumen with suspected axial type hiatal hernia (35–37 cm from upper incisor), evidence of gastric volvulus was detected. The antrum was seen but pylorus couldn't be identified, normal gastric mucosa without ulcer and mass, no evidence of mucosal ischemia. No bile staining in the stomach. The scope couldn't pass through the duodenum.

- การตรวจวัดการเคลื่อนไหวของหลอดอาหารชนิดความละเอียดสูง เพื่อยืนยัน axial type of hiatal hernia และเพื่อประเมิน esophageal motor function เพื่อเตรียมผู้ป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัดรักษาภาวะ diaphragmatic hernia induced gastric volvulus ผลดังแสดงในรูปที่ 4



รูปที่ 4 High resolution esophageal manometry (HREM): Low mean basal LES pressure 4.6 mmHg. Double peaked high-pressure zones at the EGJ during maximal inspiration. The inspiratory spatial pressure variation plot exhibited 2.8 cm separation between the LES and crural diaphragm peaks (EGJ morphology type 3a, positive for axial hiatal hernia 2.8 cm).

ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Diaphragmatic hernia (type 3, mixed axial and paraesophageal hernias) induced acute mesentero-axial gastric volvulus ต่อมาได้รับการผ่าตัด laparoscopic gastric reduction, hiatoplasty, Nissen fundoplication and gastropexy เพื่อแก้ไขและป้องกันการกลับซ้ำของภาวะ gastric volvulus และ diaphragmatic hernias หลังการผ่าตัดอาการ

ผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับ ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดและสามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ จากการติดตามอาการที่คลินิกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยยังคงสบายดี ไม่พบการกลับเป็นซ้ำของโรค

บทบรรณานุกรม

Gastric volvulus

บทนำ

ภาวะกระเพาะอาหารบิดหมุน (gastric volvulus) เป็นภาวะที่เกิดจากการบิดหมุนผิดปกติของกระเพาะอาหารมากกว่า 180 องศา ทำให้เกิดการอุดตันแบบ closed-loop ภาวะนี้ถูกกล่าวถึงครั้งแรกในปี ค.ศ. 1866 จากการตรวจชันสูตรศพ โดย Berti¹ และได้มีการคิดค้นวิธีผ่าตัดรักษาภาวะนี้สำเร็จเป็นครั้งแรกในปี ค.ศ. 1897 โดย Berg² จากนั้นในปี ค.ศ. 1995 Tsang และคณะ สามารถรักษากระเพาะอาหารบิดหมุนผ่านการส่องกล้องทางเดินอาหาร ภาวะนี้ถึงแม้จะพบได้ไม่บ่อยแต่สามารถเป็นอันตรายคุกคามต่อชีวิตได้หากไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างทันท่วงที

อุบัติการณ์

ยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัด พบว่าร้อยละ 20 ของภาวะนี้พบในเด็กทารกอายุไม่เกิน 1 ปี และมักสัมพันธ์กับความผิดปกติของกะบังลมตั้งแต่วัยแรกเกิด ส่วนในผู้ใหญ่ พบอุบัติการณ์สูงสุดช่วงอายุ 40 ถึง 49 ปี มักพบร่วมกับ paraesophageal hernia อุบัติการณ์ไม่แตกต่างกันระหว่างเพศหญิงและชาย หรือเชื้อชาติ ภาวะนี้ถือเป็นภาวะฉุกเฉินที่ทำให้มีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 30 ถึง 50^{3,4} เนื่องจากกระเพาะอาหารขาดเลือดจนเกิด strangulation, necrosis, perforation และ septic shock ตามมา

สาเหตุ^{3,4}

1. Primary (idiopathic) gastric volvulus พบประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วย สัมพันธ์กับ neoplasm หรือการมีความผิดปกติของ gastric ligaments เช่น ligament ถูกทำลายไป มีความยาวมากขึ้น มีการยึดเกาะผิดปกติ หรือมี adhesions เกิดขึ้น

2. Secondary gastric volvulus เกิดจากความผิดปกติทางกายวิภาคของกระเพาะอาหารเองหรืออวัยวะข้างเคียง เช่น กะบังลม หรือม้าม เช่น paraesophageal hernia, traumatic diaphragmatic defects, diaphragm eventration, phrenic nerve paralysis, splenic anatomy abnormality, kyphoscoliosis หรือเกิดภายหลังการผ่าตัดบางชนิด เช่น highly selective vagotomy, gastropasty, esophagectomy และ Nissen fundoplication เป็นต้น

อาการและอาการแสดง

ขึ้นกับระยะเวลาที่เป็น ระดับความรุนแรงของการบิดหมุน และการอุดตันของท่อทางเดินอาหาร แบ่งเป็น 2 ชนิด ตามระยะเวลาที่เป็น ได้แก่

1. Acute gastric volvulus เป็นภาวะฉุกเฉินทางศัลยกรรม หากไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างทันท่วงทีจะมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 30 ถึง 50 พบบ่อยในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี หรือผู้ใหญ่ช่วงอายุ 50 ถึง 60 ปี ผู้ป่วยมาด้วยอาการปวดท้องบริเวณลิ้นปี่อย่างเฉียบพลันรุนแรง ไม่สามารถอาเจียนออกมาได้ และไม่สามารถใส่สายให้อาหารทางจมูก (nasogastric tube) ผ่านลงไปในกระเพาะอาหารได้ รวมเรียกว่า Borchartd's triad⁵ ซึ่งพบประมาณร้อยละ 50 ถึง 70 ของผู้ป่วยที่มาด้วย acute gastric volvulus ภาวะนี้สามารถนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ได้แก่ ischemic necrosis, gastrointestinal hemorrhage, gastric perforation หรือมี severe cardiorespiratory distress นำไปสู่การเสียชีวิตได้^{6,7} โดยเฉพาะหากมี complete obstruction ที่มี degree of rotation มากกว่า 180 องศา การตรวจร่างกายอาจพบ tachycardia, tachypnea, hypoxemia หรือมีไข้ได้ หากอาการรุนแรงถึงขั้น gastric ischemia หรือ perforation จะพบ epigastric tenderness หรือ peritonism⁸

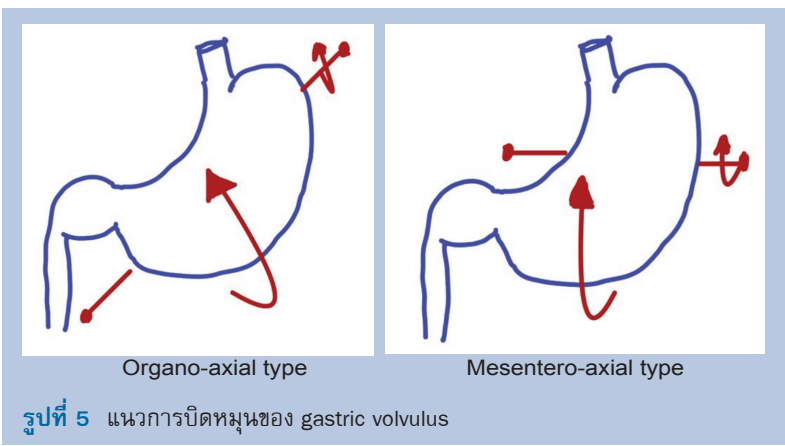
2. Chronic gastric volvulus มักพบในผู้ใหญ่ มาด้วยอาการที่ไม่จำเพาะ เช่น ปวดจุกเสียดท้องด้านบนเป็น ๆ หาย ๆ ไม่รุนแรง ท้องอืดมีลมในท้องมาก กลืนลำบาก หรือแสบร้อนกลางอก เป็นต้น ทำให้ยากต่อการวินิจฉัย บางรายถูกวินิจฉัยโดยบังเอิญจากการตรวจภาพถ่ายรังสี

Gastric volvulus แบ่งเป็น 3 ชนิด ตามแนวของการบิดหมุนดังแสดงในรูปที่ 5 ได้แก่^{3,8}

1. Organo-axial type พบประมาณร้อยละ 70 ส่วนใหญ่สัมพันธ์กับ paraesophageal hernia และ diaphragmatic eventration กระเพาะอาหารมีการบิดหมุนตามแนวแกนยาวที่ลากระหว่าง gastroesophageal junction และ pylorus ทำให้ antrum หมุนมาในตำแหน่ง antero-superiorly และ fundus หมุนไปในตำแหน่ง postero-inferiorly การบิดหมุนชนิดนี้พบภาวะ strangulation ได้บ่อยถึงร้อยละ 30

2. Mesentero-axial type พบประมาณร้อยละ 30 กระเพาะอาหารมีการบิดหมุนตามแนวเส้นที่ลากตั้งฉากระหว่าง greater และ lesser curvatures ทำให้ antrum บิดหมุนขึ้นมาอยู่เหนือ gastroesophageal junction

3. Mixed type พบได้ประมาณร้อยละ 2 ถึง 10 เป็น complex form ที่มีการบิดหมุนทั้งชนิด organo-axial และ mesentero-axial ร่วมกัน



รูปที่ 5 แนวการบิดหมุนของ gastric volvulus

ตารางที่ 1 ความแตกต่างระหว่าง organo-axial type และ mesentero-axial type ของ gastric volvulus

Organo-axial type	Mesentero-axial type
More common, 60% of adults and 35% of children	Less common, 29% of adults and 53% of children
Setting of trauma or para-esophageal hernia (60%)	Less associated with diaphragmatic defect
Acute presentation, Stomach strangulation relatively common (up to 30%)	Chronic presentation
Stomach rotated along its long axis (cardiopyloric line), reversal of the greater and lesser curves (inverted stomach)	Stomach rotates along its short axis (perpendicular line connecting the greater and lesser curvatures) Stomach lies in vertical plane with antrum lies anterior and superior to gastroesophageal junction
Complete (>180°) present with obstruction or ischemia/ Incomplete rotation (<180°) also called organo-axial position of the stomach, usually asymptomatic	Usually incomplete <180°, intermittent, plain films may show an intrathoracic stomach with two air fluid levels

การวินิจฉัย

อาศัยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย ร่วมกับการตรวจทางรังสีวิทยา และ/หรือ การส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน ดังนี้

1. Plain film chest and abdomen พบ double air-fluid level ที่บริเวณต่ำกว่ากะบังลมซ้ายและบริเวณ retro-cardiac หรือ mediastinum⁹ อาจพบ diaphragmatic eventration⁹ ได้

2. Upper gastrointestinal study ช่วยระบุตำแหน่งกระเพาะอาหาร แสดงการบิดหมุนของกระเพาะอาหารที่ทำให้เกิดการอุดตัน และ intraluminal contrast ผ่านหลอดอาหารส่วนปลายลงสู่กระเพาะอาหารได้ในปริมาณที่จำกัด⁹ อาจพบ paraesophageal hernia ร่วมด้วย

3. Computed tomography (CT) ช่องอกและช่องท้อง มีความไวและความจำเพาะในการวินิจฉัยใกล้เคียงร้อยละ 100⁴ โดยพบลักษณะการบิดหมุนของกระเพาะอาหาร สามารถระบุแนวการบิดหมุน⁹ รวมทั้งอาจพบสาเหตุที่เกี่ยวข้อง เช่น diaphragmatic defect และยังสามารถประเมินการขาดเลือดของกระเพาะอาหารหรือภาวะแทรกซ้อน เช่น กระเพาะอาหารทะลุ⁹ ได้

4. การตรวจส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน (EGD) ไม่จำเป็นต้องทำในทุกุราย ควรทำในรายที่การวินิจฉัยยังไม่ชัดเจน หรือจำเป็นต้องวินิจฉัยแยกโรคกับภาวะอื่น โดยพบลักษณะการบิดหมุนของกระเพาะอาหาร ทำให้เกิดการอุดตันและไม่สามารถผ่านกล้องลงไปใน pylorus ได้ EGD สามารถประเมินชั้นเยื่อบุผิวของกระเพาะอาหารได้ว่าเริ่มมีลักษณะที่บ่งชี้ถึงการขาดเลือดหรือเกิดการเน่าตาย อาจพบไส้เลื่อนกระบังลม หรือจุดที่เป็น diaphragmatic defect ร่วมด้วย นอกจากนี้ยังสามารถช่วยในการใส่สายให้อาหารทางจมูก และให้การรักษาโดยการทำ endoscopic detorsion ได้ในคราวเดียวกันสำหรับผู้ป่วยบางราย

การรักษา

เป้าหมายของการรักษา คือ แก้ไข gastric outlet obstruction และป้องกันการกลับเป็นซ้ำ⁹ ประกอบด้วย

การรักษาทั่วไป ได้แก่ การงดน้ำและอาหาร ใส่สายให้อาหารทางจมูกเพื่อลดความดันภายในกระเพาะอาหาร การให้สารน้ำทางหลอดเลือดและแก้ไขภาวะเกลือแร่ผิดปกติ การให้ยากลุ่ม prokinetics สำหรับอาการอาเจียน หรือการดูแลรักษาใน intensive care unit ในรายที่มีภาวะช็อกหรือสงสัยภาวะกระเพาะอาหารทะลุ^{3,4,7,10}

การรักษาจำเพาะ มีหลายวิธี ได้แก่

1. การผ่าตัด ใน acute gastric volvulus ควรปรึกษาศัลยแพทย์ทำการผ่าตัดแก้ไขฉุกเฉินเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ischemia, strangulation หรือ perforation โดยหลักการของการผ่าตัดคือการ de-rotation, reduction of the herniated stomach และ ปิดหรือแก้ไขภาวะ diaphragmatic defect หรือ paraesophageal hernia ตลอดจนการยึดตรึงกระเพาะอาหารกับ anterior abdominal wall (gastropexy)¹¹ ศัลยแพทย์อาจเลือกวิธีการผ่าตัดได้หลายรูปแบบ ขึ้นกับลักษณะของผู้ป่วยและความเชี่ยวชาญ ได้แก่ diaphragmatic

hernia repair, repair of eventration of the diaphragm, open reduction with or without gastropexy, gastropexy with division of the gastrocolic omentum (Tanner's operation), partial gastrectomy หรือ fundo-antral gastrogastrostomy (Opolzer's operation)^{3,4} ในปัจจุบันสามารถผ่าตัดแบบ laparoscopic surgery ได้ซึ่งให้ผลการรักษาที่ดี แผลผ่าตัดมีขนาดเล็ก และเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดน้อยกว่า^{6,12} ส่วนในภาวะ chronic gastric volvulus สามารถผ่าตัดรักษาแบบ elective ได้โดยการตัดสินใจร่วมกันระหว่างศัลยแพทย์ และผู้ป่วยแต่ละราย หรืออาจเลือกติดตามเฝ้าระวัง (watchful waiting) ในกรณีที่ตรวจพบโรคโดยบังเอิญและไม่มีอาการผิดปกติ หรือมีอาการไม่รุนแรงร่วมกับผู้ป่วยสูงอายุมีโรคประจำตัวมาก ซึ่งอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่ายจากการผ่าตัด⁸

2. Endoscopic reduction ร่วมกับ percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) tube insertion ยึดตรึงกระเพาะอาหารกับผนังหน้าท้อง ด้านหน้า เพื่อลดการกลับเป็นซ้ำ ควรเลือกใช้วิธีนี้ในผู้ป่วยที่มีโรคร่วมหลายอย่าง หรือมีความเสี่ยงสูงต่อการผ่าตัดหรือดมยาสลบ^{3,4,7} อย่างไรก็ตามผลการรักษาขึ้นอยู่กับทักษะและความชำนาญของแพทย์ผู้ส่องกล้องเป็นหลัก

เอกสารอ้างอิง

1. Berti A. Singolare attortigliamento de' esofago col duodeno sequita da rapida morte. Gass Med Ital. 1866;9:139-41.
2. Berg J. Zwei fãle von axwndrehurg des nagens operation Nord Med. 1897;30(1).
3. Rashid F, Thangarajah T, Mulvey D, Larvin M, Iftikhar SY. A review article on Gastric Volvulus: A challenge to diagnosis and management. International Journal of Surgery. 2010;8(1):18-24.
4. Bauman ZM, Evans CH. Volvulus. Surgical Clinics of North America. 2018;98(5):973-93.
5. Borchardt L. Pathology and therapy of volvulus of stomach. Arch Klin Chir. 1904;74: 243.
6. Verde F, Hawasli H, Johnson PT, Fishman EK. Gastric Volvulus: Unraveling the diagnosis with MPRS. Emergency Radiology. 2019;26(2):221-5.
7. Jacob CE, Lopasso FP, Zilberstein B, Bresciani CJ, Kuga R, Ceconello I, et al. Gastric Volvulus: A review of 38 cases. ABCD Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo). 2009;22(2):96-100.

8. Rodriguez-Garcia H, Wright A, Yates R. Managing obstructive gastric volvulus: Challenges and solutions. *Open Access Surgery*. 2017;10:15-24.
9. Peterson CM, Anderson JS, Hara AK, Carezza JW, Menias CO. Volvulus of the gastrointestinal tract: Appearances at Multimodality Imaging. *RadioGraphics*. 2009;29(5):1281-93.
10. Godshall D, Mossallam U, Rosenbaum R. Gastric Volvulus: Case report and review of the literature. *The Journal of Emergency Medicine*. 1999;17(5):837-40.
11. Nayak HK, Maurya G, Kapoor N, Kar P. Delayed presentation of congenital diaphragmatic hernia presenting with Intrathoracic Gastric Volvulus: A case report and review. *Case Reports*. 2012.
12. Akhtar A, Siddiqui FS, Sheikh AA, Sheikh AB, Perisetti A. Gastric Volvulus: A rare entity Case report and literature review. *Cureus*. 2018.

Interhospital Conference

กรณีศึกษาที่ 2

17 มิถุนายน 2565

แพทย์หญิง รัชนิกร รุ่งเรืองไมตรี
รองศาสตราจารย์ (พิเศษ) นายแพทย์ เวลิมรัฐ บัญชรเทวกุล

หน่วยโรคทางเดินอาหาร ภาควิชาอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลราชวิถี

ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 37 ปี อาชีพ ธุรกิจส่วนตัว ภูมิลำเนา กรุงเทพฯ

อาการสำคัญ อาเจียนเป็นเลือด 30 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติปัจจุบัน

30 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล ขณะกำลังเล่นโทรศัพท์มือถือ ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนออกมาเป็นเลือดสีแดงสด ประมาณ 100 มิลลิลิตร 2 ครั้ง ห่างกันครึ่งละ 5 นาที มีอาการหน้ามืด ไม่หมดสติ ไม่ปวดท้อง ถ่ายอุจจาระสีเหลืองปกติ วันละ 1 ครั้ง ปฏิเสธประวัติตาเหลือง

ประวัติอดีต

ภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็ก วินิจฉัย 4 ปีก่อน ที่รพ. ใกล้บ้าน ด้วยอาการอ่อนเพลีย ประจำเดือนมานาน 15 วัน ได้รับธาตุเหล็กรับประทาน 2 เดือน แพทย์แจ้งว่าผลเลือดดีขึ้น ให้หยุดกินธาตุเหล็กได้

2 ปีก่อน มาโรงพยาบาลด้วยเรื่องถ่ายเหลวเหนียวปลิ้น ตรวจพบซีด Hct 27.7%, Hb 8.3 g/dL, MCV 65, RDW 17%, iron 7 microg/dL, TIBC 394 microg/dL, ferritin 10 microg/dL, transferrin saturation 2% ได้รับ Ferrous fumarate (200) 1 × 3 po pc กิน 2 สัปดาห์ จากนั้นผู้ป่วยไม่มาตรวจตามนัด

ประจำเดือนมาสม่ำเสมอ เดือนละ 1 ครั้ง ครั้งละ 3-4 วัน ใช้ถ้วยอนามัย ประจำเดือนวันละ 10-30 มล.

ประวัติส่วนตัว

ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา ไม่เคยใช้ยาเสพติด ไม่เคยลักตามร่างกาย
กินยาคุมกำเนิด (Ethinyl estradiol 30 มคก. + Levonorgestrel 150 มคก.)
นาน 4 ปี

ไม่เคยกินยาลูกกลอน สมุนไพร ยาคลายกล้ามเนื้อ ประวัติครอบครัว
ปฏิเสธประวัติมะเร็ง และไวรัสตับอักเสบบในครอบครัว

Physical examination

Vital signs: T 37°C, BP 115/59 mmHg, PR 140/min, RR 20/min, SpO₂
100%

GA: A Thai female, good consciousness, well cooperative,
markedly pale, no jaundice, no edema, no rash, no pete-
chiae, no ecchymosis, no stigmata of chronic liver disease,
body weight 65 Kg, height 165 cm, BMI 23.9 Kg/m²

HEENT: no oral ulcer/thrush, thyroid gland-not enlarged

CVS & RS: unremarkable

Abdomen: no distension, no superficial vein dilatation, soft, no
tenderness, no palpable mass, liver span 11 cm, sharp
edge, smooth surface, soft consistency, increased
splenic dullness, shifting dullness-negative, normoac-
tive bowel sounds, no abdominal bruit, no venous hum

PR: no mass or rectal shelf, yellow feces

Lymph nodes: no superficial lymphadenopathy

NS: unremarkable

Laboratory investigations

CBC: Hb 5.3 g/dL, Hct 20.7%, MCV 69 fL, WBC 10630/mm³ (N 77%,

L 16%, Eo 9%), platelets 209,000/mm³

Blood chemistry: BUN 13 mg/dL, Cr 0.4 mg/dL, Na 135 mmol/L, K 3.6 mmol/L, Cl 105 mmol/L, HCO₃ 17 mmol/L

Coagulogram: PT 13.2 sec, PTT 17.2 sec, INR 1.15

LFT: TB 0.7 mg/dL, DB 0.2 mg/dL, AST 15 U/L, ALT 14 U/L, ALP 53 U/L, albumin 3.6 g/dL, globulin 3.9 g/dL

Viral serology: anti-HIV negative, HBsAg negative, anti-HCV negative

Problem list

1. Hematemesis 30 min PTA with anemic symptoms
2. History of iron deficiency anemia
3. Splenomegaly

อภิปราย

ผู้ป่วยหญิงไทยคู่อายุ 37 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการอาเจียนเป็นเลือดสด 30 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล ร่วมกับอาการหน้ามืด โดยไม่มีอาการปวดท้องหรือถ่ายดำร่วมด้วย ตรวจร่างกายพบม้ามโต นี้ก็ถึงเลือดออกจาก variceal bleeding มากกว่า non-variceal bleeding แต่จากการตรวจร่างกายไม่พบ chronic liver stigmata ไม่พบน้ำในช่องท้อง ขาไม่บวม ร่วมกับผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้นพบมีภาวะซีด เกิดเลือดปกติ ค่าการแข็งตัวของเลือดปกติ ค่าตับปกติ ไม่พบการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี สาเหตุของภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารของผู้ป่วยที่เป็นไปได้ มีดังนี้

1. **Variceal bleeding** สาเหตุของ portal hypertension ที่นี้ก็ถึงได้แก่
 - Pre-hepatic portal hypertension จาก extrahepatic portal vein obstruction

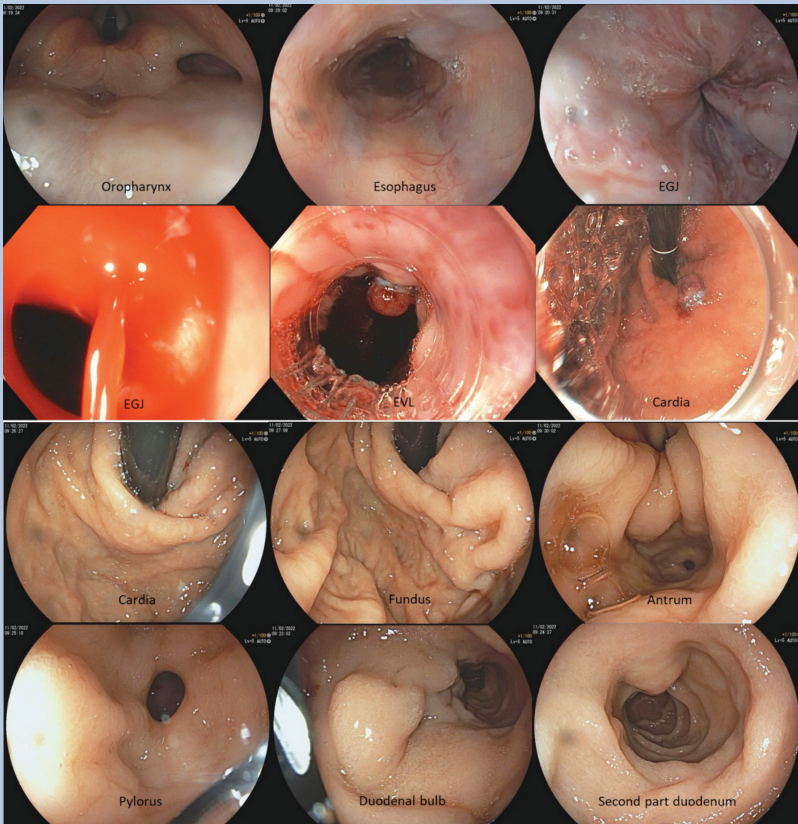
- Intrahepatic presinusoidal portal hypertension เช่น idiopathic non-cirrhotic portal hypertension
- Cirrhosis จากสาเหตุต่าง ๆ เช่น autoimmune hepatitis, hemochromatosis, Wilson disease, cryptogenic cirrhosis

2. Non-variceal bleeding สาเหตุที่นึกถึง ได้แก่ active bleeding

จาก peptic ulcer

ผู้ป่วยได้รับการสืบค้นเพิ่มเติมดังนี้

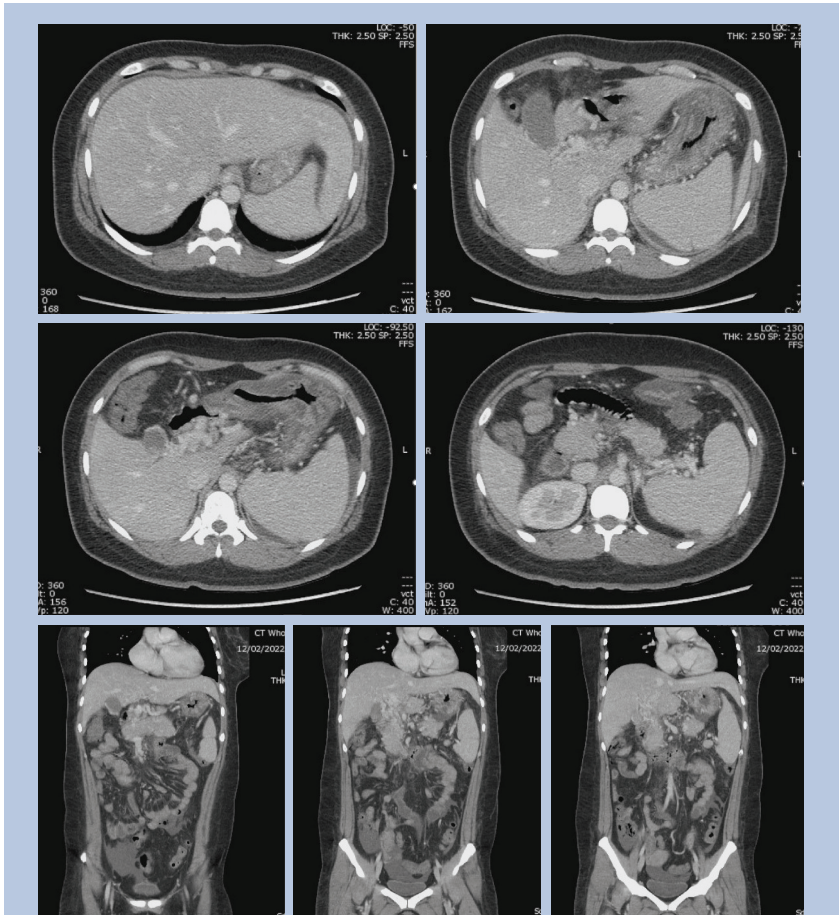
- การส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน ดังแสดงในรูปที่ 1



รูปที่ 1 การส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนพบ Esophageal varices F2 without red wale sign (จำนวน 4 เส้น), GOV1 with active bleeding ได้รับการทำ band ligation 1 ring, mild portal hypertensive gastropathy และ duodenal varices บริเวณ duodenal bulb

สาเหตุของเลือดออกในทางเดินอาหารเกิดจาก GOV1 with active bleeding ได้รับการรักษาด้วย band ligation จำนวน 1 band ที่ตำแหน่ง spurting

- เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้อง เพื่อหาสาเหตุของภาวะ portal hypertension ดังแสดงในรูปที่ 2



รูปที่ 2 เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้อง พบ left lobe liver enlargement without nodularity, dilated and tortuous portal cavernoma, not seen acute filling defect, small size left portal vein, obliteration of right portal vein, evidence of portosystemic collaterals. (EV, GV, GB varices, perisplenic varices), normal IVC, HV, SMV, IMV, renal veins, no intraabdominal lymphadenopathy, marked splenomegaly, minimal ascites

ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Extra-hepatic portal venous obstruction

- ตรวจภาวะ prothrombotic state ได้แก่ Protein C 100.9% (80.1-169.9), Protein S 80.2% (62.8-139.6), Antithrombin III 74.8% (71.6-140.5), Factor V Leiden mutation : negative, JAK2 V617F mutation : negative, Anti-Cardiolipin IgM < 2 U/mL (reference < 12), Anti-Cardiolipin IgG < 10 U/mL (reference < 12), Anti-Beta 2 glycoprotein IgM 15.7 RU/mL (reference < 20), Anti-Beta 2 glycoprotein IgG < 10 RU/mL (reference < 20), Lupus anticoagulant : negative ซึ่งจัดอยู่ในเกณฑ์ปกติ

เนื่องจากผู้ป่วยมีประวัติใช้ยาคุมกำเนิดชนิดผสมนาน 4 ปี และตรวจไม่พบสาเหตุอื่นของ prothrombotic state จึงให้การวินิจฉัยว่าผู้ป่วยรายนี้เป็น extra-hepatic portal venous obstruction จากการใช้ยาคุมกำเนิด และมีภาวะแทรกซ้อนคือ bleeding gastric varices

บทบรรณานุกรม

Extra-hepatic portal venous obstruction

บทนำ

Extra-hepatic portal venous obstruction (EHPVO) เป็นภาวะความผิดปกติของหลอดเลือดดำพอร์ทัลส่วนที่อยู่บริเวณนอกตับอุดตัน ซึ่งอาจมีการอุดตันของหลอดเลือดดำพอร์ทัลส่วนที่อยู่ในตับ splenic vein หรือ superior mesenteric vein ร่วมด้วยหรือไม่ก็ได้ ส่วนการอุดตันของหลอดเลือดดำพอร์ทัลที่เกิดจาก ภาวะตับแข็ง มะเร็ง และ หลังการผ่าตัด ไม่ได้รวมอยู่ใน EHPVO

อุบัติการณ์

ภาวะ EHPVO เป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุด ของเลือดออกในทางเดินอาหาร

ส่วนบนในผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะ portal hypertension ส่วนในผู้ใหญ่ EHPVO พบเป็นสาเหตุของ variceal hemorrhage ร้อยละ 30 ในประเทศกำลังพัฒนา และพบเป็นสาเหตุอันดับที่ 2 รองจากตับแข็ง ในประเทศฝั่งตะวันตก¹

พยาธิกำเนิด

เมื่อเกิดการอุดตันของหลอดเลือดดำพอร์ทัล ทำให้มี hepatopetal collateral circulation รอบ ๆ หลอดเลือดดำพอร์ทัล ซึ่งสามารถพบได้ใน 6-20 วัน และกลายเป็น portal cavernoma ใน 3 สัปดาห์ โดย collateral circulation ที่เกิดขึ้นเหล่านี้ยังไม่เพียงพอต่อการลดความดันใน splanchnic bed ที่สูง จึงทำให้เกิด hepatofugal vessels ที่บริเวณ portosystemic communication ต่าง ๆ ตามมา เช่น varices, hemorrhoid และ spontaneous shunt เป็นต้น^{1,2}

ข้อมูลจากต่างประเทศ สาเหตุของ EHPVO ในผู้ใหญ่ที่พบมากที่สุด คือ myeloproliferative disorder³⁻¹⁷ ส่วนในเด็ก คือ prothrombotic state^{3-14, 17} เช่น protein C deficiency, protein S deficiency, antithrombin III deficiency เป็นต้น สำหรับในประเทศไทย ยังไม่มีข้อมูลชัดเจน

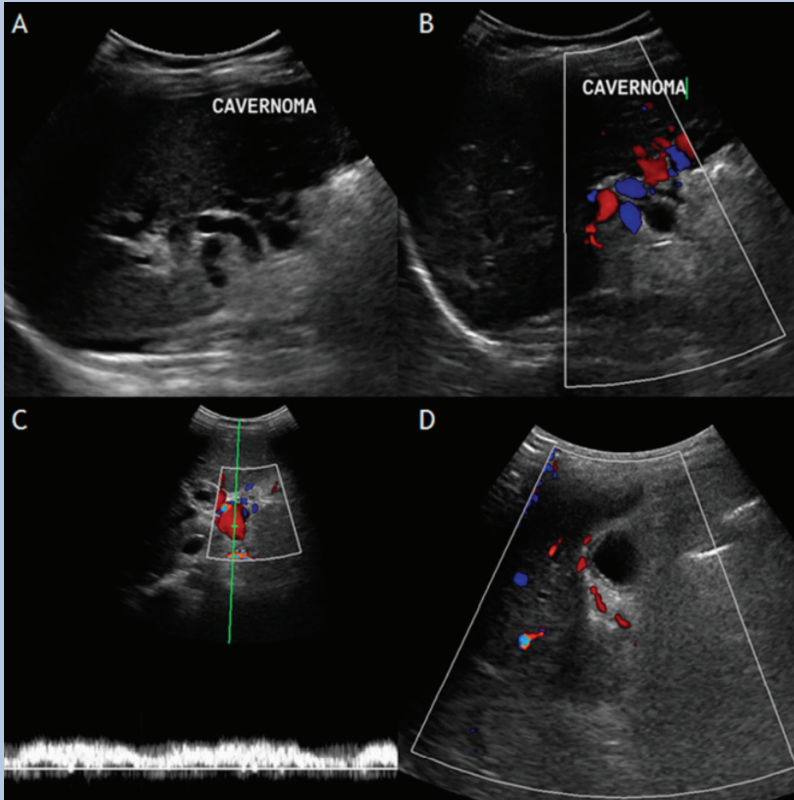
อาการและอาการแสดง

ผู้ป่วย acute EHPVO จะมีอาการปวดท้อง บางครั้งมีไข้ และสามารถตรวจพบน้ำในช่องท้องได้ แต่พบได้ไม่บ่อย ส่วน chronic EHPVO จะมาด้วยอาการของ portal hypertension ได้แก่ variceal bleeding, hypersplenism ซึ่งเป็นอาการที่พบได้บ่อย ส่วนน้อยมีภาวะ hepatic encephalopathy และ jaundice (จาก portal biliopathy) ได้^{1,2}

การวินิจฉัยอาศัยการตรวจภาพถ่ายรังสีและการตรวจหา prothrombotic state ดังนี้

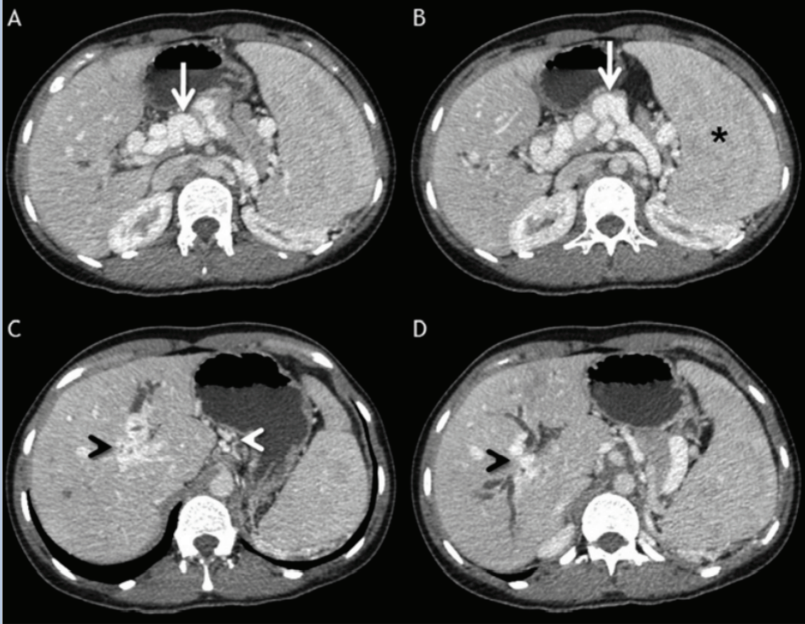
1. การตรวจภาพรังสี

- Doppler ultrasound แนะนำให้เลือกตรวจเป็นอันดับแรก เนื่องจากมีความไวสูง และความจำเพาะมากกว่าร้อยละ 95¹⁸ ดังแสดงในรูปที่ 3

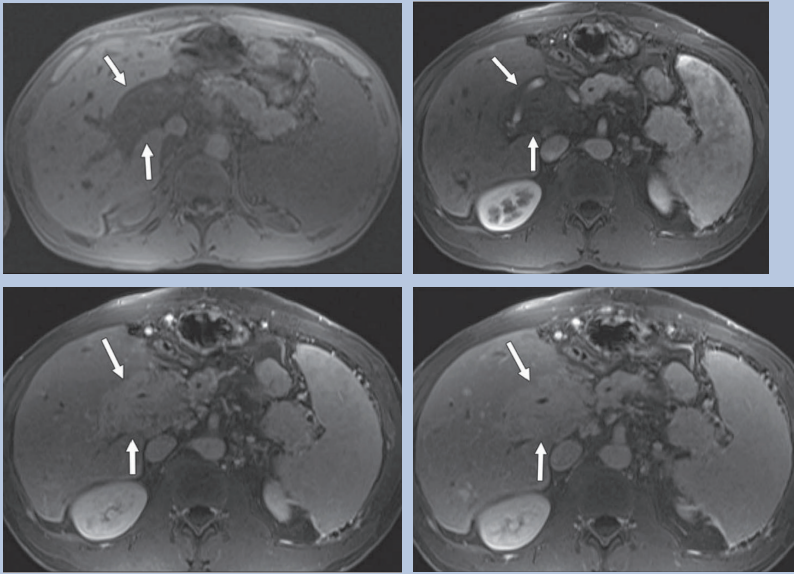


รูปที่ 3 Color doppler ultrasound (18) A, B: แสดง serpiginous portoportal collaterals replacing portal vein (cavernoma formation), C: Spectral Doppler แสดง monophasic hepatopetal flow, D: gallbladder varices

- Contrast-enhanced CT และ MRI สามารถดู extension ของโรค และสาเหตุอื่นที่ทำให้เกิด portal vein obstruction ได้ ดังแสดงในรูปที่ 4 และ 5



รูปที่ 4 Axial contrast-enhanced CT (18) แสดง portal cavernoma (ลูกศร) ทั้งบริเวณ extrahepatic และ intrahepatic (หัวลูกศรสีดำ), ลักษณะของ non-cirrhotic portal hypertension ได้แก่ splenomegaly (ดอกจัน), gastro-esophageal varices (หัวลูกศรสีขาว)



รูปที่ 5 MRI (19) C: T1W unenhanced MR, D-F: T1W with serial contrast enhanced MR แสดง mass-like shape (ลูกศร) ที่มี progressive enhancement เนื่องจากมี collateral vessels ขนาดเล็ก

2. การตรวจหา prothrombotic state

- CBC มักพบเกล็ดเลือดต่ำจาก hypersplenism แต่บางรายอาจพบเม็ดเลือดขาว เม็ดเลือดแดง หรือเกล็ดเลือดที่สูงผิดปกติได้ใน myeloproliferative neoplasm
- การตรวจหาภาวะที่ทำให้เลือดแข็งตัวผิดปกติ ได้แก่ protein C deficiency, protein S deficiency, antithrombin III deficiency, factor V Leiden mutation, JAK2 V617F mutation, anti-Cardiolipin IgM, anti-Cardiolipin IgG, anti-Beta 2 glycoprotein IgM, anti-Beta 2 glycoprotein IgG, lupus anticoagulant, antinuclear antibody²³

3. การตรวจสอบกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนบน

มีประโยชน์ในกรณีที่มีผู้ป่วยมาด้วยอาการเลือดออกในทางเดินอาหารจากภาวะ portal hypertensive bleeding สามารถตรวจพบ portal hypertensive gastropathy, esophageal varices, gastric varices และ ectopic varices ในผู้ป่วย EHPVO พบ ectopic varices ร้อยละ 27-40¹ โดยตำแหน่งที่พบมากที่สุดคือ duodenum, anorectum และ gallbladder bed

การรักษา ประกอบด้วย

1. การรักษาภาวะ portal hypertension และ complication เป็นหัวใจสำคัญของการรักษา EHPVO^{20,25} โดยให้ความสำคัญกับการรักษา portal hypertension related bleeding และ secondary prophylaxis โดย Baveno VII แนะนำให้นำแนวทางการรักษาในภาวะตับแข็งมาใช้ โดยให้ non-selective beta blocker ร่วมกับ band ligation เพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ (secondary prophylaxis) [level of evidence; D1]²¹

2. Anticoagulants บทบาทของ anticoagulant ใน EHPVO ยังไม่ชัดเจน โดย ACG guideline 2020²⁴ แนะนำให้ anticoagulant เฉพาะในผู้ป่วย chronic portal vein thrombosis ที่มีปัจจัยอย่างน้อย 1 ข้อ ดังต่อไปนี้ ได้แก่ inherited thrombophilia, มี progression ของ thrombus หรือ มีประวัติ bowel ischemia จาก thrombus extend ไปใน mesenteric vein ส่วน AASLD guideline 2021²⁵ ไม่พบประโยชน์ของการให้ anticoagulant ในผู้ป่วย chronic portal vein thrombosis ที่มี complete occlusion ของ main portal vein หรือมี cavernous transformation โดยเป้าหมายหลักของการรักษา แนะนำให้รักษาภาวะแทรกซ้อนของ portal hypertension ข้อมูลจาก Baveno guideline VII²¹ แนะนำให้ long term anticoagulant ในผู้ป่วย past portal vein thrombosis หรือ portal cavernoma ที่มี permanent underlying prothrombotic state และอาจจะพิจารณาให้ anticoagulant ในผู้ป่วยที่ไม่ได้มี underlying prothrombotic

state [level of evidence; B2] โดยควรเริ่ม anticoagulant หลังจาก prophylaxis portal hypertensive bleeding อย่างเหมาะสมแล้ว [level of evidence; C2]

3. การผ่าตัด มีข้อบ่งชี้ในผู้ป่วย variceal bleed ที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยการส่องกล้อง โดยการผ่าตัด shunt มีหลายชนิด ได้แก่ spleno-renal shunt, meso-caval shunt, Rex shunt (mesenterico-left portal vein bypass)²

เอกสารอ้างอิง

1. Sarin S, Sollano J, Chawla Y, et al. Consensus on extra-hepatic portal vein obstruction. *Liver International*. 2006;26(5):512-9.
2. Khanna R, Sarin S. Non-cirrhotic portal hypertension - Diagnosis and management. *Journal of Hepatology*. 2014;60(2):421-41.
3. Abd El-Hamid N, Taylor RM, Marinello D, et al. Aetiology and management of extrahepatic portal vein obstruction in children: king's college hospital experience. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2008;47:630-4.
4. Weiss B, Shteyer E, Vivante A, et al. Etiology and long-term outcome of extrahepatic portal vein obstruction in children. *World J Gastroenterol* 2010;16:4968-72.
5. Ferri PM, Rodrigues Ferreira A, Fagundes ED, et al. Evaluation of the presence of hereditary and acquired thrombophilias in brazilian children and adolescents with diagnoses of portal vein thrombosis. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2012;55:599-604.
6. Fisher NC, Wilde JT, Roper J, et al. Deficiency of natural anticoagulant proteins C, S, and antithrombin in portal vein thrombosis: a secondary phenomenon? *Gut* 2000;46:534-9.
7. Janssen HL, Wijnhoud A, Haagsma EB, et al. Extrahepatic portal vein thrombosis: aetiology and determinants of survival. *Gut* 2001;49:720-4.
8. Denninger MH, Cha Öt Y, Casadevall N, et al. Cause of portal or hepatic venous thrombosis in adults: the role of multiple concurrent factors. *Hepatology* 2000;31:587-91.
9. Bombeli T, Basic A, Fehr J. Prevalence of hereditary thrombophilia in patients with thrombosis in different venous systems. *Am J Hematol* 2002;70:126-32
10. Sharma S, Kumar SI, Poddar U, et al. Factor V, Leiden and prothrombin gene G20210A mutations are uncommon in portal vein thrombosis in India. *Indian J Gastroenterol* 2006;25:236-9.
11. El-Karakasy H, El-Koofy N, El-Hawary M, et al. Prevalence of factor V Leiden mutation and other hereditary thrombophilic factors in Egyptian children with portal vein thrombosis:

- results of a single-center case-control study. *Ann Hematol* 2004;83:712-5.
12. Heller C, Schobess R, Kurnik K, et al. Abdominal venous thrombosis in neonates and infants: role of prothrombotic risk factors—a multicentre case-control study. For the Childhood Thrombophilia Study Group. *Br J Haematol* 2000;111:534-9.
 13. Bhattacharyya M, Makharia G, Kannan M, et al. Inherited prothrombotic defects in Budd-Chiari syndrome and portal vein thrombosis: a study from North India. *Am J Clin Pathol* 2004;121:844-7.
 14. Primignani M, Barosi G, Bergamaschi G, et al. Role of the JAK2 mutation in the diagnosis of chronic myeloproliferative disorders in splanchnic vein thrombosis. *Hepatology* 2006;44:1528-34.
 15. Colaizzo D, Amitrano L, Tiscia GL, et al. The JAK2 V617F mutation frequently occurs in patients with portal and mesenteric venous thrombosis. *J Thromb Haemost* 2007;5:55-61.
 16. Valla D, Casadevall N, Huisse MG, et al. Etiology of portal vein thrombosis in adults. A prospective evaluation of primary myeloproliferative disorders. *Gastroenterology* 1988;94:1063-9. Amitrano L, Guardascione MA, Scaglione M, et al. Prognostic factors in noncirrhotic patients with splanchnic vein thromboses. *Am J Gastroenterol* 2007;102:2464-70.
 17. Sogaard KK, Astrup LB, Vilstrup H, et al. Portal vein thrombosis; risk factors, clinical presentation and treatment. *BMC Gastroenterol* 2007;7:34.
 18. Arora A, Sarin SK. Multimodality imaging of primary extrahepatic portal vein obstruction (EHPVO): what every radiologist should know. *Br J Radiol* 2015; 88: 20150008.
 19. Jha R, Khera S, Kalaria A. Portal Vein Thrombosis: Imaging the Spectrum of Disease With an Emphasis on MRI Features. *American Journal of Roentgenology*. 2018;211(1):14-24.
 20. Khanna R, Sarin S. Idiopathic portal hypertension and extrahepatic portal venous obstruction. *Hepatology International*. 2018;12(S1):148-67.
 21. de Franchis R, Bosch J, Garcia-Tsao G, et al. Baveno VII - Renewing consensus in portal hypertension. *Journal of Hepatology*. 2022;76(4):959-74.
 22. Simonetto D, Singal A, Garcia-Tsao G, et al. ACG Clinical Guideline: Disorders of the Hepatic and Mesenteric Circulation. *American Journal of Gastroenterology*. 2020;115(1):18-40.
 23. Khanna R, Sarin S. Non-cirrhotic portal hypertension - Diagnosis and management. *Journal of Hepatology*. 2014;60(2):421-41.
 24. Simonetto D, Singal A, Garcia-Tsao G, et al. ACG Clinical Guideline: Disorders of the Hepatic and Mesenteric Circulation. *American Journal of Gastroenterology*. 2020;115(1):18-40.
 25. Northup P, Garcia-Pagan J, Garcia-Tsao G, et al. Vascular Liver Disorders, Portal Vein Thrombosis, and Procedural Bleeding in Patients With Liver Disease: 2020 Practice Guidance by the American Association for the Study of Liver Diseases. *Hepatology*. 2021;73(1):366-413.

Topic Review: GI & Liver

โรคฝีดาษวานรกับระบบทางเดินอาหารและตับ (Monkeypox with Gastrointestinal & Liver Involvement)

นพ.จรรย์กษ วิทยบุญปกรณ์

อ.นพ.จอมพล ศรีโชติ

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

บทนำ

โรคฝีดาษวานร (Monkeypox) เป็นโรคที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสชนิดดีเอ็นเอเกลียวคู่ (Double-stranded DNA virus) ชื่อ Monkeypox virus (MPXV) จัดอยู่ในกลุ่มตระกูล (Family) *Poxviridae* สกุล (Genus) *Orthopoxvirus* ซึ่งไวรัสชนิดนี้จัดอยู่ในกลุ่มเดียวกับไวรัสที่ทำให้เกิดโรคฝีดาษหรือไข้ทรพิษ (Smallpox)¹⁻² มีการรายงานการติดเชื้อในมนุษย์ครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2513 ที่สาธารณรัฐประชาธิปไตยคองโก³ โดยการระบาดในครั้งนั้นเกิดขึ้นในทวีปแอฟริกาเป็นหลัก ซึ่งเกิดจากการที่มนุษย์สัมผัสสัตว์ป่าที่มีการติดเชื้อ⁴ ในเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2565 ที่ผ่านมามีรายงานพบการติดเชื้อโรคฝีดาษวานรมากกว่า 3,000 คน แพร่กระจายมากกว่า 50 ประเทศทั่วโลก ทำให้องค์การอนามัยโลกได้ออกมาประกาศเป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ⁵ โดยในบทความนี้จะกล่าวถึงโรคฝีดาษวานรที่ส่งผลโดยตรงต่อระบบทางเดินอาหารและตับ ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการรักษาโรคฝีดาษวานรซึ่งส่งผลต่อระบบทางเดินอาหารและตับ และโรคอื่น ๆ ในระบบทางเดินอาหารและตับที่พบร่วมกับการติดเชื้อฝีดาษวานร

ระบาดวิทยา

โรคฝีดาษวานรเป็นโรคประจำถิ่นในประเทศทางตอนกลางและตะวันตกของทวีปแอฟริกา อาทิเช่น สาธารณรัฐประชาธิปไตยคองโก แคมeroon สาธารณรัฐแอฟริกากลาง กาบอง เป็นต้น ส่วนใหญ่ของการแพร่ระบาดจะจำกัดอยู่ในบริเวณนั้น ๆ การแพร่ระบาดนอกทวีปแอฟริกาอาจเกิดจากการท่องเที่ยวในพื้นที่ที่มีการระบาดหรือการนำเข้าสัตว์ที่มีการติดเชื้อฝีดาษวานร⁷ ปัจจุบันโรคฝีดาษวานรมีทั้งหมด 2 สายพันธุ์⁸ คือ

1. สายพันธุ์ Central Africa มีความรุนแรงมากกว่า ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ถึงร้อยละ 10
2. สายพันธุ์ West Africa มีความรุนแรงน้อยกว่า ส่วนใหญ่หายได้เอง มีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 3 ถึง 6 และเป็นสายพันธุ์หลักของการระบาดในปี พ.ศ. 2565

จากข้อมูลล่าสุดตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2565 ถึงเมษายน พ.ศ. 2566 พบผู้ที่ได้รับการยืนยันว่ามีการติดเชื้อฝีดาษวานรจริงจำนวนทั้งสิ้น 87,116 คน สำหรับในประเทศไทยมีผู้ที่ได้รับการยืนยันการติดเชื้อจริงจำนวนทั้งสิ้น 21 คน⁹ จากการเก็บข้อมูลทั่วโลก ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ชาย โดยเฉพาะกลุ่มชายรักชาย ซึ่งร้อยละ 40 พบการติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย¹⁰

การแพร่เชื้อ

การแพร่เชื้อในประเทศที่เป็นโรคประจำถิ่นเกิดจากการที่มนุษย์ถูกสัตว์ที่มีเชื้อชนิดนี้กัด ข่วน หรือมนุษย์ไปสัมผัสหรือกินเนื้อสัตว์ที่มีการติดเชื้อ¹¹ ส่วนการติดเชื้อระหว่างมนุษย์ด้วยกันมักเกิดจากการสัมผัสผิวหนังหรือสารคัดหลั่งของผู้ที่มีการติดเชื้อ และอาจเกิดการติดต่อผ่านทางละอองฝอยขนาดเล็ก (Droplet transmission)¹² ส่วนการแพร่เชื้อนอกประเทศที่เป็นโรคประจำถิ่นเกิดจากการที่มนุษย์ได้เข้าไปท่องเที่ยวและสัมผัสกับผู้ป่วยโดยตรง รวมไปถึงการนำสัตว์ที่ติด

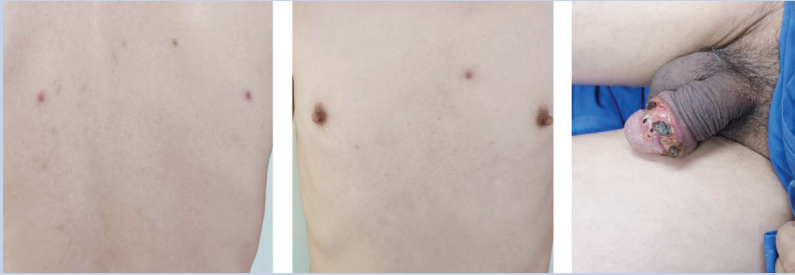
เชื้อกลับไปประเทศที่ไม่มีการแพร่ระบาดเพื่อใช้ในการศึกษาวิจัย⁷ ข้อมูลจากการศึกษาช่วงที่มีการระบาดในปี พ.ศ. 2565 คาดว่าการแพร่กระจายของเชื้อมีความสัมพันธ์กับเพศสัมพันธ์รั้อยละ 95 แต่ไม่มีข้อมูลที่ยืนยันได้ว่าเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์¹⁰

อาการและอาการแสดง

โรคฝีดาษวานรมีระยะฟักตัว 7-21 วัน ผู้ป่วยมักมีไข้ ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย ต่อมน้ำเหลืองโตนำมาก่อน แล้วตามมาด้วยผื่นและตุ่มแดง ต่อมากลายเป็นตุ่มน้ำ ตุ่มหนองและแห้งตกสะเก็ดตามลำดับ ตุ่มมักเจ็บ มักพบตามปาก ใบหน้า ฝ่ามือ และฝ่าเท้า ลักษณะตุ่มมักมีขนาดเท่า ๆ กันและอยู่ในระยะเดียวกัน จำนวนของตุ่มพบได้ตั้งแต่ 10 ถึง 150 ตุ่ม ตามความรุนแรงของโรค รวมระยะเวลาที่มีอาการอาจนานถึง 4 สัปดาห์⁸ ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้ เช่น การติดเชื้อแบคทีเรียตามผิวหนัง สมองอักเสบ (encephalitis) ภาวะหลอดเลือดใหญ่และปอดอักเสบ การติดเชื้อในกระแสเลือด การติดเชื้อที่กระจกตา (keratitis) เป็นต้น¹³ อย่างไรก็ตามในช่วงระบาดใหญ่ปี พ.ศ. 2565 นั้น พบว่าตำแหน่งของผื่นมีความแตกต่างออกไป โดยผื่นส่วนใหญ่จะพบเพียงแค่ที่บริเวณอวัยวะเพศ หรือรอบ ๆ อวัยวะเพศและทวารหนัก ดังแสดงในรูปที่ 1 ส่วนอาการไข้ มีเพียงเล็กน้อยหรือไม่มีเลย และอาจพบต่อมน้ำเหลืองโตภายหลังจากที่มีผื่นขึ้นแล้ว⁹

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ผู้ที่มีอาการสงสัยโรคฝีดาษวานรควรได้รับการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติมเพื่อยืนยันการติดเชื้อ โดยการนำตัวอย่างสารคัดหลั่งจากตุ่มที่ผิวหนังในส่วนที่แตกต่างกันของร่างกาย 2 ตำแหน่ง และควรเป็นตุ่มที่แตกแล้ว (unroofed lesion) เพื่อจะได้ปริมาณไวรัสที่เพียงพอในการส่งตรวจ⁹ จากแนวทางปฏิบัติการวินิจฉัย การดูแลรักษาและการป้องกันการติดเชื้อกรณีโรคฝีดาษวานรของประเทศไทยได้แนะนำให้ส่งตรวจอย่างน้อย 2 วิธี เพื่อยืนยันการติดเชื้อ ได้แก่



รูปที่ 1 ผื่นบริเวณหลัง หน้าอก และอวัยวะเพศ ของผู้ป่วยฝีดาษวานร

1. การตรวจเทคนิคทางด้านอณูพันธุศาสตร์โดยปฏิกิริยาลูกโซ่พอลิเมอเรส (Molecular testing by Polymerase chain reaction) ที่จำเพาะต่อเชื้อ monkeypox
2. การตรวจเทคนิคลำดับดีเอ็นเอ (DNA sequencing) เพื่อหาชนิดที่จำเพาะต่อเชื้อ monkeypox และ
3. การเพาะเชื้อไวรัส (Viral isolation)¹⁵

การรักษา

เมื่อผู้ป่วยได้รับการยืนยันการติดเชื้อฝีดาษวานรแล้ว ควรทำการแยกผู้ป่วยและดำเนินการรักษาในห้องแยกผู้ป่วยโรคติดเชื้อเพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อโรค¹⁵ การรักษาโรคฝีดาษวานร ประกอบด้วย

การรักษาตามอาการ

ได้แก่ การให้ยาลดอาการปวดและไข้ การให้สารน้ำให้เพียงพอ เนื่องจากผู้ป่วยจะมีการสูญเสียสารน้ำจากทางผิวหนัง รวมไปถึงการรับประทานอาหารได้น้อย ภาวะท้องเสียหรือคลื่นไส้อาเจียน เป็นต้น นอกจากนี้ผู้ป่วยควรได้รับการดูแลภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นตามมาหลังการติดเชื้อโรคฝีดาษวานร เช่น การรักษาการ

ติดเชื้อแบคทีเรียซึ่งเกิดขึ้นตามมาจากตุ่มที่ผิวหนัง การรักษาการติดเชื้อที่ดวงตา ในกรณีที่มีการติดเชื้อที่ดวงตาร่วมด้วย เป็นต้น^{8,15-16}

การรักษาแบบจำเพาะ

ปัจจุบันยังไม่มียารักษาที่จำเพาะ แต่ได้มีการนำยา Tecovirimat ซึ่งเป็นยา ที่ได้รับการอนุมัติสำหรับรักษาโรคไข้ทรพิษในประเทศสหรัฐอเมริกาใช้รักษาโรค ฝีดาษวานรสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง¹⁵ จากการเก็บข้อมูลของผู้ป่วยที่ได้รับยา Tecovirimat ช่วงเดือนสิงหาคม ปี พ.ศ. 2565 พบว่าอาการของผู้ป่วยดีขึ้นภายใน 3 วันหลังจากที่ได้รับยา โดยพบผลข้างเคียงจากการใช้ยาเพียงร้อยละ 3.5 เช่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้ เป็นต้น¹⁷ นอกจากนี้ Tecovirimat แล้ว ยังมีการนำชนิด อื่นมาใช้ในการรักษาโรคฝีดาษวานร เช่น Cidofovir, Brincidofovir เป็นต้น⁸ โดย ทั่วไปโรคฝีดาษวานรเป็นโรคที่สามารถหายได้เองหลังได้รับการรักษาตามอาการ สำหรับแนวทางการรักษาในประเทศไทย ผู้ป่วยทุกรายต้องได้รับการนอนรักษา ตัวที่โรงพยาบาลและรอจนกระทั่งผื่นหรือตุ่มบนผิวหนังทุกรอยโรคตกสะเก็ดจึง จะสามารถจำหน่ายผู้ป่วยออกนอกโรงพยาบาลได้¹⁵

การฉีดวัคซีน

ในปัจจุบันยังไม่มียาฉีดสำหรับป้องกันการติดเชื้อโรคฝีดาษวานรโดยตรง แต่อาศัยหลักการของ ภูมิคุ้มกันต่อเชื้อไวรัสในสกุล Orthopoxvirus จะทำให้มี ภูมิคุ้มกันต่อไวรัสชนิดอื่น ๆ ในสกุลเดียวกัน (cross protection) ดังนั้นจึงได้มีการนำวัคซีนโรคฝีดาษมาใช้ป้องกันการติดเชื้อโรคฝีดาษวานร พบว่ามีประสิทธิภาพ ถึงร้อยละ 85° โดยแนะนำให้ฉีดวัคซีนในผู้ที่มีความเสี่ยงสูงที่จะได้รับเชื้อ ได้แก่ ผู้ ที่ทำงานในห้องปฏิบัติการเกี่ยวกับฝีดาษวานร บุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วย โรคฝีดาษวานร รวมไปถึงผู้ที่มีความเสี่ยงสูงในการสัมผัสผู้ป่วย เช่น กลุ่มชายที่มี เพศสัมพันธ์กับชาย°

โรคฟีดาชวานรกับระบบทางเดินอาหาร

1. ผลโดยตรงของโรคฟีดาชวานรกับระบบทางเดินอาหาร

ข้อมูลของผู้ป่วยจำนวน 528 คนจาก 16 ประเทศในช่วงที่มีการแพร่ระบาดไปทั่วโลกตั้งแต่เดือนเมษายนถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2565 พบว่าผู้ป่วยมีอาการคออักเสบร้อยละ 21 ทวารหนักอักเสบและปวดบริเวณทวารหนักร้อยละ 14 พบผื่นและตุ่มแผลที่บริเวณรอบอวัยวะเพศและทวารหนักถึงร้อยละ 73 ตามมาด้วยบริเวณแขนขา ใบหน้า และฝ่ามือฝ่าเท้า ตามลำดับ¹⁰ ซึ่งสอดคล้องไปกับข้อมูลเดิมที่มักจะพบผื่นและตุ่มที่บริเวณรอบ ๆ อวัยวะเพศและทวารหนัก²⁰ ข้อมูลจากการทบทวนอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมานพบว่าผู้ป่วยโรคฟีดาชวานรอาจมีอาการทางระบบทางเดินอาหารร่วมด้วย ได้แก่ กลืนไม่ลง อาเจียน ปวดท้อง และท้องเสีย นอกจากนี้ยังมีอาการในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น ได้แก่ แผลภายในช่องปาก กลืนติด กลืนเจ็บ และอาการในระบบทางเดินอาหารส่วนล่าง ได้แก่ ปวดที่บริเวณทวารหนัก หรือถ่ายเป็นเลือดจากทวารหนักอักเสบ เป็นต้น¹⁹ การส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้นอาจพบแผลในช่องปาก คอหอยส่วนล่างและหลอดอาหาร²⁰⁻²² เอกซเรย์คอมพิวเตอร์อาจพบการหนาตัวที่บริเวณลำไส้ตรงส่วนปลายและทวารหนัก รวมทั้งต่อมน้ำเหลืองบริเวณรอบทวารหนักโตขึ้น²³⁻²⁴

2. ผลข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินอาหารที่เกิดจากโรคฟีดาชวานรและการรักษาโรคฟีดาชวานร

ข้อมูลของผู้ป่วยโรคฟีดาชวานรในประเทศอังกฤษช่วงเดือนพฤษภาคมถึงกรกฎาคม พ.ศ. 2565 จำนวน 197 คน พบว่าผู้ป่วยจำนวน 71 คนมีอาการปวดที่บริเวณทวารหนัก ผู้ป่วย 5 คนมีทวารหนักอักเสบจากการตรวจภาพแม่เหล็กไฟฟ้า โดยมีผู้ป่วย 1 คนที่ถูกวินิจฉัยว่ามีอาการฉีกขาดของลำไส้ตรง (perforated rectum) และมีผู้ป่วยอีก 1 คนที่พบฝีบริเวณรอบทวารหนัก³² นอกจากนี้ยังพบผลข้าง

เคียงที่เกิดจากการใช้ยาในการรักษา เช่น อาการคลื่นไส้และอาเจียนจากการใช้ยา Cidofovir⁸ อาการปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย จากการใช้ยา Brincidofovir⁹ การเก็บข้อมูลผู้ป่วยจำนวน 340 คนที่มีการใช้ยา Tecovirimat พบว่ามีอาการคลื่นไส้ 2 คน²⁶

3. โรคอื่น ๆ ที่พบร่วมกับโรคฝีดาษวานรและส่งผลต่อระบบทางเดินอาหาร

จากข้อมูลของผู้ป่วยโรคฝีดาษวานรในประเทศสเปน ตั้งแต่เดือนพฤษภาคมถึงมิถุนายน พ.ศ. 2565 จำนวน 181 คน พบการติดเชื้ออื่น ๆ ร่วมกับการติดเชื้อฝีดาษวานร ได้แก่ ซิฟิลิส 13 คน (ร้อยละ 7) หนองในเทียม 10 คน (ร้อยละ 6) หนองในแท้ 6 คน (ร้อยละ 3) เป็นต้น นอกจากนี้พบผู้ป่วยจำนวน 41 คน จาก 45 คน (ร้อยละ 91) ที่มีอาการทวารหนักอักเสบ และมีผู้ป่วย 5 คน (ร้อยละ 11) ที่พบการติดเชื้อหนองในแท้และหนองในเทียมร่วมด้วยจากการป้ายเพาะเชื้อที่บริเวณทวารหนัก²⁷ เช่นเดียวกับข้อมูลของผู้ป่วยจาก 16 ประเทศที่ทำการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนเมษายนถึงมิถุนายน พ.ศ. 2565 โดยมีการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ทั้งสิ้น 377 คน พบโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ ร่วมกับการติดเชื้อโรคฝีดาษวานรทั้งสิ้น 109 คน ได้แก่ ซิฟิลิส 33 คน หนองในแท้ 32 คน หนองในเทียม 20 คน เริม 3 คน ฝีมะม่วง 2 คน เป็นต้น⁹ ซึ่งโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เหล่านี้อาจพบร่วมกันกับโรคฝีดาษวานร หรืออาจมีอาการและผลจากการส่องกล้องที่บริเวณทวารหนักคล้ายกับโรคฝีดาษลิงได้ เช่น อาการปวดทวารบริเวณทวารหนัก ต่อมน้ำเหลืองที่ขาหนีบโต หนองและแผลอักเสบที่ทวารหนัก เป็นต้น²⁸⁻³¹

โรคฝีดาษวานรกับตับ

1. ผลโดยตรงของโรคฝีดาษวานรกับตับ

ข้อมูลย้อนหลังของผู้ป่วยที่ติดเชื้อฝีดาษวานรในสาธารณรัฐประชาธิปไตยคองโก ตั้งแต่เดือนมีนาคม พ.ศ. 2550 ถึงสิงหาคม พ.ศ. 2554 จำนวน 216 คน มี

การตรวจร่างกายพบตับและ/หรือ้ามโตร้อยละ 7.9 ได้ทั้งในเด็กและผู้ใหญ่³³ ข้อมูลจากการศึกษานี้มีการแบ่งความรุนแรงของโรคฝีดาษวานรออกเป็น 4 ระดับ ตามอาการของผู้ป่วย โดยที่ระดับที่ 4 คือผู้ป่วยเสียชีวิต พบว่าผู้ป่วยที่เสียชีวิต มีค่าเอนไซม์ตับ (Aspartate transaminase [AST] และ Alanine transaminase [ALT]) สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่เสียชีวิต (ระดับที่ 1-3) (ALT 90 vs 20 U/L, $p = 0.0224$ และ AST 415 vs 48 U/L, $p = 0.0004$)³³

2. ผลข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนของดัดที่เกิดจากโรคฝีดาษวานรและการรักษาโรคฝีดาษวานร

ข้อมูลในปัจจุบันยังไม่พบผลข้างเคียงหรือภาวะแทรกซ้อนของดัดที่เกิดจากโรคฝีดาษวานรโดยตรง แต่อาจพบผลข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากยาที่ใช้ในการรักษาโรคฝีดาษวานร โดยพบว่าการใช้ยา Brincidofovir ทำให้ค่าเอนไซม์ของตับสูงขึ้นสูงได้³⁴ ก่อนหน้านั้นได้มีการนำยา Brincidofovir มาใช้ในการรักษาโรคฝีดาษ พบว่าทำให้ค่า AST และ ALT สูงขึ้นเล็กน้อย (น้อยกว่า 2.5 เท่าของค่าปกติ) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีอาการและค่าเอนไซม์ตับที่สูงขึ้นเพียงชั่วคราวเท่านั้น³⁵ ที่ประเทศอังกฤษมีการรายงานผู้ป่วยโรคฝีดาษวานร 3 คนที่ได้รับการรักษาโดยยา Brincidofovir ขนาด 200 มก. พบว่ามีค่า ALT สูงขึ้นได้แก่ 127, 331 และ 550 ยูนิตต่อลิตร หลังจากหยุดยาพบว่าค่า ALT ลดลงอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้มีการประกาศระมัดระวังการใช้ยา Brincidofovir ในการรักษาโรคฝีดาษวานรเนื่องจากอาจจะส่งผลทำให้ค่าเอนไซม์ตับสูงขึ้นได้³⁶ ส่วนยา Tecovirimat มีรายงานที่สหรัฐอเมริกาในผู้ป่วยโรคฝีดาษวานรที่ได้รับยา Tecovirimat ขนาด 600 มก. วันละ 2 ครั้งเป็นเวลา 14 วัน พบว่าผู้ป่วยมีค่า ALT สูงขึ้นเล็กน้อย (น้อยกว่า 2 เท่า) และหลังจากวันที่ 10 ของการรักษาพบค่า ALT กลับเข้าสู่ภาวะปกติ³⁷

3. โรคอื่น ๆ ที่พบร่วมกับโรคฝีดาษวานรและส่งผลดัด

จากข้อมูลของผู้ป่วยฝีดาษวานรจำนวน 528 คนจาก 16 ประเทศในช่วงที่

มีการแพร่ระบาดไปทั่วโลกตั้งแต่เดือนเมษายนถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2565 พบว่ามีผู้ป่วยตรวจพบการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีรวมด้วย 6 คน ตรวจพบภูมิคุ้มกันของเชื้อไวรัสตับอักเสบบี 30 คน โดยตรวจพบอาร์เอ็นเอเชื้อไวรัสตับอักเสบบี 8 คน พบการติดเชื้อเอชไอวีรวมด้วยทั้งสิ้น 218 คน⁹ นอกจากนี้มีรายงานผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสฝีดาษวานรตรวจพบภาวะดีซ่านร่วมด้วย ผลตรวจเลือดพบค่าเอนไซม์ตับสูงเกินห้าสิบเท่า ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติมพบว่ามี การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี เอเนียบพลงันและติดเชื้อซิฟิลิสร่วมด้วย³⁸

unสรุป

โรคฝีดาษวานรมีการแพร่ระบาดไปทั่วโลกในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา ผู้ป่วยมักมีผื่นและตุ่มตามบริเวณต่าง ๆ โดยเฉพาะใบหน้า ปาก รอบอวัยวะเพศและทวารหนัก ต่อมมน้ำเหลืองโต และอาจพบผลกระทบและภาวะแทรกซ้อนต่อระบบทางเดินอาหารและตับโดยตรง นอกจากนี้ระบบทางเดินอาหารและตับอาจได้รับผลกระทบจากยาที่ใช้ในการรักษา และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ ที่พบร่วมกับโรคฝีดาษวานรได้เช่นกัน

เอกสารอ้างอิง

1. Andrea M. McCollum, Inger K. Damon, Human Monkeypox, Clinical Infectious Diseases, Volume 58, Issue 2, 15 January 2014, 260-7.
2. Sultan S, Zucker J, Weinberg DS, Human Monkeypox: What Practicing Gastroenterologists Need to Know, Gastroenterology 17 Dec 2022;164(4):505-9.
3. Breman JG, Kalisa R, Steniowski MV, Zannotto E, Gromyko AI, Arita I. Human monkeypox, 1970-79. Bull World Health Organ 1980;58:165-82.
4. Human monkeypox – Kasai Oriental, Democratic Republic of Congo, February 1996-October 1997. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 1997;46:1168-71.
5. WHO director-general declares the ongoing monkeypox outbreak a public health emergency of international concern. World Health Organization, July 23, 2022. (<https://www.who.int/europe/news/item/23-07-2022-who-director-general-declares-the-ongoing-monkeypox-outbreak-a-public-health-event-of-international-concern>).

6. Bunge EM, Hoet B, Chen L, et al. The changing epidemiology of human monkeypox-a potential threat? A systematic review. *PLoS Negl Trop Dis* 2022;16:e0010141.
7. Reed KD, Melski JW, Graham MB, et al. The detection of monkeypox in humans in the western hemisphere. *N Engl J Med* 2004;350:342-50.
8. Titanji BK, Tegomoh B, Nematollahi S, Konomos M, Kulkarni PA. Monkeypox: A Contemporary Review for Healthcare Professionals. *Open Forum Infect Dis.* 2022 Jun 23;9(7):ofac310.
9. Monkeypox line list cases. (<https://map.monkeypox.global.health/country>).
10. Thornhill JP, Barkati S, Walmsley S, Rockstroh J, Antinori A, Harrison LB, et al. Monkeypox Virus Infection in Humans across 16 Countries – April-June 2022. *New England Journal of Medicine.* 2022;387(8):679-91.
11. Meyer H, Perrichot M, Stemmler M, et al. Outbreaks of disease suspected of being due to human monkeypox virus infection in the Democratic Republic of Congo in 2001. *J Clin Microbiol* 2002;40:2919-21.
12. Di Giulio DB, Eckburg PB. Human monkeypox: an emerging zoonosis. *Lancet Infect Dis* 2004;4:15-25.
13. Reynolds, M.G.; et al. Improving the Care and Treatment of Monkeypox Patients in Low-Resource Settings: Applying Evidence from Contemporary Biomedical and Smallpox Bio-defense Research. *Viruses* 2017;9:380.
14. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Monkeypox Virus Infection in the United States and Other Non-endemic Countries–2022. Available at: <https://emergency.cdc.gov/han/2022/han00466.asp>. Accessed June 14th 2022.
15. แนวทางปฏิบัติการวินิจฉัย การดูแลรักษาและการป้องกันการติดเชื้อ กรณีโรคฝีดาษวานร (Monkeypox) ฉบับ วันที่ 31 กรกฎาคม 2565. https://www.dms.go.th/backend//Content//Content_File/Hot_News/Attach/25650803121345PM_CPG_monkeypox_v.1.10_n_20220731.pdf
16. Reynolds MG, McCollum AM, Nguete B, Shongo Lushima R, Petersen BW. Improving the care and treatment of monkeypox patients in low-resource settings: applying evidence from contemporary biomedical and smallpox biodefense research. *Viruses* 2017; 9:380.
17. O’Laughlin K, Tobolowsky FA, Elmor R, Overton R, O’Connor SM, Damon IK, Petersen BW, Rao AK, Chatham-Stephens K, Yu P, Yu Y; CDC Monkeypox Tecovirimat Data Abstraction Team. Clinical Use of Tecovirimat (Tpoxx) for Treatment of Monkeypox Under an Investigational New Drug Protocol - United States, May-August 2022. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2022 Sep 16;71(37):1190-5.
18. Americo JL, Earl PL, Moss B. Virulence differences of mpox (monkeypox) virus clades I, Iia, and Iib.1 in a small animal model. *Proc Natl Acad Sci.* 2023;120(8):e2220415120.
19. Simadibrata DM, Lesmana E, Pratama MIA, Annisa NG, Thenedi K, Simadibrata M. Gas-

- gastrointestinal Symptoms of Monkeypox Infection: A systematic review and meta-analysis. *J Med Virol*. 2023 Mar 28.
20. Pourriyahi H, Aryanian Z, Afshar ZM, et al. A systematic review and clinical atlas on mucocutaneous presentations of monkeypox: with a comprehensive approach to all aspects of the new and previous monkeypox outbreaks. *J Med Virol* 2022.
 21. Mishra S, Khan R, Krizova A, Grover SC. Esophageal Monkeypox lesion. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2022 Sep 26:S1542-3565(22)00922-3.
 22. Fernandez HM, Regino WO. Gastrointestinal involvement in monkeypox. *Gastrointest Endosc*. 2023 Jan 19:S0016-5107(23)00039-1.
 23. Gedela K, et al. Infectious Proctitis due to Human Monkeypox, *Clinical Infectious Diseases*, 2022;, ciac713
 24. Yakubovsky M, et al. Monkeypox Presenting as Proctitis in Men Who Have Sex With Men, *Clinical Infectious Diseases*, 2022;, ciac737
 25. Centers for Disease Control and Prevention. Guidance for Tecovirimat Use Under Expanded Access Investigational New Drug Protocol during 2022 U.S. Monkeypox Cases. Available at: <https://www.cdc.gov/poxvirus/monkeypox/clinicians/Tecovirimat.html>. Accessed 15 June 2022.
 26. MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report, 16 Sep 2022;71(37):1190-5
 27. Eloy José Tarín-Vicente, Andrea Alemany and Manuel Agud-Dios et al. Clinical presentation and virological assessment of confirmed human monkeypox virus cases in Spain: a prospective observational cohort study. *Lancet (London, England)*. 2022;400(10353):661-9.
 28. Goodell, S. E., Quinn, T. C., Mkrtychian, E., Schuffler, M. D., Holmes, K. K., & Corey, L. (1983). Herpes Simplex Virus Proctitis in Homosexual Men: Clinical, Sigmoidoscopic, and Histopathological Features. *New England Journal of Medicine*, 308(15), 868-71.
 29. Verma, Rajanshu MD, FACP; Al Elshafey, Mohammed MS; Oza, Twisha MD, FCAP; Azouz, Abdallah MD; White, Christopher MD. A Giant Syphilitic Gastric Ulcer. *ACG Case Reports Journal* 9(7):p e00819, July 2022.
 30. Lamb CA, Lamb EI, Mansfield JC, Sankar KN. Sexually transmitted infections manifesting as proctitis. *Frontline Gastroenterol*. 2013 Jan;4(1):32-40.
 31. Jawale, R., Lai, K.K. & Lamps, L.W. Sexually transmitted infections of the lower gastrointestinal tract. *Virchows Arch* 2018;472:149-58.
 32. Patel A, Bilinska J, Tam JCH, Da Silva Fontoura D, Mason CY, Daunt A, Snell LB, Murphy J, Potter J, Tuudah C, Sundramoorthi R, Abeywickrema M, Pley C, Naidu V, Nebbia G, Aarons E, Botgros A, Douthwaite ST, van Nispen Tot Pannerden C, Winslow H, Brown A, Chilton D, Nori A. Clinical features and novel presentations of human monkeypox in a central London

- centre during the 2022 outbreak: descriptive case series. *BMJ*. 2022 Jul 28;378:e072410.
33. Pittman PR, Martin JW, Kingebehi PM, Tamfum J-JM, Wan Q, Reynolds MG, et al. Clinical characterization of human monkeypox infections in the Democratic Republic of the Congo. *medRxiv*. 2022:2022.05.26.22273379.
 34. Mýller G, Meyer A, Gras F, Emmerich P, Kolakowski T, Esposito JJ. Monkeypox virus in liver and spleen of child in Gabon. *Lancet*. 1988 Apr 2;1(8588):769-70.
 35. Chittick G, Morrison M, Brundage T, Nichols WG. Short-term clinical safety profile of brincidofovir: a favorable benefit-risk proposition in the treatment of smallpox. *Antiviral Res* 2017; 143: 269-77.
 36. Adler H, Gould S, Hine P, Snell LB, Wong W, Houlihan CF, Osborne JC, Rampling T, Beadsworth MB, Duncan CJ, Dunning J, Fletcher TE, Hunter ER, Jacobs M, Khoo SH, Newsholme W, Porter D, Porter RJ, Ratcliffe L, Schmid ML, Semple MG, Tunbridge AJ, Wingfield T, Price NM; NHS England High Consequence Infectious Diseases (Airborne) Network. Clinical features and management of human monkeypox: a retrospective observational study in the UK. *Lancet Infect Dis*. 2022 Aug;22(8):1153-62.
 37. Wilfredo R Matias, Jacob M Koshy, Ellen H Nagami, Victor Kovac, Letumile R Moeng, Erica S Shenoy, David C Hooper, Lawrence C Madoff, Miriam B Barshak, Jennifer A Johnson, Christopher F Rowley, Boris Julg, Elizabeth L Hohmann, Jacob E Lazarus, Tecovirimat for the Treatment of Human Monkeypox: An Initial Series From Massachusetts, United States, *Open Forum Infectious Diseases*. 2022 August;9(8), ofac377
 38. Oprea C, Ionut Popa, Ianache I, Paun A, Vasile S, Gratiela târdei, Nica MM, Popescu CP, Ceausu E, Florescu SA. Monkeypox, severe hepatitis A, and syphilis in an HIV returning traveler from Spain to Romania. *Travel Med Infect Dis*. 2022 Nov-Dec;50:102455.

Topic Review: GI

ภาวะลำไส้อักเสบจาก Immune-checkpoint inhibitors

(Immune-checkpoint Inhibitors Associated Colitis)

พญ.กฤตชนัน มาลัยรุ่งสกุล

อ.บพ.วสุวิช วันไชยธนวงศ์

หน่วยระบบทางเดินอาหาร ภาควิชาอายุรศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

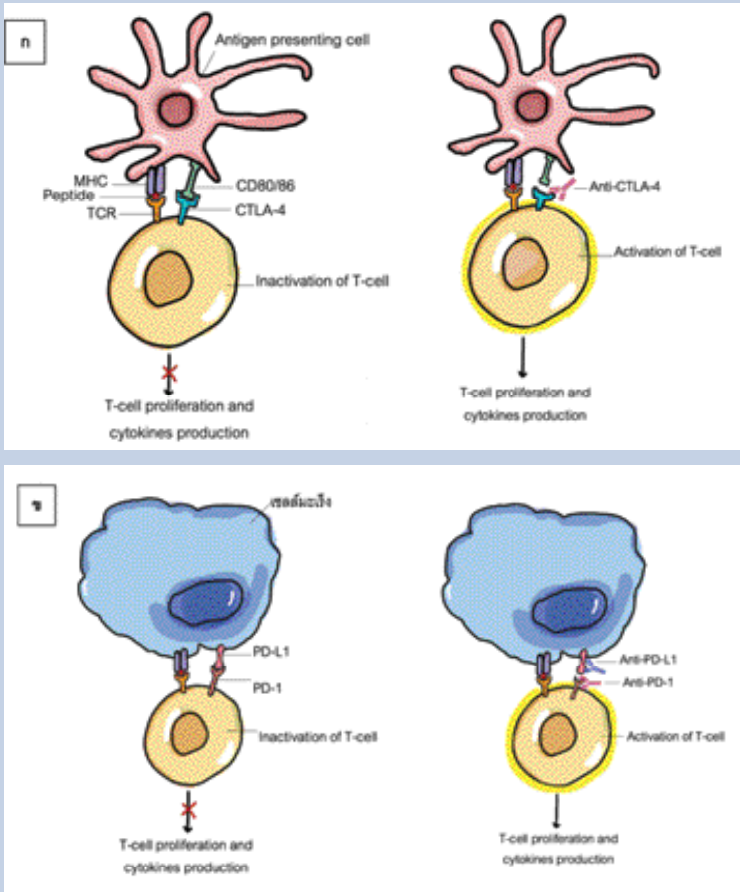
บทนำ

ในปัจจุบันได้มีการค้นพบและพัฒนายาในกลุ่ม Immune-checkpoint inhibitors (ICIs) เพื่อใช้ในการรักษามะเร็งระยะลุกลามหลายชนิดอย่างแพร่หลาย ยากลุ่มนี้ถูกค้นพบครั้งแรกโดยศาสตราจารย์เจมส์ พี. ออลล์สัน ที่ได้ค้นพบโปรตีนบนผิวของเซลล์เม็ดเลือดขาวที่ชื่อว่า CTLA-4 ซึ่งทำหน้าที่ยับยั้งการทำงานของ T-cell และช่วงเวลาเดียวกัน ศาสตราจารย์ทะสึคุ ฮอนโจ ได้ค้นพบโปรตีนบนผิวของเซลล์เม็ดเลือดขาวอีกชนิดหนึ่งที่เรียกว่า PD-1 ซึ่งอยู่บนผิว T-cell โดยทำหน้าที่ยับยั้งเม็ดเลือดขาวเช่นเดียวกับ CTLA-4 จากการค้นพบแนวทางใหม่ในการรักษาโรคมะเร็งด้วยภูมิคุ้มกันดังกล่าว ทำให้ทั้งคู่ได้รับรางวัลโนเบลสาขาสรีรวิทยาและการแพทย์ประจำปี ค.ศ. 2018 โดยยากลุ่มนี้มีกลไกหลักคือยับยั้ง immune checkpoint pathway ส่งผลให้ร่างกายมีการตอบสนองทางระบบภูมิคุ้มกันเพิ่มมากขึ้น เพื่อทำลายเซลล์มะเร็ง อย่างไรก็ตามการตอบสนองของระบบภูมิคุ้มกันที่เกิดขึ้นนั้น อาจทำให้ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนได้ โดยเฉพาะภาวะลำไส้อักเสบ (colitis) ซึ่งถือเป็นหนึ่งในผลข้างเคียงของปฏิกิริยาที่เกี่ยวข้องกับภูมิคุ้มกัน (immune-related

adverse events) โดยมีรายงานอุบัติการณ์ว่าสามารถพบได้ถึงร้อยละ 35-50¹ ของผู้ป่วยที่ได้รับยาในกลุ่ม ICIs ทั้งหมด

กลไกการทำงานของ Immune-checkpoint inhibitors

การกระตุ้นการทำงานของ T-cell หรือ T-cell activation อาศัยการจับของ T-cell receptor (TCR) บนผิว T-cell และ antigen ซึ่งถูกนำเสนอผ่าน major histocompatibility complex (MHC) บนผิว antigen presenting cell (APC) สุดท้ายจะทำให้เกิดการเพิ่มจำนวนของ T-cell (T-cell proliferation) และเปลี่ยนแปลงชนิดของ T-cell (T-cell differentiation) โดยปกติแล้วระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายจะมีการควบคุมกระบวนการ T-cell activation ให้ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นอย่างเหมาะสมผ่านการทำงานของโปรตีนภายใน T-cell เรียกว่า immune checkpoint molecule ได้แก่ cytotoxic T-lymphocyte antigen 4 (CTLA-4) และ programmed cell death1 (PD-1) โดย molecule เหล่านี้จะทำหน้าที่ยับยั้ง T-cell proliferation และ T-cell differentiation เมื่อมีเซลล์มะเร็งเข้ามาในเนื้อเยื่อที่เซลล์ APC จะแสดง MHC เพื่อนำ antigen จับกับ TCR บนผิว T-cell ร่วมกับแสดง B7 receptor แย่งจับกับ CTLA-4 แทนการจับกับ CD-28 บน T-cell ทำให้เกิดการยับยั้ง T-cell แทนการกระตุ้นการทำงานของ T-cells จากนั้นเซลล์มะเร็งที่เนื้อเยื่อทั่วไปจะแสดง PD-L1 เพื่อนำ tumor-associated antigen (TAAs) จับกับ PD-1 บน T-cells เกิดการยับยั้งการกระตุ้น T-cells เช่นเดียวกัน การทำงานดังกล่าวนี้ อาศัยการปรับเปลี่ยนภายในเซลล์ ซึ่งมีผลต่อการทำงานของ CTLA4 และ PD-1 ทำให้ immune checkpoint pathway ผิดปกติ และทำให้เซลล์มะเร็งมีความพิเศษสามารถหลบหลีกเพื่อไม่ให้ถูกทำลายจากระบบภูมิคุ้มกันได้ ดังแสดงในรูปที่ 1 ปัจจุบันได้มีการพัฒนายาใหม่ คือ immune checkpoint inhibitors ซึ่งเป็น monoclonal antibody มีกลไกยับยั้งการทำงานของ immune checkpoint molecule ทำให้กระตุ้นระบบภูมิคุ้มกันให้ทำงานมากขึ้น ดังแสดงในตารางที่ 1



รูปที่ 1 กลไกการทำงานของ immune checkpoint molecule และกลไกการออกฤทธิ์ของยา immune checkpoint inhibitors ต่อการตอบสนองของระบบภูมิคุ้มกันในการทำลายเซลล์มะเร็ง (ก) กลไกการทำงานของ CTLA-4 และ anti-CTLA4 antibody และ (ข) กลไกการทำงานของ PD-1 และ anti PD-1 หรือ anti PD-L1 antibody (ดัดแปลงจากเอกสารอ้างอิง 2)

ตารางที่ 1 ยากลุ่ม ICIs ที่องค์กรอาหารและยาแห่งสหรัฐอเมริกา (FDA) ยอมรับให้สามารถนำมาใช้การรักษาโรคมะเร็งในปัจจุบัน^{3,4}

ชื่อยา	ตำแหน่งที่ยับยั้ง	ปีที่ได้รับรอง	ข้อบ่งชี้ที่ได้รับการรับรองจาก FDA
Ipilimumab	CTLA-4	2011	มะเร็งผิวหนังชนิดเมลาโนมา มะเร็งไต มะเร็งลำไส้ใหญ่ชนิด Microsatellite instability-high
Pembrolizumab	PD-1	2014	มะเร็งผิวหนังชนิดเมลาโนมา มะเร็งปอดชนิดเซลล์ไม่เล็ก มะเร็งศีรษะและลำคอ มะเร็งกระเพาะอาหาร มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิด Hodgkin
Nivolumab	PD-1	2014	มะเร็งผิวหนังชนิดเมลาโนมา มะเร็งปอดชนิดเซลล์ไม่เล็ก มะเร็งศีรษะและลำคอ มะเร็งกระเพาะอาหาร มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิด Hodgkin มะเร็งตับ มะเร็งไต
Cemiplimab	PD-1	2018	มะเร็งผิวหนังชนิด squamous
Atezolizumab	PD-L1	2016	มะเร็งปอดชนิดเซลล์ไม่เล็ก มะเร็งปอดชนิดเซลล์เล็ก มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ มะเร็งเต้านมชนิดที่ไม่มีตัวตอบรับกับฮอร์โมนหรือยีนส์ HER2
Durvalumab	PD-L1	2017	มะเร็งปอดชนิดเซลล์ไม่เล็ก มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ มะเร็งเต้านม
Avelumab	PD-L1	2017	มะเร็งประสาทต่อมไร้ท่อชนิด Merkel มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ มะเร็งไต

CTLA-4, cytotoxic T-lymphocyte-associated antigen 4; FDA, US Food and Drug Administration; PD-1, programmed death 1; PD-L1, programmed death ligand 1.

อุบัติการณ์

อุบัติการณ์ของอาการท้องเสียและภาวะลำไส้อักเสบจากการใช้ยาในกลุ่ม ICIs หลากหลาย ขึ้นอยู่กับชนิดและขนาดของยาที่ใช้ โดยพบอาการท้องเสียทุกความรุนแรงร้อยละ 30.2-50 สูงกว่าการใช้ยาเคมีบำบัดมาตรฐานทั่วไป 1.6 เท่า โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ได้ยาในกลุ่ม Anti-CTLA-4 มีอัตราการเกิดอาการท้องเสียมากที่สุด ร้อยละ 30.2-35.4 รองลงมาคือ ยากลุ่ม Anti-PD-1 พบร้อยละ 12.1-13.7⁵ สำหรับภาวะลำไส้อักเสบจาก ICIs พบได้ร้อยละ 5.7-22 สูงกว่าการใช้ยาเคมีบำบัดมาตรฐานทั่วไปถึง 10.4 เท่า โดยพบมากที่สุดในผู้ป่วยที่ได้รับยากลุ่ม Anti-CTLA-4 ร่วมกับ Anti-PD-1 ร้อยละ 13.6 รองลงมาคือยากลุ่ม Anti-CTLA-4 ร้อยละ 5.7-9.1 และพบน้อยที่สุดในยากลุ่ม Anti-PD-1 ร้อยละ 0.7-1.6⁶⁻⁸ นอกจากชนิดของยาแล้วยังพบว่าอุบัติการณ์การเกิดอาการท้องเสียและลำไส้อักเสบสัมพันธ์กับขนาดของยา ipilimumab ที่ใช้ โดยการให้ยาในขนาด 10 มก./กก. ทำให้เกิดอาการท้องเสียได้ร้อยละ 10 และภาวะลำไส้อักเสบร้อยละ 5 มากกว่าการให้ยาในขนาด 3 มก./กก. ซึ่งเกิดอาการท้องเสียร้อยละ 6 และภาวะลำไส้อักเสบร้อยละ 2^{9,10} อย่างไรก็ตามยังไม่มีผลการรายงานการเกิดภาวะเป็นพิษและลำไส้อักเสบจากยา ICIs ว่ามีความสัมพันธ์กับขนาดยา nivolumab หรือ pembrolizumab^{11,12}

ตารางที่ 2 อุบัติการณ์ของอาการท้องเสียและภาวะลำไส้อักเสบจากยา ICIs^{13,14}

ชนิดของยา ICIs	อาการท้องเสีย		ภาวะลำไส้อักเสบ	
	อาการท้องเสียทุกระดับความรุนแรง(ร้อยละ)	อาการท้องเสียที่มีความรุนแรงระดับ 3 และ 4 (ร้อยละ)	ภาวะลำไส้อักเสบทุกระดับความรุนแรง(ร้อยละ)	ภาวะลำไส้อักเสบที่มีความรุนแรงระดับ 3 และ 4 (ร้อยละ)
Anti-CTLA-4	23-33	3-6	8-12	7-9
Anti-PD-1/Anti-PD-L1	11-19	1-3	1-4	<1-3
Combination anti-CTLA-4 and anti-PD-1/ PD-L1	44-45	9-11	12-26	8-17

CTLA-4, cytotoxic T-lymphocyte-associated antigen 4; ICIs, Immune Checkpoint Inhibitors; PD-1, programmed death 1; PD-L1, programmed death ligand 1.

พยาธิสรีรวิทยา

ปัจจุบันกลไกของการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางลำไส้ยังไม่ทราบชัดเจน ข้อมูลจากการศึกษาในหนูที่ถูกตัดแปลงพันธุกรรมโดยการทำให้ CTLA-4 knock-out พบว่ามีเซลล์ภูมิคุ้มกันร่างกายแทรกอยู่ในหลายอวัยวะ และพบการแบ่งตัวของ T-cell ในบริเวณที่เกิดการอักเสบของลำไส้ที่อธิบายสาเหตุของการเสียชีวิตได้ ข้อมูลดังกล่าวบ่งชี้ให้เห็นว่า บทบาทของ CTLA-4 มีผลต่อการเหนี่ยวนำและการพัฒนาการของ peripheral regulatory T cells (Treg) ที่บริเวณลำไส้ ผ่านการปฏิสัมพันธ์ระหว่าง CTLA-4/CD86 และ CD80 รวมไปถึง Anti-CTLA-4 ทำให้การทำงานของ effector T cells ถูกกระตุ้นมากขึ้น เพิ่มปริมาณ memory T-cells ในกระแสเลือด ในขณะเดียวกัน Anti-CTLA-4 ยังรบกวนกลไกการควบคุมสมดุลของแบคทีเรียในลำไส้ของ T-cell ทำให้ลิ้มโพลีแซคคาไรด์ที่ถูกกระตุ้นสามารถแทรกเข้ามาในผนังของลำไส้ได้¹⁵ บางรายงานพบว่า การเกิดลำไส้อักเสบจากการได้รับยา ICIs นั้นเป็นผลจากตัวยาทำให้ระบบภูมิคุ้มกันสูญเสีย tolerance ต่อเซลล์ในร่างกาย อย่างไรก็ตามระดับความรุนแรงหรือลักษณะของลำไส้อักเสบที่พบจะมีความแตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละราย นอกเหนือจากกลไกทาง pharmacodynamic และ/หรือ pharmacokinetic ของยาในกลุ่มนี้ ยังมีปัจจัยอื่นที่ส่งผลต่อโอกาสการเกิดและความรุนแรงของโรคลำไส้อักเสบด้วย ได้แก่ การรับประทานอาหาร การสูบบุหรี่ วิถีชีวิตแบบอยู่หนึ่ง (sedentary lifestyle) ภาวะอ้วน และการเข้ายาลูกฉีดยา โดยปัจจัยเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อการควบคุมสมดุลของแบคทีเรียในลำไส้ และทำให้เกิดการบาดเจ็บของลำไส้^{16,17}

ลักษณะทางคลินิก

อาการที่พบบ่อยที่สุด คือ ท้องเสีย (ร้อยละ 92) ปวดท้อง (ร้อยละ 82) ถ่าย

เป็นเลือด (ร้อยละ 64) และไข้ (ร้อยละ 46)¹⁸ โดยนิยามของอาการท้องเสีย คือ ถ่ายอุจจาระเหลวเป็นน้ำมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้งต่อวัน นิยามของภาวะลำไส้อักเสบ คือ อาการปวดท้อง เลือดออกทางทวารหนัก และถ่ายอุจจาระเป็นมูกเลือด โดยหากปล่อยให้มมีอาการเช่นนี้เป็นเวลานานโดยที่ไม่ได้รับการรักษา อาจทำให้การดำเนินโรคของผู้ป่วยแย่ลง มีภาวะลำไส้ไม่บีบตัวและเคลื่อนไหวได้ตามปกติ (ileus), ลำไส้โป่งพอง (toxic megacolon), เยื่อช่องท้องอักเสบ (peritonitis) หรือลำไส้ทะลุ (bowel perforation) และอาจนำไปสู่การเสียชีวิตได้^{19,20}

ระยะเวลาแสดงอาการมีความแตกต่างกันตามชนิดของยา ICIs ที่ได้รับ กล่าวคือ ยากลุ่ม Anti-CTLA-4 มักทำให้เกิดภาวะลำไส้อักเสบได้เร็วกว่า อาจเกิดขึ้นหลังจากได้ ipilimumab 1 ถึง 10 ครั้ง โดยมีระยะเวลาเฉลี่ย 4 สัปดาห์หลังได้รับยา อย่างไรก็ตามอาการท้องเสียอาจพบได้นานถึง 2 เดือนหลังจากรับประทานยา ipilimumab ครั้งสุดท้าย²¹ สำหรับยากลุ่ม Anti-PD-1 โดยเฉลี่ยมักมีภาวะลำไส้อักเสบ 2 ถึง 4 เดือนหลังได้รับยา แต่สามารถทำให้มีอาการได้ถึง 2 ปีหลังการให้ยาครั้งแรก ระยะเวลาเฉลี่ยของการหายจากอาการท้องเสียระดับ 2 ถึง 3 คือ 3.4 สัปดาห์ และหายจากภาวะลำไส้อักเสบประมาณ 2 สัปดาห์²²

การวินิจฉัย

การวินิจฉัยโรคอาศัยการซักประวัติและตรวจร่างกายผู้ป่วยอย่างละเอียด ร่วมกับการสืบค้นเพิ่มเติม สถาบันมะเร็งแห่งชาติ (National Cancer Institute) ได้แบ่งระดับความรุนแรงของภาวะลำไส้อักเสบจาก ICIs ตามเกณฑ์ประเมินของ Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) version 5 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การแบ่งระดับความรุนแรงของภาวะลำไส้อักเสบจากยา ICIs (ดัดแปลงจากเอกสารอ้างอิง 23)

ระดับความรุนแรง	อาการท้องเสีย	ภาวะลำไส้อักเสบ
1	ถ่ายเพิ่มขึ้นจากเดิม น้อยกว่า 4 ครั้งต่อวัน	ไม่มีอาการ
2	ถ่ายเพิ่มขึ้นจากเดิม 4-6 ครั้งต่อวัน	ปวดท้อง ถ่ายอุจจาระมีมูกเลือด
3	ถ่ายเพิ่มขึ้นจากเดิม 7 ครั้งต่อวัน หรือมีภาวะกลั่นอุจจาระไม่ได้ และกิจกรรมที่ดูแลตนเองในชีวิตประจำวันถูกจำกัด	ปวดท้องมาก ใช้ มีอาการแสดงทางหน้าท้อง และมีภาวะลำไส้ไม่บีบตัว และเคลื่อนไหวได้ตามปกติ (ileus)
4	มีภาวะคุกคามต่อชีวิต เช่น การไหลเวียนโลหิตล้มเหลว	มีภาวะคุกคามต่อชีวิต เช่น การไหลเวียนโลหิตล้มเหลว
5	เสียชีวิต	เสียชีวิต

การตรวจทางห้องปฏิบัติการประกอบด้วย การตรวจเลือด อุจจาระ และการตรวจก่อนให้ยากกลุ่ม biologic ดังแสดงในตารางที่ 4 การตรวจเลือดอาจพบภาวะซีด เกิดเลือดปนผิดปกติ การเพิ่มขึ้นของ c-reactive protein (CRP) ระดับอัลบูมินในเลือดต่ำ นอกจากนี้ อาจส่งตรวจเอนไซม์ pancreatic elastase เพื่อช่วยวินิจฉัยแยกโรคในผู้ป่วยที่มีอาการถ่ายอุจจาระเป็นมัน การตรวจอุจจาระ ควรส่งการเพาะเชื้อ หาไข่ปรสิต ตัวปรสิต เชื้อก่อโรคอื่น ๆ ที่ติดเชื่อร่วมได้ เช่น *Clostridium difficile*²⁴⁻²⁶, cytomegalovirus^{27,28} และ *Salmonella* spp.²⁹ และตรวจวัดตัวชี้ระดับการอักเสบในอุจจาระโดยตรวจ lactoferrin และ/หรือ calprotectin โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีอาการท้องเสียความรุนแรงระดับ 2 ขึ้นไป³⁰ นอกจากนี้ยังพบว่าการตรวจ fecal calprotectin มีความสัมพันธ์กับผลตรวจการส่องกล้องทางลำไส้ใหญ่ และอาจเป็นตัวชี้วัดที่บ่งบอกถึงการหายของรอยโรคที่พบจากการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ และผลทางจุลพยาธิวิทยา (endoscopic and histologic remission)³¹

ตารางที่ 4 การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ตัดแปลงจากเอกสารอ้างอิง 32)

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	สิ่งที่ต้องการส่งตรวจ
การตรวจเลือด	การตรวจ Complete blood count การตรวจหาความผิดปกติของเกล็ดเลือด และระดับอัลบูมิน การตรวจ Thyroid-stimulating hormone การตรวจวัดตัวชี้ระดับการอักเสบในเลือด (CRP, ESR) การตรวจหาโรคเซลล์เนื้อตาย โดยตรวจ tissue transglutaminase IgA and total IgA
การตรวจอุจจาระ	การตรวจหาการติดเชื้อ Clostridioides difficile และ การเพาะเชื้อ การตรวจไข่หรือตัวเต็มวัยพยาธิ การตรวจเอนไซม์ pancreatic elastase การตรวจวัดตัวชี้ระดับการอักเสบในอุจจาระ (lactoferrin และ/หรือ calprotectin)
การตรวจก่อนให้ยากกลุ่ม Biologic	การตรวจไวรัสตับอักเสบบี (HBsAg, anti-HBsAg, anti-HBc IgG) การตรวจไวรัสตับอักเสบซี (anti-HCV) การตรวจ Interferon- γ release assay การตรวจเอกซเรย์ทรวงอก การตรวจเชื้อ HIV

CRP, C-reactive protein; ESR, erythrocyte sedimentation rate; Ig, immunoglobulin; HIV, human immunodeficiency virus.

การตรวจส่องกล้องทางลำไส้ใหญ่

ถือเป็นวิธีการตรวจที่ได้มาตรฐานสูงสุด พิจารณาทำในผู้ป่วยที่มีอาการท้องเสีย ความรุนแรงระดับ 2 ขึ้นไป^{33,34} โดยเป็นการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย (flexible sigmoidoscopy) ในรายที่มีอาการเด่นทางลำไส้ใหญ่ด้านซ้าย^{35,36} หรือ การตรวจส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่และลำไส้เล็กส่วนปลาย (ileocolonoscopy) เพื่อสนับสนุนการวินิจฉัย หรือวินิจฉัยแยกโรคอื่นโดยเฉพาะโรคลำไส้ใหญ่ติดเชื้อ

และลำไส้อักเสบเรื้อรัง (inflammatory bowel disease) รวมไปถึงการพยากรณ์โรค พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องภายใน 7 วัน มีอาการสั้นกว่าและลดระยะเวลาการได้รับยาสเตียรอยด์^{37,38} ความผิดปกติที่พบจากการส่องกล้องไม่มีลักษณะที่จำเพาะ ได้แก่ non-ulcerative inflammation edema คือ altered vascularity, erosions, exudate, and erythema (ร้อยละ 36-42), mucosal ulcerations (ร้อยละ 27-40) พบ patchy inflammation หนึ่งในสามของผู้ป่วย ที่เหลืออีกสองในสามของผู้ป่วยพบ continuous inflammation โดยมีขอบเขตของโรคเป็น pancolitis ร้อยละ 23-40, left-sided colitis ร้อยละ 31-43 และ ileitis ร้อยละ 11-14 อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยร้อยละ 37 มีผลการส่องกล้องทางลำไส้ใหญ่ปกติ และร้อยละ 15 ของผู้ป่วยไม่พบความผิดปกติทางจุลพยาธิวิทยา³⁹ รอยโรคที่บ่งบอกว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงคือ แผลลึกและใหญ่มากกว่า 1 ซม. ร่วมกับมีรอยโรคเป็นบริเวณกว้าง ซึ่งสัมพันธ์กับการใช้ยารักษาในกลุ่ม biologic เพิ่มมากขึ้น 3.89 เท่า และทำให้ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลนานขึ้น³⁹ ส่วนความรุนแรงของอาการท้องเสียหรือปวดท้อง ไม่ได้มีความสัมพันธ์กับลักษณะของ mucosal inflammation⁴⁰ ยกเว้นผู้ป่วยที่มีเลือดออกทางทวารหนักก็มีความสัมพันธ์กับภาวะลำไส้ใหญ่อักเสบที่รุนแรง⁴¹

ลักษณะทางจุลพยาธิวิทยา

โดยทั่วไปควรตัดชิ้นเนื้อเพื่อตรวจทางจุลพยาธิวิทยาในรายที่สงสัยภาวะลำไส้อักเสบจากยา ICIs ความรุนแรงระดับ 2 ขึ้นไป ซึ่งความผิดปกติที่พบ ได้แก่ acute colitis, chronic colitis, acute on chronic colitis หรือ microscopic colitis โดยลักษณะที่พบได้บ่อย คือ acute inflammatory infiltrate (lamina propria เต็มไปด้วย neutrophils, lymphocytes, plasma cells, และ eosinophils), foci of neutrophilic cryptitis, crypt abscesses, crypt epithelial cell apoptosis, glandular destruction, และ erosions^{37,42,43} นอกจากนี้ยังสามารถพบ granulomas ร่วมกับ ruptured crypts ได้⁴⁴ ซึ่งต้องวินิจฉัยแยกโรค

กับลำไส้อักเสบเรื้อรัง สำหรับลักษณะจุลพยาธิวิทยาแบบ chronic inflammation (basal lymphoplasmacytosis และ crypt architectural distortion) ร่วมกับ submucosal infiltration พบได้ประมาณร้อยละ 40 ของผู้ป่วย^{45,46} และ microscopic colitis (lymphocytic colitis และ collagenous colitis) พบได้ประมาณร้อยละ 12 ของผู้ป่วย⁴⁷ ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา Anti-PD-1 มักเป็น active colitis with crypt neutrophil infiltration, crypt distortion และ pronounced epithelial reactive changes ในขณะที่ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา Anti-CTLA-4 มักพบ lymphocytic plasma cell และ eosinophilic infiltration of the lamina propria มากกว่า⁴³

ตารางที่ 5 การแบ่งระดับความรุนแรงของการตรวจสอบกล้องทางลำไส้ใหญ่ (ดัดแปลงจากเอกสารอ้างอิง 18)

MD Anderson Cancer Center Endoscopic Inflammation Grading	Mayo Endoscopic Score
Mild severity คือ ผลการตรวจสอบกล้องทางลำไส้ใหญ่ และจุลพยาธิวิทยาปกติ	Inactive disease (0 คะแนน): ผลการตรวจสอบกล้องทางลำไส้ใหญ่และจุลพยาธิวิทยาปกติ
Moderate severity คือ ผลการตรวจสอบกล้องทางลำไส้ใหญ่ปกติ แต่จุลพยาธิวิทยาพบการอักเสบ; ผลขนาดเล็กกว่า 1 ซม. แผลตื้นน้อยกว่า 2 มม. และ/หรือ จำนวนแผลน้อยกว่า 3 หรือการอักเสบถูกจำกัดอยู่ในลำไส้ใหญ่ด้านซ้ายเท่านั้น	Mild disease (1 คะแนน): ผลตรวจการส่องกล้องลำไส้ใหญ่พบ erythema และ/หรือ decreased vascular pattern
High severity คือ แผลใหญ่มากกว่าหรือเท่ากับ 1 ซม. ผลลึกมากกว่าหรือเท่ากับ 2 มม. และ/หรือ จำนวนแผลมากกว่าหรือเท่ากับ 3 หรือการอักเสบขยายเป็นบริเวณกว้างขวางเกินกว่าลำไส้ใหญ่ด้านซ้าย	Moderate disease (2 คะแนน): ผลตรวจการส่องกล้องลำไส้ใหญ่พบ marked erythema, absent vascular pattern, friability, and erosions
	Severe disease (3 คะแนน): ผลตรวจการส่องกล้องลำไส้ใหญ่พบ ulcerations และ spontaneous bleeding

ลักษณะทางรังสีวิทยา

การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้องควรทำในผู้ป่วยที่สงสัยภาวะลำไส้โป่งพอง (toxic megacolon) ลำไส้ทะลุ (bowel perforation) โพรงฝีในช่องท้อง (intra-abdominal abscesses) หรือลำไส้อุดตัน (bowel obstruction) ซึ่งผู้ป่วยมักมีอาการปวดท้อง มีไข้ ถ่ายอุจจาระเป็นเลือด โดยพบว่ามีควมไวในการบ่งบอกว่ามีภาวะลำไส้อักเสบร้อยละ 53 และมีความจำเพาะร้อยละ 78⁴⁸ ความผิดปกติที่พบบ่อย ได้แก่ mesenteric vessel engorgement, bowel wall thickening และ colonic distension^{49,50}

การรักษา

การรักษาแตกต่างกันไปตามความรุนแรงของอาการ ประกอบไปด้วย การหยุดยา และการให้ยากดภูมิเมื่อมีข้อบ่งชี้ โดยเป็นการทำงานร่วมกันระหว่าง อายุรแพทย์โรคทางเดินอาหารและอายุรแพทย์มะเร็ง โดย American Society of Clinical Oncology (ASCO), European Society for Medical Oncology (ESMO) และ Society for Immunotherapy of Cancer ได้จัดทำแนวทางการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการท้องเสียและภาวะลำไส้อักเสบจากยา ICIs ดังนี้⁵¹⁻⁵³

ความรุนแรงระดับ 1

- สามารถให้ยากกลุ่ม ICIs ได้โดยไม่ต้องหยุดยา
- รักษาตามอาการ เช่น ดื่มน้ำตามให้มาก กินอาหารที่ย่อยง่าย มีกากใยต่ำ และอาจรับประทานยา loperamide

ความรุนแรงระดับ 2

- แนะนำให้หยุดยา
- นอนโรงพยาบาลถ้ามีอาการไข้ หัวใจเต้นเร็ว มีภาวะขาดสารน้ำ หรือมีภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่

- พิจารณาการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ร่วมกับการให้ oral prednisolone 1 มก./กก./วัน หรือเทียบเท่า
- หากผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาภายใน 48-72 ชั่วโมง ให้เพิ่มขนาด oral prednisolone เป็น 2 มก./กก./วัน หรือเลือกให้ยาในกลุ่ม intravenous methylprednisolone
- กรณีผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาและอาการดีขึ้น กลับสู่ความรุนแรงระดับที่ 1 ควรลด oral prednisolone อย่างช้า ๆ ใน 4-6 สัปดาห์ และสามารถเริ่มยา Anti-PD-1/Anti-PD-L1 ได้อีกครั้งเมื่อใช้ oral prednisolone ขนาด 10 มก./วัน เนื่องจากมีโอกาสเกิดซ้ำได้อ้อยละ 34 แต่มักจะหยุดยา Anti-CTLA-4 ถาวรเนื่องจากมีโอกาสเกิดซ้ำได้ถึงร้อยละ 44⁵⁴
- หากผลตรวจส่องกล้องทางลำไส้เล็กพบ mild endoscopic inflammation อาจให้ยา mesalamine หรือ budesonide

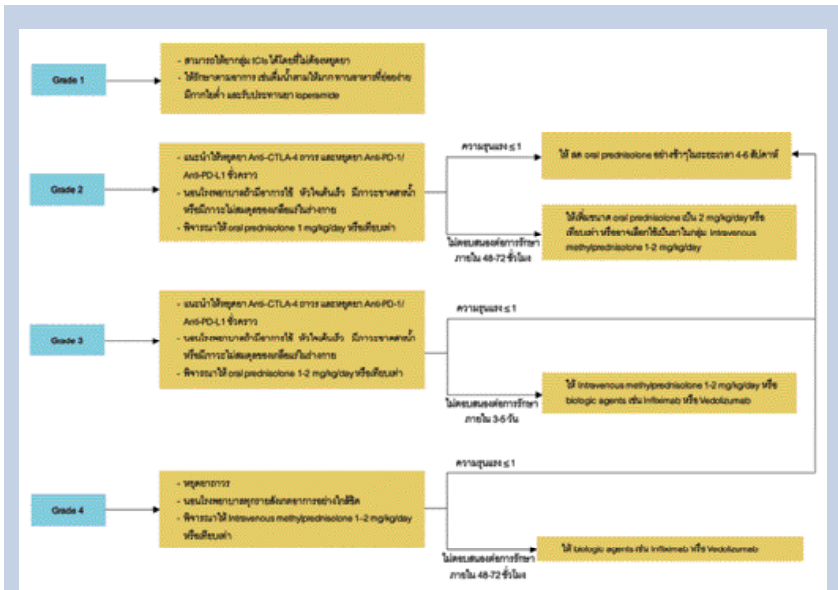
ความรุนแรงระดับ 3

- แนะนำให้หยุดยา Anti-CTLA-4 ถาวร และหยุดยา Anti-PD-1/Anti-PD-L1 ชั่วคราว
- นอนโรงพยาบาลถ้ามีอาการไข้ หัวใจเต้นเร็ว มีภาวะขาดสารน้ำ หรือมีภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่
- พิจารณาการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ร่วมกับการให้ oral prednisolone 1-2 มก./กก./วัน หรือเทียบเท่า
- กรณีผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาและอาการดีขึ้น กลับสู่ความรุนแรงระดับที่ 1 ควรลด oral prednisolone อย่างช้า ๆ ใน 4-6 สัปดาห์ และสามารถเริ่มยา Anti-PD-1/Anti-PD-L1 ได้อีกครั้งเมื่อใช้ oral prednisolone ขนาด 10 มก./วัน
- หากผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาภายใน 3-5 วัน อาจพิจารณาให้ยาในกลุ่ม intravenous methylprednisolone หรือ biologic agents เช่น infliximab

5 มก./กก. หรือ vedolizumab 300 มก.

ความรุนแรงระดับ 4

- หยุดยาถาวร
- นอนโรงพยาบาลทุกรายและสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด
- พิจารณาการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ร่วมกับการให้ intravenous methylprednisolone 1-2 มก./กก./วัน หรือเทียบเท่า
 - กรณีผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาและอาการดีขึ้น กลับสู่ความรุนแรงระดับที่ 1 ควรลด oral prednisolone อย่างช้า ๆ ใน 4-6 สัปดาห์
 - หากผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาภายใน 48-72 ชั่วโมง หรือผลตรวจการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ยังพบแผลอยู่ อาจพิจารณาในในกลุ่ม biologic agents เช่น infliximab 5 มก./กก. หรือ vedolizumab 300 มก.



รูปที่ 2 แนวทางการรักษาอาการท้องเสียและภาวะลำไส้อักเสบจากยา ICI's

ผู้ป่วยประมาณ 2 ใน 3 ตอบสนองดีต่อยา corticosteroid ในขณะที่ผู้ป่วย 1 ใน 3 อาจมีการตอบสนองเพียงเล็กน้อยหรือไม่ตอบสนอง⁵⁵ และต้องการยากดภูมิคุ้มกันที่ 2 เช่น infliximab⁵⁶ หรือ vedolizumab⁵⁷ โดยผู้ป่วยที่ได้รับยา vedolizumab มักทำให้ได้รับยา corticosteroid น้อยกว่า มีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลสั้นกว่า และมีอัตราการรอดชีวิตมากกว่า เมื่อเทียบกับยา infliximab^{58,59} สำหรับในรายที่ไม่ตอบสนองต่อการให้ยากดภูมิคุ้มกันที่สอง อาจเลือกวิธีการผ่าตัด การปลูกถ่ายเชื้อจุลินทรีย์ในอุจจาระ (fecal microbiota transplantation)⁶⁰ หรือให้ยากดภูมิคุ้มกันอื่น ๆ เช่น ustekinumab^{61,62} หรือ tofacitinib⁶³

การเกิดซ้ำ

อัตราการเกิดซ้ำของภาวะลำไส้อักเสบอยู่ที่ร้อยละ 19-36⁶⁴ โดยมีปัจจัยเสี่ยงได้แก่ มีอาการเป็นเวลานาน ไม่สามารถลดยา steroid หลังจากได้ยา biologic ชนิดของยา biologic (infliximab มีโอกาสเกิดซ้ำของภาวะลำไส้อักเสบมากกว่า vedolizumab) พบการอักเสบจากผลตรวจส่องกล้องทางลำไส้ใหญ่และจุลพยาธิวิทยาแม้ว่าจะได้ยา biologic และตัวชี้ระดับการอักเสบในอุจจาระ (lactoferrin และ/หรือ calprotectin) อยู่ในระดับสูงหลังจากได้ยา biologic เป็นต้น

อนาคต

การใช้ยากดภูมิคุ้มกัน ICIs พบได้บ่อยขึ้นในปัจจุบัน ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากภูมิคุ้มกันทำงานมากเกินไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงหรือเสียชีวิตตามมาได้ อาการท้องเสียและภาวะลำไส้อักเสบถือเป็นอาการที่เจอได้บ่อย หากสงสัยภาวะลำไส้อักเสบจากยา ICIs ควรประเมินอาการผู้ป่วย พิจารณาการส่องกล้องทางลำไส้ใหญ่ และรีบให้การรักษาอย่างทัน่วงที

เอกสารอ้างอิง

1. Bertrand A, Kostine M, Barnetche T, Truchetet ME, Schaeferbeke T. Immune related adverse events associated with anti-CTLA-4 antibodies: systematic review and meta-analysis. *BMC Med.* 2015;13:211.
2. Samaan MA, Pavidis P, Papa S, Powell N, Irving PM. Gastrointestinal toxicity of immune checkpoint inhibitors: from mechanisms to management. *Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology.* 2018;15(4):222-34.
3. Hashash JG, Francis FF, Farraye FA. Diagnosis and management of immune checkpoint inhibitor colitis. *Gastroenterol Hepatol (N Y).* 2021;17(8):358-66.
4. Bellaguarda E, Hanauer S. Checkpoint Inhibitor-Induced Colitis. *Official journal of the American College of Gastroenterology | ACG.* 2020;115(2).
5. Abdel-Rahman O, ElHalawani H, Fouad M. Risk of gastrointestinal complications in cancer patients treated with immune checkpoint inhibitors: a meta-analysis. *Immunotherapy.* 2015;7(11):1213-27.
6. Khoja L, Day D, Wei-Wu Chen T, Siu LL, Hansen AR. Tumour- and class-specific patterns of immune-related adverse events of immune checkpoint inhibitors: a systematic review. *Ann Oncol.* 2017;28(10):2377-85.
7. Tandon P, Bourassa-Blanchette S, Bishay K, Parlow S, Laurie SA, McCurdy JD. The risk of diarrhea and colitis in patients with advanced melanoma undergoing immune checkpoint inhibitor therapy: a systematic review and meta-analysis. *J Immunother.* 2018;41(3):101-8.
8. Wang DY, Ye F, Zhao S, Johnson DB. Incidence of immune checkpoint inhibitor-related colitis in solid tumor patients: A systematic review and meta-analysis. *Oncoimmunology.* 2017;6(10):e1344805.
9. Larkin J, Chiarion-Sileni V, Gonzalez R, Grob JJ, Cowey CL, Lao CD, et al. Combined Nivolumab and Ipilimumab or monotherapy in untreated melanoma. *N Engl J Med.* 2015;373(1):23-34.
10. Ascierto PA, Del Vecchio M, Robert C, Mackiewicz A, Chiarion-Sileni V, Arance A, et al. Ipilimumab 10 mg/kg versus ipilimumab 3 mg/kg in patients with unresectable or metastatic melanoma: a randomised, double-blind, multicentre, phase 3 trial. *Lancet Oncol.* 2017;18(5):611-22.
11. Shulgin B, Kosinsky Y, Omelchenko A, Chu L, Mugundu G, Aksenov S, et al. Dose dependence of treatment-related adverse events for immune checkpoint inhibitor therapies: a model-based meta-analysis. *Oncoimmunology.* 2020;9(1):1748982.
12. Kumar V, Chaudhary N, Garg M, Floudas CS, Soni P, Chandra AB. Current Diagnosis and

- Management of Immune Related Adverse Events (irAEs) Induced by Immune Checkpoint Inhibitor Therapy. *Front Pharmacol.* 2017;8:49.
13. Maughan BL, Bailey E, Gill DM, Agarwal N. Incidence of immune-related adverse events with program death receptor-1- and program death receptor-1 ligand-directed therapies in genitourinary cancers. *Front Oncol.* 2017;7:56.
 14. Wolchok JD, Kluger H, Callahan MK, Postow MA, Rizvi NA, Lesokhin AM, et al. Nivolumab plus ipilimumab in advanced melanoma. *N Engl J Med.* 2013;369(2):122-33.
 15. Barnes MJ, Griseri T, Johnson AM, Young W, Powrie F, Izcue A. CTLA-4 promotes Foxp3 induction and regulatory T cell accumulation in the intestinal lamina propria. *Mucosal Immunol.* 2013;6(2):324-34.
 16. Clemente JC, Ursell LK, Parfrey LW, Knight R. The impact of the gut microbiota on human health: an integrative view. *Cell.* 2012;148(6):1258-70.
 17. Ungaro R, Bernstein CN, Garry R, Hviid A, Kolho KL, Kronman MP, et al. Antibiotics associated with increased risk of new-onset Crohn's disease but not ulcerative colitis: a meta-analysis. *Am J Gastroenterol.* 2014;109(11):1728-38.
 18. Wang Y, Abu-Sbeih H, Mao E, Ali N, Ali FS, Qiao W, et al. Immune-checkpoint inhibitor-induced diarrhea and colitis in patients with advanced malignancies: retrospective review at MD Anderson. *J Immunother Cancer.* 2018;6(1):37.
 19. Shah R, Witt D, Asif T, Mir FF. Ipilimumab as a cause of severe pan-colitis and colonic perforation. *Cureus.* 2017;9(4):e1182.
 20. Burdine L, Lai K, Laryea JA. Ipilimumab-induced colonic perforation. *J Surg Case Rep.* 2014;2014(3).
 21. Boutros C, Tarhini A, Routier E, Lambotte O, Ladurie FL, Carbonnel F, et al. Safety profiles of anti-CTLA-4 and anti-PD-1 antibodies alone and in combination. *Nat Rev Clin Oncol.* 2016;13(8):473-86.
 22. Weber J, Thompson JA, Hamid O, Minor D, Amin A, Ron I, et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled, phase II study comparing the tolerability and efficacy of ipilimumab administered with or without prophylactic budesonide in patients with unresectable stage III or IV melanoma. *Clin Cancer Res.* 2009;15(17):5591-8.
 23. Freitas-Martinez A, Santana N, Arias-Santiago S, Viera A. Using the common terminology criteria for adverse events (CTCAE - Version 5.0) to evaluate the severity of adverse events of anticancer therapies. *Actas Dermosifiliogr (Engl Ed).* 2021;112(1):90-2.
 24. Du-Thanh A, Pallure V, Girard C, Dereure O, Guillot B. Clostridium difficile infection may loom behind ipilimumab-induced auto-immune colitis. *Eur J Dermatol.* 2015;25(4):344.
 25. Vuillamy C, Arnault JP, Fumery M, Mortier L, Monestier S, Mansard S, et al. Clostridium

- difficile infection and immune checkpoint inhibitor-induced colitis in melanoma: 18 cases and a review of the literature. *Melanoma Res.* 2023;33(3):192-8.
26. Vasavada S, Panneerselvam K, Amin R, Varatharajalu K, Okhuysen PC, Oliva ICG, et al. Clostridioides difficile infection in cancer patients receiving immune checkpoint inhibitors. *Ann Gastroenterol.* 2022;35(4):393-9.
 27. Furuta Y, Miyamoto H, Naoe H, Shimoda M, Hinokuma Y, Miyamura T, et al. Cytomegalovirus Enterocolitis in a Patient with Refractory Immune-Related Colitis. *Case Rep Gastroenterol.* 2020;14(1):103-9.
 28. Lankes K, Hundorfean G, Harrer T, Pommer AJ, Agaimy A, Angelovska I, et al. Anti-TNF-refractory colitis after checkpoint inhibitor therapy: Possible role of CMV-mediated immunopathogenesis. *Oncoimmunology.* 2016;5(6):e1128611.
 29. Al-Saafeen BH, Al-Sbiei A, Bashir G, Mohamed YA, Masad RJ, Fernandez-Cabezudo MJ, et al. Attenuated Salmonella potentiate PD-L1 blockade immunotherapy in a preclinical model of colorectal cancer. *Front Immunol.* 2022;13:1017780.
 30. Dougan M, Wang Y, Rubio-Tapia A, Lim JK. AGA clinical practice update on diagnosis and management of immune checkpoint inhibitor colitis and hepatitis: Expert Review. *Gastroenterology.* 2021;160(4):1384-93.
 31. Zou F, Wang X, Glitza Oliva IC, McQuade JL, Wang J, Zhang HC, et al. Fecal calprotectin concentration to assess endoscopic and histologic remission in patients with cancer with immune-mediated diarrhea and colitis. *J Immunother Cancer.* 2021;9(1).
 32. Collins M, Soularue E, Marthey L, Carbonnel F. Management of Patients With Immune Checkpoint Inhibitor-Induced Enterocolitis: A Systematic Review. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2020;18(6):1393-403.e1.
 33. Kröner PT, Mody K, Farraye FA. Immune checkpoint inhibitor-related luminal GI adverse events. *Gastrointest Endosc.* 2019;90(6):881-92.
 34. Marin-Acevedo JA, Chirila RM, Dronca RS. Immune checkpoint inhibitor toxicities. *Mayo Clin Proc.* 2019;94(7):1321-9.
 35. Wright AP, Piper MS, Bishu S, Stidham RW. Systematic review and case series: flexible sigmoidoscopy identifies most cases of checkpoint inhibitor-induced colitis. *Aliment Pharmacol Ther.* 2019;49(12):1474-83.
 36. Herlihy JD, Beasley S, Simmelink A, Maddukuri V, Amin A, Kamionek M, et al. Flexible sigmoidoscopy rather than colonoscopy is adequate for the diagnosis of ipilimumab-associated colitis. *South Med J.* 2019;112(3):154-8.
 37. Wang Y, Abu-Sbeih H, Mao E, Ali N, Qiao W, Trinh VA, et al. Endoscopic and histologic features of immune checkpoint inhibitor-related colitis. *Inflamm Bowel Dis.* 2018;24(8):1695-

- 705.
38. Geukes Foppen MH, Rozeman EA, van Wilpe S, Postma C, Snaebjornsson P, van Thienen JV, et al. Immune checkpoint inhibition-related colitis: symptoms, endoscopic features, histology and response to management. *ESMO Open*. 2018;3(1):e000278.
 39. Abu-Sbeih H, Ali FS, Luo W, Qiao W, Raju GS, Wang Y. Importance of endoscopic and histological evaluation in the management of immune checkpoint inhibitor-induced colitis. *J Immunother Cancer*. 2018;6(1):95.
 40. Mooradian MJ, Wang DY, Coromilas A, Lumish M, Chen T, Giobbie-Hurder A, et al. Mucosal inflammation predicts response to systemic steroids in immune checkpoint inhibitor colitis. *J Immunother Cancer*. 2020;8(1).
 41. Geukes Foppen MH, Rozeman EA, van Wilpe S, Postma C, Snaebjornsson P, van Thienen JV, et al. Immune checkpoint inhibition-related colitis: symptoms, endoscopic features, histology and response to management. *ESMO Open*. 2018;3(1):e000278.
 42. Berman D, Parker SM, Siegel J, Chasalow SD, Weber J, Galbraith S, et al. Blockade of cytotoxic T-lymphocyte antigen-4 by ipilimumab results in dysregulation of gastrointestinal immunity in patients with advanced melanoma. *Cancer Immun*. 2010;10:11.
 43. Chen JH, Pezhouh MK, Lauwers GY, Masia R. Histopathologic Features of Colitis Due to Immunotherapy With Anti-PD-1 Antibodies. *Am J Surg Pathol*. 2017;41(5):643-54.
 44. Gonzalez RS, Salaria SN, Bohannon CD, Huber AR, Feely MM, Shi C. PD-1 inhibitor gastroenterocolitis: case series and appraisal of 'immunomodulatory gastroenterocolitis'. *Histopathology*. 2017;70(4):558-67.
 45. Verschuren EC, van den Eertwegh AJ, Wonders J, Slangen RM, van Delft F, van Bodegraven A, et al. Clinical, endoscopic, and histologic characteristics of ipilimumab-associated colitis. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2016;14(6):836-42.
 46. Adler BL, Pezhouh MK, Kim A, Luan L, Zhu Q, Gani F, et al. Histopathological and immunophenotypic features of ipilimumab-associated colitis compared to ulcerative colitis. *J Intern Med*. 2018;283(6):568-77.
 47. Baroudjian B, Lourenco N, Pagés C, Chami I, Maillet M, Bertheau P, et al. Anti-PD1-induced collagenous colitis in a melanoma patient. *Melanoma Res*. 2016;26(3):308-11.
 48. Sienna MD, Meghan JM, Florian Johannes F, Leyre Z, Donald FC, Avinash K, et al. Diagnostic utility of CT for suspected immune checkpoint inhibitor enterocolitis. *Journal for ImmunoTherapy of Cancer*. 2020;8(2):e001329.
 49. Kim KW, Ramaiya NH, Krajewski KM, Shinagare AB, Howard SA, Jagannathan JP, et al. Ipilimumab-associated colitis: CT findings. *AJR Am J Roentgenol*. 2013;200(5):W468-74.
 50. Grover S, Rahma OE, Hashemi N, Lim RM. Gastrointestinal and Hepatic Toxicities of

- Checkpoint Inhibitors: Algorithms for Management. American Society of Clinical Oncology Educational Book. 2018(38):13-9.
51. Schneider BJ, Naidoo J, Santomasso BD, Lacchetti C, Adkins S, Anadkat M, et al. Management of immune-related adverse events in patients treated with immune checkpoint inhibitor therapy: ASCO Guideline Update. *Journal of Clinical Oncology*. 2021;39(36):4073-126.
 52. Brahmer JR, Lacchetti C, Schneider BJ, Atkins MB, Brassil KJ, Caterino JM, et al. Management of immune-related adverse events in patients treated with immune checkpoint inhibitor therapy: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline. *J Clin Oncol*. 2018;36(17):1714-68.
 53. Puzanov I, Diab A, Abdallah K, Bingham CO, 3rd, Brogdon C, Dadu R, et al. Managing toxicities associated with immune checkpoint inhibitors: consensus recommendations from the Society for Immunotherapy of Cancer (SITC) Toxicity Management Working Group. *J Immunother Cancer*. 2017;5(1):95.
 54. Abu-Sbeih H, Ali FS, Naqash AR, Owen DH, Patel S, Otterson GA, et al. Resumption of Immune Checkpoint Inhibitor Therapy After Immune-Mediated Colitis. *J Clin Oncol*. 2019;37(30):2738-45.
 55. Beck KE, Blansfield JA, Tran KO, Feldman AL, Hughes MS, Royal RE, et al. Enterocolitis in patients with cancer after antibody blockade of cytotoxic T-lymphocyte-associated antigen 4. *J Clin Oncol*. 2006;24(15):2283-9.
 56. Johnson DH, Zobniw CM, Trinh VA, Ma J, Bassett RL, Jr., Abdel-Wahab N, et al. Infliximab associated with faster symptom resolution compared with corticosteroids alone for the management of immune-related enterocolitis. *J Immunother Cancer*. 2018;6(1):103.
 57. Abu-Sbeih H, Ali FS, Alsaadi D, Jennings J, Luo W, Gong Z, et al. Outcomes of vedolizumab therapy in patients with immune checkpoint inhibitor-induced colitis: a multi-center study. *J Immunother Cancer*. 2018;6(1):142.
 58. Minor DR, Chin K, Kashani-Sabet M. Infliximab in the treatment of anti-CTLA4 Antibody (Ipilimumab) induced immune-related colitis. *Cancer Biotherapy & Radiopharmaceuticals*. 2009;24:321+.
 59. Hamzah A-S, Faisal SA, Dana A, Joseph J, Wenyi L, Zimu G, et al. Outcomes of vedolizumab therapy in patients with immune checkpoint inhibitor-induced colitis: a multi-center study. *J Immunother Cancer*. 2018;6(1):142.
 60. Rikke Boedker H, Emilie Kristine D, Morten H, Henrik Vedel N, Janne Bayer A, Jacob Tveiten B, et al. Tofacitinib and faecal microbiota transplantation in treating checkpoint inhibitor-induced enterocolitis: case report. *BMJ Open Gastroenterol*. 2022;9(1):e000989.
 61. Thomas AS, Ma W, Wang Y. Ustekinumab for Refractory Colitis Associated with Immune

- Checkpoint Inhibitors. *N Engl J Med*. 2021;384(6):581-3.
62. Perez Del Nogal G, Patel N. Refractory Checkpoint Inhibitor Colitis Responsive to Ustekinumab. *ACG Case Rep J*. 2022;9(12):e00946.
 63. Bishu S, Melia J, Sharfman W, Lao CD, Fecher LA, Higgins PDR. Efficacy and Outcome of Tofacitinib in Immune checkpoint Inhibitor Colitis. *Gastroenterology*. 2021;160(3):932-4.e3.
 64. Abu-Sbeih H, Ali FS, Wang X, Mallepally N, Chen E, Altan M, et al. Early introduction of selective immunosuppressive therapy associated with favorable clinical outcomes in patients with immune checkpoint inhibitor-induced colitis. *J Immunother Cancer*. 2019;7(1):93.

Topic Review: Motility

โรคกล้ามเนื้อกระเพาะอาหารอ่อนแรง ในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน

(Gastroparesis in Patients with Parkinson's Disease)

พญ.ณัฐพร กวักรานนท์

พศ.นพ.สว่างพงษ์ จันดี

หน่วยโรคระบบทางเดินอาหารและตับ สาขาวิชาอายุรศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

โรคกล้ามเนื้อกระเพาะอาหารอ่อนแรง (Gastroparesis)

ความผิดปกติทางระบบประสาทและกล้ามเนื้อของกระเพาะอาหาร (Neuromuscular disorder of stomach) มีสาเหตุหลักจากการทำงานของ Interstitial cells of Cajal (ICC) ที่ลดลง ทำให้การคลายตัวของกระเพาะอาหารส่วน fundus และการบีบตัวของกระเพาะอาหารส่วน antrum ผิดปกติไป ส่งผลให้เกิดการทำงานของกระเพาะอาหารที่ผิดปกติ¹

โรคกล้ามเนื้อกระเพาะอาหารอ่อนแรง (gastroparesis) เป็นความผิดปกติทางระบบประสาทและกล้ามเนื้อของกระเพาะอาหารที่เป็นที่กล่าวถึงครั้งแรกในช่วงปีคริสต์ศตวรรษที่ 19 มีรากศัพท์มาจากภาษากรีกคำว่า Gaster และ paralysis หมายถึงภาวะการบีบตัวของกระเพาะอาหารที่ช้าลง ในทางเวชปฏิบัติหมายถึงภาวะที่กระเพาะอาหารมี gastric emptying time ที่นานขึ้น โดยที่ไม่มีภาวะการอุดตันของทางเดินอาหาร (mechanical obstruction)¹ โรคกล้ามเนื้อกระเพาะอาหารอ่อนแรงมีความชุกประมาณร้อยละ 4 ของประชากร โดยพบในเพศหญิงมากกว่า

เพศชาย อาการและอาการแสดงในผู้ป่วยกลุ่มนี้ สามารถพบได้หลายอย่าง อาการหลัก (cardinal symptoms) ที่พบได้มากที่สุด ได้แก่ คลื่นไส้ (ร้อยละ 92) อาเจียน (ร้อยละ 84) ท้องอืด (ร้อยละ 75) อิ่มง่าย (ร้อยละ 60) ส่วนอาการอื่นๆ ที่พบได้รองลงมา ได้แก่ ปวดท้อง น้ำหนักลด 2 ในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงสามารถส่งผลให้เกิดภาวะทุพโภชนาการ ภาวะปอดติดเชื้อจากการสำลัก เพิ่มอัตราการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

สาเหตุของโรคกล้ามเนื้อกระเพาะอาหารอ่อนแรงประกอบไปด้วย 3 สาเหตุหลัก ได้แก่

1. โรคกล้ามเนื้อกระเพาะอาหารอ่อนแรงจากโรคเบาหวาน (diabetic gastroparesis) พบประมาณร้อยละ 35 โดยพบมากที่สุดใผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ที่มีการดำเนินโรคนานเกิน 10 ปี หรือในผู้ป่วยที่ตรวจพบภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานแล้ว¹

2. โรคกล้ามเนื้อกระเพาะอาหารอ่อนแรงหลังการผ่าตัด (post-surgical gastroparesis) พบประมาณร้อยละ 20 โดยทั่วไปมักพบตามหลังการผ่าตัดที่เกี่ยวข้องกับกระเพาะอาหาร เช่น vagotomy, fundoplication, antral resection, Roux-en-Y gastric bypass หรือการผ่าตัด bariatric surgery¹

3. โรคกล้ามเนื้อกระเพาะอาหารอ่อนแรงที่ไม่ทราบสาเหตุ (idiopathic gastroparesis) ซึ่งเป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุด พบประมาณร้อยละ 40 เชื่อว่าอาจสัมพันธ์กับการติดเชื้อไวรัสบางชนิด เช่น Cytomegalovirus, Epstein-Barr virus, Varicella zoster virus, Norwalk virus โรคกล้ามเนื้อกระเพาะอาหารอ่อนแรงที่ไม่ทราบสาเหตุมักดีขึ้นเอง และหายเป็นปกติในช่วงระยะเวลาประมาณ 1-2 ปี¹

นอกจากนี้ โรคกล้ามเนื้อกระเพาะอาหารอ่อนแรงยังอาจมีความสัมพันธ์กับสาเหตุอื่น ๆ ได้ประมาณร้อยละ 5 ดังแสดงในตารางที่ 1 เช่น โรคพาร์กินสัน (Parkinson's disease) โรคทางเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน (connective tissue disease) ภาวะไตเสื่อมเรื้อรัง ภาวะไทรอยด์ต่ำ โรคตับเรื้อรัง หรือการใช้ยาบางกลุ่ม เช่น opioid, anticholinergic เป็นต้น¹

ตารางที่ 1 สาเหตุของโรคกล้ามเนื้อกระเพาะอาหารอ่อนแรง²

สาเหตุ	ตัวอย่าง
• ยา	Opioids, anticholinergics, beta-adrenergics, calcium channel blockers
• การผ่าตัด	Vagotomy and gastric resection, fundoplication, gastric bypass surgery, Whipple operation
• ติดเชื้อ	Epstein-Barr virus, varicella zoster virus, parvovirus Chagas disease <i>Clostridium Botulinum</i>
• โรคทางระบบประสาท	โรคหลอดเลือดสมอง, โรคลมชัก, เนื้องอก โรคพาร์กินสัน, Guillain-Barre syndrome, multiple sclerosis
• ความผิดปกติทางประสาทจิตวิทยา	anorexia nervosa/bulimia, rumination syndrome
• โรคทางข้อและเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน	scleroderma, systemic lupus erythematosus, polymyositis/dermatomyositis
• โรคทางระบบต่อมไร้ท่อ	ภาวะไทรอยด์ต่ำ, ความผิดปกติของฮอร์โมนพาราไทรอยด์, ภาวะเกลือแร่ในร่างกายผิดปกติ, ภาวะไตวายเรื้อรัง, การตั้งครรภ์, paraneoplastic syndrome
• อื่น ๆ	amyloidosis, chronic intestinal pseudo-obstruction

ความสัมพันธ์ของโรคพาร์กินสันกับโรคกล้ามเนื้อกระเพาะอาหารอ่อนแรง

โรคพาร์กินสัน เป็นโรคทางระบบประสาทที่เกิดจากการเสื่อมของเซลล์ประสาทที่ผลิตสารโดปามีน (dopaminergic neuron) ที่บริเวณ substantia nigra หากตรวจทางพยาธิวิทยา จะพบ Lewy bodies อยู่ในเนื้อเยื่อระบบประสาท³ ส่งผลให้เกิดการทำงานของระบบประสาทที่ผิดปกติ โดยทำให้เกิดอาการผิดปกติของการทำงานที่เกี่ยวข้องกับเคลื่อนไหว (motor symptoms) เป็นหลัก ได้แก่ bradyki-

nesia, resting tremor, rigidity, postural instability ซึ่งมักเป็นอาการแสดงแรกที่พบในขณะที่ยังวินิจฉัยโรคพาร์กินสัน นอกจากนี้ยังสามารถพบอาการในส่วนที่ไม่เกี่ยวข้องกับอาการเคลื่อนไหว (non-motor symptoms) ร่วมด้วยได้ เช่น ภาวะการทำงานของระบบทางเดินอาหารผิดปกติ (gastrointestinal dysfunction) ภาวะความรู้คิดบกพร่อง (cognitive impairment) ความผิดปกติทางประสาทจิตเวช (neuropsychiatric disorders) การนอนหลับผิดปกติ (sleep disturbance) รวมถึงการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติผิดปกติ (autonomic dysfunction)³⁻⁵ ซึ่งภาวะเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย แต่มักถูกละเลยและไม่ได้ให้ความสำคัญเท่ากับอาการหลักที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหว

การทำงานของระบบทางเดินอาหารผิดปกติ (gastrointestinal dysfunction) เป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน โดยสามารถพบความผิดปกติได้ตลอดทางเดินอาหาร ได้แก่ น้ำลายไหล (ร้อยละ 70-84) กลืนลำบาก (ร้อยละ 35-82) โรคกล้ามเนื้อกระเพาะอาหารอ่อนแรง (ร้อยละ 70-100) ภาวะเบคทีเรียในลำไส้เล็กเจริญเติบโตมากผิดปกติ (ร้อยละ 25-50) ท้องผูก (ร้อยละ 80-90) ภาวะการทำงานของกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักไม่สัมพันธ์กับการเบ่ง (dyssynergia) ร้อยละ 60-90^{3,4,7} ความผิดปกติดังกล่าวสามารถพบได้ตั้งแต่ระยะต้นของโรคพาร์กินสัน โดยพบได้ประมาณ 2 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน⁶ การทำงานของระบบทางเดินอาหารผิดปกติส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยต้องมาพบแพทย์ที่ห้องฉุกเฉิน นอกจากนี้ยังส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงต่าง ๆ ได้ เช่น ภาวะทุพโภชนาการ (ร้อยละ 15) ปอดอักเสบจากการสำลัก (ร้อยละ 2.4) ภาวะลำไส้ใหญ่ขยายตัวออก (megacolon) ลำไส้อุดตันหรือแม้กระทั่งลำไส้ทะลุได้⁷

ในปัจจุบัน ยังไม่สามารถบอกสาเหตุของภาวะการทำงานผิดปกติของระบบทางเดินอาหารในผู้ป่วยพาร์กินสันได้อย่างชัดเจน แต่เชื่อว่าเกิดจากความผิดปกติของระบบประสาทลำไส้ (enteric nervous system) ซึ่งเป็นระบบประสาทที่ควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อเรียบในระบบทางเดินอาหาร ประกอบด้วย my-

enteric plexus และ submucosal plexus รวมถึงเส้นประสาททากัส (vagus nerve) และ dorsal motor nucleus โดยมีสารสื่อประสาทที่เกี่ยวข้องหลายตัว ทั้งโดปามีน (dopamine) ซีโรโทนิน (serotonin) อะซิติลโคลีน (acetylcholine) วิไอพี (vasoactive intestinal peptide; VIP) ซับสแตนซ์พี (substance P) และ ไนตริกออกไซด์ซินเทส (nitric oxide synthase; NOS) หากตรวจทางพยาธิวิทยา จะตรวจพบ Lewy bodies ในเนื้อเยื่อระบบประสาทของระบบทางเดินอาหารเช่นเดียวกับในสมอง^{3,8}

โรคกล้ามเนื้อกระเพาะอาหารอ่อนแรงในผู้ป่วยพาร์กินสัน เป็นภาวะที่พบได้บ่อยถึงร้อยละ 70-100 ในกลุ่มผู้ป่วยพาร์กินสันที่ได้รับการตรวจทางเวชศาสตร์นิวเคลียร์ (scintigraphy measurement) ผู้ป่วยส่วนหนึ่งอาจไม่แสดงอาการทั้งที่มีความผิดปกติเกิดขึ้นแล้ว โดยมีเพียงร้อยละ 25-45 เท่านั้นที่แสดงอาการ⁹ ภาวะดังกล่าวนอกจากจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแล้ว ยังส่งผลอย่างมากต่อประสิทธิภาพในการรักษาโรคพาร์กินสันด้วย เนื่องจากทำให้ดูดซึมยาได้ลดลง โรคกล้ามเนื้อกระเพาะอาหารอ่อนแรงอาจเกิดจากความเสื่อมของระบบประสาทจากตัวโรคพาร์กินสันเอง หรือเกิดจากผลข้างเคียงของยาที่ใช้รักษาโรคพาร์กินสัน ได้แก่ ลีโวโดปา (levodopa) และเป็นภาวะที่สามารถพบได้ตั้งแต่วัยต้นจนถึงระยะท้ายของโรค⁹

การประเมินความรุนแรงของโรคกล้ามเนื้อกระเพาะอาหารอ่อนแรง

ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน ได้มีการคิดค้นระบบคะแนนที่ใช้ในการประเมินความรุนแรงของโรคกล้ามเนื้อกระเพาะอาหารอ่อนแรงไว้หลายระบบด้วยกัน แต่ระบบที่ได้รับการความนิยมมากที่สุด คือ gastroparesis cardinal symptom index (GCSI) เป็นการคำนวณคะแนนโดยใช้อาการของผู้ป่วยเป็นหลัก โดยแบ่งเป็น 3 หมวดหมู่ตามกลุ่มอาการของผู้ป่วย ได้แก่ อาการคลื่นไส้อาเจียน อาการแน่นท้องหลังมื้ออาหารและอิ่มเร็ว (post-prandial fullness/early satiety) และอาการท้องอืด โดยมีทั้งหมด 9 หัวข้อประเมิน ข้อละ 0-5 คะแนน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 Gastroparesis cardinal symptom index (GCSI)¹⁰

	ไม่มีอาการ (None)	เล็กน้อย มาก (Very severe)	เล็กน้อย (Mild)	ปานกลาง (Moderate)	มาก (Severe)	มากที่สุด (Very mild)
คลื่นไส้ (nausea)	0	1	2	3	4	5
อาการขย้อน (retching)	0	1	2	3	4	5
อาเจียน (vomiting)	0	1	2	3	4	5
แน่นท้อง (stomach fullness)	0	1	2	3	4	5
อิ่มเร็ว (not able to finish normal size meal)	0	1	2	3	4	5
แน่นท้องหลังมื้ออาหาร (excessive full after meal)	0	1	2	3	4	5
เบื่ออาหาร (loss of appetite)	0	1	2	3	4	5
ท้องอืด (bloating)	0	1	2	3	4	5
ท้องโตขึ้น (belly visibly larger)	0	1	2	3	4	5

การวินิจฉัย

การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อใช้ในการวินิจฉัยโรคกล้ามเนื้อกระเพาะอาหารอ่อนแรง สามารถทำได้หลายวิธี ทั้งวิธีทางรังสีวิทยา การกลืนแคปซูล การเป่าลมหายใจ และการตรวจการบีบตัวของกระเพาะอาหารโดยตรง เป็นต้น โดยก่อนการตรวจ ผู้ป่วยต้องหยุดยาที่มีผลต่อการบีบตัวของกระเพาะอาหารอย่างน้อย 48-72 ชั่วโมง²

1. Gastric emptying scintigraphy

เป็นการตรวจทางเวชศาสตร์นิวเคลียร์ เพื่อวัดปริมาณอาหารที่เหลื่อค้างในกระเพาะอาหาร โดยให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีสารที่รังสีผสมอยู่ (radiolabel meal) และทำการถ่ายภาพทางเวชศาสตร์นิวเคลียร์เปรียบเทียบปริมาณอาหารที่เหลื่อค้างอยู่ในกระเพาะอาหารตามช่วงระยะเวลาต่าง ๆ ซึ่งในปัจจุบันการตรวจวิธีนี้ถือเป็นวิธีการตรวจมาตรฐานในการวินิจฉัยโรคกล้ามเนื้อกระเพาะอาหารอ่อนแรงตามคำแนะนำของ American college of gastroenterology (ACG)¹¹

ขั้นตอนการเตรียมตัวก่อนการตรวจ ผู้ป่วยต้องงดน้ำและอาหารเป็นเวลาอย่างน้อย 4-6 ชั่วโมง งดสูบบุหรี่หรือเซ้าวันที่ทำการตรวจ และในผู้ป่วยเบาหวานควรควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในระดับน้อยกว่า 275 มก./ดล. หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารผสมสารรังสีที่เตรียมไว้ในปริมาณมาตรฐาน ซึ่งแนะนำให้ใช้เป็นอาหารจำพวกของแข็ง (solid meal) เนื่องจากมีความแม่นยำในการตรวจมากกว่าของเหลว (liquid meal) โดยอ้างอิงจากรายงานก่อนหน้าที่พบว่า การตรวจ liquid gastric emptying ยังสามารถพบมีค่าปกติได้แม้ในโรคกล้ามเนื้อกระเพาะอาหารอ่อนแรงรุนแรง (advanced gastroparesis)² ในปัจจุบันนิยมใช้ซีไอทีที่มี ⁹⁹mTc-sulfur เป็นส่วนผสม และถ่ายภาพกระเพาะอาหารในท่างที่ 0, 1, 2 และ 4 ชั่วโมงหลังรับประทาน เพื่อดูปริมาณอาหารที่เหลื่อค้างในกระเพาะอาหาร (gastric retention) หากที่ชั่วโมงที่ 4 ยังมีอาหารเหลื่อค้างในกระเพาะอาหารมากกว่าร้อยละ 10 จะให้การวินิจฉัยโรคกล้ามเนื้อกระเพาะอาหารอ่อนแรงได้อย่างแม่นยำ¹² โดยสามารถแบ่งระดับความรุนแรงได้เป็น 4 ระดับตามปริมาณอาหารที่เหลื่อค้าง (% gastric retention) ที่ 4 ชั่วโมง ได้แก่ ระดับ 1 เล็กน้อย 11-20%, ระดับ 2 ปานกลาง 21-35%, ระดับ 3 รุนแรง 36-50%, ระดับ 4 รุนแรงมาก >50%²

2. Gastric emptying breath test

เป็นวิธีการวัด gastric emptying ทางอ้อม โดยให้ผู้ป่วยรับประทาน medium chain triglyceride เช่น ¹³C octanoate หรือ spirulina platensis ซึ่ง

ผลสมอยู่ใน solid meal หลังจากให้อาหารถูกย่อยที่บริเวณกระเพาะอาหารแล้ว จะถูกดูดซึมที่ลำไส้เล็กและเปลี่ยนเป็น $^{13}\text{CO}_2$ และขับออกทางลมหายใจ โดยพบว่า อัตราการขับออกของ $^{13}\text{CO}_2$ ทางลมหายใจมีความสัมพันธ์กับอัตราของ gastric emptying การตรวจวิธีนี้มีความไวประมาณร้อยละ 86 และความจำเพาะประมาณร้อยละ 80 อย่างไรก็ตามการตรวจวิธีนี้มีข้อจำกัดคือ ผู้ป่วยจะต้องมีการทำงานของตับ ลำไส้เล็ก และปอดที่ปกติ²

3. Wireless motility capsule

เป็นการตรวจโดยการกลืนแคปซูล ซึ่งสามารถตรวจวัดได้ทั้งค่าความเป็นกรดต่าง ความดัน และอุณหภูมิตลอดทั้งระบบทางเดินอาหารผ่านทาง wireless sensor โดยสามารถตรวจวัด gastric emptying ได้จาก pH ที่เปลี่ยนแปลงไปเมื่อแคปซูลเข้าสู่ลำไส้เล็กส่วน duodenum ซึ่งค่าปกติไม่ควรเกิน 5 ชั่วโมง¹² การตรวจวิธีนี้มีความไวประมาณร้อยละ 83 และความจำเพาะประมาณร้อยละ 83¹¹ และมีข้อดีคือ ไม่ต้องสัมผัสสร้างสีในการตรวจ แต่ข้อเสียคือ มีราคาแพง และยังไม่มีการใช้อย่างแพร่หลาย²

4. Radiopaque marker

ทดสอบโดยการให้ผู้ป่วยกลืน marker ที่ย่อยไม่ได้ (indigestible marker) เช่น สายยางให้อาหารทางจมูก ตัดเป็นชิ้นเล็ก ๆ และถ่ายภาพรังสี ที่ 6 ชั่วโมง หากมี marker เหลือค้างอยู่ในกระเพาะอาหาร แสดงว่ามีโรคกล้ามเนื้อกระเพาะอาหารอ่อนแรง ซึ่งข้อดีของวิธีนี้คือ เป็นวิธีที่สามารถประยุกต์ใช้ตรวจได้ทั่วไป อุปกรณ์หาง่าย และมีราคาไม่แพง แต่ข้อเสียคือ ยังไม่มีมาตรฐานที่ชัดเจนในการกำหนดขนาดของ marker อีกทั้งอาจไม่สามารถบอกตำแหน่งของ marker ได้ชัดเจนจากภาพรังสีหาก marker อยู่ในตำแหน่งที่ใกล้เคียงกับกระเพาะอาหาร เช่น ลำไส้เล็กส่วนต้น หรือลำไส้ใหญ่ส่วน transverse²

5. Magnetic resonance imaging (MRI)

การตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า โดยใช้สารทึบรังสี gadolinium ในการตรวจวัด semi-solid gastric emptying ทำการคำนวณความเร็วของ antral propagation wave จากการวัด gastric secretory rate โดยดูการเปลี่ยนแปลงของภาพตัดขวาง เปรียบเทียบ gastric meal volume กับ total gastric volume อย่างไรก็ตามการตรวจด้วยวิธีนี้ทำได้ยาก ต้องใช้ความชำนาญในการตรวจ และยังไม่เป็นที่แพร่หลาย อีกทั้งยังมีราคาแพง²

6. อัลตราซาวด์

การใช้ภาพอัลตราซาวด์ช่องท้องในการตรวจ gastric emptying สามารถทำได้โดยการเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของภาพตัดขวางที่บริเวณกระเพาะอาหารส่วน antrum ตามช่วงเวลาต่าง ๆ ซึ่งค่า gastric emptying จะสมบูรณ์ต่อเมื่อ volume ของ antrum กลับคืนสู่ปกติก่อนกินอาหารที่เป็น liquid meal โดยการทำอัลตราซาวด์แบบสามมิติหรือ duplex อาจช่วยเพิ่มความแม่นยำได้มากขึ้น ซึ่งวิธีนี้อาจเหมาะสำหรับผู้ป่วยตั้งครรภ์หรือเด็ก เนื่องจากไม่ต้องใช้รังสี อย่างไรก็ตามวิธีนี้เป็นวิธีที่ทำได้ยาก ต้องใช้ความชำนาญสูงในการตรวจ สามารถตรวจได้เฉพาะ liquid emptying เท่านั้น อีกทั้งผลการตรวจอาจเปลี่ยนแปลงตามผู้ทำการตรวจแต่ละคน และอาจทำได้ยากขึ้นในกรณีที่ผู้ป่วยอ้วนหรือมีลมในกระเพาะอาหารปริมาณมาก²

7. Antroduodenal manometry

เป็นการตรวจการบีบตัวของกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้นผ่านทาง manometric catheter โดยสามารถวัดความแรงและความถี่ในการบีบตัวของกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กได้ทั้งช่วงที่อดอาหาร (fasting) และหลังกินอาหาร (postprandial) รวมถึงสามารถตรวจวัด migrating motor complex (MMC) ได้

โดยในผู้ป่วยที่มีโรคกล้ามเนื้อกระเพาะอาหารอ่อนแรง จะสูญเสีย normal MMC และการบีบตัวของกระเพาะอาหารส่วน antrum จะลดลงในช่วงหลังกินอาหาร แต่เนื่องจากเป็นวิธีที่ invasive ทำได้ยาก ต้องใส่สาย catheter ภายใต้อุโมงค์ fluoroscopy และต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะในการตรวจ จึงอาจใช้เฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา เพื่อใช้ในการวินิจฉัยและดูการตอบสนองต่อยา prokinetic²

การรักษา

การรักษาโรคกล้ามเนื้อกระเพาะอาหารอ่อนแรง เริ่มต้นด้วยการพิจารณาให้สารน้ำ สารอาหาร และเกลือแร่ชดเชยให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีภาวะทุพโภชนาการร่วมด้วย โดยหากอาการไม่รุนแรง และยังสามารถรับประทานอาหารเองทางปากได้ มักให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารเองก่อน โดยแนะนำให้รับประทานอาหารมื้อเล็ก ๆ แต่บ่อยขึ้น และหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง³ แต่หากรับประทานอาหารได้ไม่เพียงพอ อาจต้องมีการให้อาหารผ่านทางสายยางที่ใส่ไปถึงลำไส้เล็กส่วน jejunum (jejunostomy tube feeding) โดยข้อบ่งชี้ในการให้อาหารทางสายยาง ได้แก่ น้ำหนักลดมากกว่าร้อยละ 10 ในช่วง 3-6 เดือน และ/หรือต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ เนื่องจากอาการไม่ดีขึ้น นอกจากนี้ในผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวานร่วมด้วย แนะนำให้ควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม และหลีกเลี่ยงยาชนิดในกลุ่ม GLP-1 analog เนื่องจากระดับน้ำตาลที่สูงและยาในกลุ่มนี้สามารถส่งผลทำให้กระเพาะอาหารบีบตัวช้าลงได้¹¹

สำหรับการรักษาทางยาที่มีบทบาทสำคัญในการรักษาโรคกล้ามเนื้อกระเพาะอาหารอ่อนแรงคือ ยากระตุ้นการเคลื่อนไหวทางเดินอาหาร (prokinetic drugs) ซึ่งยาในกลุ่มนี้มีหลายชนิดและมีกลไกการออกฤทธิ์ที่แตกต่างกัน โดยที่ มีการกล่าวถึงและมีการนำมาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ได้แก่

1. Metoclopramide

เป็นยาในกลุ่ม dopamine (D2) receptor antagonist และ serotonin

(5HT₄) receptor agonist ออกฤทธิ์ทั้งต่อระบบประสาทส่วนกลางและส่วนปลาย ส่งผลให้อาการของผู้ป่วย รวมถึง gastric emptying ดีขึ้น¹² และเป็นยาเพียงชนิดเดียวที่ได้รับการอนุมัติจากองค์การอาหารและยาแห่งสหรัฐอเมริกา (The United State food and drug administration; US FDA) ให้ใช้รักษาโรคกล้ามเนื้อกระเพาะอาหารอ่อนแรง¹¹ อย่างไรก็ตาม ผลข้างเคียงที่สำคัญของยาชนิดนี้คือทำให้เกิดการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ เช่น acute dystonic reaction สามารถพบได้ประมาณร้อยละ 1 มักเกิดภายใน 24 ถึง 48 ชั่วโมงแรกหลังเริ่มยา, tardive dyskinesia เป็นการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติไม่สามารถควบคุมได้บริเวณใบหน้า ลิ้น หรือร่างกาย สามารถพบได้ประมาณร้อยละ 1 ถึง 10 ของผู้ป่วยที่ได้รับยาเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 3 เดือน¹³ จึงมีคำแนะนำในการใช้ยา metoclopramide ว่าควรใช้ยาในขนาดต่ำสุดและระยะเวลาสั้นที่สุดที่สามารถควบคุมอาการได้ และไม่ควรใช้ยานานเกิน 3 เดือน¹² และเนื่องจากผลข้างเคียงทางระบบประสาทนี้เอง ทำให้ metoclopramide ไม่เหมาะที่จะใช้รักษาโรคกล้ามเนื้อกระเพาะอาหารอ่อนแรงในผู้ป่วยโรคพาร์กินสันซึ่งมีความผิดปกติของระบบประสาทและการเคลื่อนไหวเป็นหลักอยู่แล้ว

2. Domperidone

ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถใช้ยา metoclopramide ได้ ยา domperidone จึงเป็นอีกทางเลือกหนึ่ง โดย domperidone เป็นยาในกลุ่ม D₂ receptor antagonist เช่นเดียวกับ metoclopramide แต่ยาชนิดนี้ไม่ผ่าน blood brain barrier ทำให้ไม่มีผลข้างเคียงด้านการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ¹⁴ อย่างไรก็ตาม domperidone มีรายงานการเกิด QT prolongation และหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด ventricular arrhythmia ทำให้ถูกจำกัดการใช้จากองค์การอาหารและยาแห่งสหรัฐอเมริกา¹¹ ประกอบกับข้อมูลด้านประสิทธิภาพของยายังค่อนข้างมีจำกัดในกลุ่มผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน การศึกษาส่วนใหญ่ทำในผู้ป่วยที่มีโรคกล้ามเนื้อกระเพาะอาหารอ่อนแรงจากโรคเบาหวาน หรือชนิดไม่ทราบสาเหตุ อย่างไรก็ตาม เคยมีการศึกษาขนาดเล็กของ

Irfan S. และคณะ¹⁵ พบว่าการใช้ domperidone ในขนาดสูง 80 มิลลิกรัมต่อวัน ในผู้ป่วยโรคพาร์กินสันที่มีอาการทางระบบทางเดินอาหารสามารถช่วยให้ gastric emptying ดีขึ้นและช่วยทำให้อาการทางระบบทางเดินอาหารโดยรวมดีขึ้น ยกเว้น อาการกลืนลำบากและท้องผูกของผู้ป่วย

3. Prucalopride

เป็นยาในกลุ่ม selective serotonin 5HT₄ agonist ที่มีข้อบ่งชี้หลัก ในการรักษาอาการท้องผูก ซึ่งพบว่าสามารถช่วยทำให้ gastric emptying ดีขึ้น ได้ด้วย และไม่มีผลข้างเคียงด้านหัวใจเด่นชัดจังหวะรุนแรง⁹ นอกจากนี้ยังเคยมีการศึกษาแบบเปิดขนาดเล็กกลุ่มผู้ป่วยพาร์กินสัน เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของยา prucalopride เทียบกับยา domperidone พบว่า prucalopride สามารถกระตุ้น การบีบตัวของกระเพาะอาหารได้ดีกว่า domperidone อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁶

4. Mosapride

เป็นยาในกลุ่ม selective serotonin 5HT₄ agonist และมี active metabolite ที่สำคัญ คือ Des-4-fluorobenzyl compound (M1) ซึ่งออกฤทธิ์ เป็น 5HT₄ antagonist ส่งผลให้กระเพาะอาหารและลำไส้บีบตัวได้ดีขึ้น และมีผลต่อ potassium channel น้อย ตลอดจนไม่มีผลต่อ hERG (Human Ether-a-go-go related gene) transfected cell ทำให้ลดความเสี่ยงของการเกิดหัวใจเต้นผิดจังหวะรุนแรง มีการศึกษาแบบเปิดขนาดเล็กในผู้ป่วยโรคพาร์กินสันพบว่า mosapride ช่วยลด gastric emptying time อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁷

5. Erythromycin

เป็นยาในกลุ่ม motilin receptor agonist มีผลกระตุ้นการบีบตัวของ กระเพาะอาหารผ่านทาง phase 3 MMC โดยเคยมีการศึกษาพบว่าสามารถกระตุ้น การบีบตัวของกระเพาะอาหารในกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคกล้ามเนื้อกระเพาะอาหารอ่อน

แรงจากโรคเบาหวาน หรือชนิดไม่ทราบสาเหตุ อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีผลการรักษาที่ชัดเจนในกลุ่มผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน และจะได้ผลดีในกรณี que การบริหารทางหลอดเลือดดำ อีกทั้งเมื่อใช้เป็นเวลานาน อาจทำให้ประสิทธิภาพในการรักษาลดลง (tachyphylaxis)⁹

ในกลุ่มผู้ป่วยที่รักษาด้วยยาแล้วอาการยังไม่ดีขึ้น (refractory gastroparesis) อาจต้องพิจารณาการรักษาด้วยวิธีอื่น ๆ เช่น การฉีด botulinum toxin ที่บริเวณกระเพาะอาหารส่วน pylorus, การส่องกล้องขยายกระเพาะอาหารส่วน pylorus (endoscopic pyloric dilatation), การกระตุ้นการทำงานด้วยไฟฟ้า (electric stimulation) หรือการผ่าตัด¹⁷ อย่างไรก็ตาม ยังมีความจำเป็นที่จะต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมต่อไปในกลุ่มผู้ป่วยโรคพาร์กินสันต่อไป

unสรุป

โรคกล้ามเนื้อกระเพาะอาหารอ่อนแรงเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ซึ่งสามารถพบได้ในทุกระยะของโรค และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย อีกทั้งยังทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ เช่น ภาวะทุพโภชนาการ และภาวะปอดอักเสบ เป็นต้น ดังนั้นการตรวจพบและวินิจฉัยภาวะนี้ได้ตั้งแต่ระยะต้นจึงเป็นเรื่องสำคัญ การรักษานอกจากการแก้ไขเรื่องสำรอกน้ำและการให้สารอาหารที่เพียงพอแล้ว การให้ยา prokinetic เพื่อกระตุ้นการบีบตัวของกระเพาะอาหารยังถือเป็นการรักษาหลัก อย่างไรก็ตาม metoclopramide ซึ่งเป็นยากระตุ้นทางเดินอาหารที่มีใช้เป็นลำดับต้นในการรักษาโรคกล้ามเนื้อกระเพาะอาหารอ่อนแรง มีผลข้างเคียงที่สำคัญคือทำให้เกิดการเคลื่อนไหวผิดปกติ (extrapyramidal side effect) จึงเป็นยาที่มีข้อห้ามใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ดังนั้นยา prokinetic อื่น ๆ เช่น domperidone หรือยาชนิดใหม่ ๆ จึงมีบทบาทมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ยังจำเป็นต้องรอข้อมูลเรื่องประสิทธิภาพของยาชนิดต่าง ๆ ตลอดจนการรักษาที่มีประสิทธิภาพเพิ่มเติมต่อไปในอนาคต

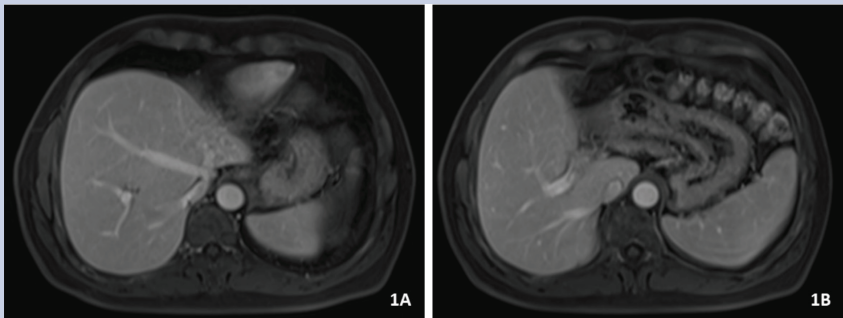
เอกสารอ้างอิง

1. Koch KL. Gastric neuromuscular function and neuromuscular disorder. In: Feldman M, Friedman LS, Brandt LJ, editors. *Sleisenger and Fordtran's gastrointestinal and liver disease*. 11th ed. Canada: Bood aid international; 2020. p. 735-63.
2. Waseem S, Moshiree B, Draganov PV. Gastroparesis: current diagnostic challenges and management considerations. *World J Gastroenterol* 2009;15:25-37.
3. Poirier AA, Aube B, Cote M, Morin N, Paolo TD, Soulet D. Gastrointestinal dysfunctions in Parkinson's disease: symptoms and treatments. *Parkinsons Dis* 2016;2016:1-23.
4. Mukherjee A, Biswas A, Das SK. Gut dysfunction in Parkinson's disease. *World J Gastroenterol* 2016;22:5742-52.
5. Heetun ZS, Quigley EM. Gastroparesis and Parkinson's disease: A systematic review. *Parkinsonism Relat Dis* 2012;18:433-40.
6. Choi JH, Lee JY, Cho JW, Koh SB, Yang YS, Yoo D, et al. Double-blind, randomized, placebo-controlled trial of DA-9701 in Parkinson's disease: PASS-GI study. *Mov Disord* 2020;35:1966-76.
7. Pfeiffer RF, Isaacson SH, Pahwa R. Clinical implications of gastric complications on levodopa treatment in Parkinson's disease. *Parkinsonism Relat Dis* 2020;76:63-71.
8. Soliman H, Coffin B, Gourcerol G. Gastroparesis in Parkinson disease: pathophysiology, and clinical management. *Brain Sci* 2021;11:1-10.
9. Bestetti A, Capozza A, Lacerenza M, Manfredi L, Mancini F. Delayed gastric emptying in advanced Parkinson disease correlation with therapeutic doses. *Clin Nucl Med* 2017;42:83-87.
10. Revicki DA, Rentz AM, Dubois D, Peter K, Stanghellini V, Talley NJ, et al. Gastroparesis cardinal symptom index (GCSI): Development and validation of a patient reported assessment of severity of gastroparesis symptoms. *Quality of Life Research* 2004;13:833-44.
11. Camilleri M, Parkman HP, Shafi MA, Abell TL, Gerson L. Clinical guideline: Management of gastroparesis. *Am J Gastroenterol* 2012;108:18-37.
12. Kumar M, Chapman A, Javed S, Alam U, Malik RA, Azmi S. The investigation and treatment of diabetic gastroparesis. *Clin Ther* 2018;40:850-61.
13. Abell TL, Bernstein RK, Cutts T, Farrugia G, Forster J, Hasler WL, et al. Treatment of gastroparesis: a multidisciplinary clinical review. *Neurogastroenterol Motil* 2006;18:263-83.
14. Domperidone. 2005;1-4. Available from: <http://www.palliativedrugs.com>
15. Soykan I, Sarosiek I, Shifflett J, Wooten GF, McCallum RW. Effect of chronic oral domperidone therapy on gastrointestinal symptoms and gastric emptying in patients with Parkinson's

- disease. *Mov Dis* 1997;12:952-7.
16. Pinyopornpanish K, Suntornpun A, Kijdamrongthum P, Teeyasoontranon W, Angkurawaranon C, Thongsawat S. The effect of prucalopride on gastric emptying in Parkinson's disease patients. *Dig Sys* 2017;1:1-6.
 17. Abrahamsson H. Treatment options for patients with severe gastroparesis. *Gut* 2007;56: 877-83.

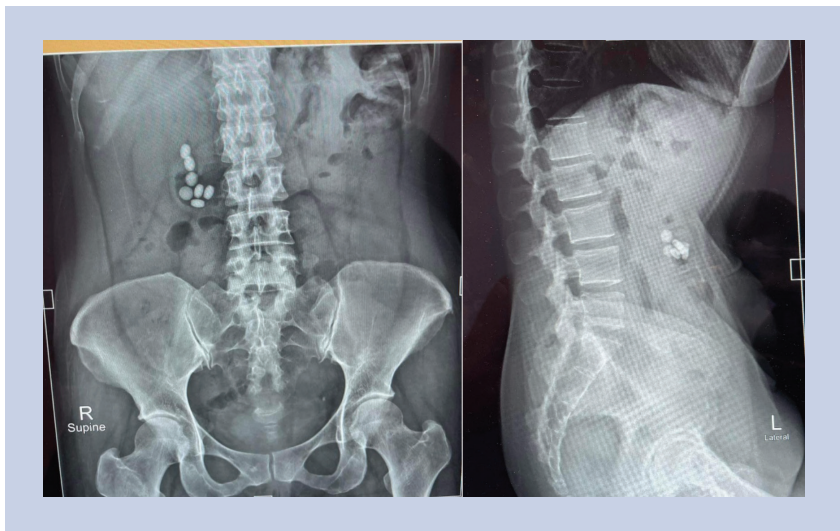
Quiz 1. A 55-year-old man presented with repeating episodes of acute cholangitis for 2 years. He was a known case of common bile duct injury S/P Roux-en-Y hepaticojejunostomy after cholecystectomy 15 years ago. The MRI of upper abdomen was performed (Figure 1A and 1B).

MRI liver, T1, venous phase



1. What is the liver abnormality in this patient?
2. What is the most likely cause of this condition?

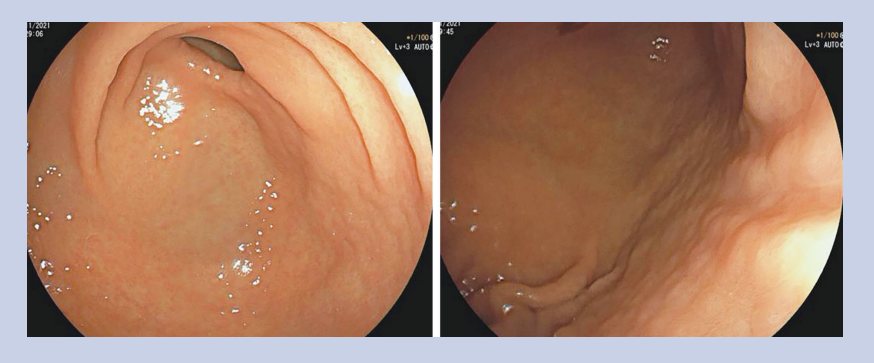
Quiz 2. A 47-year-old woman presented with dyspepsia for 1 week. Plain film abdomen was performed.



What is the diagnosis?

เฉลย GI Quiz เดือนเมษายน 2566

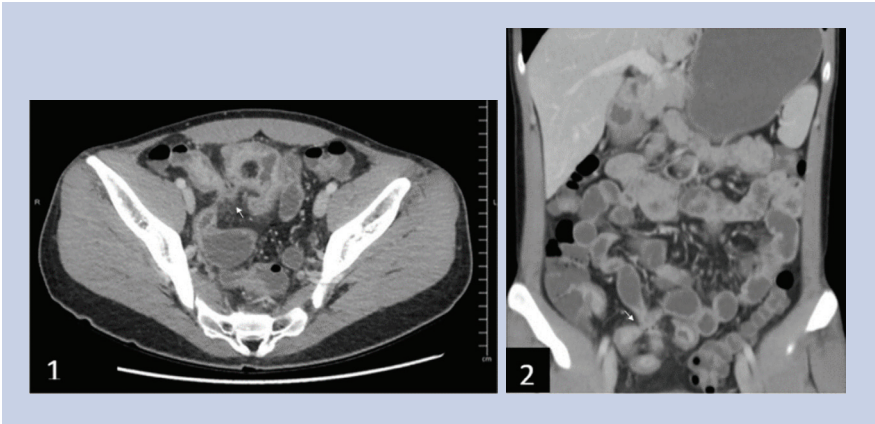
Quiz 1. A 24 year-old-female presented with epigastric pain. Gastros-
copy was performed which showed abnormal findings as follow.



1. What is the most likely diagnosis?
 - A. *H. pylori* gastritis
 - B. Autoimmune gastritis
 - C. Xanthomatous gastritis
 - D. MALT lymphoma
 - E. Eosinophilic gastritis

Answer: *H. pylori* gastritis

Quiz 2. A 23-year-old male presented with chronic intermittent abdominal pain, non-bloody diarrhea, and fever for 5 years. He has been treated with several episodes of antibiotics and surgeries. CT enterography was performed.



2.1 Name the sign of abnormal finding.

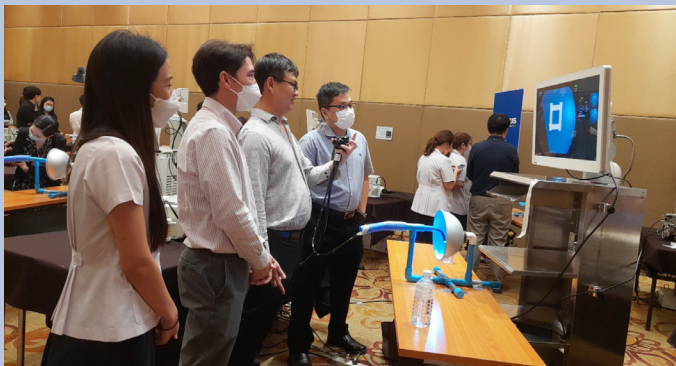
Answer: The presence of complex fistulous tracts connecting ileal segments, results in an asterisk-shaped or cloverleaf appearance of the small bowel (the Star sign) with luminal narrowing.

2.2 What is the diagnosis?

Answer: An entero-enteric complex fistula from Crohn's disease

13 กรกฎาคม 2566

ประสบความสำเร็จเป็นอย่างดีกับ Hands-on Workshop EGD ซึ่งจัดขึ้นเป็นครั้งแรก สำหรับแพทย์เฟลโลว์ชั้นปีที่ 1 รุ่นใหม่



14-16 กรกฎาคม 2566

บรรยากาศการประชุมวิชาการกลางปี ของสมาคมโรคระบบทางเดินอาหาร กลับมาจัด on-site ที่โรงแรมอโนมา ซึ่งดีดักเป็นพิเศษทั้งในและนอกห้องประชุม งานนี้ผู้เข้าประชุมได้ความรู้อย่างเต็มอิ่มและรับรางวัลกลับบ้านไปถ้วนหน้า



รายงานการประชุม ครั้งที่ 2/2566

คณะกรรมการอำนวยการสมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

วันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2566 เวลา 10.00-12.00 น.

ณ ห้องประชุม Sigma ชั้น 6 โรงแรมพูลแมน ช.รางน้ำ, กรุงเทพฯ

จัดในรูปแบบ Hybrid

รายนามผู้เข้าร่วมประชุม onsite

1. นพ.เฉลิมรัฐ	บัญชาชวาทกุล	เลขาธิการ
2. นพ.สุพจน์	นิมอณรงค์	รองเลขาธิการ
3. พญ.พิมพ์ศิริ	ศรีพงศ์พันธุ์	เหรัญญิก
4. นพ.จุลจักร	ลิ้มศรีวิไล	ประธานฝ่ายวารสาร
5. นพ.มล.ทยา	กิตติยากร	ประธานฝ่ายกิจกรรมสังคม
6. พ.ท.นพ.ศักรินทร์	จิรพงศธร	ประธานฝ่ายหาทุน
7. นพ.อุทัย	แก้วเอี่ยม	กรรมการกลาง
8. นพ.กำธร	เผ่าสวัสดิ์	ที่ปรึกษา
9. นพ.สิริวัฒน์	อนันตพันธุ์พงศ์	ที่ปรึกษา

รายนามผู้เข้าร่วมประชุม online

1. นพ.สมชาย	ลีลากุลวงศ์	นายกสมาคมฯ
2. นพ.ทวีศักดิ์	แทนวันดี	อุปนายก
3. นพ.ธีระ	พิรัชวิสุทธิ์	รองตำแหน่งนายก
4. พญ.ศุภมาส	เชิญอักษร	ปฏิคมและสวัสดิการ
5. นพ.สมบัติ	ตรีประเสริฐสุข	ประธานฝ่ายวิจัย
6. นพ.พูลชัย	จรัสเจริญวิทยา	ประธานฝ่ายวิชาการและการศึกษาต่อเนื่อง
7. พญ.รภัส	พิทยานนท์	ประธานฝ่ายการศึกษาหลังปริญญา
8. นพ.ภาฤทธิ์	เมฆอรุณกมล	ประธานฝ่ายสารสนเทศและการสื่อสาร

9. นพ.องอาจ	ไพโรสณทรางกูร	ประธานฝ่ายจริยธรรม
10. นพ.กิตติ	ชินยง	กรรมการกลาง
11. พ.ท.นพ.ขจรศักดิ์	ยงวัฒนา	กรรมการกลาง
12. น.ท.(หญิง) พญ.ชนันหา	หงส์ธนากร	กรรมการกลาง
13. น.อ.นพ.ชินวัตร	สุทิวา	กรรมการกลาง
14. พญ.นนทลี	เผ่าสวัสดิ์	กรรมการกลาง
15. นพ.พลรัตน์	วิไลรัตน์	กรรมการกลาง
16. พญ.มณฑิรา	มณีรัตนะพร	กรรมการกลาง
17. นพ.วิศรุต	มานะศิริสุข	กรรมการกลาง
18. นพ.สยาม	ศิรินธรปัญญา	กรรมการกลาง
19. นพ.สุนทร	ชลประเสริฐสุข	กรรมการกลาง
20. พญ.อภิญา	สิริพันธ์	กรรมการกลาง
21. พญ.ดวงพร	วีระวัฒนากานนท์	ที่ปรึกษา
22. พญ.นภาพร	จัญญกุล	ที่ปรึกษา
23. พญ.พจมาน	พิศาลประภา	ที่ปรึกษา
24. นพ.ภูริพงศ์	กิจดำรงธรรม	ที่ปรึกษา
25. พญ.วัฒนา	สุขไพศาลเจริญ	ที่ปรึกษา
26. พญ.ศศิประภา	บุญญพิสิฐ	ที่ปรึกษา
27. พญ.ศิวะพร	ไชยนุวัต	ที่ปรึกษา
28. นพ.สถาพร	มานัสสถิตย์	ที่ปรึกษา

รายนามผู้ไม่สามารถเข้าร่วมประชุม

1. นพ.คมลันต์	เลิศคุณิณจ	กรรมการกลาง
2. พญ.จูนีสา	พัชระตระกูล	กรรมการกลาง
3. นพ.ประเดิมชัย	คงคำ	กรรมการกลาง
4. พญ.ณัยชญา	จัญญกุล	กรรมการกลาง
5. นพ.รังสรรค์	ฤกษ์นิมิตร	กรรมการกลาง
6. นพ.รัฐกร	วิไลชนม์	กรรมการกลาง

7. พญ.สุภัทศรี	เศรษฐสุลินธุ์	กรมการกลาง
8. พญ.อาภัสณี	โสภณสถัญญ์สุข	กรมการกลาง
9. พญ.กรรณิการ์	พรพัฒน์กุล	ที่ปรึกษา
10. นพ.จรินทร์	โรจน์บวรวิทยา	ที่ปรึกษา
11. พญ.โณมศรี	โฆษิตชัยวัฒน์	ที่ปรึกษา
12. พญ.ชุตินา	ประมุขสินทรัพย์	ที่ปรึกษา
13. นพ.เต็มชัย	ไชยหุวัติ	ที่ปรึกษา
14. นพ.ทวี	รัตนชูเอก	ที่ปรึกษา
15. นพ.ธวัชชัย	อัครวิพุธ	ที่ปรึกษา
16. นพ.นรินทร์	อจลชนันท์	ที่ปรึกษา
17. พญ.นุบผา	พรธิสรา	ที่ปรึกษา
18. นพ.บัญชา	โอวาทฟารพร	ที่ปรึกษา
19. นพ.พินิจ	กุลละวณิชย์	ที่ปรึกษา
20. นพ.พิศาล	ไม้เรียง	ที่ปรึกษา
21. นพ.พิเศษ	พิเศษพงษา	ที่ปรึกษา
22. นพ.พิสิฐ	ตั้งกิจวานิชย์	ที่ปรึกษา
23. พญ.รัตนา	บุญศิริจันทร์	ที่ปรึกษา
24. พญ.วโรชา	มหาชัย	ที่ปรึกษา
25. พล.ต.นพ.วิชัย	ชัยประภา	ที่ปรึกษา
26. นพ.ศตวรรษ	ทองสวัสดิ์	ที่ปรึกษา
27. นพ.สวัสดิ์	หิตะนันท์	ที่ปรึกษา
28. นพ.สิน	อนุราษฎร์	ที่ปรึกษา
29. นพ.สุเทพ	กลชาญวิทย์	ที่ปรึกษา
30. นพ.สุริยะ	จักกะพาก	ที่ปรึกษา
31. นพ.สุพจน์	พงศ์ประสพชัย	ที่ปรึกษา
32. พญ.สุพร	ตรีพงษ์กรุณา	ที่ปรึกษา
33. พล.ท.นพ.สุรพล	ชื่นรัตนกุล	ที่ปรึกษา
34. พล.ต.นพ.อนุชิต	จูปะพุทธิ	ที่ปรึกษา
35. นพ.อุดม	คชินทร	ที่ปรึกษา

วาระที่ 1 เรื่องที่ประธานแจ้งเพื่อทราบ

นพ.สมชาย ลีลากุลดวงศ์ นายกสมาคม แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

1. ได้รับจดหมายแจ้งจากราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ฯ เพื่อเข้าร่วมพิธีมอบวุฒิปดิกแก่แพทย์ประจำบ้านต่อยอดอนุสาชาอายุรศาสตร์โรกระบบทางเดินอาหาร ที่สำเร็จการฝึกอบรมปี 2565 ในวันศุกร์ที่ 21 เมษายน พ.ศ. 2566 เวลา 15:00-17:30 น. ณ ห้อง Napalai A โรงแรมดุสิตธานี พัทยาและร่วมกิจกรรมอื่นๆ

2. ได้รับจดหมายแจ้งจากประธานจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคลำไส้แปรปรวนของสมาคมประสาททางเดินอาหารและการเคลื่อนไหว (ไทย) หรือสมาคมโมริลิตัวว่าเนื่องจากสมาคมโมริลิตัวได้มีการจัดทำร่าง แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคลำไส้แปรปรวน และได้ส่งไปยังราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยเพื่อทำการรับรองและทางที่ประชุมคณะกรรมการของราชวิทยาลัยฯ ได้ทำจดหมายแจ้งกลับให้สมาคมโมริลิตัวนำส่งมาให้สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทยเสนอความเห็นร่างแนวทางดังกล่าวก่อนที่จะนำเสนอให้ราชวิทยาลัยฯ

นพ.สมชาย ลีลากุลดวงศ์ เสนอดังนี้

1. ทุกๆ แนวทาง (guideline) ทั้งของสมาคมส่องกล้องทางเดินอาหาร, สมาคมประสาททางเดินอาหารและการเคลื่อนไหว (ไทย) และสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารฯ ควรจะนำเสนอร่างแนวทาง เพื่อขอความเห็นชอบร่วมกับสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารด้วย เนื่องจากสมาคมเป็นที่มีการฝึกอบรมเพราะฉะนั้นแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ออกมาก็ต้องการให้จัดรวมไปกับการฝึกอบรมซึ่งโดยหลักการแล้วไม่น่ามีปัญหาเนื่องจากคนที่ฝึกอบรมก็จะทำการรับรอง guideline เหล่านี้ร่วมด้วย และเมื่ออนุมัติแล้วต้องใส่ตราของสมาคมฯ นั้นๆ, สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารฯ และของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ด้วย
2. สำหรับร่าง IBS Guideline จะส่งไฟล์ไปยังกรรมการสมาคม เพื่อพิจารณาและส่งกลับภายใน 2 สัปดาห์ หากไม่มีความคิดเห็นใดเพิ่มเติม จะขออนุมัติรับรองร่างนี้ส่งกลับคืนไปยังสมาคมโมริลิตัว เพื่อส่งต่อไปยังราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ฯต่อไป

มติที่ประชุม: รับทราบ และเห็นชอบโดยหลักการ

วาระที่ 2 รับรองรายงานการประชุมครั้งที่ 1/2566

มติที่ประชุม: ให้ปรับแก้ไขแยกรายชื่อผู้เข้าประชุมเป็น onsite และ online หลังจากแก้ไขแล้ว ที่ประชุมมีมติรับรองรายงานการประชุมครั้งที่ 1/2566

วาระที่ 3 เรื่องสืบเนื่องและพิจารณา

3.1 งบประมาณแต่ละฝ่ายที่จะขออนุมัติ 1 เมษายน 2566 - 31 มีนาคม 2567

นพ.สิริวัฒน์ อนันตพันธุ์พงศ์ แจ่มแทน พญ.พิมพ์ศิริ ศรีพงศ์พันธ์ ให้ที่ประชุมถึงเรื่องงบประมาณแต่ละฝ่ายของสมาคมฯประจำปี 2566 โดยเริ่มงบประมาณตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2566 ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2567

1. ได้จัดทำหนังสือลงนามไปถึงนายกสมาคมฯ เพื่อส่งมอบสมุดบัญชีธนาคารจำนวน 5 เล่ม ให้นายกสมาคมฯ ในวาระใหม่ เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น 89,846,67-28 บาท และเพื่อให้นายกสมาคมฯส่งมอบต่อไปยัง พญ.พิมพ์ศิริ ศรีพงศ์พันธ์ เสร็จเรียบร้อยใหม่ต่อไป
2. มีการเปลี่ยนแปลงลายเซ็นผู้ถอนเงินธนาคาร จึงเรียนที่ประชุมเพื่อพิจารณาอนุมัติการเปลี่ยนแปลงลายเซ็นผู้มีอำนาจถอนเงินจากบัญชีธนาคารที่สมาคมฯ มี ทั้งนี้ ผู้ที่สามารถลงลายเซ็นได้จะมีเหรียญ 1 ลายเซ็น และนายกสมาคมหรืออุปนายก ท่านใดท่านหนึ่งเซ็นเป็นลายเซ็นที่ 2 จึงจะสามารถถอนเงินได้

มติที่ประชุม: เห็นชอบอนุมัติการเปลี่ยนแปลงลายเซ็นผู้มีอำนาจถอนเงิน

3. แต่ละฝ่ายขออนุมัติงบประมาณประจำปี 2566 ซึ่งจะเริ่มวันที่ 1 เมษายน 2566 - ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2567 เป็นจำนวน 8,587,431.35 บาท จึงขอให้ที่ประชุมร่วมกันพิจารณาด้วย

มติที่ประชุม: ที่ประชุมได้ร่วมกันพิจารณาแล้ว มีมติอนุมัติงบประมาณตามที่แต่ละฝ่ายเสนอ เป็นจำนวนเงิน 8,587,431.35 บาท

ที่ประชุมได้มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมและชี้แจงดังนี้

1. นพ.ทวีศักดิ์ แทนวันดี มีความคิดเห็นว่าในส่วนของเลขฯ อาจจะมีตำแหน่งของผู้จัดการที่สามารถประสานงานเคลียร์ปัญหาต่างๆ ได้ในเบื้องต้นและก็ให้มีเจ้าหน้าที่ผู้ช่วย

เพิ่มอีก 1 คน (ตามที่เสนอ) และอาจจะต้องไปพิจารณาว่าสามารถลดค่าใช้จ่ายในฝ่ายเลขาฯ ในส่วนใดได้บ้างเนื่องจากมีรายรับที่ไม่มาก

2. พญ.รภัส พิทยานนท์ ชี้แจงค่าใช้จ่ายที่เพิ่มมาของฝ่ายศึกษาหลังปริญญาว่า ได้แก่ ค่าจัดอบรม basic science ของ fellow 1 และ 2 แต่ในเบื้องต้นจะไปทำการหาสปอนเซอร์มาช่วยสนับสนุนค่าใช้จ่าย ถ้าหากมีสปอนเซอร์ก็ไม่จำเป็นต้องใช้งบในส่วนนี้ และก็มีในส่วนของค่าจัดอบรม EGD สำหรับเฟลโลว์ปี 1 ที่จะเข้าฝึกอบรมปีการศึกษา 2566 จำนวน 36 ท่าน คาดว่าน่าจะจัดก่อนการประชุมวิชาการกลางปี 2566 ของสมาคม ตามที่ได้เคยเสนอไปแล้ว

3. นพ.มล.ทยา กิตติยากร ชี้แจงค่าใช้จ่ายในส่วนที่ของงบประมาณของฝ่ายกิจกรรม สังคมว่าจะมีในส่วนของโครงการส่งกล้องในถิ่นที่ขาดแคลนซึ่งปีที่แล้วยังไม่ทำได้ และค่าใช้จ่ายโครงการวันโลกที่ตั้งไว้ประมาณ 2 ครั้งต่อปี แต่ถ้าหากว่าหาสปอนเซอร์ได้ก็ไม่ต้องของบในส่วนนี้ เป็นเพียงการตั้งของประมาณไว้ก่อน

4. นพ.จุลจักร ลิ้มศรีวิไล แจ้งว่าการจัดพิมพ์วารสาร จพสท. ว่าควรจะทำหรือไม่ ซึ่งก็ได้ตั้งของประมาณในส่วนนี้ไปนั้นเห็นว่าการจัดพิมพ์วารสาร จพสท. จะมีประโยชน์สำหรับงานวิจัยที่อาจารย์แต่ละท่านที่อาจจะไม่ได้ลงแรงมากนัก แต่เป็นงานวิจัยที่เป็นประโยชน์และเหมาะต่อ จพสท. จึงขอหารือที่ประชุมในวันนี้

ที่ประชุมมีข้อเสนอดังนี้

1. นพ.ทวีศักดิ์ แทนวันดี แจ้งว่าการตีพิมพ์ลง จพสท. เป็นประโยชน์ต่อเฟลโลว์ เพราะการที่อาจจะใช้ขอตำแหน่งทางวิชาการหรือขอเลื่อนขั้นได้ หากบที่ตั้งไว้ประมาณ 20 บท ค่าใช้จ่ายบทละ 30,000 บาท ถ้าสามารถขอเงินสนับสนุนจากที่ผู้ที่จะตีพิมพ์ก็จะประหยัดมากขึ้น โดยหากในส่วนนี้จะใช้ประโยชน์ในการขอตำแหน่งผู้ที่จะตีพิมพ์ก็น่าจะสามารถจ่ายให้ จพสท. ได้ หรืออาจจะขอรับค่าสนับสนุนไม่เต็มจำนวนก็ได้ เช่น 20,000-25,000 ต่อ 1 บท ผู้เป็นเจ้าของงานวิจัยสามารถใช้ประโยชน์ได้ด้วยในฐานะที่สมาคมฯ ช่วยสนับสนุนให้
2. นพ.พูลชัย จรัสเจริญวิทยา ให้ข้อมูลเพิ่มเติม หากต้องการพิจารณาทางเลือกอื่นนั้น เมื่อไม่นานมานี้ได้มีหารือกับ นพ.รัชชัย อัครวิพุธ บรรณธิการวารสาร SMJ (Siriraj Medical Journal) หากสมาคมสนใจจะทำการตีพิมพ์ใน SMJ จะต้องทำอย่างไรบ้าง มีค่าใช้จ่ายหรือแนวคิดอย่างไร ซึ่งทาง

SMJ ยินดีถ้าสมาคมมีความสนใจตีพิมพ์ใน SMJ สามารถทำเรื่องไปในรูปแบบของความร่วมมือ (MOU) แจ้งว่าสมาคมฯ สนใจทำ journal ฉบับหนึ่ง เป็นเล่มเฉพาะทางเดินอาหาร ได้เลย แต่ไม่ใช่ในรูปแบบ supplement เนื่องจากปัจจุบัน SMJ ตีพิมพ์เดือนละ 1 เล่ม เป็น E-journal ที่ผ่านมาก็มีหลายสมาคมเข้าร่วม เช่น สมาคมผิวหนัง แต่ต้องเป็นการแจ้งล่วงหน้าว่า จะต้องการตีพิมพ์ ซึ่งไม่มีค่าใช้จ่าย หากสมาคมทำกับ SMJ ทำในเดือนที่ กำหนดไว้ล่วงหน้าระบบจะดึงเข้าสู่ Scopus ซึ่ง publication จะทำให้ถูกเห็นได้ แต่ว่ารูปแบบไม่ได้มีเป็น peer review ซึ่ง SMJ ยินดีที่จะทำในรูปแบบ peer review ร่วมกันได้หากทำ MOU กัน แต่ว่า peer review process ต้องผ่านของ SMJ หากส่งไป 20 เรื่องไม่ใช่ทุกเรื่องจะต้องผ่าน แต่หากว่าผ่าน peer review ที่มีคุณภาพตามเกณฑ์ที่วางก็จะรับตีพิมพ์ฉบับนั้นเป็นสมาคมโรคทางเดินอาหาร ทั้งนี้ ภาพรวมทั้ง SMJ และ จฟสท. ยังไม่อยู่ใน PubMed ทั้งคู่แต่ SMJ ใช้ station index สูงกว่า จฟสท. ซึ่งต่อไป SMJ อยู่ระหว่างวางแผนประเมินที่จะเข้า PubMed หากในอนาคต SMJ ได้มีการเข้าไปใน PubMed ในอนาคตอาจจะดีกว่า จฟสท. จึงให้ข้อมูลไว้เพื่อเป็นทางเลือก

3. นพ. วีศักดิ์ แทนวันดี มีความเห็นด้วยคิดว่า SMJ ดีกว่า
4. นพ. สมบัติ ตรีประเสริฐสุข เห็นด้วยในหลักการที่สมาคมฯ จะช่วยให้งานวิจัยต่างๆ ได้ตีพิมพ์ แต่สมาคมอาจจะช่วยมากเกินไป เนื่องจากผลงานวิจัยในทางปฏิบัติคนรับผิดชอบคือผู้ทำวิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษา หากไม่ผ่าน SMJ ก็จะทำให้เห็นได้ว่าสมาคมฯ ได้ช่วยแล้ว งานวิจัยที่ไม่ผ่านก็ถือว่าเป็นปัญหาเรื่องคุณภาพจริงๆ ทั้งนี้จะมีการจัด workshop การเขียนเพื่อพัฒนาการทำ manuscript ให้เสร็จ ซึ่งกลุ่มเป้าหมายจะเป็นพวก young staffs ของกลุ่ม training program ของทุกสถาบัน หากสมาคมฯ อนุมัติก็จะดำเนินการจัดในช่วงกลางปี
5. นพ. พูลชัย จรัสเจริญวิทยา มีความเห็นด้วยว่าผู้ที่ตีพิมพ์ต้องหาทางที่จะพัฒนา manuscript ของตนเองให้เหมาะสมมากยิ่งขึ้น สมาคมฯ คงไม่ได้ช่วยถึงขั้นการันตีว่าจะได้ตีพิมพ์ และไม่ควรมุ่งงบประมาณมาลงในส่วนนี้มากเกินไป

6. นพ.สมชาย ลีลากุลศลวงค์ มีความเห็นว่าอาจจะตัดในส่วน จพสท. ไปเลย และจะมุ่งไปที่ SMJ ซึ่งจะหารือกับ นพ.รัชชัยย์ อัครวิฑูช ต่อไป

มติที่ประชุม: รับทราบ และเห็นชอบโดยหลักการในส่วนการตีพิมพ์วารสารกับ SMJ ซึ่งจะต้องทำการหารือกับผู้ที่เกี่ยวข้อง

3.2 แผนการดำเนินงานแต่ละฝ่าย

1. ฝ่ายวิชาการ

นพ.พูลชัย จรัสเจริญวิทยา แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าดังนี้

1. ได้มีการประชุมคณะกรรมการฝ่ายวิชาการ มติที่ประชุมให้มีการปรับเปลี่ยนจากเดิมประชุมวันพฤหัสบดี ศุกร์ และเสาร์ ปรึบมาเป็นวันศุกร์ เสาร์ อาทิตย์ และจัดทำหนังสือประกอบการประชุมแจกให้กับผู้ลงทะเบียนด้วย กำหนดการประชุมวิชาการกลางปี คือวันที่ 14 - 16 กรกฎาคม 2566 จัดประชุมในรูปแบบ onsite โดยจัดที่กรุงเทพฯ เพื่อให้สอดคล้องกับการสนับสนุนของบริษัทเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ที่มีความยินดีจะสนับสนุนหากสมาคมจัดในกรุงเทพฯ
2. ได้มีการประชุมร่วมกับบริษัทเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ผ่านระบบ zoom เมื่อวันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2566 เวลา 14.00 น. ที่ผ่านมาและได้นำเสนอรูปแบบของการประชุมให้บริษัทเวชภัณฑ์รับทราบ ซึ่งทำให้ได้บริษัทผู้สนับสนุนจำนวน 8 symposium (จะได้สิทธิ์บูธฟรีจำนวน 1 บูธต่อ 1 symposium) และร่วมออกบูธจำนวน 16 บูธ
3. อัตราค่าลงทะเบียนก่อน 25 มิถุนายน 2566 สมาชิก 4,000 บาท ไม่เป็นสมาชิก 4,500 บาท ลงทะเบียนหลังวันที่ 25 มิถุนายน 2566 สมาชิก 4,500 บาท ไม่เป็นสมาชิก 5,000 บาท
4. สถานที่จัดประชุม ขอให้ที่ประชุมพิจารณา ดังนี้

สถานที่จัดประชุม

ประชุมวิชาการกลางปี 2566							
	Lunch Box + break	ห้องประชุม	ห้องประชุมย่อย	พื้นที่ออกบูธ	ค่าไฟบูธ	ค่าที่พัก	
อาคารเฉลิมพระบารมี 50 ปี	2 Break 1 Lunch = 510 บาท/ท่าน	10,200 บาท/วัน ห้องสยามมกุฎราชวิทยาลัย class room 200 ที่	10,200 บาท/วัน ห้องพัชรกิติยาภา class room 200 ที่	2,100 บาท/วัน	ฟรี Foyer หน้าห้องประชุม	ฟรี	ร.ร. เอ วัน ร.ร. ฮอติเยอร์ อินน์
Arnoma	2 Break 1 Lunch = 900 บาท/ท่าน	ฟรี class room 300 ที่	ฟรี	ฟรี Foyer หน้าห้องประชุม	ฟรี	3,000 บาท/คืน	
The Berkelly Hotel 13 - 15 กค 2566 ห้องประชุมไม่ว่าง	2 Break 1 Lunch = 850 บาท/ท่าน	ฟรี class room 300 ที่	ฟรี	70,000 บาท/วัน	25,000 บาท/วัน	3,000 บาท/คืน	
Thai CC	2 Break 1 Lunch = 850 บาท/ท่าน	ค่าเช่าจอ LED วันละ 40,000 บาท	ไม่มีห้องย่อย	100,000 บาท/วัน			
Samyit Mitrtown	2 Break 1 Lunch = 1,100 บาท/ท่าน	ห้องกว้างที่นั่งวัน 250 คน/วัน **ไม่มี LCD		300,000 บาท/วัน		3,000 บาท/คืน	ร.ร. Triple Y

ความเห็นจากบริษัทที่เคยไปจัดประชุม, จัดคิว resident หรือร่วมออกบูธ

อาคารเฉลิมพระบารมี 50 ปี	เดินทางค่อนข้างลำบาก แท็กซี่น้อย อาหารไม่ฟรี ไม่มีร้านอาหารให้เลือก ที่พักใกล้ๆน้อย ไม่มี ประสานงานกับอาคารค่อนข้างช้าและซับซ้อน
Arnoma	เดินทางสะดวก ร้านอาหารเยอะ ที่พักมีให้เลือกหลายแห่ง
Thai CC	เดินทางสะดวก เสียค่าที่จอดรถเป็นรายชั่วโมง ที่จอดรถน้อย
Samyit Mitrtown	การเดินทางสะดวก อาหารไม่ฟรี (ด้านข้างร้านอาหารเยอะ) ประสานงานกับอาคารลำบาก เย็นใจเยอะ

นพ.สมชาย ลีลาภูคลังวงศ์ มีความคิดเห็นเห็นว่าที่น่าสนใจ คือ โรงแรมโอโนมา ซึ่งราคาไม่แพง และข้อเสนอด้านอื่น ๆ ดีเพียงแต่ติดที่อาจจะเกินไปหน่อย

มติที่ประชุม: เห็นด้วยที่จะเปลี่ยนวันประชุมมาเป็นวันศุกร์ เสาร์ และอาทิตย์ และสถานที่จัดประชุม มอบหมายให้ประธานฝ่ายวิชาการร่วมกับฝ่ายปฏิบัติการดำเนินการต่อไป

- จะจัดประชุม Academic GI Day ในรูปแบบที่เป็นกิจกรรมแยกต่างหากจากการจัดประชุมกลางปีและปลายปี ได้นำเสนอแนวคิดนี้กับบริษัทเวชภัณฑ์แล้ว จัดเป็น virtual meeting และฟรีค่าลงทะเบียน จะเน้น comprehensive approach on problematic issues of GI คาดว่าจะจัดปีละ 2-3 ครั้ง โดยจะมี mini symposium ประมาณ 40 นาที เพื่อให้บริษัทเวชภัณฑ์สามารถเสนอผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับเนื้อหาที่จะพูดในวันนั้น สำหรับสถานที่ที่จะใช้ถ่ายทอดสดสัญญาณ อาจจะพิจารณาสถานที่ที่จัดฝึกอบรมหมุนเวียนไปตามสถาบันที่มีความพร้อมในระบบหรือโรงแรม

นพ.กัทร เฒ่าสวัสดิ์ เห็นด้วยกับการจัด Academic GI Day เป็นสิ่งที่ควรสนับสนุน หากไม่ได้ค่าสนับสนุนจากบริษัทเวชภัณฑ์ ค่าใช้จ่ายก็ยังไม่ได้มาก สมาคมฯสามารถช่วยสนับสนุนได้

นพ.สมชาย ลีลากุลศลวงค์ มีความคิดเห็นว่าคุณเวลาที่จำกัด ขอให้ไม่ใกล้กับจัดประชุม APDW2023

มติที่ประชุม: เห็นชอบในหลักการ

2. ฝ่ายวิจัย

นพ.สมบัติ ศรีประเสริฐสุข แจ้งต่อที่ประชุมว่าได้สานต่อที่ นพ. พูลชัย จรัสเจริญวิทยา ได้เคยดำเนินการไว้เป็นอย่างดีมาแล้ว โดยได้วางแผนงานเกี่ยวกับการวิจัยไว้ ตามตารางด้านล่างนี้

Works	1/2023	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. งาน นำเสนอผล 54๒ F2		Letter to F2	1-Day presentation					สรุปแผนดำเนินการฝ่ายวิจัย GAT 2023-2024				
2. งาน นำเสนอ โครงการวิจัย F1	BUDGET planning							Letter to F1	1-Day presentation			
3. งาน นำเสนอสนับสนุน DDW23/ APDW23		DDW abstract support criteria		ประกาศผลให้ทุน Fellow 2					Abstract submission APDW 2023 BKK: F1-2			APDW 2023
4. จัดงาน GAT research development workshop				Invitation letter+final prog.		2-day in BKK-rit meeting						
5. Research highlight RCPT.	งานเขียนจากคุณค. ศรีธนเมธี											RCPT --งานวิจัย research highlights for 2024

Works	1/2024	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. งาน นำเสนอผล 54๒ F2		Letter to F2	1-Day presentation					สรุปแผนดำเนินการฝ่ายวิจัย GAT 2023-2024				
2. งาน นำเสนอ โครงการวิจัย F1	BUDGET planning							Letter to F1	1-Day presentation			
3. งาน นำเสนอสนับสนุน DDW23/ APDW23		DDW abstract support criteria		ประกาศผลให้ทุน Fellow 2					Abstract submission For GAT Annual meeting			GAT 2024
4. จัดงาน GAT research development workshop				Invitation letter+final prog.		2-day in BKK **2ND Meeting						
5. Research highlight RCPT.	งานเขียนจากคุณค. ศรีธนเมธี											RCPT --งานวิจัย research highlights for 2024

โดยหลักๆ แล้วเป็นการนำเสนอของ fellow 1 และ 2 แต่มีส่วนที่ปรับเปลี่ยนเล็กน้อย ในส่วนของหลักเกณฑ์การให้คะแนนได้ประสานขอแบบฟอร์มประเมินกับราชวิทยาลัย โดยจะใช้แบบฟอร์มเดียวกัน และมีส่วนงานที่เพิ่มเติมคือการจัดพัฒนาการเขียน development research proposal ให้เขียนให้เสร็จ และจะเชิญผู้ที่ทำวิจัยจำนวนมาก ที่มีความสามารถทั้งของไทยและ speaker จากประเทศใกล้เคียง เช่น ฮองกง มาเลเซีย อินเดีย โดยจะจัดประมาณช่วงกลางปี มีกลุ่มเป้าหมายเป็น young staffs, middle staffs ในสถาบันต่างๆ ที่เป็นสถาบันฝึกอบรม และก็มีผู้เสนอว่าควรจะต้องเปิดช่องให้กับโรงพยาบาลศูนย์ จังหวัดอีกส่วนหนึ่งถ้ามีที่ว่างเพียงพอ ทั้งนี้จะประมาณ 30-40 ท่านต่อ 1 workshop ที่จะเริ่มดำเนินการในปีนี้

มติที่ประชุม: เห็นชอบในหลักการ

3. ฝ่ายจริยธรรม

นพ.องอาจ ไพโรสถนรางกูร แจ้งที่ประชุมทราบว่าในส่วนของฝ่ายจริยธรรมได้หารือกับ พญ.วัฒนา สุทธิไพศาล อดีตประธานฝ่ายจริยธรรม แล้วว่าจะดำเนินการในรูปแบบเดิม ซึ่งในเรื่องของงบประมาณ คือ การหาผู้ช่วยพิมพ์งานประมาณ 2,000 บาทต่อเดือน และในส่วนของการกรรมการที่ช่วยพิจารณา ก็เช่นกันจะดำเนินการเหมือนทุกๆ ปีที่ผ่านมา คือ นำเรื่องปรึกษาอาจารย์หรือผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้อง โดยหลักก็จะหารือกับอาจารย์ที่เป็นสมาชิกของสมาคม

มติที่ประชุม: เห็นชอบ

4. ฝ่ายสารสนเทศและการสื่อสาร

นพ.ภาฤทธิ์ เมฆอรุณกมล รายงานต่อที่ประชุมว่าได้อัปเดตรายชื่อคณะกรรมการชุดใหม่ในเว็บไซต์สมาคมฯ แล้ว และหากฝ่ายใดมีเรื่องต้องการที่จะประชาสัมพันธ์ผ่านเฟสบุ๊คหรือเว็บไซต์สามารถให้ข้อมูลมาได้โดยตรง

มติที่ประชุม: รับทราบ

3.3 ความคืบหน้าจัดประชุม APDW2023

นพ.สมชาย ลีลากุลสวัสดิ์ แจ้งที่ประชุมว่าการจัดประชุม APDW 2023 มีความคืบหน้าอยู่ในระดับหนึ่ง ซึ่งจะต้องมีการนัดประชุมกับทางกรรมการของ APDW อีกครั้ง หากมีข้อสรุปเพิ่มเติมจะแจ้งให้ที่ประชุมทราบต่อไป ซึ่งวันที่จัดยังคงเป็นวันที่ 6-9 ธันวาคม 2566

รูปแบบ onsite เพียงอย่างเดียว และประเทศจีนก็เปิดประเทศแล้วคาดว่าจะมี volume ที่เพิ่มขึ้น

มติที่ประชุม: รับทราบ

วาระที่ 4 เรื่องอื่นๆ

4.1 นพ. สถาพร มานัสสถิตย์ แจ้งที่ประชุมทราบว่าเงินที่เหลือในบัญชี WCOG Training2002 ที่ได้ตั้งบัญชีขึ้น เนื่องจากสมาคมเป็น training center และทาง WGO จะให้เงินสมาคมทุกปี ปีละประมาณ 1,500 -2,000 USD เพื่อเป็นงบสำหรับฝึกแพทย์ต่างชาติที่รับเข้ามาฝึกอบรม โดยเปิดอยู่ 2 บัญชี ได้แก่ ธ.ไทยพาณิชย์ และ ธ.ทหารไทย ผู้ดูแลบัญชีนี้จะต่อกันมาเป็นทอดๆ เงินคงเหลือประมาณ 1,700,000 บาท เนื่องจากตอนหลังทาง WGO นำเงินไปให้คนที่มาฝึกอบรมโดยตรง ไม่ได้เอามาให้ผ่านสมาคมแล้ว จึงเห็นว่าเงินบัญชีนี้สามารถใช้ในการฝึกอบรมได้ ขอเสนอให้ พญ.นันทลี เผ่าสวัสดิ์ ซึ่งเป็นผู้ดูแล training center เป็นผู้ดูแลบัญชีนี้ ขอเสนอให้ที่ประชุมพิจารณา

นพ.ทวีศักดิ์ แทนวันดี มีความเห็นว่าเนื่องจากเงินจำนวนนี้ได้หลุดจากงบดุลสมาคมฯ ไปแล้ว 20 ปี จึงต้องมีมติรองรับเพื่อคืนงบในส่วนนี้เข้าสู่สมาคม โดยหลักการแล้วคิดว่าสามารถโอนกลับเข้ามาเป็นงบของสมาคมฯ โดยยื่นเป็นหนังสือขอรายละเอียดความเป็นไปได้ เนื่องจากว่าถือว่าเป็นเงินของสมาคมและ หากว่า พญ.นันทลี เผ่าสวัสดิ์ ต้องการนำเงินมาใช้ใน training center ก็สามารถนำเรื่องเสนอมาได้

พญ.นันทลี เผ่าสวัสดิ์ สนับสนุนความคิดเห็นเนื่องจากเงินจำนวนนี้เบื้องต้นเป็นการร่วมกันกับสมาคมฯ กับ WCOG ดังนั้นในหลักการก็ถือว่าเป็นเงินของสมาคมฯ และเพื่อให้เกิดความโปร่งใสมีความคิดว่าควรรวบรวมเป็น 1 บัญชีและนำส่งให้สมาคมฯ และหากศูนย์ training center ที่ ร.พ.ศิริราช มีค่าใช้จ่ายก็จะทำเรื่องเพื่อขอของบต่อสมาคมฯต่อไป

มติที่ประชุม: โอนเงินเข้าไปเป็นงบส่วนหนึ่งในงบดุลของสมาคมแพทย์ทางเดินอาหาร และให้มีการตั้งของบในแต่ละปีเพื่อนำมาใช้ต่อไป

ปิดการประชุมเวลา 12.00 น.

นพ.เฉลิมรัฐ บัญชรเทวกุล

เลขาธิการสมาคมฯ

ผู้ตรวจรายงานการประชุม

รายงานการประชุม ครั้งที่ 3/2566

คณะกรรมการอำนวยการสมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

วันที่ 12 พฤษภาคม 2566 เวลา 10.00-12.00 น.

ณ ห้องประชุม Kappa ชั้น 6 โรงแรมพูลแมน ช.รางน้ำ, กรุงเทพฯ

จัดในรูปแบบ Hybrid

รายนามผู้เข้าร่วมประชุม onsite

1. นพ.สมชาย	ลีลากุลวงศ์	นายกสมาคมฯ
2. นพ.ธีระ	พิรัชวิสุทธิ์	รองตำแหน่งนายก
3. นพ.เฉลิมรัฐ	บัญชาเรทกุล	เลขาธิการ
4. นพ.สุพจน์	นิมอณรงค์	รองเลขาธิการ
5. นพ.พูลชัย	จรัสเจริญวิทยา	ประธานฝ่ายวิชาการและการศึกษาต่อเนื่อง
6. พญ.รภัส	พิทยานนท์	ประธานฝ่ายการศึกษาหลังปริญญา
7. พญ.อาภัสณี	โสภณสฤษฏ์สุข	กรรมการกลาง
8. นพ.อุทัย	แก้วเอี่ยม	กรรมการกลาง
9. นพ.กำธร	เผ่าสวัสดิ์	ที่ปรึกษา
10. นพ.นรินทร์	อจลชนันท์	ที่ปรึกษา
11. นพ.อุดม	คชินทร	ที่ปรึกษา

รายนามผู้เข้าร่วมประชุม online

1. นพ.ทวีศักดิ์	แทนวันดี	อุปนายก
2. พญ.พิมพ์ศิริ	ศรีพงศ์พันธุ์	เหรัญญิก
3. พญ.ศุภมาส	เชิญอักษร	ปฏิคมและสวัสดิการ
4. นพ.สมบัติ	ตรีประเสริฐสุข	ประธานฝ่ายวิจัย
5. นพ.กิตติ	ชินยง	กรรมการกลาง
6. น.ท.(หญิง) พญ.ชนันหา	หงษ์ธนากร	กรรมการกลาง

7. น.อ.นพ.ชินวัตร	สุทธิวนา	กรรมการกลาง
8. พญ.ณัฏชญา	จำริญกุล	กรรมการกลาง
9. นพ.พลรัตน์	วีไลรัตน์	กรรมการกลาง
10. นพ.รัฐกร	วีไลชนม์	กรรมการกลาง
11. นพ.วิศรุต	มานะศิริสุข	กรรมการกลาง
12. นพ.สยาม	ศิรินธรปัญญา	กรรมการกลาง
13. นพ.สุนทร	ชลประเสริฐสุข	กรรมการกลาง
14. พญ.อภิัญญา	สิริพันธ์	กรรมการกลาง
15. พญ.ดวงพร	วีระวิธกานนท์	ที่ปรึกษา
16. นพ.ธวัชชัย	อัศววิทูธ	ที่ปรึกษา
17. พญ.พจมาน	พิศาลประภา	ที่ปรึกษา
18. พญ.รัตนา	บุญศิริจันทร์	ที่ปรึกษา
19. พล.ต.นพ.อนุชิต	จุฑาพุทธิ	ที่ปรึกษา

รายนามผู้ไม่สามารถเข้าร่วมประชุม

1. นพ.จุลจักร	ลิมศรีวีไล	ประธานฝ่ายวารสาร
2. นพ.มล.ทยา	กิตติยาก	ประธานฝ่ายกิจกรรมสังคม
3. นพ.ภาฤกษ์	เมฆอรุณกมล	ประธานฝ่ายสารสนเทศและการสื่อสาร
4. พ.ท.นพ.ศักรินทร์	จิรพงศธร	ประธานฝ่ายหาทุน
5. นพ.องอาจ	ไพโรสณตรงกูร	ประธานฝ่ายจริยธรรม
6. พ.ท.นพ.ขจรศักดิ์	ยงวัฒนา	กรรมการกลาง
7. นพ.คมสันต์	เลิศคุณิณีจ	กรรมการกลาง
8. พญ.ฐนินสา	พัชระตระกูล	กรรมการกลาง
9. พญ.นนทลี	เผ่าสวัสดิ์	กรรมการกลาง
10. นพ.ประเดิมชัย	คงคำ	กรรมการกลาง
11. พญ.มณฑิรา	มณีรัตน์นะพร	กรรมการกลาง
12. นพ.รังสรรค์	ฤกษ์นิมิตร	กรรมการกลาง
13. พญ.สุภัทศรี	เศรษฐสินธุ์	กรรมการกลาง
14. พญ.กรรณิการ์	พรพัฒน์กุล	ที่ปรึกษา

15. นพ.จรินทร์	โรจนันดรวิทยา	ที่ปรึกษา
16. พญ. โนมศรี	โฆษิตชัยวัฒน์	ที่ปรึกษา
17. พญ. ชุตติมา	ประมุขลินทรพย์	ที่ปรึกษา
18. นพ. เต็มชัย	ไชยหนูดี	ที่ปรึกษา
19. นพ. ทวี	รัตนชูเอก	ที่ปรึกษา
20. พญ. นภาพร	จำริญกุล	ที่ปรึกษา
21. พญ. นุบผา	พรธิสรา	ที่ปรึกษา
22. นพ. บัญชา	โอภาทพารพร	ที่ปรึกษา
23. นพ. พินิจ	กุลละวณิชย์	ที่ปรึกษา
24. นพ. พิศาล	ไม้เรียง	ที่ปรึกษา
25. นพ. พิเศษ	พิเศษพงษา	ที่ปรึกษา
26. นพ. พิสิฐ	ตั้งกิจวานิชย์	ที่ปรึกษา
27. นพ. ภูริพงศ์	กิจดำรงธรรม	ที่ปรึกษา
28. พญ. วัฒนา	สุชีพไพศาลเจริญ	ที่ปรึกษา
29. พญ. วโรชา	มหาชัย	ที่ปรึกษา
30. พล.ต. นพ. วิชัย	ชัยประภา	ที่ปรึกษา
31. นพ. ศตวรรษ	ทองสวัสดิ์	ที่ปรึกษา
32. พญ. ศศิประภา	บุญญพิสิฐ	ที่ปรึกษา
33. พญ. ศิวะพร	ไชยหนูดี	ที่ปรึกษา
34. นพ. สถาพร	มานัสสถิตย์	ที่ปรึกษา
35. นพ. สวัสดิ์	หิตะนันท์	ที่ปรึกษา
36. นพ. สีน	อนุราชภูรี	ที่ปรึกษา
37. นพ. สิริวัฒน์	อนันตพันธุ์พงศ์	ที่ปรึกษา
38. นพ. สุเทพ	กลชาญวิทย์	ที่ปรึกษา
39. นพ. สุริยะ	จักกะพาก	ที่ปรึกษา
40. นพ. สุพจน์	พงศ์ประสพชัย	ที่ปรึกษา
41. พญ. สุพร	ตรีพงษ์ภรณา	ที่ปรึกษา
42. พล.ท. นพ. สุรพล	ชินรัตน์กุล	ที่ปรึกษา

วาระที่ 1 เรื่องที่ประธานแจ้งเพื่อทราบ

นพ.สมชาย ลีลากุลตวงค์ นายกสมาคมฯ แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

1. ได้ไปร่วมงานประชุมวิชาการประจำปีของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย และมอบวุฒิบัตรแพทย์ประจำบ้านต่อยอด อนุสาขายูโรศาสตร์โรกระบบทางเดินอาหาร ที่สำเร็จการศึกษา ปี 2565 เมื่อวันที่ 21 เมษายน 2566 ณ โรงแรมดุสิต พัทยา จ.ชลบุรี มีผู้ที่สำเร็จการศึกษา จำนวน 34 ท่าน มารับประกาศนียบัตร จำนวน 28 ท่าน

2. เป็นตัวแทนของสมาคมฯ เข้าร่วมประชุมกับราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ฯ เรื่องการเบิกจ่ายของ สปสช. เมื่อวันที่ 29 มีนาคม 2566 มีหลายสมาคมฯ เข้าร่วมประชุม เช่น นพ.พูลชัย จรัสเจริญวิทยา เป็นตัวแทนของสมาคมโรคตับ, พญ.นนทลี เผ่าสวัสดิ์ เป็นตัวแทนของสมาคมส่องกล้องฯ ในส่วนของสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารฯ ได้นำเสนอในหัวข้อของ Motility แต่จริงๆ แล้วทาง สปสช. เป็นเพียงการรับทราบและจะนำไปพิจารณาว่าจะสามารถจัดอะไรได้บ้าง ซึ่งต่อไปในส่วนนี้จะต้องมีรายละเอียดอีกค่อนข้างมาก

3. เมื่อวันที่ 5 - 11 พฤษภาคม 2566 ได้เป็นตัวแทนของสมาคมฯ เดินทางไปโปรโมทงานประชุม APDW 2023 ในงานประชุม DDW ที่ประเทศสหรัฐอเมริกา ในการประชุม DDW ครั้งนี้ ผู้ร่วมงานประมาณ 12,000 - 13,000 คน และส่วนใหญ่จะเป็นคนอเมริกัน คนญี่ปุ่นส่วนน้อย และคนจีนจะไม่ค่อยมีเลย ส่วนเอเชียจะเป็นคนไทยส่วนใหญ่ ซึ่งจะมีของ TAGE ร่วมกับ APAGE เข้าร่วม ซึ่งถือว่าเป็นนิมิตหมายอันดีของภาพรวมและได้มีโอกาสได้ประชุมกัน ในเรื่องของการทำงานความร่วมมือกับ APDW นั้น มีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้น ก่อให้เกิดโอกาสเพิ่มมากขึ้นต่อสมาคมฯ และสมาคมอื่นๆ ด้วย

มติที่ประชุม: รับทราบ

วาระที่ 2 รับรองรายงานการประชุมครั้งที่ 2/2566

มติที่ประชุม: รับรองรายงานการประชุมครั้งที่ 2/2566 โดยไม่มีแก้ไข

วาระที่ 3 เรื่องสืบเนื่องและพิจารณา

3.1 พิจารณารับรอง มคอ.1 อนุสาขายูโรศาสตร์โรกระบบทางเดินอาหาร

พญ.รภัศ พิทยานนท์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าเนื่องจากสมาคมฯ จะต้องส่งหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอด เพื่อวุฒิบัตรแสดงความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม อนุสาขายูโรศาสตร์โรกระบบทางเดินอาหาร (มคอ.1) ฉบับปรับปรุงใหม่ พ.ศ.2566 ไป

ยังราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ภายในเดือนพฤษภาคม 2566 ดังนั้นจึงขอร้องนำร่างหลัก
สูตรฯ ดังกล่าวเข้ามาชี้แจงเนื่องจากมีการปรับแก้ไขหลักสูตรฯ จากฉบับปรับปรุง ปี 2561 เล็กน้อย
และเมื่อรับรองแล้วจะนำส่งราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ฯต่อไป

1. ปรับเพิ่มเข้ามา 2 โรค ได้แก่ Pancreas จะเพิ่มในส่วนของ IPMN อยู่ในระดับ 2
และ IgG4 related GI disease อยู่ในระดับ 2 เช่นกัน
2. ในส่วนหัตถการ ปรับ Upper GI series โดยเดิมอยู่ในระดับ 1 ปรับมาเป็นระดับ 2
เนื่องจากคิดว่าในขณะนี้ใช้กันน้อยลงมากในเรื่อง Upper GI series แต่ในส่วน
ต่างจังหวัดยังพอมียังใช้กันอยู่บ้าง
3. ไม่ได้ปรับเปลี่ยนเรื่องวิจัย
4. เพิ่มความรู้บูรณาการให้ลือไปตามที่ราชวิทยาลัยกำหนด จึงได้เพิ่มเรื่อง การใช้
ยาอย่างสมเหตุผลผล, PDPA และเพิ่มเรื่อง การแพทย์ทางเลือก ได้แก่ การใช้
จุลินทรีย์ในลำไส้เพื่อรักษาโรคระบบทางเดินอาหารและตับ และการใช้จิตบำบัดใน
การรักษาโรคทางเดินอาหาร ฝ่ายการศึกษาหลังปริญญา จะจัดการบรรยายเพื่อให้
fellow ได้เรียนรู้
5. การทำหัตถการไม่ได้มีการปรับ ยังคงจำนวนเท่าเดิม
6. ปรับจำนวนเคส EPA ลดลง เพื่อประเมิน fellow ให้ผ่านไปในระดับถัดไปได้
อาทิ EGD จะใช้จำนวนเคสที่ fellow ได้ทำทั้งหมด จำนวน 100 เคสเลย และเมื่อ
พร้อมที่จะให้ทำประเมินเมื่อไหร่ก็สามารถมาประเมินเป็น EPA แต่จำนวนเคส
ของ EPA ไม่สำคัญ จะสำคัญอยู่ที่ ผ่าน หรือ ไม่ผ่าน ในระดับที่ได้กำหนดไว้

ที่ประชุมได้มีข้อเสนอแนะดังนี้

1. นพ.พูลชัย จรัสเจริญวิทยา เสนอดังนี้
 - 1.1 ครั้งแรกหลักสูตรนี้ได้รับตาม WFME โดยเฉพาะตัวเลข EPA ที่ได้ถูกกำหนด
ขึ้นมาต้องใช้คำว่า Magic Number ซึ่งไม่มีใครรู้ โดยในการประชุม WFME
รอบใหม่ที่เพิ่งประชุมไปเมื่อปลายปี 2565 ของราชวิทยาลัย ก็มีสมาชิกจาก
หลายราชวิทยาลัยสอบถามว่าการกำหนด EPA เท่าใดถึงจะเหมาะสม ยก
ตัวอย่างของเรื่อง ดมยา นั้นจะเป็นความเห็นของผู้เชี่ยวชาญในแต่ละสาขา
อาชีพว่าจะใช้จำนวนเท่าใด ซึ่งต้องเรียกได้ว่าเป็น minimum requirement
ไม่ใช่ maximum หรือ average แต่เพื่อให้แต่ละสถาบันที่ยังฝึกอบรมอยู่
นั้นสามารถดำเนินการอยู่ได้และทำให้มีเคสเพียงพอที่ทำให้เป็นเคสขั้นต่ำที่

fellow ทำได้ จึงเป็นที่มาของการดำเนินการในปัจจุบัน และในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา ได้มีการเก็บข้อมูลว่า EPA ในแต่ละมิติ fellow ในแต่ละสถาบันมีการเก็บแล้วเป็นอย่างไร มีตัวเลขในสถาบันฝึกอบรมไว้เป็นอย่างไร ทั้งนี้ ในการปรับในรอบนี้ น่าจะเป็นโอกาสดี ถ้านำข้อมูลต่างๆ เหล่านี้ มาเป็น objective adjustment จริงๆ ไม่อย่างนั้น อาจจะเป็นความรู้สึกที่เปลี่ยนไปเรื่อยๆ และต้องหาตัว support ว่าทำไมเราถึงต้องเอาเข้ามา รวมถึงในแง่ของการทำ Endoscopy ถ้าปรับ EPA ในลักษณะนี้จะหมายความว่า จะต้องมีการปรับได้แก่ 1. เก็บข้อมูลว่าจำนวนรวมที่ fellow ทำว่ามีเท่าไร

- 1.2 จำนวนที่ fellow จะประเมินผ่านมีเท่าไร ทั้งนี้ ในส่วนของปัญหาอุปสรรคในการทำ หัตถการ EPA ที่ผ่านมา จะถือว่า fellow ทำแล้วไม่นำมาส่ง จะมาส่งตอนใกล้ๆ สอบ ซึ่งจะทำให้เป็นการทิ้งอาจารย์และ fellow ที่ต้องมานอมนัด ในเหตุการณ์ที่ผ่านมาแล้ว กระบวนการฝึกควรจะมีการประเมินคู่ขนานกันไปเลย โดยในส่วนของความเห็นที่มีการปรับ EPA ลดลงนั้น เพื่อเป็นการง่ายของผู้ประเมินและผู้ถูกประเมิน ซึ่งไม่ว่าทำแบบนี้จะผิดหรือถูก แต่หากจะทำได้ ต้องมีการเก็บข้อมูล และนำข้อมูลทั้งหมดมาเพื่อทำการตัดสินใจว่าจำนวนเท่าใดถึงจะเหมาะสม ไม่เป็นเพียงความรู้สึกของผู้เชี่ยวชาญ

2. นพ.อุดม คชินทร เห็นด้วยกับข้อเสนอแนะของ นพ.พูลชัย ว่าด้วยเรื่อง EPA เป็น Magic Number และเป็น learning by doing ซึ่งจำนวนครั้งที่ทำนั้นไม่สำคัญ แต่จะสำคัญที่ต้องมีอาจารย์ควบคุมและดูตั้งแต่ต้นจนจบ และสามารถประเมินได้ว่า fellow สามารถทำได้จริง จึงเห็นว่าควรมีการระงับเพิ่มว่าต้องมีอาจารย์เป็นผู้ประเมิน real time onsite ในการปฏิบัติจริงด้วย จะเป็นจำนวนกี่เคสก็ไม่สำคัญ

3. นพ.สมชาย สีลาภูสวรงค์ มีความเห็นว่าในช่วงแรก Magic Number ให้เป็นไปตามที่ พญ.รัศมิ์ พิชยานนท์ และให้ใช้ไปเป็นฐานที่จะใช้ในปีต่อไปด้วยว่า ใช้แบบนี้แล้วจะเป็นอย่างไร อาจจะต้องมีการปรับเพิ่มหรืออย่างไรต่อไป ในช่วงปีแรกอาจจะต้องมีการประเมิน 1-2 ครั้ง และในทางปฏิบัติหาก fellow ยังไม่สามารถทำได้ก็อาจจะต้องมีระบบ feedback ชัดเจนให้ fellow ไปปรับ และขอให้ไปดูบทวนในส่วนที่กำหนดว่าเป็นโรคระดับ 1, 2, 3 ด้วย

พญ.รัศมิ์ พิชยานนท์ ซึ่งแจ้งว่าได้มีการกำหนดระดับแบบนี้มาระยะหนึ่งแล้ว คือ ระดับ 1. เป็นโรคที่ต้องรู้หรือพบบ่อย ระดับ 2. คือโรคที่พบบานกลางซึ่งควรรู้ ระดับ 3. คือโรคที่พบได้ยาก และในส่วนของหัตถการที่ได้รับในครั้งนี้อาจจะมีผลต่อการพัฒนาการในอนาคตได้ และต่อไป

จะทำให้เป็นแบบ real time ภายใน 24 ชั่วโมงต้องมีการประเมินอยู่ในระบบ หากเมื่อจำนวนเคสชัดเจนว่ามีเคส fellow ก็จะตั้งใจในการที่จะไปเชิญอาจารย์มาคุมเพื่อที่จะให้ผ่าน level นั้นไปได้ ซึ่งได้หารือกับ IT แล้วว่าให้กำหนด EPA เป็น real time จริง ๆ เพื่อสุดท้ายข้อมูลนี้จะได้มีการนำมาวิเคราะห์ต่อไปว่าในปีถัดไปจะต้องปรับจำนวนเคสหรือไม่

มติที่ประชุม: รับทราบและเห็นชอบ คงจำนวน Magic Number ตามที่เสนอมานี้ และให้ระบุในส่วนของการละเอียดของการทำด้วยเพื่อให้แต่ละสถาบันได้ทราบว่าเป็นแต่ละการทำต้องมีหลักการในการทำ

3.2 ผลการสอบภาคปฏิบัติรายยาวแพทย์ประจำบ้านต่อยอดฯ ปี 2 ปีการศึกษา 2565

พญ.รภัส พิทยานนท์ แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

1. การสอบ long case ของ Fellow ปี 2 เมื่อวันที่ 31 มีนาคม 2566 จำนวน 35 คน ผลการสอบรวมทั้งหมด คือสอบผ่านทั้ง 35 คน
2. กำหนดการสอบข้อเขียนในวันที่ 28 และ 29 มิถุนายน 2566 สถานที่สอบอาจจะต้องเปลี่ยน เนื่องจากสถานที่สอบ รพ.พระมงกุฎเกล้า ห้องสอบไม่ว่าง

มติที่ประชุม: รับทราบ

3.3 ความคืบหน้าจัด workshop EGD สำหรับแพทย์ประจำบ้านต่อยอดฯ (เฟลโลว์) ปีที่ 1 ปีการศึกษา 2566

พญ.รภัส พิทยานนท์ แจ้งที่ประชุมทราบว่าจะมีบริษัทโอลิมปัส และบริษัทฟูจิ มาช่วยตั้ง station ให้ทั้งหมด 13 station ซึ่งจะแบ่งเฟลโลว์ให้ station ละ 3 คน และ อีก 1 station สำหรับสอบ ทั้งนี้จะมีการประเมิน 1 เดือนหลังจากเฟลโลว์สามารถปฏิบัติได้ถูกต้องหรือไม่ ซึ่งจะมีอาจารย์ประจำสถาบันเป็นผู้ประเมิน

มติที่ประชุม: รับทราบและเห็นชอบ

3.4 พิจารณารับรองหลักสูตรเกณฑ์หลักสูตรการฝึกอบรมเพื่อประกาศนียบัตรวิชาชีพเวชกรรม

ด้านโรคตับขั้นสูง สมาคมโรคตับแห่งประเทศไทย

นพ.ธีระ พิรัชวิสุทธิ์ แจ้งที่ประชุมว่าได้ดำเนินการในส่วนหลักสูตรฯ นี้มาเกือบ 2 ปีเต็ม และได้ผ่านการรับรองและได้เชิญคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องจากหน่วยอื่นๆ ได้เข้ามาประชุมพิจารณาหลักสูตรแล้ว จึงขอเสนอที่ประชุมเพื่อพิจารณารับรองหลักสูตรอีกครั้งหนึ่งเพื่อที่จะส่งไปยัง

ราชวิทยาลัยและแพทยสภาต่อไป

นพ.สุพจน์ นิมมอนงค์ นำเสนอรายละเอียดของหลักสูตร ดังนี้

1. ปัจจุบันที่พบว่าผู้ป่วยโรคตับมีความซับซ้อนขึ้นเรื่อยๆ และมีอัตราการเสียชีวิตสูง จึงมีความจำเป็นให้กลุ่มผู้ป่วยได้รับการรักษาจากแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญที่ลึกมากขึ้น และเนื้อหาที่นักศึกษาแพทย์จะต้องถูกอบรมนั้นจะต้องเรียนรู้ทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ Basic Science , Knowledge โรคตับ, การทำหัตถการ, การทำวิจัย และการบูรณาการ โดยจะล้อกับ WFME หลักสูตรของ GI
2. ในส่วนของ Basic Science สิ่งที่น่าสนใจเพิ่มเติมจะเป็นเรื่องของ liver transplantation และ basic ของ radiology ของ liver cancer
3. ในส่วนของ Knowledge ของโรคตับจะมี level 1 , 2 , 3 level 1 พบป่วยต้องเรียนรู้จากผู้ป่วยโดยตรง, level 2 พบได้ปานกลาง อาจเห็นผู้ป่วยในหอผู้ป่วย ซึ่งต้องร่วมกันดูแลรักษาผู้ป่วย, level 3 เป็นโรคที่ไม่พบป่วยแต่ต้องเรียนรู้จากการศึกษาค้นคว้าเอง แพทย์ต้องมีความสามารถในการประเมินผู้ป่วย liver transplantation รวมถึงการประเมินคนไข้ที่เป็นโรคตับต่างๆ
4. ในส่วนของหัตถการ level 1 ต้องสามารถทำได้ด้วยตนเอง โดยกำหนดให้มี 3 หัตถการ ได้แก่ Endoscopic treatment of variceal hemorrhage , Percutaneous live biopsy และ Liver elastography และในส่วนภาพรังสีวิทยา level 1 ได้แก่ Transabdominal ultrasonography, Cholangiography, CT liver, MRI liver และ MRCP
5. ในส่วนของการวิจัยในรอบ 1 ปีกำหนดไว้ว่าผู้เรียนต้องมีการทบทวนวรรณกรรมแบบ review article, systematic review 1 เรื่อง ร่วมกับทำงานวิจัยอีก 1 เรื่อง ได้แก่ งานวิจัยแบบ prospective, cross sectional , retrospective หรือ meta-analysis ซึ่งในส่วนของ การให้การอบรมจะล้อไปกับหลักสูตร WFME ทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ การดูแลรักษาผู้ป่วย, การสอน medical knowledge, ส่งเสริมให้มีการเรียนรู้ด้วยตนเอง, การทำวิจัย journal ต่างๆ, communication skills, system based practice
6. การประเมินผล นักศึกษาแพทย์จะต้องมีเวลาฝึกอบรมไม่น้อยกว่า 80% และต้องผ่าน EPA (4 ข้อ), ต้องผ่านการทำหัตถการตามจำนวนที่กำหนดไว้, ต้องผ่านการทำวิจัย รวมถึงปฏิบัติงานให้ไม่ก่อความเสี่ยงแก่สถาบัน และในการสอบจะกำหนด

เป็น 2 ภาค คือ ภาคทฤษฎี (MCO) และภาคปฏิบัติ

7. คุณสมบัติของผู้สมัคร ได้แก่ แพทย์ที่จบการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่ออายุศัลยศาสตร์โรคระบบทางเดินอาหาร
8. สถานภาพของสถาบันฝึกอบรม
 - 8.1 สถาบันฝึกอบรมหลัก จัดให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมได้รับประสบการณ์จากสถาบันฝึกอบรมตลอดหลักสูตร หรือเป็นเวลาไม่ต่ำกว่าระยะเวลา 2 ใน 3 ของหลักสูตร
 - 8.2 สถาบันร่วมฝึกอบรม จัดให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมได้รับประสบการณ์จากทุกสถาบัน โดยแต่ละแห่งมีเวลาไม่ต่ำกว่า 1 ใน 3 ของระยะเวลาของหลักสูตร
 - 8.3 สถาบันฝึกอบรมกิจกรรมเลือก จัดประสบการณ์เพิ่มเติมให้กับผู้เข้ารับการฝึกอบรมที่สนใจในลักษณะของกิจกรรมเลือก (elective) โดยจะต้องมีระยะเวลา รวมกันไม่เกิน 1 ใน 3 ของหลักสูตร

9. EPA กำหนดคล้ายๆกับของแพทย์ประจำบ้านอายุศัลยศาสตร์ ซึ่งกำหนดตาม setting ของผู้ป่วย โดยแบ่งเป็น EPA 1, 2, 3, 4

ที่ประชุมได้มีข้อเสนอแนะ/คำถาม ดังนี้

นพ.พูลชัย จรัสเจริญวิทยา แจ้งว่าหลักสูตรนี้ได้ถูกร่างมาแล้ว และนำส่งไปที่ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ฯ แล้ว

และ นพ. รัชชชัย สุระ ได้ตั้งคำถามสำคัญมา 3 เรื่องซึ่งเป็นประเด็นสำคัญ ได้แก่

1. หลักสูตรนี้ต้องการทำหลักสูตรให้ผ่านไปถึงระดับแพทยสภาใช้หรือไม่ หากเพื่อไปถึงระดับแพทยสภา ต่างประเทศก็จะสามารถประเมินความสามารถของแพทย์ที่ฝึกอบรมในประเทศไทยได้ แต่หากไม่ผ่านแพทยสภาก็สามารถทำได้แต่ต่างประเทศจะไม่สามารถมองเห็น อาจจะมีผลในแง่ของการไปศึกษาต่อ
2. หลักสูตรนี้แตกต่างอย่างไรกับหลักสูตร GI จะส่งผลกระทบต่อแพทย์ที่ฝึกอบรม GI จบไปแล้ว ซึ่งในการออกแบบในหลักสูตรนี้จะเหมือนกับว่าเป็น sandwich technique คือในระดับ resident การทำ EPA จะเป็น clinical setting และหลักสูตรนี้ไม่ใช่ transplant fellowship program ทำให้เกิดคำถามที่ 3
3. ถ้าหลักสูตรนี้เกิดขึ้น มีการฝึกอบรม มีการให้ใบรับรอง จะเกิดผลกระทบต่อแพทย์ GI ที่ฝึกอบรมจบไปแล้วหรือรวมถึงคณะกรรมการทั้งหมด คือ มีความกังวลในทางกฎหมายซึ่งหากเกิดกรณีผิดฟ้องเข้ามาแล้วเกิดว่าแพทย์ไม่ qualified

ในการดู liver จึงมีการสอบถามความเห็นของกรรมการและสมาชิกของสมาคม GI ว่าจะส่งผลกระทบอย่างไรและทางออกจะเป็นอย่างไร ซึ่งมีความเห็นว่าอาจจะออก certificate ให้กับแพทย์ GI ที่จบไปก่อนเลย หรือ ให้มาผ่านกระบวนการเพื่อผ่านการอนุมัติโดยมีกรรมการควบคุม

นพ.ธีระ พิรัชวิสุทธิ์ แจงว่ามีกรรมการหรือกันในส่วนนี้เป็นอย่างมากซึ่งการจบ GI ในขณะนั้นมีความเห็นว่าก็สามารถที่จะดู liver ได้ แต่คงไม่ได้ลง legal ไปว่าแพทย์ท่านนี้ทำได้แค่นี้ แพทย์ท่านนั้นทำได้แค่นี้

นพ.สมชาย สีสากุลสงวรงค์ มีความเห็นว่าในส่วนที่อาจจะออกรับรองให้ผู้จบการฝึกอบรมไปก่อนหน้านั้น อาจจะทำให้ลดการเชื่อมต่อได้แต่ก็ยังไม่แน่ใจในประเด็นนี้

นพ.สมบัติ ตริประเสริฐสุข เห็นด้วยในตัวเนื้อหาของหลักสูตรที่นำเสนอ และในประเด็นที่ นพ.พูลชัย จรัสเจริญวิทยา เสนอมาก็มีความสำคัญมาก การนำเสนอและรับรองโดยสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารฯ หมายความว่าจะเป็นเนื้อเดียวกันและมีความเชื่อมโยงกับหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอด อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคระบบทางเดิน และในส่วนประเด็นที่กังวลทางด้านกฎหมาย ถ้ากำหนดเป็น procedure based จะทำให้เกิดปัญหากฎหมายได้สูง แต่เมื่อมา กำหนดเป็น clinical setting based จะหมายความว่าความถึงการเพิ่มประสบการณ์ให้ผู้สนใจด้านโรคตับ ซึ่งได้มีโอกาสมาเจอคนไข้ในจำนวน และเวลาที่เพิ่มขึ้น รวมถึง advance skills ต่างๆ ที่เพิ่มเติมเข้ามาอีก จึงคิดว่าในส่วนนี้เป็นหน้าที่บทบาทของสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารฯ ร่วมกับสมาคมโรคตับฯ ที่จะทำให้ความสามารถของแพทย์พัฒนาเพิ่มมากยิ่งขึ้นและไม่น่าจะเป็นประเด็นในแง่ของกฎหมาย

นพ.อุดม คชินทร มีความเห็นว่าต้องพูดให้ชัดว่าหลักสูตรนี้เป็นหลักสูตรต่อยอด โดยต่อจากหลักสูตรของสมาคมฯ ที่ ญ.รภัส พิชัยานนท์ ได้นำเสนอไปเมื่อสักครู่และเป็นการประเมินความสามารถ competency หรือ skills ที่ต้องใช้ advance เพิ่มมากยิ่งขึ้น ซึ่งควรให้เป็น clinical setting และในอีกประเด็นต้องมองภาพรวมว่าโรคตับในประเทศไทยมีจำนวนมาก ถ้าหากไม่มีการวางแนวทางให้ดี เช่น แพทย์ที่ดูโรคตับต้องเป็นแพทย์โรคตับเท่านั้น จะไม่สามารถตอบสนองบริบทของประเทศได้ ต้องมองภาพรวมว่าแพทย์ทางเดินอาหารและแพทย์ด้านโรคตับในขณะนี้ก็มีน้อย

นพ.พูลชัย จรัสเจริญวิทยา มีความเห็นว่าในส่วนของเรื่องนี้เป็นเรื่องสำคัญและก็จะเป็นตัวอย่งให้สมาคมอื่นๆ ในทำนองเดียวกัน ซึ่งขอเสนอแนะว่าควรจะมีการประชุมนอกรอบในส่วนขอประเด็นหลักสูตรนี้อีกสัก 1 ครั้ง และจะมีการประชุมวิชาการกลางปีของสมาคมในเดือนกรกฎาคมนี้

แต่ยังไม่ได้มีการประกาศโปรแกรม หากที่ประชุมเห็นชอบจะทำการลงในโปรแกรมนำเสนอหลักสูตรนี้ให้สมาชิกในที่ประชุมเพื่อที่จะได้หารือ แสดงความเห็น และสามารถเห็นภาพที่ชัดเจนยิ่งขึ้น

พญ.อาภัสณี โสภณสถิตย์สุข เห็นด้วยต่อการให้มีการนำเรื่องเข้าประชุมวิชาการกลางปีของสมาคมในช่วงเดือนกรกฎาคม 2566 แต่ควรที่จะจัดให้มีการประชุมกลุ่มคณะทำงานของตัวแทนสมาคมก่อน เพื่อเป็นการวางแนวทาง

นพ.สมชาย ลีลากุลสวัสดิ์ มีความเห็นว่าควรจะทำให้ชัดเจนตั้งแต่เริ่มต้นและถ้าเป็นหลักสูตรต่อยอดก็ควรจะไปถึงที่แพทย์สภา จึงจะขอตั้งคณะกรรมการทำงานเพื่อที่จะหารือกันก่อน และในส่วนของ การนำเข้าเพื่อขอความคิดเห็นในการประชุมกลางปีมีความเห็นว่าควรจัดในช่วงสุดท้ายประมาณ 1 ชั่วโมง

มติที่ประชุม: รับทราบและเห็นชอบตั้งคณะกรรมการหรือในประเด็นของหลักสูตร เพื่อนำขอความคิดเห็นที่ประชุมกลางปีต่อไป

3.5 ทุนวิจัยสำหรับสมาชิกสมาคมฯ

นพ.สมบัติ ตริประเสริฐสุข รายงานที่ประชุมว่าในส่วนของทุนวิจัยปีนี้ได้ดำเนินการตามนโยบายของสมาคมที่จะเริ่มมีการให้ทุนแก่สมาชิกทั่วไปด้วยนอกจากอาจารย์และเฟลโลร์ที่ทำวิจัยกันมา แต่ด้วยข้อจำกัดของงบประมาณก็ยังคงใช้งบประมาณ ยอดรวมใกล้เคียงกับงบประมาณเดิม โดยหลักการจะแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ก็คือกลุ่มที่เป็นอาจารย์ในโรงเรียนแพทย์ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายหลักที่จะขอทุนสมาคม และ แพทย์ระบบทางเดินอาหารที่ทำงานในโรงพยาบาลศูนย์ต่างๆ และจะเป็นทุนแบบ co-funding จำนวน 4 ทุนๆ ละ 40,000 บาท คุณสมบัติของผู้ขอรับทุนเป็นแพทย์ระบบทางเดินอาหารและหากผลงานวิจัยเสร็จสิ้นต้องขอให้นำเสนองานวิจัยในนามสมาคม โดยจะต้องขอเรียนให้ นพ.พูลชัย จรัสเจริญวิทยา ประธานฝ่ายวิชาการ ช่วยพิจารณาตารางกำหนดการนำเสนอ

มติที่ประชุม: รับทราบและเห็นชอบ

3.6 ผลบรรยายวิชาการเรื่อง “Care of Cirrhosis: All You Need to Know” วันศุกร์ที่ 24 มีนาคม 2566

นพ.พูลชัย จรัสเจริญวิทยา แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าสมาคมฯ ได้ร่วมกับราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ฯ ได้นำเสนอการบรรยายวิชาการ เรื่อง “Care of Cirrhosis: All You Need to Know” เมื่อวันศุกร์ที่ 24 มีนาคม 2566 ในลักษณะของ webinar ซึ่งผู้ร่วมบรรยาย ได้แก่ พญ.

คิพรไชยนุวัตติ, นพ.เฉลิมรัฐ บุญชรเทวกุล, นพ.ศิษฏ์ ภิรมลพิวัฒน์ และนพ.พูลชัย จรัสเจริญวิทยา เป็น moderator มีผู้ลงทะเบียนทั้งหมด 383 คน ในขณะบรรยายมีผู้เข้าร่วมฟังจำนวน 194 คน จำนวนที่เหลือจะมีการเข้ามาฟังในภายหลัง ถือว่าได้รับการตอบรับที่ดี ส่วนใหญ่ผู้เข้าร่วมฟังจะเป็น อายุรแพทย์, แพทย์ in training และ สาขาอื่นๆ ทั้งนี้หัวข้อจากผู้เข้าร่วมฟังได้เสนอมาว่าต้องการให้มีการบรรยายในครั้งต่อไปว่ามีหัวข้ออะไรบ้าง ซึ่งคิดว่าควรจะมาพิจารณาอีกครั้งเนื่องจากทางราชวิทยาลัยยังคงมีตารางเวลาที่ว่างอีกมาก หากมีหัวข้อที่ดีทั้งสมาคมโรคตับและสมาคมอื่นๆ สามารถเสนอเข้ามาได้ ซึ่งที่ประชุมให้ข้อมูลว่าจะมี webinar ที่โพลด์ไวในเวปไซต์ โดยอาจจะไม่ต้องพูดแต่จะสามารถเสนอหัวข้อวิชาการ เหมือนการบรรยายใส่ power point ในหัวข้อที่คิดว่าสำคัญก็จะมีคนเข้ามาดูอยู่พอสมควร

มติที่ประชุม: รับทราบ

3.7 ผลการจัดประชุมวิชาการ The Academic GI Day เมื่อวันศุกร์ที่ 28 เมษายน 2566

นพ.พูลชัย จรัสเจริญวิทยา แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

1. สมาคมฯ ได้จัดประชุมวิชาการ The Academic GI Day เมื่อวันศุกร์ที่ 28 เมษายน 2566 ในรูปแบบ webinar โดยมี Theme: Approaches to Treating Early GI and Liver Cancer โดยแบ่งเป็น 2 ช่วง ได้แก่ ช่วงเช้าเป็น Early Gastric Cancer และในช่วงบ่ายเป็น Early HCC การประชุมครั้งนี้ได้รับการสนับสนุนจากบริษัท ทาเคดา และ บริษัท ดีเคเอสเอช มาร่วมทำ mini symposium ประมาณ 30 นาที โดยมีการเชิญวิทยากรของบริษัทเข้ามา ซึ่งคิดราคาค่าสนับสนุน 1 symposium จำนวน 150,000 บาท มีจำนวน 2 symposium จึงได้เงินสนับสนุนมา 300,000 บาท เมื่อหักค่าใช้จ่ายแล้วคงเหลือประมาณ 200,000 กว่าบาท มีผู้ลงทะเบียนทั้งหมด 470 คน ส่วนใหญ่จะเป็นแพทย์ระบบทางเดินอาหาร, อายุรแพทย์ และ แพทย์ประจำบ้านต่อยอด ได้รับเสียงตอบรับที่ดี และต้องการให้จัดในช่วงวันเสาร์ - อาทิตย์ โดยในการจัดครั้งถัดไปต้องมีการหารือกันอีกครั้งอาจจะเป็นในช่วงเดือนตุลาคม 2566
2. การประชุมวิชาการกลางปีของสมาคม Theme: Practical Points In Clinical Gastroenterology จัดในวันที่ 14-16 กรกฎาคม 2566 ณ ห้องประชุมอินมา 1-3 โรงแรมอินมา แกรนด์ กรุงเทพฯ ในรูปแบบ onsite เท่านั้น ซึ่งได้รับสนับสนุน symposium มาทั้งหมด 7 บริษัท จำนวน 8 symposium ซึ่งพอดีกับเวลาที่กำหนดไว้ ทั้งนี้จะมีรายได้เข้าสมาคมประมาณ 2.5 ล้านบาท

มติที่ประชุม: รับทราบและเห็นชอบ

3.8 ความคืบหน้าจัดงาน APDW2023

นพ.สมชาย ลีลากุลตวงค์ แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

1. Scientific Program เรียบร้อยแล้ว
2. เริ่มเปิดให้เริ่มมีการลงทะเบียน และ เริ่มมีการส่ง Abstract แล้ว
3. Postgraduate ได้มีการปรับเปลี่ยนบ้างเนื่องจากการตอบรับจากวิทยากรอีกเล็กน้อย
4. ขณะนี้สามารถหาผู้สนับสนุนได้เงินประมาณ 1.2 ล้าน USD ซึ่งคิดว่า break event ควรจะได้ประมาณ 1.5 ล้าน USD หากจะให้สบายๆ ควรจะได้ประมาณ 1.8 ล้าน USD
5. ในส่วนของอุปกรณ์ AV ต่างๆ จะมีการประชุมหารืออีกครั้งในคณะทำงาน
6. ในส่วนของ Social Event ได้มีการประชุมไปแล้วซึ่งต่อไปจะต้องมีการมาดูในเรื่องของรายละเอียด
7. Young Investigator Award กำลังอยู่ในระหว่างการจัดโปรแกรม
8. จะมีการประชุมกรรมการ APDW ต่อจากการประชุมกรรมการสมาคมช่วงบ่ายทุกครึ่ง ซึ่งต่อไปจะจัดในวันที่ 16 มิถุนายน 2566 เวลา 13.00 - 14.00 น. ในรูปแบบของ hybrid

3.10 ข้อมูลและหลักเกณฑ์การตีพิมพ์บทความในวารสาร SMJ

นพ.ธวัชชัย อัครวิฑูร แจ้งในที่ประชุมดังนี้

1. วารสาร SMJ จะออกเป็นรายเดือน ในแต่ละฉบับจะมีประมาณ 10 article และ ไม่เก็บค่าตีพิมพ์ รวมถึงไม่มีค่า article processing ต่างๆ
2. ปัจจุบันวารสารจะเป็น official journal ของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
3. วารสาร SMJ จะอยู่ในฐานข้อมูลของ Scopus โดยมี site score อยู่ที่ 0.4 ซึ่งมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในปีหน้าคาดว่าจะสามารถเพิ่มขึ้นไปถึง 0.7 นอกจากนี้ SMJ ยังอยู่ในฐานข้อมูล open access คือ DOAJ (Directory Open Access Journal) ซึ่งจะเป็นฐานข้อมูลของประเทศอเมริกาที่จะรวมเอาวารสารที่เป็น open access ทั้งหมดอยู่ในฐานข้อมูล
4. มีความตั้งใจว่าจะเข้าสู่ฐานข้อมูล PubMed กับ Web of Science ซึ่งในขณะนี้

กำลังพัฒนาปรับปรุงอยู่ และมีความตั้งใจจะร่วมมือกับสมาคมต่างๆ โดยเฉพาะสมาคม GAT เพื่อเป็นการเพิ่ม visibility ของวารสารและทำให้วารสารมีโอกาสได้รับ Manuscript submit เข้ามาตีพิมพ์เพิ่มมากขึ้น ซึ่งก็มีความหวังให้แพทย์ของไทยสามารถตีพิมพ์ผลงานและเข้าสู่ฐานข้อมูลนานาชาติได้ง่ายขึ้นโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย คือทางคณะจะเป็นผู้สนับสนุนค่าใช้จ่ายทั้งหมด

- หากมีการตกลงร่วมกันของสมาคม GAT กับ SMJ ก็จะทำหน้าที่ของสมาคมขึ้นที่หน้าเว็บไซต์และหน้าปกของวารสารและจะเขียนลงไปในวารสารว่าสมาคม GAT ร่วมสนับสนุนวารสารด้วย และหน้าเว็บไซต์สามารถคลิกไปสู่นำหน้าเว็บไซต์ของสมาคม GAT ด้วย และหากสมาคม GAT ต้องการทำ special issued ในเล่มก็จะเป็นเนื้อหาของระบบทางเดินอาหารทั้งหมดโดยที่การดำเนินการจะไม่มีค่าใช้จ่ายใดๆทั้งสิ้น เพียงแต่ต้องผ่านกระบวนการ peer review ของวารสาร ซึ่งขณะนี้ นพ. พูลชัย จรัสเจริญวิทยา ได้ช่วยมาเป็น reviewer และ Co - editor ของวารสารด้วย

นพ. สมบัติ ตริประเสริฐสุข สอบถาม นพ. รัชชัย อัครวิฑู ว่าต้องการได้รับการสนับสนุนใดๆ จากสมาคม GAT หรือไม่ ซึ่ง นพ. รัชชัย ตอบข้อซักถามว่า ต้องการให้ช่วยในส่วน of reviewer โดยปัญหาหลักของวารสารในประเทศไทย จะเป็นในส่วน of reviewer ที่ส่วนใหญ่จะไม่ค่อยมีเวลาอ่าน หากในสมาคม GAT ที่มีผู้ทรงคุณวุฒิอยู่มากยินดีเข้ามาช่วยสนับสนุนวารสาร โดยการ endorse อาจารย์ให้เข้ามาช่วย review บทความที่วารสารส่งให้ซึ่งจะเป็นการ double-blind peer review ทั้ง author และ reviewer และ หากสมาคม GAT สามารถช่วยได้จะทำให้วารสารเพิ่ม visibility มากยิ่งขึ้น ให้เป็นที่รู้จักเพิ่มมากขึ้น จะช่วยเปิดโอกาสให้วารสารมีบทความจากต่างชาติที่ดีๆ เข้ามาเพิ่มมากขึ้นซึ่งถือว่าเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อวารสาร และสามารถทำให้วารสารของไทยเข้าไปอยู่ในระดับต่างประเทศได้บ้าง

นพ. สมบัติ ตริประเสริฐสุข มีความเห็นว่าโดยส่วนตัวแล้วมีความยินดีหากมีการส่งวารสารมาให้ช่วย review

มติที่ประชุม เห็นชอบ SMJ เป็น Official Journal ของสมาคม GAT

วาระที่ 4 เรื่องอื่นๆ

พญ.ศุภมาส เชิญอักษร แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าแนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วย

โรคลำไส้แปรปรวน (IBS Guideline) ของสมาคมประสาททางเดินอาหารและการเคลื่อนไหวฯ ได้รับ
อนุมัติจากราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ฯ แล้ว โดยมีโลโก้ของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ฯ, สมาคมประสาท
ทางเดินอาหารและการเคลื่อนไหว (ไทย) และสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารฯ

มติที่ประชุม: รับทราบ

ปิดการประชุมเวลา 12.37 น.

นพ.เฉลิมรัฐ ปัญชรเทวกุล

เลขาธิการสมาคมฯ

ผู้ตรวจรายงานการประชุม

รายงานการประชุม ครั้งที่ 4/2566

คณะกรรมการอำนวยการสมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

วันที่ 16 มิถุนายน 2566 เวลา 10.00-12.00 น.

ณ ห้องประชุม Kappa ชั้น 6 โรงแรมพูลแมน ช.รางน้ำ, กรุงเทพฯ

จัดในรูปแบบ Hybrid

รายนามผู้เข้าร่วมประชุม onsite

1. นพ.สมชาย	ลีลากุลวงศ์	นายกสมาคมฯ
2. นพ.ธีระ	พิรัชวิสุทธิ์	รังตำแหน่งนายก
3. นพ.เฉลิมรัฐ	บัญญัติเทวกุล	เลขาธิการ
4. นพ.สุพจน์	นิมอณรงค์	รองเลขาธิการ
5. พญ.รภัส	พิทยานนท์	ประธานฝ่ายการศึกษาหลังปริญญา
6. พ.ท.นพ.ศักดิ์รินทร์	จิรพงศ์ธร	ประธานฝ่ายหาทุน
7. น.อ.นพ.ชินวัตร	สุทธิวนา	กรรมการกลาง
8. นพ.สยาม	ศิรินธรปัญญา	กรรมการกลาง
9. นพ.อุทัย	แก้วเอี่ยม	กรรมการกลาง
10. นพ.กำธร	เผ่าสวัสดิ์	ที่ปรึกษา
11. นพ.จรินทร์	โรจน์บวรวิทยา	ที่ปรึกษา
12. นพ.อุดม	คชินทร	ที่ปรึกษา

รายนามผู้เข้าร่วมประชุม online

1. นพ.ทวีศักดิ์	แทนวันดี	อุปนายก
2. พญ.พิมพ์ศิริ	ศรีพงศ์พันธุ์	เหรัญญิก
3. พญ.ศุภมาส	เชิญอักษร	ปฏิคมและสวัสดิการ
4. นพ.สมบัติ	ตรีประเสริฐสุข	ประธานฝ่ายวิจัย
5. นพ.จุลจักร	ลิ้มศรีวิไล	ประธานฝ่ายวารสาร
6. นพ.กิตติ	ชินยง	กรรมการกลาง
7. พ.ท.นพ.ขจรศักดิ์	ยงวัฒนา	กรรมการกลาง

8. น.ท.(หญิง) พญ.ชนันหา	หงส์ธนากร	กรมการกลาง
9. พญ.นนทลี	เผ่าลวัลดี	กรมการกลาง
10. นพ.พลรัตน์	วิไลรัตน์	กรมการกลาง
11. พญ.มณฑิรา	มณีรัตนะพร	กรมการกลาง
12. นพ.รัฐกร	วิไลชนม์	กรมการกลาง
13. นพ.วิศรุต	มานะศิริสุข	กรมการกลาง
14. นพ.สุนทร	ชลประเสริฐสุข	กรมการกลาง
15. พญ.สุภัทศรี	เศรษฐลินธุ์	กรมการกลาง
16. พญ.อภิัญญา	สิริพันธ์	กรมการกลาง
17. พญ.อาภัสณี	โสภณสถัญญ์สุข	กรมการกลาง
18. พญ.ดวงพร	วีระวัฒกานนท์	ที่ปรึกษา
19. พญ.นภาพร	จำริญกุล	ที่ปรึกษา
20. พญ.พจมาน	พิศาลประภา	ที่ปรึกษา
21. พญ.สุพร	ตรีพงษ์กรุณา	ที่ปรึกษา

รายนามผู้ไม่สามารถเข้าร่วมประชุม

1. นพ.พูลชัย	จรัสเจริญวิทยา	ประธานฝ่ายวิชาการและการศึกษาต่อเนื่อง
2. นพ.มล.ทยา	กิตติยากร	ประธานฝ่ายกิจกรรมสังคม
3. นพ.ภาฤทธิ	เมฆอรุณกมล	ประธานฝ่ายสารสนเทศและการสื่อสาร
4. นพ.องอาจ	ไพโรสถนรางกูร	ประธานฝ่ายจริยธรรม
5. นพ.คมลันต์	เลิศคูพินิจ	กรมการกลาง
6. พญ.ฐนิสา	พัชรตระกูล	กรมการกลาง
7. พญ.ณัยชญา	จำริญกุล	กรมการกลาง
8. นพ.ประเดิมชัย	คงคำ	กรมการกลาง
9. นพ.รังสรรค์	ฤกษ์นิมิตร	กรมการกลาง
10. พญ.กรรณิการ์	พรพัฒน์กุล	ที่ปรึกษา
11. พญ.โหมศรี	โฆษิตชัยวัฒน์	ที่ปรึกษา
12. พญ.ชุดิมา	ประมุขสินทรัพย์	ที่ปรึกษา
13. นพ.เติมชัย	ไชยhurst	ที่ปรึกษา

14. นพ.ทวี	รัตนชูเอก	ที่ปรึกษา
15. นพ.นรินทร์	อจลชนันท์	ที่ปรึกษา
16. นพ.ธวัชชัย	อัครวิพุธ	ที่ปรึกษา
17. พญ.รัตนา	บุญศิริจันทร์	ที่ปรึกษา
18. พญ.บุบผา	พรธิสาร	ที่ปรึกษา
19. นพ.บัญญัติ	โอวาทฟารพร	ที่ปรึกษา
20. นพ.พินิจ	กุลละวณิชย์	ที่ปรึกษา
21. นพ.พิศาล	ไม้เรียง	ที่ปรึกษา
22. นพ.พิเศษ	พิเศษพงษ์	ที่ปรึกษา
23. นพ.พิสิฐ	ตั้งกิจวานิชย์	ที่ปรึกษา
24. นพ.ภูริพงศ์	กิจดำรงธรรม	ที่ปรึกษา
25. พญ.วัฒนา	สุชีไพศาลเจริญ	ที่ปรึกษา
26. พญ.วโรชา	มหาชัย	ที่ปรึกษา
27. พล.ต.นพ.วิชัย	ชัยประภา	ที่ปรึกษา
28. นพ.ศตวรรษ	ทองสวัสดิ์	ที่ปรึกษา
29. พญ.ศศิประภา	บุญญพิสิฏฐ์	ที่ปรึกษา
30. พญ.ศิวัชร	ไชยสุทธิ์	ที่ปรึกษา
31. นพ.สถาพร	มานัสสถิตย์	ที่ปรึกษา
32. นพ.สวัสดิ์	หิตชนันท์	ที่ปรึกษา
33. นพ.สิน	อนุราษฎร์	ที่ปรึกษา
34. นพ.สิริวัฒน์	อนันตพันธุ์พงศ์	ที่ปรึกษา
35. นพ.สุเทพ	กลชาญวิทย์	ที่ปรึกษา
36. นพ.สุริยะ	จักกะพาก	ที่ปรึกษา
37. นพ.สุพจน์	พงศ์ประสพชัย	ที่ปรึกษา
38. พล.ท.นพ.สุรพล	ชินรัตน์กุล	ที่ปรึกษา
39. พล.ต.นพ.อนุชิต	จู่พะพุทธิ	ที่ปรึกษา

วาระที่ 1 เรื่องที่ประธานแจ้งเพื่อทราบ

นพ.สมชาย สีลากุลสงวงศ์ นายกสมาคมฯ แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

1. ได้รับแจ้งข่าวจากสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารประเทศมาเลเซีย ว่า Profes-

sor J L Goh อดีต President ของ APDW ได้ถึงแก่กรรม ดังนั้นจึงส่งจดหมายแสดงความเสียใจในนามนายกสมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารฯ และประธานจัดการประชุม APDW2023 และเพื่อแสดงความเสียใจต่อการจากไป Professor J L Goh ขอให้ที่ประชุมกรรมการสมาคมยื่นไว้อาลัย ณ ที่นี้ เป็นเวลา 1 นาที

- เมื่อวันที่ 12 มิถุนายน 2566 เข้าร่วมประชุมปรึกษาหารือกับสมาคมโรคตับใน เรื่องของหลักสูตรการฝึกอบรมเพื่อประกาศนียบัตรวิชาชีพเวชกรรมด้านโรคตับ ขั้นสูงที่จะเสนอไปยังราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ฯ ในที่ประชุมได้มีการเสนอความเห็น และคำแนะนำต่างๆ ซึ่งคงจะนำไปปรับแก้ไขหลักสูตรดังกล่าวต่อไป

มติที่ประชุม: รับทราบ

วาระที่ 2 รับรองรายงานการประชุมครั้งที่ 3/2566

มติที่ประชุม: รับรองรายงานการประชุมครั้งที่ 3/2566 โดยไม่มีแก้ไข

วาระที่ 3 เรื่องสืบเนื่องและพิจารณา

3.1 การบรรยายความรู้ด้านบูรณาการให้แก่แพทย์ประจำบ้านต่อยอดฯ (เฟลโลว์)

พญ.รัศมี พิทยานนท์ แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่ามีกรกำหนดการบรรยายความรู้บูรณาการซึ่งเป็นสิ่งที่เขียนไว้ใน WFME และเมื่อเฟลโลว์ได้เข้าร่วมอบรมก็ถือว่าครบตามหลักสูตรใน มคอ.1 ตามรายละเอียด ดังนี้

1	วันที่ 12 พ.ค. 2566	10.30 - 12.00 น.	ผ.ศ.(พิเศษ)	ปิยะพันธ์ พญาพานิช	ภาควิชา อายุรศาสตร์	ท.จุฬาลงกรณ์	หลักการบริหารและมาตรฐาน HA (Healthcare Accreditation)
2	วันที่ 16 มิ.ย. 2566	10.30 - 12.00 น.	รศ.พญ.	วรรณวราภรณ์ ศิริสัมพันธ์	ภาควิชา รังสีวิทยา	รศ.ศิริราช	GI imaging; what gastroenterologist and hepatologist need to know
3	วันที่ 11 ส.ค. 2566	10.45 - 12.00 น.	ศ.นพ.	สุพงษ์ พงษ์ประเสริฐชัย	ภาควิชา อายุรศาสตร์	รศ.ศิริราช	Communication skill for Fellow
4	วันที่ 11 ส.ค. 2566	15.15 - 15.45 น.	รศ.พญ.	พิมพ์สิริ ศรีวงศ์พันธุ์	ภาควิชา อายุรศาสตร์	รศ.สงขลานครินทร์	Physiology and metabolic function of the liver
5	วันที่ 8 ก.ย. 2566	11.00 - 12.00 น.	ศ.นพ.	สมบัติ ศรีประเสริฐสุข	ภาควิชา อายุรศาสตร์	ท.จุฬาลงกรณ์	Rationale drug use in Gastroenterology
6	วันที่ 3 พ.ย. 2566	10.45 - 12.00 น.	ผ.ศ.ดร.นพ.	ชัชวาระ นิคมวง	ภาควิชา จิตเวชศาสตร์	ท.จุฬาลงกรณ์	Coping with functional GI disorder patients

มติที่ประชุม: รับทราบและเห็นชอบ

3.2 การบรรยายความรู้ Basic science สำหรับแพทย์ประจำบ้านต่อยอดฯ

พญ.รภัส พิทยานนธ์ แจ้งให้ที่ประชุมทราบจะมีการบรรยายความรู้ Basic Science สำหรับเฟลโลว์ปี 1 และปี 2 ในวันที่ 9 กันยายน 2566 เวลา 8.50 -16.00 น. ณ ห้องประชุม Eternity Ballroom ชั้น G โรงแรม Pullman กรุงเทพฯ (onsite เพียงอย่างเดียว) โดยได้รับการสนับสนุนจากบริษัท ทาเคดา ประเทศไทย จำกัด

08.50 - 09.00	เปิดประชุม	รศ.พญ.รภัส พิทยานนธ์ (รพ.จุฬาลงกรณ์)
09.00 - 09.40	Pancreatic	อ.พญ.มณีนรัตน์ ชยานุกัณฑ์กุล ภาววิชาสรีรวิทยา รพ.จุฬาลงกรณ์
09.40 - 10.20	GI motor function, secretion and digestion	ผศ.นพ.สุริพงษ์ กิจดำรงธรรม (รพ.มหาวิทยาลัยนครเชียงใหม่)
10,20 - 10.40	Break	
10.40 - 11.20	Genetic basis of GI and liver digestion	ศ.นพ.มานพ พิทักษ์ภากร สาขาเวชพันธุศาสตร์ รพ.ศิริราช
11.20 - 12.00	Symposium by TAKEDA	
12.00 - 13.00	Lunch	
13.00 - 13.30	Molecular virology of viral hepatitis	ศ.นพ.พิสิฐ ตั้งกิจวานิชย์ ภาควิชาชีวเคมี รพ.จุฬาลงกรณ์
13.00 - 14.10	Basic clinical nutrition	ผศ.นพ.นริศร ลักขณานุรักษ์ (รพ.จุฬาลงกรณ์)
14.10 - 14.40	GI endoscopy equipment	อ.พญ.ธันยพร ฉันทโรจน์ศิริ (รพ.ราชวิถี)
14.40 - 15.00	Break	
15.00 - 15.30	Basic oncology of GI and liver cancers	ผศ.นพ.สุพจน์ นิมมอนงค์ (รพ.ศิริราช)
15.30 - 16.00	Gut microbiota in GI disease	อ.พญ.ศุภมาส เขียวอักษร (รพ.รามธิบดี)

มติที่ประชุม: รับทราบและเห็นชอบ

3.3 การจัดอบรม GAT-Workshop Basic EGD สำหรับแพทย์ประจำบ้านต่อยอดฯ ปี 1 (เฟลโลว์)

พญ. รัชต์ พิทยานนท์ แห่งที่ประชุมทราบว่าจะมีการจัดอบรม GAT-Workshop Basic EGD สำหรับแพทย์ประจำบ้านต่อยอดฯ ปี 1 ในวันที่ 13 กรกฎาคม 2566 เวลา 08.00 - 16.00 น. ณ ห้องประชุมโรงแรมอโนมา แกรนด์ กรุงเทพฯ ซึ่งเป็นการจัดก่อนการประชุมวิชาการกลางปีของสมาคมฯ การอบรมครั้งนี้มีผู้แทนแต่ละสถาบันเข้าร่วมด้วย และจะมีวิทยากรรับเชิญจากต่างประเทศ 1 ท่าน คือ Dr. Roy Soetikno จะทำการสอน Basic EGD ผ่านทางระบบ zoom meeting เฟลโลว์จะต้องทำ pre-test ก่อน มีจำนวนทั้งหมด 13 station ซึ่งได้รับการสนับสนุน model จากบริษัทโอลิมปัส และบริษัท ฟูลิ

Fellow room

08.00 - 08.10	Registration & submit pre-test exam	
08.10 - 08.15	Opening remark	Dr. Somchai Leelakurolvong
08.15 - 09.00	Lecture: Getting to know your scope	Dr. Kasanee Tiankanon
09.00 - 10.00	Basic EGD	
10.00 - 10.20	Break	
10.20 - 12.00	Practice basic EGD part 1	All trainers
12.00 - 12.45	Lunch	
12.45 - 14.00	Practice basic EGD part 2 & exam	All trainers
14.00 - 14.30	Structured EGD teaching	Dr. Parit Mekaroonkamol
14.30 - 14.45	Break	
14.45 - 16.00	Practice structured EGD exam and post-test exam	

Trainer room

08.00 - 08.10	Registration	
08.10 - 09.00	Simulation based mastery learning	Dr. Supot Nimanong Dr. Rapat Pittayanon
09.00 - 10.00	Basic EGD (together with Fellow)	Dr. Roy Soetikno
10.00 - 16.00	Fellow practicing	All trainers

มติที่ประชุม: รับทราบ

3.4 หลักสูตรแพทย์ประจำบ้านต่อยอดฯ อนุสาขายูโรศาสตร์โรครบบทางเดินอาหาร (มคอ.1) ฉบับปรับปรุง พ.ศ.2566

พญ. รัชต์ พิทยานนท์ แห่งที่ประชุมทราบว่าราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยแจ้งว่าหลักสูตรแพทย์ประจำบ้านต่อยอดฯ อนุสาขายูโรศาสตร์โรครบบทางเดินอาหาร (มคอ.1) ฉบับ

ปรับปรุง พ.ศ.2566 ที่สมาคมฯ ได้ส่งไปนั้น มีการปรับแก้ไขเล็กน้อยในส่วนการเทียบวุฒิปริญญา เอกทางราชวิทยาลัย ซึ่งราชวิทยาลัยให้กำหนดให้เขียนใน มคอ.1 ให้ชัดเจนว่าจะมีการเทียบวุฒิปริญญาเอกหรือไม่ในการทำวิจัยของ fellow ซึ่งเนื้อหาจะเปิดกว้างไม่ได้บังคับว่าจะต้องเทียบเท่าวุฒิปริญญาเอกได้ แต่ถ้าทางสถาบันใดมีก็จะต้องแจ้งให้ fellow ทราบ หรือถ้าไม่มีก็จะต้องแจ้งว่าไม่สามารถเทียบได้ ซึ่งเกณฑ์ในการเทียบจะชัดเจนว่าต้องมีการ publish เป็นชื่อแรกในฐานะข้อมูลที่สามารถขอเทียบตำแหน่งวิชาการในปกติของประเทศไทยได้ และจะต้องเป็นภาษาอังกฤษเท่านั้น ซึ่งต้องมีเอกสารรับรองว่าจะขอให้งานวิจัยเทียบเท่าปริญญาเอกได้ตั้งแต่ต้น ทั้งนี้ ทางราชวิทยาลัยได้อนุมัติในส่วนที่ปรับ และกำลังส่งไปที่แพทยสภาเพื่อทำการรับรอง

มติที่ประชุม: รับทราบ

3.5 กำหนดการสอบและการประชุมเพื่อรับรองผลสอบของแพทย์ประจำบ้านต่อยอดดา (เฟลโลว์) ปี 2

พญ.รัศมิ์ พิชานนท์ แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่ากำหนดการสอบภาคทฤษฎี (MCQ, MEQ และ OSCE) ของเฟลโลว์ปี 2 คือวันที่ 28 - 29 มิถุนายน 2566 และจะขอความเห็นจากที่ประชุมด้วย หากจะมีการประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯ เป็นวาระพิเศษ เพื่อพิจารณาและรับรองผลสอบในวันที่ 14 กรกฎาคม 2566 ณ โรงแรมโอโนมา แกรนด์ กรุงเทพฯ ซึ่งเป็นช่วงที่มีการจัดประชุมวิชาการกลางปีพอดี

มติที่ประชุม: เห็นชอบให้มีการประชุมรับรองผลการสอบของเฟลโลว์เป็นวาระพิเศษ ในวันที่ 14 กรกฎาคม 2566 ณ โรงแรมโอโนมา แกรนด์ กรุงเทพฯ

3.6 ความคืบหน้า พิจารณารับรองหลักสูตรเกณฑ์หลักสูตรการฝึกอบรมเพื่อประกาศนียบัตรวิชาชีพเวชกรรมด้าน โรคตับขั้นสูง สมาคมโรคตับแห่งประเทศไทย

นพ.สมชาย ลีลากุลวงศ์ แจ้งที่ประชุมว่าจากการประชุมหารือกับอาจารย์อากุส มีข้อกังวลว่าการอบรมหลักสูตรเพื่อประกาศนียบัตรวิชาชีพเวชกรรมด้านโรคตับขั้นสูงนี้เมื่อจบไปแล้ว จะมีความแตกต่างจากสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารอย่างไร เนื่องจากค่อนข้างจะมีการคาบเกี่ยวกับหลักสูตรของสมาคมฯ อยู่พอสมควร ในเรื่องของ EPA โดยจะต้องมีรายละเอียดที่ชัดเจนในส่วนของการนำเสนอสื่อเพื่อที่จะให้ประชาพิจารณ์ ก็จะต้องขอยกเลิกไปก่อน เนื่องจากเกรงว่าตัวหลักสูตรฯ ยังไม่มีความชัดเจน

นพ.อุดม คชินทร มีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ในส่วนของ basic knowledge ให้ตัดออก แต่ต้องให้ชัดว่าจะต่อยอดอะไร และลงลึกอะไร
2. ต้องชัดเจนว่าจะต้องจบบอร์ด GI มาก่อนถึงจะเข้าหลักสูตรนี้ได้
3. โรคที่มีความแตกต่างจากบอร์ด GI นั้นจะมีอะไรบ้าง โรคที่มีความซับซ้อนต้องกำหนดให้ชัด ซึ่งหลายๆ โรคที่ดูแล้วอาจจะเป็นโรคพื้นฐานแต่เมื่อดูลึกลงไปอาจจะต้องจบบอร์ดโรคตับ และต้องดูว่าจะมีวิธีการอย่างไรบ้างที่จะต้องเป็นอันพิเศษที่จะต้องต่อยอด
4. ตัดการทำวิจัยเนื่องจากทำช่วงบอร์ด GI แล้ว และมีเวลาเพียง 1 ปี ควรจะเน้นเรื่องหัตถการให้ชัด
5. ส่วนเรื่อง EPA เขียนให้ชัดว่ามี activity อะไรบ้าง และต้องมีการต่อยอดและเชื่อมโยงกับ GI

มติที่ประชุม: รับทราบ

3.7 ความคืบหน้าจัดงาน APDW2023

พญ.นนทลี เผ่าสวัสดิ์ รายงานความคืบหน้าการจัดงาน APDW2023 ต่อที่ประชุมว่าจะมีการจัดประชุม Main Program ในวันที่ 6-9 ธันวาคม 2566 ซึ่งวันที่ 6 จะเป็นวัน Postgraduate และวันที่ 5 ธ.ค. 2566 จะเป็นวัน hand on workshop สำหรับ endoscopy ซึ่งสถานที่จัด ได้แก่ ศูนย์สิริกิติ์ โดยมีความคืบหน้าการเตรียมการจัดงาน ดังนี้

1. ขณะนี้มีจำนวนผู้ลงทะเบียน 1,050 ท่าน แบ่งเป็นวิทยากร ประมาณ 150-200 ท่าน, ได้รับการสนับสนุนจากสปอนเซอร์ ประมาณ 450 - 500 ท่าน , exhibitor ประมาณ 200 กว่าท่าน, จำนวนที่ลงทะเบียนมาเองประมาณ 135 ท่าน
2. จำนวน Abstract ที่ submit มาในขณะนี้มีจำนวนประมาณ 50 กว่า abstract และอีกประมาณ 10 กว่า abstract คือจำนวนที่จะต้องร่วมเข้าไปอยู่ใน Young Investigator Program
3. official hotel ที่พัก คือ โรงแรมเชอราตัน
4. สถานที่ดินเนอร์กำลังอยู่ในช่วงพิจารณาเลือกระหว่างศูนย์การประชุมสิริกิติ์หรือโรงแรมเชอราตัน
5. Scientific Program ได้รับการอนุมัติโดย APDW แล้ว แต่อาจจะมีบาง symposium ที่ speaker ยังไม่ลงตัว

6. การสนับสนุนในขณะนี้ได้ประมาณ 1.7 ล้าน USD ซึ่งถือเป็น break event ที่มีผู้สนับสนุนเพียงพอ โดยมี premium sponsor จำนวนทั้งหมด 6 บริษัท ซึ่งผู้สนับสนุนใหญ่สุดได้แก่ บริษัท พูจิ และ บริษัท โอลิมปัส ในส่วนของ Lunch symposium มีประมาณ 3-4 Lunch symposium
7. โดยภาพรวมถือว่า การดำเนินการเป็นไปด้วยดี สิ่งที่จะต้องปรับปรุงเพิ่มเติมจะเป็นในเรื่อง Abstract Submission ในขณะนี้จะมีประมาณ 50 กว่า abstract (ส่วนใหญ่เป็นของต่างชาติ) จึงขอความร่วมมือคนไทยในการนำส่ง abstract ต่อไปด้วย

นพ. ศักรินทร์ จีรพงศธร สอบถามถึงรายละเอียดการลงทะเบียน hand on workshop ซึ่งพญ. นนทลี เผ่าสวัสดิ์ ชี้แจงว่าผู้ที่ลงทะเบียน hand on workshop จะต้องทำการลงทะเบียน main program ก่อน และเนื่องจาก hand on workshop ในครั้งนี้จะทำ 32 station ซึ่งจะให้โควตาส่วนหนึ่งกับบริษัทที่เป็น sponsor และอีกส่วนหนึ่งจะเป็นการลงทะเบียนได้เอง แต่ในขณะนี้ยังไม่ได้เปิดให้ลงทะเบียนเนื่องจากอยู่ในช่วง finalize

นพ. เฉลิมรัฐ บัญชรเทวกุล สอบถามถึงนโยบายสนับสนุน Abstract ของคนไทย ซึ่งพญ. นนทลี ชี้แจงว่าเนื่องจากต้องการจะสนับสนุน Abstract ของคนไทย จึงมีการประชุมคณะกรรมการแต่ยังไม่ได้ออกสรุปว่าจะทำการยกเว้น Abstract Submission Fee อย่างไร ซึ่งในวันนี้อย่างจะนำเรื่องนี้เข้าที่ประชุมเพื่อพิจารณาต่อไป

นพ. สมชาย ลีลากุลศลวงศ์ เพิ่มเติมว่าจะทำการสนับสนุนคนไทยในส่วน Abstract Submission Fee แต่ก็ขอให้ทำการส่ง Abstract Submission เข้ามาเพื่อให้พิจารณาก่อน

มติที่ประชุม: รับทราบและเห็นชอบ

3.8 ความคืบหน้าการตีพิมพ์บทความในวารสาร SMJ

นพ. สมชาย ลีลากุลศลวงศ์ แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าได้แจ้ง นพ. รัชชัยย์ อัครวิฑูร์ ถึงมติของที่ประชุมในเรื่องของวารสาร SMJ ไปแล้วและในขณะนั้น นพ. รัชชัยย์ ได้นำโลโก้ของสมาคมฯ ขึ้นเป็น official journal ของ SMJ แล้ว โดยได้ขอพิเศษให้ไม่คิดค่าใช้จ่ายซึ่ง นพ. รัชชัยย์ ได้ตกลง รวมถึงได้ขอให้วารสารไปงานในงาน APDW เพื่อเป็นการประชาสัมพันธ์ของทั้งสมาคมและของ SMJ ต่อไปด้วย ในส่วนของรายละเอียดของ SMJ จะใช้บทความประมาณ 10 บทความ ต่อ 1 เล่ม แต่สามารถเพิ่มเติมได้ถึง 20 บทความ ซึ่งคาดว่าเล่มแรกน่าจะตีพิมพ์ไม่ทันในปี 2566

นพ.สมชาย ลีลากุลวงศ์ เพิ่มเติมว่าอาจารย์บางท่านอาจจะมีความในมืออยู่แล้วในช่วงนี้สามารถนำส่งมาเพื่อพิจารณาก่อนหากยังไม่มีความเพียงพอ ก็สามารถให้นพ.รัชชัช ฌง issued อันไปก่อน ในส่วนของสมาคมฯ อาจจะลงได้ในช่วงเดือนมีนาคม 2567

มติที่ประชุม: รับทราบและเห็นชอบ

3.9 การรับสมัครเจ้าหน้าที่สมาคมฯ จำนวน 1 ตำแหน่ง

นพ.เฉลิมรัฐ บัญชรเทวกุล แจ้งให้ที่ประชุมทราบรายละเอียดต่างๆ เกี่ยวกับการเปิดรับสมัครเจ้าหน้าที่สมาคมฯ จำนวน 1 แห่ง

พยานเลข	อายุ	การศึกษา	มหาวิทยาลัย	เขตทำงาน	ปัจจุบัน	เงินเดือนปัจจุบัน / เงินเดือนที่ขอการ
A	22	ป.ตรี สาขาจุฬาลงกรณ์การกรบิน	มหาวิทยาลัยสุโขทัย	ผู้ช่วยเลขานุการ ฝ่ายผู้ให้บริการด้านผลิตภัณฑ์ (ระยะเวลา 1 ปี)	ว่างงาน	/ 17,000
B	23	ป.ตรี สาขาวิทยาศาสตร์	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี	เลขานุการ ฝ่ายบริหาร รพ.บางเขน	ถูกจ้างชั่วคราว ฝ่ายเวชระเบียน รพ.บางเขน	15,000 / 16,000
C	29	ป.ตรี สาขานิติศาสตร์	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี	เลขานุการ ฝ่ายบริหาร รพ.บางเขน สมาคมโรคไตฯ (3 ปี)	ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ฯ	23,000 / 25,000
D	23	ป.ตรี สาขาศิลปศาสตร์ เอกภาษาจีน	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี	เลขานุการ ฝ่ายบุคคล รพ.บางเขน	ถูกจ้างชั่วคราว ฝ่ายบุคคล รพ.บางเขน	15,000 / 20,000

ที่ประชุมได้มีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ต้องแบ่งปริมาณงานให้ชัดเจน
2. อาจจะจ้างมา 2 คนเพื่อการเปรียบเทียบการทำงาน

มติที่ประชุม: รับทราบและเห็นชอบรับสมัครผู้สมัครหมายเลข C ในอัตราเงินเดือน 23,000 บาท

3.10 การพิจารณาการเซ็นสัญญาความร่วมมือ (MOU) ระหว่าง GAT กับ KASID (Korean Association for the Study of Intestinal Disease)

นพ.จุลจักร ลิ้มศรีวิไล แจ้งให้ที่ประชุมเพื่อพิจารณาการลงนามร่วมมือใน MOU ดังนี้

1. สมาคมลำไส้ของเกาหลี KASID (Korean Association for the Study of Intestinal Disease) ต้องการลงนาม MOU กับสมาคมทางเดินอาหารของประเทศแถบอาเซียน อาทิ ประเทศอินโดนีเซีย, พม่า, เวียดนาม และประเทศไทย ซึ่งได้มีการลงนามกับประเทศเวียดนาม มาเลเซีย อินโดนีเซีย ไป

เมื่อช่วงเดือนมกราคม 2566 และยังคงต้องการมีความร่วมมือกับสมาคมทางเดินอาหารของประเทศไทยอยู่

2. กิจกรรมส่วนใหญ่จะเป็น Academic และ Research อาทิ zoom meeting, conference, ร่วมมือกัน proposed research
3. KASID (Korean Association for the Study of Intestinal Disease) ต้องการจัด meeting ครั้งถัดไปที่ประเทศไทยด้วย
4. จากการพิจารณา MOU ที่ส่งมามีความต้องการเพียงการร่วมมือแต่ไม่ได้มีข้อผูกมัดใด

นพ.สมชาย ลีลาภุศลวงค์ เพิ่มเติมว่าจากที่ได้เคยพูดคุยในเมืองต้น KASID จะมีความต้องการด้าน Academic , Research ซึ่งไม่น่าจะมีประเด็นอะไร แต่ในส่วนของ finance ต้องขอดูอีกครั้งว่ามีความต้องการหรือมีประเด็นอย่างไร

นพ.จรินทร์ โรจนบัวรวิทยา มีความเห็นว่ายังไม่ได้เห็นในส่วนของ MOU แต่โดยทั่วไป MOU จะไม่มีส่วนของรายละเอียด หากต้องการร่วมมือในการทำวิจัย , academic ก็สามารถทำได้ ซึ่งจะต้องไม่มีในส่วนของระยะเวลา หรือรายละเอียดที่เป็น agreement

มติที่ประชุม: นายกสมาคมฯจะพิจารณาในส่วนของรายละเอียด Finance ใน MOU อีกครั้ง

วาระที่ 4 เรื่องอื่นๆ

4.1 หนังสือประชุมกลางปี

นพ.จุลจักร ลิ้มศรีวิไล แจ้งว่าในส่วนของหนังสือ Practical Points in Clinical Gastroenterology จะมีอยู่ 28 บท ได้รับแล้ว 17 บท ซึ่งจะแจกให้กับผู้ลงทะเบียนประชุมวิชาการกลางปีของสมาคมฯ และจะจัดจำหน่ายด้วย โดยมี นพ.พูลชัย จรัสเจริญวิทยา เป็นหัวหน้าทีมบรรณาธิการ

มติที่ประชุม: รับทราบ

4.2 APAGE เชิญชวนไปร่วมประชุม 5th APAGE Clinical Forum on Inflammatory Bowel Disease (IBD) 2024 (จัดทุก 2 ปี)

นพ.เฉลิมรัฐ บัญชรเทวกุล แจ้งว่ามีจดหมายจาก APAGE เชิญชวนไปร่วมงานประชุม

วิชาการ 5th APAGE Clinical Forum on Inflammatory Bowel Disease (IBD) 2024 ซึ่งจะจัดประมาณไตรมาสที่ 2,3 หากสมาคมฯ ต้องการจะ bid จะต้องส่งข้อมูลเบื้องต้นไปให้ APAGE ประมาณช่วงเดือนกรกฎาคม 2566

นพ.สมชาย ลีลากุลวงศ์ มีความเห็นว่า ในขณะนี้ยังติดในส่วนของการจัดงาน APDW2023 และหากจะจัดในไตรมาสที่ 2, 3 จะติดในส่วนของการประชุมวิชาการกลางปีของสมาคม จึงคิดว่ายังไม่ควรทำการ bid

นพ. ทวีศักดิ์ แทนวันดี มีความเห็นว่าอาจจะจัดร่วมกับการประชุมวิชาการกลางปีของสมาคม ซึ่ง IBD ในช่วงนี้จะเป็นช่วงขาขึ้นของการ sponsorship ซึ่งจะ为好ดีให้แก่สมาคมฯ

นพ.จรินทร์ โรจน์บวรวิทยา มีความคิดเห็นว่าในส่วนของ IBD จะมีชมรม IBD อยู่แล้ว ทางสมาคมควรจะทำเนิการคล้ายๆกับเป็นเบื้องหลังของ IBD ให้ IBD ติดต่อกันเอง

นพ.สมชาย ลีลากุลวงศ์ มีความเห็นว่ากระดมทุนของ IBD ไม่น่าจะเป็นเรื่องยาก และในส่วนเรื่องของวิชาการก็น่าจะมีประเด็นอะไร หากจัดในรอบปี 2026 น่าจะเป็นช่วงที่เหมาะสมที่สุด

มติที่ประชุม: รับทราบ

ปิดการประชุมเวลา 12.05 น.

นพ.เฉลิมรัฐ บัญชรเทวกุล

เลขาธิการสมาคมฯ

ผู้ตรวจรายงานการประชุม

รายงานการประชุม ครั้งที่ 5/2566

คณะกรรมการอำนวยการสมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

วันที่ 11 สิงหาคม 2566 เวลา 10.00-12.00 น.

ณ ห้องประชุม Theta ชั้น 6 โรงแรมพูลแมน ช.รagn้ำ, กรุงเทพฯ

จัดในรูปแบบ Hybrid

รายนามผู้เข้าร่วมประชุม onsite

1. นพ.สมชาย	ลีลากุลวงศ์	นายกสมาคมฯ
2. นพ.ธีระ	พิรัชวิสุทธิ์	รองตำแหน่งนายก
3. นพ.เฉลิมรัฐ	บัญญัติเทวกุล	เลขาธิการ
4. นพ.สุพจน์	นิมอณรงค์	รองเลขาธิการ
5. พญ.พิมพ์ศิริ	ศรีพงศ์พันธุ์	เหรัญญิก
6. นพ.สมบัติ	ตรีประเสริฐสุข	ประธานฝ่ายวิจัย
7. นพ.พูลชัย	จรัสเจริญวิทยา	ประธานฝ่ายวิชาการและการศึกษาต่อเนื่อง
8. นพ.จุลจักร	ลิ้มศรีวิไล	ประธานฝ่ายวารสาร
9. น.อ.นพ.ชินวัตร	สุทิวา	กรรมการกลาง
10. นพ.ประเดิมชัย	คงคำ	กรรมการกลาง
11. นพ.รังสรรค์	ฤกษ์นิมิตร	กรรมการกลาง
12. นพ.สยาม	ศิรินธรปัญญา	กรรมการกลาง
13. พญ.อภิัญญา	ลีร์พันธ์	กรรมการกลาง
14. พญ.อาภัสณี	โสภณสฤษดิ์สุข	กรรมการกลาง
15. นพ.กำธร	เผ่าสวัสดิ์	ที่ปรึกษา
16. นพ.อุตม	คชินทร	ที่ปรึกษา

รายนามผู้เข้าร่วมประชุม online

1. นพ.ทวีศักดิ์	แทนวันดี	อุปนายก
2. พญ.ศุภมาส	เชิญอักษร	ปฎิคมและสวัสดิการ

3. พญ.รภััส	พิทยานนท์	ประธานฝ่ายการศึกษาหลังปริญญา
4. นพ.ภาฤทธิ์	เมฆอรุณกมล	ประธานฝ่ายสารสนเทศและการสื่อสาร
5. พ.ท.นพ.ศักรินทร์	จิรพงศธร	ประธานฝ่ายหาทุน
6. พ.ท.นพ.ชจรศักดิ์	ยงวัฒนา	กรรมการกลาง
7. น.ท.(หญิง) พญ.ชนันหา	หงส์ธนากร	กรรมการกลาง
8. พญ.ณัยชญา	จำริญกุล	กรรมการกลาง
9. พญ.นนทลี	เผ่าสวัสด์	กรรมการกลาง
10. พญ.ธนิดา	สุทธิชัยมงคล	กรรมการกลาง
11. นพ.สุนทร	ชลประเสริฐสุข	กรรมการกลาง
12. นพ.อุทัย	แก้วเอี่ยม	กรรมการกลาง
13. พญ.นภาพร	จำริญกุล	ที่ปรึกษา
14. พญ.วัฒนา	สุชีพศาลเจริญ	ที่ปรึกษา

รายนามผู้ไม่สามารถเข้าร่วมประชุม

1. นพ.มล.ทยา	กิตติยากร	ประธานฝ่ายกิจกรรมสังคม
2. นพ.องอาจ	ไพโรสณตรงกูร	ประธานฝ่ายจริยธรรม
3. นพ.กิตติ	ชินยง	กรรมการกลาง
4. นพ.คมสันต์	เลิศคุณิณีจ	กรรมการกลาง
5. พญ.ฐนินสา	พัชระตระกูล	กรรมการกลาง
6. นพ.พลรัตน์	วิไลรัตน์	กรรมการกลาง
7. พญ.มณฑิรา	มณีรัตนะพร	กรรมการกลาง
8. นพ.รัฐกร	วิไลชนม์	กรรมการกลาง
9. พญ.สุภัทศรี	เศรษฐสินธุ์	กรรมการกลาง
10. พญ.กวรรณิการ์	พรพัฒนกุล	ที่ปรึกษา
11. นพ.จรินทร์	โรจน์บวรวิทยา	ที่ปรึกษา
12. พญ.โหมศรี	โฆษิตชัยวัฒน์	ที่ปรึกษา
13. พญ.ดวงพร	วีระวัฒนกานนท์	ที่ปรึกษา
14. พญ.ชุดิมา	ประมุขสินทรัพย์	ที่ปรึกษา
15. นพ.เต็มชัย	ไชยหนูดี	ที่ปรึกษา

16. นพ.ทวี	รัตนชูเอก	ที่ปรึกษา
17. นพ.เนรินทร์	อจลชนันท์	ที่ปรึกษา
18. นพ.ธวัชชัย	อัศววิทูธ	ที่ปรึกษา
19. พญ.รัตนา	บุญศิริจันทร์	ที่ปรึกษา
20. พญ.บุบผา	พรธิดาร	ที่ปรึกษา
21. นพ.บัญชา	โอวาทฟารพร	ที่ปรึกษา
22. พญ.พจมาน	พิศาลประภา	ที่ปรึกษา
23. นพ.พินิจ	กุลละวณิชย์	ที่ปรึกษา
24. นพ.พิศาล	ไ้ม่เรียง	ที่ปรึกษา
25. นพ.พิเศษ	พิเศษพงษ์	ที่ปรึกษา
26. นพ.พิสิฐ	ตั้งกิจวานิชย์	ที่ปรึกษา
27. นพ.ภุริพงศ์	กิจดำรงธรรม	ที่ปรึกษา
28. พญ.วโรชา	มหาชัย	ที่ปรึกษา
29. พล.ต.นพ.วิชัย	ชัยประภา	ที่ปรึกษา
30. นพ.ศตวรรษ	ทองสวัสดิ์	ที่ปรึกษา
31. พญ.ศศิประภา	บุญญพิสิฐ	ที่ปรึกษา
32. พญ.ศิวะพร	ไชยหุวัติ	ที่ปรึกษา
33. นพ.สถาพร	มานัสสถิตย์	ที่ปรึกษา
34. นพ.สวัสดิ์	หิตะนันท์	ที่ปรึกษา
35. นพ.สิน	อนุราษฎร์	ที่ปรึกษา
36. นพ.สิริวัฒน์	อนันตพันธุ์พงศ์	ที่ปรึกษา
37. พญ.สุพร	ตรีพงษ์กรอุมา	ที่ปรึกษา
38. นพ.สุเทพ	กลชาญวิทย์	ที่ปรึกษา
39. นพ.สุริยะ	จักกะพาก	ที่ปรึกษา
40. นพ.สุพจน์	พงศ์ประสพชัย	ที่ปรึกษา
41. พล.ท.นพ.สุรพล	ชินรัตน์กุล	ที่ปรึกษา
42. พล.ต.นพ.อนุชิต	จุฑะพุทธิ	ที่ปรึกษา

วาระที่ 1 เรื่องที่ประธานแจ้งเพื่อทราบ

นพ.สมชาย ลีลาภุศลวงศ์ นายกสมาคมฯ แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

1. ได้รับจดหมายแจ้งจากนายกสมาคมโรคระบบทางเดินอาหารและตับของประเทศมาเลเซีย (Malaysian Society of Gastroenterology & Hepatology) โดยจะขอมอบสิทธิ์ลงทะเบียนฟรีผ่านระบบ online จำนวน 15 ท่านเพื่อเข้าร่วม the 12th Asian Pacific Topic Conference (APTC) 2023 on Gut Microbiota ในวันที่ 18 - 20 สิงหาคม 2566 ทั้งนี้ขอให้สมาคมฯ ส่งชื่อผู้สนใจเข้าร่วมประชุมภายในวันที่ 10 สิงหาคม 2566 ดังนั้นหากท่านใดมีสนใจจะเข้าร่วมประชุมผ่านระบบ online แจ้งไปยังฝ่ายเลขานุการได้ภายในวันที่ 14 สิงหาคม 2566 เพื่อดำเนินการรวบรวมรายชื่อส่งไปยังผู้จัดการประชุมต่อไป

2. แพทสกรับรองหลักสูตรฝึกอบรมแพทย์ระบบทางเดินอาหารจากแพทยสภา (มคอ.

1) เป็นที่เรียบร้อยแล้ว และประธานฝ่ายการศึกษาหลังปริญญาจะแจ้งความคืบหน้าให้ทราบต่อไป

มติที่ประชุม: รับทราบ

วาระที่ 2 รับรองรายงานการประชุมครั้งที่ 4/2566

แก้ไขหน้า 7 แก้ไขจาก issued แก้ไขเป็น issues

หลังจากแก้ไขรายงานการประชุมแล้ว ที่ประชุมมีมติรับรองรายงานการประชุมครั้งที่

4/2566

วาระที่ 3 เรื่องสืบเนื่องและพิจารณา

3.1 ผลการจัด workshop basic EGD

พญ.รัศมิ์ พิชยานนท์ แจ้งให้ที่ประชุมทราบถึงผลการจัด workshop basic EGD เมื่อวันที่ 13 กรกฎาคม 2566 ณ โรงแรมอโนมา กรุงเทพฯ เป็นการจัดครั้งแรกให้แก่แพทย์ประจำบ้านต่อยอด (เฟลโลว์) อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคระบบทางเดินอาหาร ชั้นปีที่ 1 (ตามเอกสารประกอบการประชุม) ดังนี้

1. ผู้เข้าร่วมอบรม ได้แก่ แพทย์ประจำบ้านต่อยอด อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคระบบทางเดินอาหาร ชั้นปีที่ 1 จำนวน 36 ท่าน , แพทย์ประจำบ้าน GI - เด็ก จำนวน 5 ท่าน, ผู้แทนแต่ละสถาบัน จำนวน 11 ท่าน
2. ได้รับการสนับสนุนในเรื่องเครื่องมือสำหรับการจัดฝึกอบรมจากบริษัท ไอลิมปัส จำนวน 7 station และบริษัท พูจี จำนวน 6 station

3. ผู้เข้ารับการศึกษาอบรม จะต้องทำแบบสอบถามก่อนและหลังการทำ workshop
4. มีข้อคิดเห็นจากผู้เข้าร่วม workshop ว่าต้องการให้จัด 2 วัน โดยเพิ่ม workshop การทำ colonoscopy หลังจากทำ EGD ไปแล้วช่วงหนึ่ง, ต้องการให้มี station, เพิ่มเวลา และเครื่องมือมากขึ้น, ทุกคนมีความพอใจต่อวิทยากร
5. ได้มอบตัวโมเดลในการฝึกไปกับทุกสถาบัน ซึ่งวางแผนว่าในปีหน้าจะให้เฟลโลว์ฝึกเองที่สถาบัน และวันที่มา workshop จะให้สอบ Structured EGD เลย เพื่อที่จะได้ลดเวลาในการที่จะฝึก โดยทุกสถาบันอาจารย์ได้เข้ามา workshop ด้วย ทำให้รู้ถึงแนวทางการสอน จึงคิดว่าไม่น่ามีปัญหาที่สถาบันแต่ละสถาบันจะไปฝึกก่อน โดยจะจัดสอบและจบภายในวันเดียว และคาดว่าปี 2567 จะจัดก่อนวันประชุมวิชาการกลางปีเหมือนเดิม เพื่อที่จะให้เฟลโลว์ที่มาจากต่างจังหวัดสามารถเข้าร่วมประชุมวิชาการต่อได้เลย
6. ในขณะนี้ fellow ได้ผ่าน fine movement แล้วกำลังจะเข้าสู่ structured EGD ที่เป็นการฝึกในสถาบันที่ได้ส่งโมเดลไปให้ทุกสถาบันวันกันไป และการสอบจะมี check list และส่งวิดีโอที่ทำมาในกลุ่มไลน์เพื่อที่จะให้อาจารย์ทุกท่านได้ช่วยกันประเมิน

มติที่ประชุม: รับทราบ

3.2 การรับรอง มคอ.1 หลักสูตรฝึกอบรมแพทย์ระบบทางเดินอาหารจากแพทยสภา (มคอ. 1) / กำหนดการตรวจและรับรองหลักสูตรฯของสถาบันฝึกอบรม (มคอ.2)

พญ.รภัส พิทยานนท์ แจ้งว่า มคอ. 1 ที่ได้ส่งไปได้รับการอนุมัติเรียบร้อยแล้วจากแพทยสภา และได้ทำหนังสือถึงหัวหน้าสถาบันทุกสถาบันว่าจะต้องส่ง มคอ. 2 ที่เป็นการเขียนจากแต่ละสถาบันไปให้แพทยสภานุมัติภายใน 31 ธันวาคม 2566 โดยจะต้องส่งก่อน 31 ธันวาคม 2566 อย่างช้าสุดประมาณ 1 เดือน ดังนั้นจึงจะต้องได้รับ มคอ.2 จากทุกสถาบันภายในวันที่ 29 กันยายน 2566 จากนั้นก็จะตั้งคณะกรรมการมาดูในส่วนของ มคอ. 2 ของแต่ละสถาบันว่าจะต้องมีการปรับแก้หรือไม่ ถ้าไม่มีการปรับแก้ก็สามารถส่งไปให้ทางแพทยสภาได้เลย แต่ถ้าหากต้องปรับแก้ก็จะมีช่วงเวลาที่จะให้อาจารย์ได้ปรับแก้ได้ ซึ่งโดยปกติจะทำการแก้ไขไม่เกิน 1-2 เดือนและจะมาทำการดูใหม่อีกรอบหนึ่งแต่ในส่วนนี้จะไม่มีการตรวจสถาบันจะเป็นในส่วนที่ดู มคอ. 2 ที่ส่งมาเท่านั้นว่าตรงตาม check list ที่แพทยสภากำหนดไว้หรือไม่

มติที่ประชุม: รับทราบ

3.3 ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมการปรับปรุงโปรแกรมการตรวจ EPA

พญ.รวิศ พิทยานนท์ แจ้งว่ามีเรื่องที่จะขออนุมัติจากคณะกรรมการ คือ เรื่องการปรับปรุงโปรแกรมการตรวจ EPA ตามที่ได้เคยแจ้งว่า EPA จะมีการปรับเกณฑ์ที่เขียนลงใน มคอ.1 โดยจะมีการปรับเคลสให้มีความเหมาะสมมากขึ้น, ปรับเรื่องของค่าบางค่าที่ผิด ซึ่งคณะกรรมการก็ได้มีการอนุมัติให้มีการปรับแล้ว แต่ทีม IT ที่ได้จ้างมาทำแอปแจ้งว่าส่วนที่จะปรับ beyond ในเรื่องของ maintenance ในสัญญา จึงได้ทำใบเสนอราคามาสำหรับการปรับนี้ จำนวน 53,000 บาท และในขณะนี้ยังไม่สามารถเข้าไปใน EPA ได้ จึงขอให้ fellow ยังไม่ต้องกรอกข้อมูล เนื่องจากจะมีการเปลี่ยนแปลง และได้แจ้ง IT ให้ทำการ backup ข้อมูลไว้แล้ว หากมีปัญหาอะไรเกิดขึ้นก็จะยังมีข้อมูลอยู่

มติที่ประชุม: รับทราบและอนุมัติงบ จำนวน 53,000 บาทสำหรับการปรับแก้ไขโปรแกรม EPA

3.4 ความคืบหน้างานวิจัยของแพทย์ประจำบ้านต่อยอดฯ ปี 2

นพ.สมบัติ ตีระเสริฐสูข แจ้งให้ที่ประชุมทราบเรื่องความคืบหน้างานวิจัยของแพทย์ประจำบ้านต่อยอดฯ (เพลโลว์) ปี 2 ด้วยมาตรฐานคุณวุฒิความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม อนุสาขายาอายุรศาสตร์โรคระบบทางเดินอาหาร ฉบับปรับปรุงใหม่ พ.ศ. 2566

1. ระบุให้ผู้เข้ารับการศึกษาฝึกอบรมต้องทำงานวิจัย ได้แก่ งานวิจัยแบบ retrospective, prospective หรือ cross sectional อย่างน้อย 1 เรื่อง หรือทำ systematic review หรือ meta-analysis 1 เรื่อง ในระหว่างการปฏิบัติงาน 2 ปี โดยเป็นผู้วิจัยหลัก
2. ขอบเขตความรับผิดชอบ เนื่องจากความสามารถในการทำวิจัยด้วยตนเอง เป็นสมรรถนะหนึ่งของผู้เข้ารับการศึกษาฝึกอบรมต้องบรรลุตามหลักสูตรฯ ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2566 และการพิจารณาผลการประเมินจากผลงานวิจัยฉบับสมบูรณ์เป็นองค์ประกอบหนึ่งของผู้ที่ได้รับวุฒิบัตรฯ เมื่อสิ้นสุดการศึกษา ดังนั้นสถาบันฝึกอบรมจะต้องรับผิดชอบการเตรียมความพร้อมให้กับผู้เข้ารับการศึกษาของสถาบันตนเองตั้งแต่การเตรียมโครงสร้างการวิจัย ไปจนถึงสิ้นสุดการทำงานวิจัยและจัดทำรายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์เพื่อนำส่งสมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย ทั้งนี้สถาบันฝึกอบรมจะต้องรายงานชื่องานวิจัย อาจารย์ที่ปรึกษาและความคืบหน้าของงานวิจัย ตามกรอบเวลาที่กำหนดไปยังสมาคมฯ เพื่อให้มีการกำกับดูแลอย่างทั่วถึง

3. การทำวิจัยโรคระบบทางเดินอาหาร

ผู้เข้ารับการฝึกอบรมต้องทำงานวิจัย ได้แก่ งานวิจัยแบบ retrospective, prospective หรือ cross sectional อย่างน้อย 1 เรื่อง หรือทำ systematic review หรือ meta-analysis 1 เรื่อง ในระหว่างการปฏิบัติงาน 2 ปี โดยเป็นผู้วิจัยหลัก โดยงานวิจัยดังกล่าวต้องประกอบด้วยหัวข้อหลักดังนี้

- 3.1 จุดประสงค์ของการวิจัย
- 3.2 วิธีการวิจัย
- 3.3 ผลการวิจัย
- 3.4 การวิจารณ์ผลการวิจัย
- 3.5 บทคัดย่อ

4. การอบการดำเนินงานวิจัยในเวลา 2 ปี หรือ 24 เดือนของการฝึกอบรม

ด้วยข้อระบุในเกณฑ์ดังกล่าว ดังนั้นจึงมีปัญหาในเรื่องของความคืบหน้างานวิจัย โดยคำว่า “รายงานฉบับสมบูรณ์” ไม่ได้ถูกกำหนดอย่างชัดเจน และด้วยช่วง 2-3 ปีที่ผ่านมา เฟลโลร์ทำงานวิจัยได้ไม่ครบ ทำให้การนำเสนอผลงานวิจัยตอนต้นนำเสนอผลงานวิจัยไม่สามารถนำเสนอได้ตามวัตถุประสงค์ หรือบางงานวิจัยไม่สามารถแปลผล และส่วนหนึ่งอาจมีผลกระทบมาจากปัญหาการระบาดของโควิด ที่มีผลต่อการจัดงานบริการผู้ป่วย ส่วน เฟลโลร์ปี 1 และ ปี 2 รุ่นปัจจุบันปี 2566 นี้ผลกระทบนี้น่าจะลดลงตามลำดับ

ทั้งนี้ได้มีการส่งใบประเมินความคืบหน้างานวิจัยไปยังเฟลโลร์ปี 2 จำนวนทั้ง 33 ท่าน โดยที่ได้ดำเนินการผ่าน IRB แล้ว จำนวน 30 ท่าน มีปัญหาเรื่อง design / methodology/ case enrollment/ budget และขอเปลี่ยนแปลงงานวิจัย เนื่องจากติดขัดดังกล่าว จำนวน 3 ท่าน ซึ่งทั้ง 33 ท่านจะต้องนำเสนองานวิจัยก่อนสอบ ช่วงต้นเดือนมีนาคม 2567

จึงขอปรึกษาคณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯ เพื่อพิจารณา ดังนี้

1. กำหนดเกณฑ์ที่ชัดเจนสำหรับนิยามงานวิจัย ฉบับสมบูรณ์ ควรมีจำนวนผู้ป่วยที่ enroll ได้อย่างน้อยร้อยละ 30 สำหรับ fellow G1 ปี 2/2566 และอย่างน้อย fellow GI ปี 1/2566 (กรณี meta-analysis ต้องสรุปผลตอบคำถามวิจัยได้)
2. อนุญาตให้เปลี่ยนโครงการวิจัยสำหรับ fellow GI ปี 2 ที่รายงานความก้าวหน้าแล้วมีปัญหาไม่สามารถดำเนินการได้ทันเวลาโดยทำเรื่องเปลี่ยนมาทางฝ่ายวิจัย ภายใน ส.ค. ของปี

ที่ประชุมให้ข้อคิดเห็น ดังนี้

1. ในเรื่องของแหล่งทุนไม่น่าจะมีปัญหาเพราะจะมีแหล่งที่จะให้ทุนอยู่จำนวนมาก ทั้งมหาวิทยาลัย หรือ วช.
2. เสนอให้สมาคมจัดตั้งคณะกรรมการ IRB เพราะจะได้ไม่ต้องไปขึ้นกับ IRB แต่ละที่ ซึ่งจะสามารถทำให้สะดวกขึ้น และเสนอให้อาจารย์ที่เป็น advisor หลักของเฟลโลว์เข้าร่วมประชุมและร่วมชี้แจงด้วยเพื่อทำให้งานรวดเร็วขึ้น
3. ในกระบวนการวิจัยทุกรูปแบบจะมีกระบวนการที่สำคัญอยู่ 3 ส่วน ได้แก่ Protocol Development , การ conduct อาทิ เรื่องทุน , คน , ทรัพยากรในช่วงโควิด ซึ่งกระบวนการวิจัยนี้เป็นกระบวนการที่เป็นปัญหาอยู่ในปัจจุบัน และ กระบวนการ Presentation รายงานฉบับสมบูรณ์ ซึ่งถ้าต้องการให้เป็นรายงานที่สมบูรณ์ก็จะต้อง flexible ยอมให้ fellow เปลี่ยนหัวข้องานวิจัยให้เหมาะสม แต่ต้องมีการทำหนังสือแจ้งล่วงหน้า
4. เสนอนำส่งรายชื่อเฟลโลว์ทั้งหมดให้ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ฯ ซึ่งจะทำให้ได้ใบ certificate ที่เทียบเท่าปริญญาเอกและเมื่อทุนประกาศก็ส่งไปให้อาจารย์ และ submit ก็จะได้ทุนมาก่อน ซึ่งคิดว่ากระบวนการที่ไม่น่าจะเกิน 3-6 เดือนแรกก็น่าจะได้ทุนแล้ว
5. เห็นด้วยกับการที่มี 1 ปี evaluation และเห็นด้วยต่อการที่จะอนุญาตให้เฟลโลว์เปลี่ยนโครงการวิจัยหากรายงานความก้าวหน้ามีปัญหาขึ้น
6. เห็นด้วยกับการที่สมาคมตั้งวัตถุประสงค์เพื่อให้เฟลโลว์ทำงานวิจัยเป็นการที่เขียนรายงานฉบับสมบูรณ์โดยไม่สามารถตีพิมพ์ได้ถือว่าเป็นการที่เฟลโลว์ได้เรียนรู้ระดับ Proposal แล้ว , เขียนแล้ว เพียงแต่ไม่ใช่ผลลัพธ์ที่แท้จริง
7. ไม่เห็นด้วยต่อการเปลี่ยนหัวเรื่องกลางคันเพราะจะทำให้สิ้นเปลืองเวลา รวมถึงเป็นการลดคุณภาพและบั่นทอนความมีมาตรฐาน
8. เห็นด้วยกับการคงเรื่องเดิมไปตลอดและทำให้สิ้นสุดแม้ว่าจะไม่สามารถทำให้เป็นรายงานฉบับสมบูรณ์ได้ คือ เขียนเท่าที่เขียนได้ วิเคราะห์ได้ และมีการให้เหตุผลว่าการไม่สำเร็จเกิดขึ้นจากอะไรบ้าง

มติที่ประชุม: ให้แจ้งอาจารย์และเฟลโลว์ทุกสถาบันทราบล่วงหน้า ดังนี้

1. กำหนดเกณฑ์ที่ชัดเจนสำหรับรายงานวิจัย ฉบับสมบูรณ์ คือ มีขั้นตอนดำเนินการครบ 3 ขั้นตอนคือ protocol development - protocol conduct - data analysis and presentation- ส่วนจำนวนผู้ป่วยที่ enroll ให้อาจารย์ที่ปรึกษา

- และเฟลโล พิจารณาว่าเหมาะสมและครบกระบวนการ 3 ขั้นตอนดังกล่าว
- อนุญาตให้เปลี่ยนโครงการวิจัยสำหรับ เฟลโล GI ปี 2 ที่รายงานความก้าวหน้าแล้ว โดยมีปัญหาไม่สามารถดำเนินการได้ทันเวลา โดยให้ส่งแบบรายงานความก้าวหน้าวิจัย เพื่อขอเปลี่ยนหัวข้อ พร้อมกับโครงร่างวิจัยใหม่ มายังประธานฝ่ายวิจัย เพื่อดำเนินการให้มีการ review proposal เป็นไปตามมาตรฐานการดำเนินการวิจัยสมาคม ซึ่งในปีการศึกษานี้ ให้ส่งมาภายใน 31 สิงหาคม ของปี
 - แนะนำให้อาจารย์ที่ปรึกษาและเฟลโลพิจารณาหาแหล่งทุนโดยหากสมัครโครงการเทียบเท่า PH-D. ของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ได้จะขอทุนได้สะดวกขึ้น
 - ขั้นตอนเสนอโครงร่างวิจัย ที่ประชุมให้เร่งเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้วิจัยดำเนินการขอ IRB ได้เร็วขึ้นของแต่ละสถาบัน
 - ทั้งนี้เดือนที่กำหนดขึ้นเป็นระยะเวลาที่ประมาณการ อาจทำได้เร็วกว่าหรือช้ากว่านี้ได้ โดยให้แต่ละสถาบันไปกำหนดรายละเอียดเพิ่มเติมเอง แต่สถาบันต้องส่งโครงร่างงานวิจัยของผู้เข้ารับการฝึกอบรมทุกคน ไปยังอนุกรรมการฝ่ายวิจัยของสมาคมฯ เพื่อสอบโครงร่าง ภายในเดือนที่ 4 ดังสรุปในตาราง

เดือนที่	ประเภทกิจกรรม
1-2	จัดเตรียมคำถามวิจัยและติดต่ออาจารย์ที่ปรึกษา
3	จัดทำโครงร่างงานวิจัย -
4	นำเสนอโครงร่างงานวิจัยต่ออนุกรรมการฝ่ายวิจัยของ สมาคมฯ - ประมาณเดือน ต.ค.
3-6	ขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ขอทุนสนับสนุนงานวิจัยจากแหล่งทุนทั้งภายในและนอกสถาบัน (ถ้าต้องการ)
6-18	เริ่มดำเนินงานวิจัย - เก็บข้อมูล
12	นำเสนอความคืบหน้างานวิจัย - ประมาณเดือน มิ.ย.
18	วิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลงานวิจัย
19	จัดทำรายงานวิจัยฉบับร่างให้อาจารย์ที่ปรึกษาปรับแก้ไข-- ประมาณเดือน ม.ค.
20-22	ส่งรายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ต่อสถาบัน เพื่อส่งต่อไปยังอนุกรรมการฝ่ายวิจัยของสมาคมฯ ให้ทำการประเมินผล หรือนำเสนอผลงานวิจัย สำหรับประกอบคุณสมบัติการเข้าสอบเพื่อวุฒิบัตรภาคปฏิบัติขั้นสุดท้าย-ประมาณเดือน มี.ค.-เม.ย.

3.5 สมาชิกสมาคมฯขอรับทุนสนับสนุนงานวิจัยจากสมาคมฯ จำนวน 2 ทุน

นพ.สมบัติ ตริประเสริฐสุข แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าตามประกาศสมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย ประจำปี พ.ศ. 2566 - 2567 กำหนดระเบียบการให้ทุนสนับสนุนงานวิจัยสำหรับสมาชิกสมาคมฯ จำนวน 4 ทุนๆ ละ 40,000 บาท/ปี แบ่งเป็นทุนสำหรับอาจารย์ในสถาบันฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดของสมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย จำนวน 2 ทุน และ แพทย์ สังกัด รพ.อื่นๆ อีก 2 ทุน โดยปีได้รับยื่นขอทุนไปเมื่อวันที่ 31 กรกฎาคม 2566 มีผู้ส่งมาขอรับทุนสนับสนุน จำนวน 2 โครงการ ซึ่งจะส่งแบบฟอร์มประเมินไปยังคณะกรรมการฝ่ายวิจัยได้ช่วยประเมินเพื่อพิจารณาอนุมัติทุนต่อไป คือ

1. นพ.ศักรินทร์ จิรพงศธร แผนกอายุรกรรม รพ.พระมงกุฎเกล้า ชื่อโครงการงานวิจัย การศึกษาาระบาดวิทยาและภาวะต่อระบบสาธารณสุขของโรคตับแข็งและภาวะแทรกซ้อนของโรคตับแข็งในประเทศไทย

2. พญ.ธนิษฐ์ ประสพโภคกร หน่วยงานอายุรกรรม รพ.สมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จังหวัดชลบุรี

ชื่อโครงการงานวิจัย การศึกษาทางคลินิกแบบพหุสถาบันและรับรองมาตรฐานชุดยารัดเส้นเลือดอุดตันในหลอดเลือดหัวใจเพื่อการใช้งานเชิงพาณิชย์

มติที่ประชุม: รับทราบ

3.6 สรุปผลการจัดประชุมวิชาการกลางปี 2566

นพ.พูลชัย จรัสเจริญวิทยา แจ้งที่ประชุมทราบว่าฝ่ายวิชาการได้จัดประชุมกลางปีของสมาคมไปเมื่อวันที่ 14-16 กรกฎาคม 2566 ณ โรงแรมอโนมา แกรนด์ กรุงเทพฯ ในหัวข้อ Practical Points in Clinical Gastroenterology สรุปรายละเอียดได้ดังนี้ (ตามเอกสารประกอบการประชุม)

1. ผู้เข้าร่วมประชุมจำนวน 440 ท่าน เป็นผู้ลงทะเบียน 370 ท่าน และวิทยากร moderator กรรมการ จำนวน 70 ท่าน ซึ่งผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่จะเป็นแพทย์ระบบทางเดินอาหารเกือบ 300 ท่าน, เฟลโลว์ที่ยังอยู่ระหว่างการฝึกอบรม 60 กว่าท่าน, อายุรแพทย์ 17 ท่าน, GI เด็ก 5 ท่าน, ศัลยแพทย์ 2 ท่าน, เภสัชกร 2 ท่าน, แพทย์ประจำบ้าน 3 ท่าน, แพทย์วิจัย 1 ท่าน, พระภิกษุ 1 ท่าน พยาบาล 1 และ อื่นๆ ที่ไม่ได้ระบุอีก 47 ท่าน ซึ่งจากข้อมูลเห็นว่าโดยส่วนใหญ่ผู้เข้าร่วมประชุมได้รับการสนับสนุนจากบริษัทฯ ส่วนจ่ายเองจะ

มีประมาณ 80 ท่าน จึงทำให้เป็นข้อมูลช่วยในการจัดการประชุมครั้งถัดไปว่า การที่จะได้ผู้เข้าร่วมประชุมมากน้อยมาจากการสนับสนุนจากบริษัทต่างๆ

2. จัดประชุมในรูปแบบ onsite คือ สุการ์ เสาร์ อาทิตย์, บริษัทร่วมจัด symposium จำนวน 8 sym (7 บริษัท), บริษัทร่วมออกบูธ จำนวน 27 บูธ (รวมบูธฟรีของ sym), มีกิจกรรม QUIZ แจก IPAD 2 เครื่อง, เยี่ยมชมบูธ แจกสร้อยทองหนัก 1 สลึง 2 เส้น โดยได้รับการสนับสนุนรางวัลต่างๆ จากบริษัท
3. ได้จัดทำหนังสือ Practical Points in Clinical Gastroenterology มอบให้กับผู้เข้าร่วมทุกท่าน ซึ่งค่าใช้จ่ายของหนังสือได้คิดรวมกับค่าลงทะเบียนไปแล้ว
4. สามารถดูวิดีโอย้อนหลังได้ตั้งแต่วันที่ 21 กรกฎาคม - 21 สิงหาคม 2566 ที่ไม่ให้นานกว่านี้เนื่องจากจะมีค่าใช้จ่ายในพื้นที่ของเว็บไซต์
5. มีรายรับมากกว่ารายจ่าย 3,070,925.68 บาท ดังนั้นการเลือกสถานที่จัดประชุมจึงเป็นส่วนสำคัญต่อรายรับรายจ่าย
6. มีข้อเสนอแนะจากผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่จะเป็น positive feedback เช่น ชอบที่มีหนังสือจะได้นำกลับไปทบทวนได้, มีการเสนอหัวข้อที่สนใจในการจัดประชุมครั้งถัดไป, มี feedback ต่อวิทยากรในภาพรวมที่ดี, มี feedback ต่อสถานที่ที่ดีและอาหารของโรงแรมควรจะมีการปรับปรุง, มี feedback จากบริษัทที่เข้าร่วมออกบูธว่าชอบระยะเวลาการจัด แต่มีความต้องการให้จัดเป็นวันพฤหัสบดี วันศุกร์ และวันเสาร์มากกว่า บริษัทส่วนใหญ่ยังให้ความร่วมมือที่จะสนับสนุนการจัดประชุมของสมาคมฯ ต่อไป, feedback จาก บริษัท symposium มีความเห็นว่าค่าใช้จ่ายแพงไป และต้องการให้สมาคมแจ้งกำหนดการล่วงหน้าอย่างน้อย 6 เดือน

มติที่ประชุม: รับทราบ

3.7 การร่วมเสนอหัวข้อประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 40 ของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย

นพ. พูลชัย จรัสเจริญวิทยา แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าได้รับจดหมายแจ้งจากราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ฯ เพื่อขอให้สมาคมวิชาชีพต่างๆ ร่วมเสนอหัวข้อทางวิชาการในการจัดประชุมวิชาการครั้งที่ 40 ในวันที่ 24 - 27 เมษายน 2567 ณ โรงแรมเซนทารา กรุงเทพฯ ประชุมเป็นแบบ onsite

ดังนั้นจึงได้มีการประชุมคณะอนุกรรมการฝ่ายวิชาการ เพื่อส่งสรุปหัวข้อและรายละเอียดต่างๆ ไปยังราชวิทยาลัย เรียบร้อยแล้ว โดยจะมีใน ส่วน Symposium, Guideline, Breakthroughs in Internal Medicine, Meet the expert, Workshop /spot diagnosis/ interactive session ตามเอกสารประกอบการประชุม

มติที่ประชุม: รับทราบ

3.8 การจัดประชุมวิชาการ The Academic GI Day ครั้งที่ 2/2566

นพ.พูลชัย จรัสเจริญวิทยา แจ้งที่ประชุมทราบว่า ได้แจ้งการจัดประชุมวิชาการ The Academic GI Day ครั้งที่ 2/2566 แบบ Virtual Meeting ในวันอาทิตย์ที่ 8 ตุลาคม 2566 Theme: Ways to Improve Your Gut and Liver Health โดยได้รับการสนับสนุนจาก 2 บริษัท ร่วมจัด lunch symposium ตามเอกสารประกอบการประชุม

มติที่ประชุม: รับทราบ

3.9 ความคืบหน้าจัดประชุม APDW2023

นพ.สมชาย ลีลากุลลวงค์ รายงานความคืบหน้าการจัดงาน APDW2023 ดังนี้

1. ได้รับรายงานจาก Meeting Lab ซึ่งเป็น organization จัดงานประชุม ว่าขณะนี้ มีการ Submission ประมาณ 100 กว่า abstract และ deadline ของ Abstract Submission คือวันที่ 31 สิงหาคม 2566 ซึ่งในส่วนการยกเว้นค่าลงทะเบียนได้ มีการหารือกันคร่าวๆ แล้ว ซึ่งนพ. อุดม คชินทร สนับสนุนให้มีการยกเว้นค่าลงทะเบียนเพื่อที่จะได้เป็นการสนับสนุนแพทย์ไทยให้มี Abstract Submission
2. มีผู้ลงทะเบียนในภาพรวมแล้วประมาณ 1,200 กว่าท่าน
3. Sponsorship
 - 3.1 Platinum Sponsor: Fujifilm และ Olympus
 - 3.2 Gold Sponsor: Pentax
 - 3.3 Bronze Sponsors: Biocodex, Boston Scientific, Reckitt Benckiser
4. มีการตัดชุดสูทสำหรับคณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯ และคณะกรรมการ APDW2023
5. จัดงานเลี้ยง Faculty Dinner ในคืนวันที่ 7 ธันวาคม 2566 สำหรับสถานที่จะมี ประชุมพิจารณาในช่วงบ่ายของวันนี้ ความคืบหน้าจะแจ้งให้ทราบต่อไป

มติที่ประชุม: รับทราบ

วาระที่ 4 เรื่องอื่นๆ

ไม่มี

ปิดการประชุมเวลา 12.05 น.

นพ.เฉลิมรัฐ บัญชรเทวกุล

เลขาธิการสมาคมฯ

ผู้ตรวจรายงานการประชุม