

จุดสาร
สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหาร
แห่งประเทศไทย

ปีที่ 7 ฉบับที่ 31

มิถุนายน 2542

ISSN 0857-6351

เฉลิมพระบารมี 72 พรรษา ภูมิพลมหาราช 5 ธันวาคม 2542



ขอเชิญเข้าร่วมประชุม Digestive Disease Week Thailand 1999
The 5th Asia-Pacific AGA Conference
12-16 ธันวาคม 2542 ณ โรงแรมโลตัสปางสวนแก้ว จ.เชียงใหม่



สมาคมแพทยระบบทางเดินอาหาร แห่งประเทศไทย

จุดสารสมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย จัดพิมพ์ โดยอนุมัติของคณะกรรมการอำนวยการสมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย กำหนดออกทุก 2 เดือน แจกจ่ายโดยไม่คิดมูลค่าแก่สมาชิกของสมาคมฯ ตลอดจนห้องสมุดโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลประจำจังหวัดทั่วประเทศ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมความรู้โรคระบบทางเดินอาหาร และประชาสัมพันธ์กิจกรรมของสมาคมฯ

สำนักงาน:-

ตึกพะอบ ชั้น 1 สาขาวิชาโรคระบบทางเดินอาหาร

รพ.ศิริราช

ถ.พชรานนท

บางกอกน้อย

กรุงเทพฯ 10700

โทร 419-7281-3

โทรสาร 412-0586, 411-5013

สมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

ปีที่ 7 ฉบับที่ 31 มิถุนายน 2542 ISSN 0857-6351

จุดสารสมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

ปีที่ 7 ฉบับที่ 31 มิถุนายน 2542

สารบัญ

รายการคณะผู้จัดทำจุดสารฯ	หน้า
ที่ปรึกษา แพทย์หญิงกรรณิการ์ พรพัฒน์กุล	4
บรรณาธิการ นายแพทย์อุดม คชินทร	
กองบรรณาธิการ แพทย์หญิง โฉมศรี โฉมิตชัยวัฒน์	10
นางวาทาศึกษานายแพทย์ณัฐภากร วิริยานุภาพ	14
นายแพทย์ทศศักดิ์ แทนวันดี	30
นายแพทย์ธีระ พิชัยวิสุทธิ	
นายแพทย์สุนทร กัตติเจริญ	46
นายแพทย์พิศาล ไช้เรียง	
นายแพทย์ขนิมิต ติโทชวลิต	52
พินิจารวเอกานายแพทย์วีรพันธุ์ เสาวรส	
นายแพทย์ศตวรรษม ทองสวัสดิ์	72
นายแพทย์ศิริวัฒน์ อมันต์พันธุ์พงศ์	98
พลเอกนายแพทย์สุวัฒน์ เกษขามนท์	106
พินเอกนายแพทย์อานูชิต กุฑชะพูชาติ	111
นายเอกนถ เกตุสมพร	112
ปก ศิวินิช การพิมพ์	114
จำนวน 1,500 เล่ม	115

รายนามคณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯ

วาระปี 2542-2543

1. พญ.กรรณิการ์	พรพัฒน์กุล	นายกสมาคมฯ	16. นพ.บัญญัติ	โอบาทพรพร	กรรมการกลาง
2. นพ.ประวิทย์	เลิศวิระศิริกุล	อุปนายก	17. นพ.พงษ์พีระ	สุวรรณกุล	กรรมการกลาง
3. นพ.อุดม	กชินทร	เลขาธิการ	18. นพ.พิศาล	ไข่มเรียง	กรรมการกลาง
4. พญ.ศศิประภา	บุญญพิสิฏฐ์	เหรียญก	19. นพ.ไพโรจน์	เหลือองโรงนกูล	กรรมการกลาง
5. พ.อ.นพ.อนุชิต	อุษะพุทธิ	ประธานฝ่ายปฏิบัติ	20. นพ.มานิต	สีโทชวลิต	กรรมการกลาง
6. นพ.กำธร	เผ่าสวัสดิ์	ประธานฝ่ายวิจัย	21. พ.ต.อ.นพ.วรพันธุ์	เสาวรศ	กรรมการกลาง
7. พญ.วโรชา	มหาชัย	ประธานฝ่ายวิชาการ	22. นพ.วิกิจ	วีรานูวัตติ์	กรรมการกลาง
8. นพ.เฉลิมชัย	ไชยบุวัต	ประธานฝ่ายโรคตับ	23. พญ.วิภา	วงศ์พานิช	กรรมการกลาง
9. พ.อ.นพ.สุรพล	ชันรัตน์กุล	ประธานฝ่าย	24. นพ.สถาพร	มานัสถติชัย	กรรมการกลาง
10. นพ.สุชา	ศิริทอง	ประธานฝ่ายวารสาร	25. นพ.องอาจ	ไพรสณขารางกูร	กรรมการกลาง
11. พ.อ.นพ.สุรพล	สุรางค์ศิริรัฐ	ประธานฝ่ายการ	26. นพ.เกรียงไกร	ยัศวรงค์	ที่ปรึกษา
12. พญ.ชุติมา	ประมุขสินทรัพย์	ศึกษาหลังปริญญา	27. นพ.จินดา	สุวรรณรัมย์	ที่ปรึกษา
13. นพ.จรินทร์	โรจน์บวรวิทยา	วิชาศัลยกรรม	28. นพ.พินิจ	กุลละวณิชย์	ที่ปรึกษา
14. นพ.ทองดี	ชัยพานิช	กรรมการกลาง	29. พล.ต.นพ.วิชัย	ชัยประกา	ที่ปรึกษา
15. นพ.นุสนธิ์	กตติเจริญ	กรรมการกลาง	30. นพ.สมหมาย	วิไลรัตน์	ที่ปรึกษา
			31. นพ.สวัสดิ์	ทิศะนันท์	ที่ปรึกษา
			32. นพ.สังพันธ์	อิศรเสนา	ที่ปรึกษา
			33. พล.อ.ต.นพ.สุจินต์	จารุจินดา	ที่ปรึกษา

รายนามคณะอนุกรรมการฝ่ายวิจัย

1. นพ.กำธร	ผู้อำนวยการ	ประธาน
2. นพ.จรินทร์	โรจน์วารวิทยา	อนุกรรมการ
3. พญ.ชุติมา	ประมุขสินทรัพย์	อนุกรรมการ
4. นพ.นุสนธิ์	กัลลขเจริญ	อนุกรรมการ
5. นพ.บัญชา	โสภาพรพร	อนุกรรมการ
6. นพ.ประวิทย์	เลิศวิระศิริกุล	อนุกรรมการ
7. นพ.พงษ์พีระ	สุวรรณฤต	อนุกรรมการ
8. นพ.พลรัตน์	วิไลรัตน์	อนุกรรมการ
9. นพ.พิศาล	ไพบรียง	อนุกรรมการ
10. นพ.มานิต	ดีโทชาลิต	อนุกรรมการ
11. พ.ศ.อ. นพ. วรพันธุ์	เสาวรส	อนุกรรมการ
12. พญ.วโรชา	มหาชัย	อนุกรรมการ
13. นพ.ศตวรรษ	ทองสวัสดิ์	อนุกรรมการ
14. นพ.สถาพร	มานัสสิทธิ์	อนุกรรมการ
15. นพ.สิริวัฒน์	อนันตพันธุ์พงษ์	อนุกรรมการ
16. พ.อ. นพ.สุรพล	ชั้นรัตนกุล	อนุกรรมการ
17. พ.อ. นพ.สุรพล	สุรางค์ศรีรัฐ	อนุกรรมการ
18. นพ.องอาจ	ไพรสณหารางกูร	อนุกรรมการ
19. พ.อ. นพ.อนุชิต	อุษะพุทธิ	อนุกรรมการ

20. นพ.อุตม	คชินทร	อนุกรรมการ
21. นพ.อุทัย	เก้าเอี่ยม	อนุกรรมการ
22. พญ.กรณิการ์	พรพัฒน์กุล	ที่ปรึกษา
23. นพ.เกรียงไกร	อัครวงศ์	ที่ปรึกษา
24. นพ.ทองดี	ชัยพานิช	ที่ปรึกษา
25. นพ.เต็มชัย	ไชยบุญดี	ที่ปรึกษา
26. นพ.พินิจ	กุลลสะวานิชย์	ที่ปรึกษา
27. นพ.สวัสดิ์	หิระนันท์	ที่ปรึกษา
28. นพ.สุชา	ศุระทอง	ที่ปรึกษา

รายนามคณะอนุกรรมการฝ่ายวิชาการ

1. พญ.วโรชา	มหาชัย	ประธาน
2. นพ.อำนาจ	ศรีรัตนบัลล์	อนุกรรมการ
3. นพ.มานิต	ดีโทชาลิต	อนุกรรมการ
4. พญ.เพ็ญเพชร	เกียรติดีวี	อนุกรรมการ
5. พญ.ชุติมา	ประมุขสินทรัพย์	อนุกรรมการ
6. นพ.ไพโรจน์	เทธิองโรจนกุล	อนุกรรมการ
7. นพ.องอาจ	ไพรสณหารางกูร	อนุกรรมการ
8. นพ.ธีระ	พิรัชวิฑูชาติ	อนุกรรมการ
9. นพ.สังพันธ์	อิสรมเสนา	ที่ปรึกษา

รายนามคณะอนุกรรมการฝ่ายวิเทศสัมพันธ์

1. พญ.ชุติมา	ประมุขสินทรัพย์	ประธาน
2. พญ.วาโรชา	มหาชัย	อนุกรรมการ
3. พญ.นภาพร	จำริญกุล	อนุกรรมการ
4. นพ.ธีระ	พิชชีสุทธิ์	อนุกรรมการ

รายนามคณะอนุกรรมการฝ่ายการศึกษาหลังปริญญา

1. พ.อ.นพ.สุรพล	สุรางค์ศรีรัฐ	ประธาน
2. นพ.เกรียงไกร	อัครวงศ์	อนุกรรมการ
3. นพ.กำธร	เผ่าสวัสดิ์	อนุกรรมการ
4. นพ.บัญญัติ	โอบาทธารพร	อนุกรรมการ
5. นพ.องอาจ	ไพรสพราราม	อนุกรรมการ
6. นพ.พิศาล	ไม่เรียง	อนุกรรมการ
7. นพ.นุสนธิ์	กัลลเจริญญ์	อนุกรรมการ
8. พ.อ.นพ.อนุชิต	จุฑะพูทธิ์	อนุกรรมการ
9. นพ.เสถียร	เดชะไพฑูรย์	อนุกรรมการ
10. พญ. โฉมศรี	โถมิตชัยวัฒน์	อนุกรรมการ
11. นพ.อุทมนา	ศตวรรษรัง	อนุกรรมการ
12. นพ.สถาพร	มานัสติติชัย	ที่ปรึกษา

รายนามคณะอนุกรรมการฝ่ายวารสาร

1. นพ.ศุชา	อุระทอง	ประธาน
2. พญ.กรรณิการ์	พรพัฒน์กุล	อนุกรรมการ
3. นพ.กำธร	เผ่าสวัสดิ์	อนุกรรมการ
4. นพ.จรินทร์	โรจน์บรรวิทย์	อนุกรรมการ
5. พญ.ชุติมา	ประมุขสินทรัพย์	อนุกรรมการ
6. นพ.นุสนธิ์	กัลลเจริญญ์	อนุกรรมการ
7. นพ.บัญญัติ	โอบาทธารพร	อนุกรรมการ
8. นพ.ประวิทย์	เลิศวิระศิริกุล	อนุกรรมการ
9. นพ.พลรัตน์	วีไลรัตน์	อนุกรรมการ
10. นพ.พิศาล	ไม่เรียง	อนุกรรมการ
11. นพ.ไพโรจน์	เหสีอิงโรจนกุล	อนุกรรมการ
12. นพ.มานิต	สีโทชวลิต	อนุกรรมการ
13. พญ.วาโรชา	มหาชัย	อนุกรรมการ
14. นพ.วิจิตร	วีรานุวัตต์	อนุกรรมการ
15. นพ.สถาพร	มานัสติติชัย	อนุกรรมการ
16. นพ.อุดม	คชินทร	อนุกรรมการ
17. พ.ต.อ.นพ.วรินทร์	เสาวรส	อนุกรรมการ
18. พ.อ.นพ.สุรพล	ชัณฑ์นกุล	อนุกรรมการ
19. พ.อ.นพ.อนุชิต	จุฑะพูทธิ์	อนุกรรมการ

ตารางกานยคสมาคมแพทยระบมทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

เรียน ท่านสมาชิกสมาคมฯที่รักเคารพทุกท่าน

เวลาที่ผ่านไปรวดเร็ว เข้ามาถึง 6 เดือนแล้ว คดิฉัน ขอรายงานความคืบหน้าของกิจกรรมของสมาคมฯดังต่อไปนี้

1. การขอพรปีใหม่ไทย

เนื่องจากเดือนเมษายนนี้ เป็นปีใหม่ของไทย ทางคณะกรรมการได้จัดกิจกรรมขอพรปีใหม่, ขอขมา และขออวยพรให้อาจารย์ผู้ใหญ่ของสมาคมฯ ซึ่งเป็นกำลังใจและชี้นะช้อควรวปฏิบัติ เพื่อความก้าวหน้าของสมาคมฯของเรามาตลอด อาจารย์จึงได้อวยพรพวกเราให้ประสบความสำเร็จ, คិត และทำในสิ่งที่ถูกต้องและคิงาม ซึ่งพวกเราขอน้อมรับไว้ด้วยความขอบคุณ

2. การประชุม AGA 1999

ได้มีโอกาสเข้าร่วมประชุม AGA 1999 ที่รัฐ Orlando ประเทศสหรัฐอเมริกา นอกจากการประชุมวิชาการซึ่งมีผู้เข้าร่วมประชุมถึงหมื่นคน และได้มีโอกาสประชุมวิชาการ เรื่องความก้าวหน้าในการจัดการประชุม DDW 1999 ที่เซียงใหม่ พร้อมทั้งอาจารย์พีนิจ, อาจารย์ศดาพร และอาจารย์โรชา อีกทั้งกลุ่ม AGA ซึ่งมี Prof. Owyang เป็นหัวหน้า ได้ข้อสรุปที่ดี โดยเฉพาะ AGA มีโครงการที่จะสนับสนุนการฝึกอบรมค้อยอด โดยจะหาที่พักให้และให้ทุนผู้รับการฝึกอบรมด้วย

3. การประชุมการเตรียมการประชุม World Congresses of Gastroenterology (WCOG) 2002

อาจารย์เต็มชัย, อาจารย์ประวิทย์, อาจารย์กำธร, อาจารย์อนุชิต และอาจารย์ศดาพร ที่เป็นแกนนำการประชุม และได้คัดกลงในหลักการหลายข้อ โดยณพระยอย่างยิ่งโครงการค้อเนื่องเพื่อสนับสนุนการวิจัย และการศึกษาของโรกระบบทางเดินอาหารของประเทศไทย

4. การทำวารสารของสมาคมฯ

อาจารย์สุชา คุระทอง คุรณาธิบดีเป็นบรรณาธิการวารสารของสมาคมฯ ซึ่งคดิฉันรู้สึกเป็นพระคุณอย่างสูง เนื่องจากการทำงานวารสารนั้นไม่ใช่ทำงาน ค้อเป็นผู้เสียสละเวลามาก แต่อาจารย์ก็ยอมทำเพื่อสมาคมฯ คดิฉันก็หวังว่าพวกเรารทุกคนค้อจะช่วยอาจารย์ด้วย เพื่อจะให้สมาคมเรามีศีกษาอีกระดับหนึ่ง

5. การวิจัยร่วมสถาบัน

อาจารย์กำธร คุได้เป็นแกนนำที่จะชักจูงให้การวิจัยร่วมสถาบันเพื่อข้อมูลและคุณภาพที่ดี ขณะทีกลุ่มโรคลกระเพาะอาหาร นำโดยอาจารย์อุดม และ Liver Abscess โดยอาจารย์อนุสนธิ คุนำร่องไปแล้ว และทางชมรมโรคตับได้ร่วมทำวิจัยหลายโรคแล้ว จริงๆแล้วที่เข้าค้อนนี้ค้อมีระดับ ซึ่งจะพยายามให้เริ่มเร็วานี้

โครงการเหล่านี้เป็นโครงการระยะยาว แต่ถ้าเราได้เริ่มไปจะเป็นนิมิตหมายที่ดี และหวังในความสำเร็จจะตามมาในเวลาไม่นานนัก

6. การสอบวุฒิปัตริของ GI Fellow

งานนี้เป็นงานใหญ่และหนัก อาจารย์สุรพล สุรางค์ศรีรัฐ และคณะได้เห็นคเห็น้อยในการจัดการสอบครั้งนี้ เนื่องจากมีผู้สอบมากกว่าผู้ถูกสอบ แต่ทุกอย่างก็ลงตัว เรียบร้อย และเราได้ผู้ผู้เชี่ยวชาญทางโรครระบบทางเดินอาหารเพิ่มอีก 16 ท่าน คดีนั้นขอกราบขอบพระคุณท่านประธานและกรรมการสอบทุกท่านที่กรุณาทำงานให้กับสมาคมฯอย่างเห็นคุณค่า

7. เตรียมทำ guideline ของการสืบค้นหรือการรักษาในอาการหรือโรคที่พบบ่อยๆ

เนื่องจากโรคในระบบทางเดินอาหาร เป็นโรคที่พบบ่อย และวิทยาการที่ค้นคว้าก็มีความก้าวหน้าสามารถทำห้สังเกตพบที่ในการตรวจค้นและรักษาซึ่งเหมาะสมในสถานการณ์ ก็จะทำให้แพทย์ที่ทำการรักษาสะดวก ที่ได้ทำสำเร็จไปแล้วคือ Guideline ของ dyspepsia ของกลุ่มโรครกระเพาะอาหาร ที่ตามมาก็คือ liver abscess และ chronic hepatitis

8. ประวัติสมาคมฯ

เนื่องจากสมาคมฯของเราได้ก่อตั้งมานานแล้ว มีผู้ก่อตั้งสมาคมฯและมีนายกสมาคมฯหลายท่าน ฉะนั้นเพื่อรวบรวมประวัติและความเป็นมาของสมาคมฯ ท่านอาจารย์ชัชวาล วิฑูรย์วัตต์ ได้กรุณารวบรวมข้อมูลเพื่อสมาชิกจะได้ทราบความเป็นมาของสมาคมฯต่อไป

9. การรวบรวมทรัพย์สินของสมาคมฯ

เนื่องจากขณะนี้การทำงานของสมาคมฯได้กระจายไปหลายสถานที่ แต่ต่อไปในอนาคตเราต้องย้ายสมาคมฯไปอยู่ที่อาคารเฉลิมพระบารมี ฉะนั้นท่าน

เลขาธิการสมาคมฯได้กรุณารวบรวมข้อมูลทรัพย์สินของสมาคมฯไว้ เพื่อที่ว่าถ้าเราต้องย้ายไปเราจะได้ว่าเราขาดอุปกรณ์อะไรบ้าง

อย่างที่เราเห็นให้ท่านสมาชิกทราบ การทำงานของสมาคมฯได้สำเร็จคู่ต่างไปได้ เนื่องจากความกรุณาของท่านกรรมการทุกท่านที่เสียสละเวลาและตั้งใจทำงานอย่างดี คดีนั้นขอกราบขอบพระคุณกรรมการทุกท่านอีกครั้ง

ศ.พญ.กรรณิการ์ พรพัฒน์กุล

นายกสมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

รายงานงานการประชุมคณะกรรมการช่วยการศึกษาสมาคมฯ

ครั้งที่ 3/2542 ณ โรงแรมโกลด์ทิวินทาวเวอร์ กรุงเทพมหานคร

เวลา 10.00-12.00 น. วันศุกร์ที่ 12 มีนาคม 2542

รายงานผู้เข้าร่วมประชุม

1. พญ.กรณิการ์ พรพัฒน์กุล	นายกสมาคมฯ
2. นพ.ประวิทย์ เตศิริระศิริกุล	อุปนายก
3. นพ.อุคม ศุขินทร	เลขาธิการ
4. พญ.ศศิประภา บุญญพิถินธุ์	เหรียญกิตติ
5. พ.อ.นพ.อนุชิต อุชะพุทธิ	ประธานฝ่ายปฏิบัติการ
6. นพ.กำธร เผ่าสวัสดิ์	ประธานฝ่ายวิจัย
7. พ.อ.นพ.สุรพล ชื่นรัตนกุล	ประธานฝ่ายเอ็นโคโนสโคปีย์
8. พ.อ.นพ.สุรพล สุรางค์ศรีรัฐ	ประธานฝ่ายการศึกษาหลังปริญญา
9. นพ.ทองดี ชัยพานิช	กรรมการกลาง
10. นพ.นุสนธิ์ กัดจางริญ	กรรมการกลาง
11. นพ.ปัญญา โอวาทธารพร	กรรมการกลาง
12. นพ.มานิต สีโทชวลิต	กรรมการกลาง
13. พ.ต.อ.นพ.วราพันธุ์ เสาวรส	กรรมการกลาง
14. นพ.วิกิจ วีรนาวุตต์	กรรมการกลาง
15. นพ.เกรียงไกร อัครวงษ์	ที่ปรึกษา
16. นพ.สมหมาย วิไลรัตน์	ที่ปรึกษา

14 จุฬารัตนสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย, มิถุนายน 2542

17. นพ.สวัสดิ์ หิตะนันท์	ที่ปรึกษา
18. พ.อ.ต.นพ.สุจินต์ จารุจินดา	ที่ปรึกษา
19. พ.อ.ต.นพ.วิชัย ชัยประภา	ที่ปรึกษา
20. นพ.ศตวรรษ ทองสวัสดิ์	แทน นพ.องอาจ ไพรสณชรางกูร

รายงานผู้ไม่สามารถเข้าร่วมประชุม

1. พญ.วโรชา มหาชัย	ประธานฝ่ายวิชาการ
2. พญ.ชุติมา ประมุขสินทรัพย์	ประธานฝ่ายวิเทศสัมพันธ์
3. นพ.เต็มชัย ไชยบุญวัด	ประธานฝ่ายโรคตับ
4. นพ.จรินทร์ รัตน์บวรวิทยา	กรรมการกลาง
5. นพ.พงษ์พีระ สุวรรณกุล	กรรมการกลาง
6. พญ.วิภา วงศ์พานิช	กรรมการกลาง
7. นพ.สถาพร มานัสสถิตย์	กรรมการกลาง
8. นพ.พิศาล ไนเรียง	กรรมการกลาง
9. นพ.ไพโรจน์ เหลืองโรจน์กุล	กรรมการกลาง
10. นพ.จินดา สุวรรณรักษ์	ที่ปรึกษา
11. นพ.พินิจ กุลละวณิชชัย	ที่ปรึกษา
12. นพ.สังพันธ์ อิศรเสนา	ที่ปรึกษา
13. นพ.สุชา สุระทอง	ที่ปรึกษา

จุฬารัตนสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย, มิถุนายน 2542

วาระที่ 1 เรื่องที่ประธานแจ้งให้ทราบ

1.1 รายงานเรื่องงานเลี้ยงรับรองของ President of OMGE และคณะ

ได้มีการเลี้ยงรับรองแก่คณะผู้บริหารของ OMGE ซึ่งประกอบด้วย Prof. Classen, Prof. Quigley, Prof. Geenen, Prof. Shapiro, Ms van Laar และ Ms. Fischer ซึ่งมาเยือนเมืองไทยเพื่อตกลงรายละเอียดต่างๆในการเตรียมการจัด WCOG 2002 เมื่อวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2542 ณ โรงแรมอิมพีเรียล คิวินส์ ปาร์ค โดยมีรัฐมนตรีประจำสำนักนายกรัฐมนตรี นายพิทักษ์ อินทรวิทย์นั้นที่ได้รับมอบหมายเป็นเกียรติในงานเลี้ยงดังกล่าวด้วย

ผลที่ได้จากการจัดเลี้ยงต้อนรับครั้งนี้

1.1.1 ได้รู้จักกับ Prof. Classen ซึ่งเป็น President ของ OMGE เพิ่มมากขึ้น

1.1.2 Prof. Classen สนใจมากในการที่จะช่วยเหลือประเทศไทย, ประเทศพม่า และประเทศเวียดนาม ซึ่งตรงกับนโยบายของสมาคมฯที่ต้องการจะช่วยเหลือต่อประเทศเพื่อนบ้านในด้านวิชาการ

1.2 รายงานคณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯที่แจ้งลาประชุม

แพทย์หญิงกรณิการ์ พรพัฒน์กุล แจ้งในที่ประชุมว่าการอำนวยการอำนวยความสะดวกที่แจ้งลาประชุมคือนายแพทย์จินดา สุวรรณรักษ์, นายแพทย์พงษ์พีระ สุวรรณกุล, แพทย์หญิงชุติมา ประมุขสินทรัพย์, พลตรีนายแพทย์วิชัย ชัยประภา และนายแพทย์สังพันธ์ อิศรเสนา

1.3 รายงานเรื่องความร่วมมือทางวิชาการของประเทศลาว

แพทย์หญิงกรณิการ์ พรพัฒน์กุล แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่า

1.3.1 สมาคมฯมีนโยบายที่จะช่วยเหลือประเทศเพื่อนบ้านในด้านวิชาการ เนื่องจากประเทศลาวและประเทศเวียดนามเป็นประเทศที่ยังกำลังอยู่มาก สมาคมฯได้ส่งจิตโอของมายแพทย์อนุชิต ภูชะพูทธิ, Lecture ของนายแพทย์ตีติมชัย ไชยนุวัต, ซึ่งในวาระของนายแพทย์สวัสดิ์ หิตะนันท์ เป็นนายกสมาคมฯนั้น ได้ไปบรรยายพิเศษที่เวียดนามด้วย

1.3.2 นพ.บุญชัย ทวีสุข ได้ส่งจดหมายเชิญนายกสมาคมฯให้ไปเยี่ยมลาว ประมาณเดือนเมษายน โดยไม่ได้ใช้เงินของสมาคมฯ

นายแพทย์วิจิตร วิราญวัตต์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าในวาระที่เคยดำรงตำแหน่งเป็น President ของ Asia Pacific Association of Gastroenterology นั้น ได้ให้การช่วยเหลือประเทศเพื่อนบ้านหลายอย่างเช่น การสนับสนุนให้ที่พักแก่แพทย์ที่เข้ามาศึกษาสูงๆในประเทศไทย, ได้ไปประชุมกรรมการสาธารณสุขของรัฐบาลไทยที่ชานอย โดย Prof. MAO ได้มาพบและขอให้ชุนวานได้เป็นสมาชิกของ APAGE ด้วย และเมื่อไปประชุมที่ลอสแอนเจลิส ปรากฏว่าชุนวาน ได้ถูกรับเข้าเป็นสมาชิกของ OMGE แล้วโดยเรียบร้อย และต่อมาเข้าพาดังจึงเสนอให้ชุนวานเป็นสมาชิกของ APAGE และได้รับจดหมายตอบกลับว่าได้รับเป็นสมาชิกของ APAGE แล้ว

1.4 การให้ทุน AGA

แพทยหญิงกรรมการ พรพัฒน์กุล แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

1.3.1 ในปีนี้ มี นายแพทย์ สุมิตร ฐิติกูรี ซึ่งเป็น GI Fellow

จากหน่วยงานติอาหาร ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้รับการคัดเลือกจาก AGA ให้เสนอผลงานเป็น poster session ในการประชุมวิชาการ AGA ที่ออตตาวา ประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่ง paper ที่ได้รับการคัดเลือกครั้งนี้ไม่ใช่เรื่องที่เคยเสนอผลงานในการประชุมวิชาการประจำปีของสมาคมฯ ที่จังหวัดพิษณุโลก ดังนั้นจึงขอเรียนถามความคิดเห็นจากที่ประชุมว่าจะมีสิทธิ์ได้รับทุนจากสมาคมฯ หรือไม่

ที่ประชุมมีมติให้ นายแพทย์สุมิตร ฐิติกูรี ได้รับทุนสนับสนุนของสมาคมฯ ในการเดินทางไปร่วมประชุมวิชาการ AGA

1.3.2 สมาคมฯ สนับสนุนให้ GI Fellow ที่มีผลงานดีเด่นไปประชุมวิชาการ AGA จำนวน 2 ทุน ในปีนี้ได้รับการสนับสนุนจากบริษัทเทอริลิน ฟาร์มาซูติคอล อินดัสตรี จำกัด สำหรับ GI Fellow ที่ได้รับทุนไปร่วมการประชุมวิชาการดังกล่าวคือ นายแพทย์สุรพงษ์ รัชตภูษิต จาก คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี ซึ่งได้รับการ

คัดเลือกจากการเสนอผลงานดีเด่นในการประชุมวิชาการประจำปี 2541 ที่จ.พิษณุโลก และนายแพทย์ สุมิตร ฐิติกูรี จากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ซึ่งได้รับการคัดเลือกจาก AGA

วาระที่ 2 รับรองรายงานการประชุมครั้งที่ 2/2542

ที่ประชุมมีมติรับรองรายงานการประชุมครั้งที่ 2/2542 โดยไม่มีการแก้ไข

วาระที่ 3 เรื่องสืบเนื่องและเรื่องพิจารณา

3.1 พิจารณากำหนดเกณฑ์รักษาพยาบาล

นายแพทย์เกียรติกร อัครวงศ์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าได้รับมอบจากสมาคมฯ ให้เป็นประธานในการพิจารณาอัตราค่ารักษาพยาบาล ซึ่งราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยได้ขอความร่วมมือให้สมาคมฯ ช่วยเสนอราคากลางของค่ารักษาพยาบาลและธรรมเนียมแพทย์ ดังนั้นจึงได้มีการประชุมคณะกรรมการเพื่อพิจารณาในเรื่องดังกล่าว ดังสรุปได้ในเอกสารประกอบการประชุม (หมายเลข 2/2542) ซึ่งก่อนการประชุมได้หาข้อมูลจากโรงพยาบาลต่างๆ หลายแห่งทั้งในกรุงเทพฯ และต่างจังหวัด รวมทั้งได้มาจาก Singapore Medical Association นอกเหนือจากที่ทางราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ได้ส่งของมาเลเซียให้ดูเป็นตัวอย่าง จึงขอให้คณะกรรมการช่วยพิจารณาราคาด้วย

ที่ประชุม ได้มีการพิจารณาตามเอกสารประกอบการประชุมแล้ว และมีมติให้ใช้ราคาตามเอกสารประกอบการประชุมและให้เป็นราคาสำหรับคนไทย และขอให้เพิ่มราคาสำหรับทำ peritoneoscope ด้วย

3.2 ความคืบหน้าในการเตรียมจัดประชุม Digestive Disease Week Thailand (DDW) 1999

3.2.1 แพทย์หญิงกรรณิการ์ พรพัฒน์กุล ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่า ขณะนี้ได้รับการติดต่อกับโรงแรมที่จัดประชุมอย่างสม่ำเสมอ และวิทยากรจากต่างประเทศ ได้รับการ approved โดย AGA เรียบร้อยแล้ว ซึ่งจะมีการเชิญประชุมเป็นระยะต่อไป

3.2.1 นายแพทย์ประวิทย์ เลิศวิระศิริกุล ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่า ได้รับการอนุมัติเบิกเงินสำรองจ่ายจากสมาคมฯ สำหรับการเตรียมจัดประชุม DDW เป็นจำนวนเงิน 400,000 บาท ซึ่งเงินจำนวนนี้จะคืนให้กับสมาคมฯ หลังจากเสร็จสิ้นการประชุม DDW แล้ว

3.3 ความคืบหน้าในการเตรียมการประชุม World Congresses of Gastroenterology (WCOG) 2002

3.3.1 นายแพทย์ถักร เผ่าสวัสดิ์ แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

3.3.1.1 ในการเลือกตั้งกรรมการบริหารของ WCOG นั้น มีข้อสังเกตว่ามีการถ่วงดุลอำนาจกัน และรู้สึกว่ WCOG จะทำตัวแข่งกับ AGA เพราะผลงานวิจัยของ AGA เป็น

Original มากกว่า การเตรียมการหาวิทยากรก็แตกต่างจากของ AGA

3.3.1.2 กำหนดวันประชุม WCOG คือวันที่ 24 กุมภาพันธ์ ถึงวันที่ 1 มีนาคม 2545

3.3.1.3 ในเรื่องของค่าใช้จ่ายในการเตรียมการประชุมนั้น ทางคณะของ OMGE จะเป็นผู้พิจารณาว่าส่วนใดสามารถเบิกจาก OMGE ได้ และส่วนใดที่เบิกไม่ได้ เช่นในกรณีของนายแพทย์ชูคม ศุชินทร ที่ได้ยื่นแต่งตั้งให้เป็นประธาน Press and Media Committee และควรจะไปประชาสัมพันธ์ WCOG 2002 ในการประชุมที่ AGA นั้น ทางคณะของ OMGE ไม่อนุมัติค่าใช้จ่าຍในส่วนตัว โดยให้เหตุผลว่าจะอนุมัติค่าใช้จ่าຍให้เฉพาะ steering committee 4 คนเท่านั้น นอกเหนือจากนี้เป็นหน้าที่ของประเทศไทยต้องรับผิดชอบเอง หรือในด้านการตลาดซึ่งประเทศไทยมีแผนที่จะไปประชาสัมพันธ์ที่ประเทศจีน ก็ไม่สามารถที่จะเบิกงบประมาณค่าใช้จ่ายในส่วนนี้ได้เช่นกัน

3.3.2 นายแพทย์ประวิทย์ เลิศวิระศิริกุล แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

3.3.2.1 ขณะนี้ได้รับเงินจำนวน 50,000 US\$ จาก OMGE ซึ่งเป็นเงินที่ไว้ใช้สำหรับการเตรียมจัดการประชุม World Congresses of Gastroenterology (WCOG) 2002

3.3.2.2 ได้รับการอนุมัติเบิกเงินสำรองสำหรับการเตรียมการ Bidding จากสมาคมฯ ไปแล้ว เป็นจำนวนเงิน 1,850,000 บาท และได้ใช้ส่วนนี้ไปแล้ว

3.3.2.3 สำหรับประเทศไทย ได้ทำการเสนองบประมาณของแต่ละ Committee เช่น Social Program Committee, Scientific Program Committee ฯลฯ ไปให้ OMGE พิจารณา และได้รับแจ้งกลับมาว่าทาง OMGE มีตัวเลขมาให้ทางประเทศไทยพิจารณา ซึ่งตัวเลขที่ได้นี้มาจากค่า average จากการประชุมที่เวียดนาม แต่สิ่งที่ทางประเทศไทยเสนอไปมากกว่าตัวเลขที่ทาง OMGE ได้จ่ายให้ที่เวียดนาม ดังนั้นคงจะต้องมีการคัดทอนงบประมาณออกในบางส่วน ซึ่งในส่วนที่ถูกคัดทอนนั้นทางประเทศไทยคิดว่ามีความสำคัญและจำเป็นอย่างมากที่จะทำให้การประชุม WOCG นั้นสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี รวมทั้งจะเป็นผลประโยชน์ต่อประเทศไทยด้วย ก็คงจะต้องนำเสนอต่อที่ประชุมคณะกรรมการอำนวยความสะดวกของอนุมัติงบประมาณสำหรับส่วนนี้

3.4 พิจารณาเรื่อง Journal ของสมาคมฯ
แพทย์หญิงกรรณิการ์ พรพัฒน์กุล ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าได้แต่งตั้งให้นายแพทย์สุชา สุระทอง เป็นประธานฝ่ายวารสารของสมาคมฯซึ่งจะเป็นผู้ดำเนินการเกี่ยวกับ Journal ของสมาคมฯต่อไป

3.5 การสร้างโฮมเพจของสมาคมฯ

พันเอกนายแพทย์สุรพล ชื่นรัตนกุล ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่า ได้ติดต่อกับตัวแทนของบริษัท เวิร์คมีดิก จำกัด แล้ว และเสนอค่าใช้จ่ายในการจัดสร้างโฮมเพจของสมาคมฯดังนี้

1. ค่าใช้จ่ายในการจดทะเบียน 2,800 บาท ใช้ชื่อเป็น ThaiGastro.org ซึ่งจะเข้าถึงได้โดยตรงโดยไม่ต้องผ่านหน้าอื่น
2. ค่าเช่าพื้นที่ 600 บาทต่อเดือน 1ปี = 7,200 บาท
3. การออกแบบโฮมเพจ 15,000 บาทต่อ 10 หน้า จะทำให้ฟรี
4. ค่าดูแลและปรับปรุงโฮมเพจ 300 บาทต่อเดือน
5. ค่าธรรมเนียมแรกเข้า 3,000 บาท

รวมทั้งหมด 31,600 บาท แต่ทางบริษัทจะคิดค่าจดทะเบียน 2,800 บาท กับค่าเช่าพื้นที่ 7,200 บาทต่อปี รวมแล้ว 10,000 บาทต่อปี เมื่อเปรียบเทียบกับค่าบริการหนึ่งที่ทำให้สมาคมโรคหัวใจฯ ก็หลักการคล้ายๆกัน 6 เดือน ค่าใช้จ่ายประมาณ 20,000 บาท สามารถปรับปรุงทำให้ได้ตลอดฟรี เมื่อสมาคมฯจัดประชุม สามารถลงทะเบียนทาง Internet ได้ แต่ไม่สามารถจ่ายเงินได้ เนื่องจากไม่ปลอดภัยสำหรับในประเทศไทย สรุปเป็นข้อเสนอที่ดี ถ้าทางสมาคมฯอนุมัติ ก็ขอทำสัญญาและจะนำมาเสนอในที่ประชุมอีกครั้งหนึ่ง การโฆษณา สมาคมฯจะเก็บผลประโยชน์ 50% จากการโฆษณาในโฮมเพจที่ประชุมมีมติอนุมัติให้สร้างโฮมเพจของสมาคมฯ

3.6 การสนับสนุนการวิจัยของสมาคมฯ

นายแพทย์กักร เฝ้าสวัสดิ์ แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่า ได้มีการประชุมคณะกรรมการฝ่ายวิจัยเมื่อวันที่ 5 มีนาคม 2542 ณ รพ.วิชัยยุทธ โดยในที่ประชุม ได้สรุปดังนี้

3.6.1 ได้มีการพิจารณาการให้ทุนแก่ GI Fellow จำนวน 17 คน ซึ่งพิจารณาการให้ทุนจากคุณภาพตาม grading A,B, C และตาม Classification ของ Merit แต่ละแห่ง (เอกสารประกอบการประชุมหมายเลข 3/2542)

3.6.2 จะดำเนินการติดตามผลงานของ GI Fellow ที่ได้รับทุนไปแล้ว จำนวน 25 ทุน และรวมอีก 17 ทุน ที่กำลังได้รับทุนในปีนี้

3.6.3 ตามที่นายแพทย์เติมชัย ไชยนุวัติ ได้เสนอของงบประมาณพิเศษ จำนวน 3-5 ล้านบาทสำหรับการวิจัยเพื่อส่งเสริมร่วมประชุม WCOG 2002 นั้น ที่ประชุมได้มีการอภิปรายกันอย่างกว้างขวาง และได้ข้อสรุปดังนี้

3.6.3.1 ควรที่จะมีการสนับสนุนการวิจัยแบบประมาณ จำนวนมากขึ้นนี้ควรที่เสนอการวิจัยเป็นเรื่องๆ และนำเสนอที่ประชุมคณะกรรมการฝ่ายวิจัย เพื่อให้ได้ให้คณะกรรมการฝ่ายวิจัยนำเสนอในที่ประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯต่อไป

3.6.3.2 ควรทำการวิจัยแบบ Multi Center ซึ่งได้มีการมอบหมายในโครงการวิจัยไปแล้ว เช่น Liver Abscess เป็นต้น

พันเอกนายแพทย์สุรพล สุรางค์ศรีรัฐ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่า นายแพทย์วรพจน์ นรสุชา เป็น GI Fellow จากรพ.พระมงกุฎเกล้า ได้ทำการวิจัยเรื่อง The prevalence of Hereditary Hemochromatosis in Thai Royal Army และได้รับทุนการวิจัยจากสมาคมฯจำนวน 15,000 บาท นั้น คงไม่สามารถที่จะทำการวิจัยเรื่องดังกล่าวได้สำเร็จ ดังนั้นถ้าจะขอเปลี่ยนแปลงเรื่องใหม่ จะได้อหรือไม่

ที่ประชุมมีมติให้เปลี่ยนเรื่องวิจัยได้แต่อนุมัติให้เงินทุนวิจัยจำนวน 15,000 บาทเท่าเดิม

3.7 การดำเนินการออกข้อสอบสำหรับ GI Fellow

พันเอกนายแพทย์สุรพล สุรางค์ศรีรัฐ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

3.7.1 ได้มีการประชุมคณะกรรมการฝ่ายการศึกษาหลังปริญญาไปแล้ว 1 ครั้งและได้รับความร่วมมือจากคณะกรรมการอย่างเต็มที่

3.7.2 กำหนดวันสอบ MCQ, MEQ ของ GI Fellow คือวันที่ 16 และวันที่ 18 มิถุนายน 2542 รพ.พระมงกุฎเกล้า

3.7.3 สำหรับการ Longy case กำหนดให้อยู่ในระหว่างวันที่ 1-15 มิถุนายน 2542 สำหรับสถานที่จัดสอบมี 4 สถาบัน

3.7.4 วันที่ 12-13 สิงหาคม 2542 จะจัดการสัมมนาเรื่องข้อสอบ และ หลักสูตรของ GI Fellow ในเรื่องสถานที่ที่จะจัดนั้น จะนำมา แจ้งให้ที่ประชุมในคราวต่อไป

3.7.5 ได้รับนโยบายจากท่านนายกฯ มา 3 ข้อ

1. คุณภาพภาพการศึกษา
2. ระยะเวลาการศึกษา
3. อบรมระยะสั้น

3.7.6 เรื่องข้อสอบต้องเปลี่ยนแปลง Long case จาก 1 case ของเป็น 2 case โดยไม่มี Short case เนื่องจากในปีนี้ จำนวน GI Fellow ที่จะสอบมีจำนวนถึง 16 คน เป็นการลำบากที่จะหา Short case จึง ให้ตัด Short case ออก สำหรับในปีนี้นั้น

3.7.7 เรื่องใบการตัดสินใจ ต้องสอบผ่านทั้ง 2 ภาค คือภาคข้อเขียนและ ปฏิบัติ ถึงเกณฑ์การตัดสินใจ 60% ของทั้ง 2 ภาค จะต้องผ่าน Long case มากกว่า 60% ถ้าตก Long case ก็ตกด้วย ถ้าไม่ผ่าน ส่วนใดส่วนหนึ่ง ต้องสอบซ่อมในปีต่อไป

3.7.8 เรื่องการขยายเวลาการศึกษาอบรมจาก 2 ปีเป็น 3 ปี ที่ประชุมมีความเห็นว่ายังไม่พร้อม

3.7.9 ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ฯ ได้กำหนดมาให้แต่ละสมาคมฯ ส่ง หลักสูตรไป และให้ใช้คำว่าเป็นสื่อแทนคำว่าอนุมัติบัตร

เนื่องจากจะเป็นการประหยัดงบประมาณของสมาคมฯ ที่ประชุม เสนอให้การประชุมสัมมนาในเรื่องข้อสอบนั้นจัดความถี่ไปการประชุมคณะกรรมการอำนาจการสมาคมฯ ประจำเดือนสิงหาคม ด้วย

วาระที่ 4 เรื่องอื่น ๆ

4.1 แพทย์หญิงศิริประกาย บุญญพิสิษฐ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

4.1.1 ราชรับ-ราชจ่ายประจำเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนมีนาคม 2542

ของสมาคมฯ ตั้งเอกสารประกอบการประชุมหมายเลข 1/2542

4.1.2 สำหรับค่าใช้จ่ายทั้งหมดของแต่ละแผนกที่ได้รับการอนุมัตินั้น

คงเหลือเท่าไรจะสรุปได้ปลายปี 2542

นายแพทย์เกียรติยศ อัครวงศ์ เสนอให้ที่ประชุมของสมาคมฯ แยก เงินสำรองจ่ายที่กินไว้สำหรับเหตุฉุกเฉินจำนวนเท่าใด และที่ผ่านมามีการเบิก เงินสำรองจ่ายสำหรับการจัดประชุมพิเศษ เช่น AGA หรือ WCOG ไปแล้วมี จำนวนเท่าไร และนำเสนอในที่ประชุมคณะกรรมการอำนาจการสมาคมฯ ด้วย

4.2 แพทย์หญิงกรรณิการ์ พรพัฒน์กุล ได้แจ้งให้ที่ประชุม

4.2.1 ทราบดังนี้ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย จะจัดทำ guideline ของ Liver Abscess จึงขอให้สมาคมฯ เสนอชื่อคณะ

อนุกรรมการเพื่อจัดทำ guideline ดังกล่าว จำนวน 3-5 ท่าน

ที่ประชุมเสนอให้นายแพทย์อนุสนธิ์ กัลลเจริญ เป็นตัว แทนและจัดตั้งคณะกรรมการต่อไป

4.2.2 วันศุกร์ที่ 9 เมษายน 2542 ซึ่งจะมีการประชุมคณะกรรมการ
อำนวยความสะดวกครั้งต่อไป และเนื่องในโอกาสวันขึ้นปีใหม่
ไทย จะขอจัดพิธีรดน้ำคำให้ผู้สูงอายุเพื่อขอพรในวันดังกล่าว จึง
ขอเรียนเชิญท่านอาจารย์อาวุโสทุกท่าน

4.2.3 สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย ได้มีการคิด
ต่อประสานงานด้านวิชาการร่วมกับสมาคมฯ ต่างๆ เช่น
สมาคมรังสีวิทยา, สมาคมศัลยแพทย์, สมาคมมะเร็ง, สมาคม
พยาธิ, ซึ่งบางครั้งอาจจะมีปัญหาเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วย
คล้ายๆ กัน ดังนั้นจึงจะขออนุญาตในหลักการจากที่ประชุมเพื่อ
จะดำเนินการติดต่อกับสมาคมต่างๆ เพื่อจะดำเนินกิจกรรมด้าน
วิชาการร่วมกัน

4.2.4 ในเรื่องงานให้ความรู้แก่ประชาชนนั้น ค่อยไปอาจจะต้องขอ
ความกรุณาจากท่านอาจารย์ช่วยกันให้ความรู้เกี่ยวกับโรคระบบ
ทางเดินอาหารแก่ประชาชนทั่วไป

4.3 นายแพทย์อุดม คชินทร ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

4.3.1 พันเอกนายแพทย์สุรพล สุรางค์ศิริรัฐ ขออนุมัติงบประมาณ
โครงการพิเศษ เพื่อใช้ในการดำเนินการจัดทำข้อสอบ เป็น
จำนวนเงิน 131,500 บาท

ที่ประชุม ได้อนุมัติงบประมาณในส่วนที่มีความจำเป็น
ต่อريبใช้ความก่อน คือ computer และ printer

4.3.2 ในปีนี้ จุฬารสนาคมฯ ได้รับผลกระทบจากภาวะปัญหา

เศรษฐกิจ เนื่องจากมีหลายบริษัทที่ลดขั้เป็นผู้สนับสนุนการจัด
พิมพ์ไม่มีงบประมาณ จึงทำให้การจัดพิมพ์หนังสือจุฬาร
สนาคมฯขาดรายได้ ประมาณ 100,000 บาท ซึ่งจะแก้ไขโดย
ปกติจำนวนที่พิมพ์ทั้งหมด 2,000 เล่ม จึงจำเป็นต้องลดจำนวน
เล่มลงเหลือ 1,500 เล่ม ส่วนค่าใช้จ่ายส่วนที่ถึงเกินอยู่ทาง
สนาคมฯจะรับผิดชอบเพื่อประโยชน์แก่สมาชิก

4.3.3 มีสมาชิกสมัครใหม่ 4 ท่าน คือนายแพทย์พัศพร สุวรรณภูตะ,
นายแพทย์พัธุม จุฬาโรจน์มนตรี, นายแพทย์วิสุทธิ์ ธีรณัฐ
ปกรณ์ และนายแพทย์ชัชวาลย์ รัตนกุล ซึ่งฝ่ายเลขธิการ
สนาคมฯ ได้ตรวจสอบแล้วมีคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบข้อ
บังคับสนาคมฯ

ที่ประชุมมีมติรับรองสมาชิกใหม่ทั้ง 4 ท่าน

ปีงบประมาณเวลา 12.15 น.

นพ.อุดม คชินทร
บันทึกการประชุม

รายงานการประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯ
ครั้งที่ 4/2542 ณ โรงแรมโซลทิวินทาวเวอร์, กรุงเทพฯ
วันศุกร์ที่ 9 เมษายน 2542, เวลา 10.00-12.00 น.

รายนามผู้เข้าร่วมประชุม

- | | |
|--------------------------------|-----------------------------|
| 1. พญ.กรณิการ์ พรพัฒน์กุล | นายกสมาคมฯ |
| 2. นพ.ประวิทย์ เลิศวิระศิริกุล | อุปนายก |
| 3. นพ.อุดม คชินทร | เลขาธิการ |
| 4. พญ.ศศิประภา บุญญพิถินธุ์ | ற்றுญญิก |
| 5. พ.อ. นพ.อนุชิต ภูตะพุทธิ | ประธานฝ่ายบริหาร |
| 6. นพ.กำธร เผ่าสวัสดิ์ | ประธานฝ่ายวิจัย |
| 7. พ.อ. นพ.สุรพล ชันรัตน์กุล | ประธานฝ่ายอินโคสโคปีย์ |
| 8. นพ.สุชา อูระทอง | ประธานฝ่ายวารสาร |
| 9. พ.อ. นพ.สุรพล สุรางค์ศรีรัฐ | ประธานฝ่ายการศึกษาถึงปริญญา |
| 10. พญ.ชุติมา ประมุขสินทรัพย์ | ประธานฝ่ายวิเทศสัมพันธ์ |
| 11. นพ.จรินทร์ โรจน์บัววิทยา | กรรมการกลาง |
| 12. นพ.นุสันต์ กลัดเจริญ | กรรมการกลาง |
| 13. นพ.มานิต ลิโทชวลิต | กรรมการกลาง |
| 14. พ.ต.อ. นพ.วรินทร์ เตวารต | กรรมการกลาง |
| 15. นพ.วิกิจ วีรานูวัตต์ | กรรมการกลาง |
| 16. พญ.วิภา วงศ์พานิช | กรรมการกลาง |

- | | |
|----------------------------------|----------------------------|
| 17. นพ.สถาพร มานัสสถิตย์ | กรรมการกลาง |
| 18. นพ.ธนศ ชิตาพนารักษ์ | แทน นพ.องอาจ ไพรธเนศราษฎร์ |
| 19. พล.ต. นพ.วิชัย ชัยประกาศา | ที่ปรึกษา |
| 20. นพ.สมหมาย วิไลรัตน์ | ที่ปรึกษา |
| 21. นพ.สวัสดิ์ ทิตะนันท์ | ที่ปรึกษา |
| 22. พล.อ.ต. นพ.สุจินต์ จารุจินดา | ที่ปรึกษา |

รายนามผู้ไม่สามารถเข้าร่วมประชุม

- | | |
|-----------------------------|-------------------|
| 1. พญ.วาโรชา มหัชัย | ประธานฝ่ายวิชาการ |
| 2. นพ.เฉลิมชัย ไชยบุวัต | ประธานฝ่ายโรคตับ |
| 3. นพ.ทองดี ชัยพานิช | กรรมการกลาง |
| 4. นพ.บัญชา โอวาทธารพร | กรรมการกลาง |
| 5. นพ.พงษ์พีระ สุวรรณกุล | กรรมการกลาง |
| 6. นพ.พิศาล ไมรัมย์ | กรรมการกลาง |
| 7. นพ.ไพโรจน์ เหลืองโรจนกุล | กรรมการกลาง |
| 8. นพ.เกรียงไกร อัครวงศ์ | ที่ปรึกษา |
| 9. นพ.จินดา สุวรรณรักษ์ | ที่ปรึกษา |
| 10. นพ.พินิจ กุลละวณิชย์ | ที่ปรึกษา |
| 11. นพ.สิงห์พันธ์ อิศรเสนา | ที่ปรึกษา |

เปิดประชุม เวลา 10.00 น.

วาระที่ 1 เรื่องที่ประธานแจ้งให้ทราบ

1.1 ขณะนี้ชมรม Motility Club ได้ดำเนินการแต่งตั้งคณะกรรมการ เรียบร้อยแล้ว โดยมีนายแพทย์สุริยยะ จักกะพาก เป็นประธาน และ พันเอกนายแพทย์สุรพล สุรางค์ศรีรัฐ เป็นเลขานุการ

1.2 เนื่องจากในปี 2542 นี้ คณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯ ได้มีมติ ให้งดจัดการประชุมวิชาการกลางปี ดังนั้นสมาคมฯ จะจัดการประชุมวิชาการสัญจร โดยคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ได้จัดประชุมวิชาการประจำปีของคณะแพทยศาสตร์ขึ้น และได้เชิญสมาคมฯ เข้าร่วมจัดอบรมวิชาการระยะสั้นในหัวข้อ “ปัญหาโรคระบบทางเดินอาหารที่พบบ่อยในวิชาชีพ” ในการประชุมวิชาการประจำปีของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์ ระหว่างวันที่ 16-17 สิงหาคม 2542

1.3 ได้รับแจ้งจากพันเอกนายแพทย์สุรพล สุรางค์ศรีรัฐ ซึ่งเป็น ประธานฝ่ายการศึกษาหลังปริญญา กำลังดำเนินการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการคณินการสอบ GI Fellow ประจำปี 2542 ใหม่ เนื่องจากขาดชื่ออาจารย์อาวุโสบางท่าน เมื่อเรียบร้อยแล้วจะแจ้งให้ ประชุมทราบต่อไป

1.4 รายงานคณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯ ที่แจ้งลาประชุมคือ นายแพทย์เกียรติชัย เกียร อัครวงษ์ นายแพทย์บัญญัติ โอวาทพรพ นายแพทย์พงษ์พีระ สุวรรณกุล และแพทย์หญิงวโรชา มหาวชัย

วาระที่ 2 รับรองรายงานการประชุมครั้งที่ 3/2542

ที่ประชุมมีมติแก้ไขรายงานการประชุมครั้งที่ 3/2542 ดังนี้

หน้า 2 ข้อ 1.2

แก้จาก แพทย์หญิงกรณิการ์ พรพัฒน์กุล แจ้งที่ประชุมว่า กรรมการอำนวยการสมาคมฯ ที่แจ้งลาประชุมคือ นายแพทย์จินดา สุวรรณภักย์, นายแพทย์พงษ์พีระ สุวรรณกุล, แพทย์หญิงสุติมา ศักดิ์ ประมุขสินทรัพย์, พลตรีนายแพทย์วิชัย ชัยประภา และนายแพทย์ รุ่งศรี สัจพันธ์ อิศรเสนา

แก้เป็น แพทย์หญิงกรณิการ์ พรพัฒน์กุล แจ้งในที่ประชุม ว่ากรรมการอำนวยการสมาคมฯ ที่แจ้งลาประชุมคือ นายแพทย์จินดา สุวรรณภักย์, นายแพทย์พงษ์พีระ สุวรรณกุล, แพทย์หญิงสุติมา ศักดิ์ ประมุขสินทรัพย์ และนายแพทย์สัจพันธ์ อิศรเสนา

หน้า 4 ข้อ 3.3.2

แก้จาก ขณะนี้ได้รับการอนุมัติเบิกเงินสำรองจ่ายสำหรับการ เติบโตการ Bidding จากสมาคมฯ ไปแล้ว จำนวนเงิน 1,850,000 บาท

แก้ไขและได้ใช้ส่วนนี้ไปแล้ว
แก้เป็น ขณะนี้ได้รับการอนุมัติเบิกเงินสำรองจ่ายสำหรับการ เติบโตการ Bidding จากสมาคมฯ ไปแล้ว จำนวนเงิน 2,850,000 บาท

และได้ใช้ส่วนนี้ไปแล้ว
แก้เป็น หลังจากแก้ไขรายงานการประชุมแล้ว ที่ประชุมมีมติรับรอง รายงานการประชุมครั้งที่ 3/2542

วาระที่ 3 เรื่องสืบเนื่อง และเรื่องพิจารณา

3.1 ความคืบหน้าในการเตรียมการประชุม Digestive Disease Week Thailand (DDW) 1999

3.1.1 นายแพทย์สถาพร มานัสสถิตย์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

3.1.1.1 ขณะนี้ 2nd Announcement ได้รับการตรวจและแก้ไขไป ได้ประมาณ 80-90%

3.1.1.2 สืบเนื่องจากที่ได้รับขอมูลจากนายแพทย์วิกิจ วิราวุฒิจึงถึงเรื่องครั้งที่ของการประชุมวิชาการประจำปีของสมาคมฯ นั้น ที่ถูกต้องจะต้องเป็นครั้งที่ 39 ไม่มีครั้งที่ 43 และในความเป็นจริงแล้วสมาคมฯ เริ่มก่อตั้งและมีการประชุมครั้งแรกในปีพ.ศ. 2503 ดังนั้นครั้งที่สำหรับการประชุมวิชาการประจำปีในปี 2542 จะต้องเป็นครั้งที่ 39 จึงขอเรียนปรึกษาในที่ประชุมว่าจะเป็นที่ 43 คงเดิมหรือเปลี่ยนเป็นครั้งที่ 39 เพื่อให้ถูกต้องกับประวัติศาสตร์ของสมาคมฯ

ที่ประชุมเสนอแนะว่าสมาคมฯ เริ่มมีการประชุมครั้งแรกในปีพ.ศ. 2503 ซึ่งในปีพ.ศ. 2542 จะต้องเป็นครั้งที่ 40 ดังนั้นที่ประชุมมติให้แก้จากครั้งที่ 43 เป็นครั้งที่ 40

แพทย์หญิงกรรณิการ์ พรพัฒน์กุล เสนอให้ นายแพทย์วิกิจ วิราวุฒิจึง นายแพทย์สมหมาย วิไลรัตน์ และ

นายแพทย์อุดม คชินทร ช่วยดำเนินการจัดทำประวัติของสมาคมฯ เพื่อเก็บเป็นหลักฐานทางประวัติศาสตร์ของสมาคมฯ ต่อไป

3.1.1.3 สำหรับรายงานของ Local Advisors และ International Advisors นั้น ขอปรึกษาที่ประชุมว่าเรียงรายงานของ Local Advisors ตาม alphabet แล้ว ชื่อของนายแพทย์วิกิจ วิราวุฒิจึง จะไปอยู่ท้ายสุด และต้องการที่จะเพิ่มเติมรายนามท่านใดอีกหรือไม่

ที่ประชุมเสนอให้เรียงรายนามของ Local Advisors ตามลำดับอาวูไอ และเสนอให้เพิ่มรายนามของ Local Advisors อีก 5 ท่าน คือ พลอากาศตรี นายแพทย์สุจินต์ จารุจินดา, พลตรี นายแพทย์วิชัย ชัยประชา, นายแพทย์สมหมาย วิไลรัตน์, นายแพทย์สุชา สุระทอง และนายแพทย์เกียรติกร อัครวงศ์ ส่วนรายนามของ International Advisors ให้เรียงตาม alphabet

3.1.1.4 เกี่ยวกับโรงแรมสำหรับผู้เข้าร่วมประชุม นั้น ขณะนี้ใช้ห้องโรงแรมไว้ที่เชียงใหม่ จำนวน 11 แห่ง และโรงแรมสำหรับ transit ที่กรุงเทพฯ จำนวน 2 แห่ง

3.1.1.5 ขณะนี้ได้ดำเนินการจัดสร้างโฮมเพจของสมาคมฯ เรียบร้อยแล้ว ชื่อว่า thaigastro.org/ โดยได้ขอมูลของ DDW Thailand 1999 สำหรับ information ของสมาคมฯ ที่จะ

ไว้ในโฮมเพจยังไม่ได้ดำเนินการ ถ้าคณะกรรมการท่านใดต้องการที่จะให้เพิ่มข้อความ ขอให้ติดต่อกับพันเอก นายแพทย์สุรพล ชื่นรัตนกุล

3.1.2 นายแพทย์จรินทร์ โรจนวารวิทยา ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าจากการที่ได้ติดต่อกับบริษัทต่างๆ ทางบริษัทได้เสนอมายังสมาคมฯถึงการที่สมาคมฯ ได้จัดการประชุมวิชาการแต่ละครั้ง เช่นการจัดประชุม Satellite Symposium จะมีบางบริษัทเชิญแพทย์ไปจัดประชุมข้างนอก ซึ่งถือว่าเป็นการจัดประชุมที่ซ้ำซ้อน ถ้าทางสมาคมฯสามารถวิธีการและแก้ไขปัญหาในส่วนนี้ได้ ทางบริษัทต่างๆยินดีที่จะสนับสนุนการจัดประชุมวิชาการอย่างเต็มที่ จึงขอเสนอเป็น topics ที่จะต้องพิจารณาต่อไป

3.1.3 แพทย์หญิงกรรณิการ์ พรพัฒน์กุล เสนอให้คณะกรรมการสมาคมฯที่ดูแลแต่ละสถาบันให้ช่วยกันสนับสนุนให้มีการส่งผลงานทางวิชาการในการประชุม DDW ที่เชียงใหม่ด้วย

3.2 ความคืบหน้าในการเตรียมการประชุม World Congresses of Gastroenterology (WCOG) 2002

3.2.1 นายแพทย์ภัทร เผ่าสวัสดิ์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

3.2.1.1 ปลายเดือนมกราคม นี้ PCO จาก OMGE จะเดินทางมาประเทศไทย โดยมีจุดมุ่งหมายในการประชุมสัมมนาเกี่ยวกับโรค และสมาคมโรคมะเร็ง ในส่วนของการประชุมสัมมนาเกี่ยวกับสมาคมโรคมะเร็งนั้นคาดว่าจะไม่มีปัญหาและปัญหา

ใหญ่ขณะนี้คือไปเทศกาล เนื่องจากไปเทศกาลได้ขึ้นราคาใหม่ ซึ่งนายแพทย์ประวิทย์ เลิศวีระศิริกุล ยืนยันว่าราคาที่ไปเทศกาลเสนอไปใหม่นั้น ไม่มากไปกว่าที่เขียนมา แต่ขณะนี้ยังติดต่อกับไปเทศกาลเพื่อเจรจาต่อรองกันใหม่ไม่ได้

3.2.1.2 ทางด้าน Scientific Program ซึ่งพันเอกนายแพทย์อนุชิต จุฑะพุทธิ เป็นประธานนั้น ทาง OMGE ควบคุมทุกอย่าง เช่นหัวข้อและรายชื่อวิทยากร และจะมีการประชุมร่วมกับ OMGE ในวันที่ 15-16 พฤษภาคม 2542 ที่เมืองออลัน โค, สหรัฐอเมริกา ซึ่งพันเอกนายแพทย์อนุชิต จุฑะพุทธิ ได้เตรียมหัวข้อของการประชุมไปเสนอด้วย

3.2.1.3 ในด้านงบประมาณ มีงบประมาณเกี่ยวกับการประชาสัมพันธ์ให้กับประธานของการประชุม คือนายแพทย์ เต็มชัย ไชยบุญดี เพื่อเดินทางไปประชาสัมพันธ์ในประเทศต่างๆ เช่น จีน, ญี่ปุ่น, อินเดีย และคงจะเกี่ยวข้องกับนายแพทย์อุทุมม คชินทร ซึ่งเป็นประธานฝ่าย Press and Media ของการจัดประชุมครั้งนี้

3.2.1.4 ในเรื่องของงบประมาณแต่ละฝ่ายนั้น จะต้องได้รับการ approve จาก OMGE เนื่องจากเกี่ยวข้องกับกำไรและขาดทุน ซึ่งการเดินทางไปร่วมประชุมที่เมืองออลัน โคครั้งนี้ จะทราบว่าได้รับการ approve จำนวนเท่าไร

3.2.2 พลอากาศตรีนายแพทย์สุจินต์ จารุจินดา ได้เสนอให้พิจารณา เรื่องของการจรรยาบรรณในวันประชุมด้วย

3.2.3 นายแพทย์สมหมาย วิไลรัตน์ ได้เสนอให้ระดมครื่องใช้ในการเช่น สัญญาณกับไปมเทค โดยขอให้หมื่นนักกฎหมายร่วมด้วยและบันทึก การประชุมเป็นลายลักษณ์อักษร

3.2.4 นายแพทย์ประวิทย์ เกศวิระศิริกุล ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบเกี่ยวกับ การจรรยาบรรณในวันประชุม คาดว่าคงจะไม่มีปัญหา เนื่องจากจะ ใช้รถโค้ชใหญ่ในการรับ-ส่งผู้เข้าร่วมประชุม ในส่วนของ การเช่นสัญญาณระหว่าง World Congress กับไปมเทค นั้น ทางด้าน ไทยคงไม่มีส่วนเกี่ยวข้อง

3.2.5 แพทย์หญิงกรณิการ์ พรพัฒน์กุล ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่า ทางสมาคมฯ ได้มอบหมายให้พลอากาศตรีนายแพทย์สุจินต์ จารุจินดา และพลตรีนายแพทย์วิชัช ชัยประภา ดำเนินการติดต่อ กับการสื่อสารแห่งประเทศไทย เพื่อขอจัดค่าดวงตรา ไปรษณียากรที่ระลึกในการจัดประชุม World Congresses of Gastroenterology 2002

3.3 การสนับสนุนการวิจัยร่วมสถาบัน

นายแพทย์กัชากร เผ่าสวัสดิ์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

3.3.1 คณะอนุกรรมการฝ่ายวิจัยยินดีที่จะสนับสนุนการวิจัย และการ พิจารณาการให้ทุนนั้นจะพิจารณาเป็นเรื่อยๆ และนำเสนอที่ ประชุมคณะอนุกรรมการฝ่ายวิจัยเพื่อจะได้ส่งต่อให้คณะ

กรรมการอำนวยความสะดวกฯ ได้พิจารณาต่อไป ซึ่งการพิจารณา การให้ทุนนั้น จะพิจารณาถึงคุณภาพและตาม Merit ของการ วิจัยนั้นๆ

3.3.2 ขณะนี้กำลังดำเนินการจัดทำวิจัยแบบ Multi Center Study ที่ กำลังทำอยู่ขณะนี้อยู่ 4 โครงการวิจัยคือ

1. Liver Abscess หัวหน้าโครงการคือ

นายแพทย์มนูสนธิ กลัดเจริญ

2. Helicobacter pylori หัวหน้าโครงการคือ

นายแพทย์อุดม คชินทร

3. Hepatocellular Carcinoma หัวหน้าโครงการคือ

แพทย์หญิงกรณิการ์ พรพัฒน์กุล

4. Chronic Diarrhea หัวหน้าโครงการคือ

นายแพทย์สถาพร มานัสสถิตย์

3.3.3 คณะอนุกรรมการฝ่ายวิจัยได้เสนอให้พ้นอกนายแพทย์อนุชิต

จุฑะพุทธิ รับไปพิจารณาเกี่ยวกับโครงการวิจัยเรื่อง chronic

hepatitis

3.4 การเตรียมสอบ GI Fellow

พ้นอกนายแพทย์สุรพล สุรางค์ศรีรัฐ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

3.4.1 กราบขออนุญาตอาจารย์อาวุโสทุกท่านที่ตกชื่อของท่านไป และจะ ขอปรึกษาที่ประชุมในเรื่องการแต่งตั้งอาจารย์อาวุโสสำหรับการ การสอบสัมภาษณ์

3.4.2 สถานที่ยังทดสอบ Long case คือที่จุฬาฯ, รามฯ, พระมงกุฎเกล้า และศิริราช รวม 4 แห่ง เหตุที่ใช้สถานที่ทั้ง 4 แห่งเป็นที่ยอมรับนั้นเนื่องมาจากกรณีที่หา case สอบยาก รวมถึงความลำบากในการบริหารจัดการด้วย

3.4.3 ในปีนี้ Fellow ทุกคนจะต้องสอบ Long case คนละ 2 cases และสอบ 2 แห่ง โดยจะมีอาจารย์ประจำสถาบันนั้นแล้ว ยังมีอาจารย์ต่างสถาบันอีก 1 ท่าน เพื่อให้คะแนนและเป็นสักขีพยาน

3.4.4 ข้อสอบ MCQ ยังมีปัญหาเนื่องจากข้อสอบมีน้อย ถ้าจะนำข้อสอบจากต่างประเทศมาใช้ คงจะไม่เหมาะสมและไม่ถูกต้องกับสถานการณ์ในบ้านเรา ดังนั้นจึงได้เสนอให้อาจารย์ท่านที่ชำนาญหัวข้อนั้นๆช่วยออกข้อสอบด้วย

3.4.5 ข้อสอบ MEQ ยังมีน้อย ขอความกรุณาจากท่านอาจารย์ทุกท่านช่วยกันส่งด้วย

3.4.6 วันที่ 12-13 สิงหาคม 2542 จะจัดการสัมมนาเรื่องข้อสอบและหลักการของ GI Fellow พร้อมกับประชุมคณะกรรมการอำนาจการสอบคนนั้น ขณะนี้กำลังดำเนินการพิจารณาถึงความเหมาะสมในด้านสถานที่จัดประชุมดังกล่าว ซึ่งมี 2 แห่งคือสิงห์บุรี และกาญจนบุรี เมื่อเรียบร้อยแล้วจะให้ที่ประชุมทราบต่อไป

ที่ประชุมได้เสนอแนะในเรื่องดังนี้

1. สักส่วนที่เหมาะสมของอาจารย์ที่คุมสอบ Long case
2. อาจารย์ที่เชิญเป็นสักขีพยานและให้คะแนนสอบด้วยนั้น ควรจะมาจากจากอาจารย์ต่างสถาบันที่ไม่ใช่มาจากสถาบันสอบทั้ง 4 แห่ง
3. ในเรื่องข้อสอบจากต่างประเทศนั้น ถ้าสามารถนำมาคิดแปลงแก้ไขได้ก็น่าจะนำมาพิจารณา

3.5 การเตรียมจัดตั้งชมรม Endoscopy Nurse ของประเทศไทย

พันเอกนายแพทย์สุรพล ชื่นรัตนกุล ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

3.5.1 เนื่องจาก OMGE ต้องการที่จะให้ชมรมพยาบาลเอ็นโคสโคปี่ ซึ่งในประเทศไทยยังไม่มี ดังนั้นเมื่อ 2 เดือนที่แล้ว ได้เชิญคณะศิษย์พยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล มาร่วมประชุมเพื่อปรึกษาหาแนวทางในการตั้งชมรมดังกล่าว ซึ่งก็พบว่าปัญหาคือคณะศิษย์ไม่ค่อยมีเวลา จึงได้มอบหมายให้อาจารย์ท่านหนึ่งที่ปฏิบัติงานอยู่ที่ศิริราชทำหน้าที่แทน และท่านไม่มีความรู้เกี่ยวกับด้าน endoscopy nurse และการติดต่อกับสถาบัน Endoscopy แต่และแห่งก่อนข้างลำบาก ส่วนรายนามของพยาบาลที่ช่วยแพทย์ด้านเอ็นโคสโคปี่มีพร้อมแล้ว

3.5.2 เนื่องจากจะมีการประชุมในหัวข้อของ Endoscopy Nurse ในการประชุม AGA ที่อดัลตันโต ดังนั้นประธานของชมรมลงจะหาไม่ทัน จึงขอปรึกษาที่ประชุมจะเสนอท่านใดไปก่อนที่ประชุมได้เสนอแนะดังนี้

1. ประธานของชมรมนั้น เสนอให้ส่งชื่อนายแพทย์ คำสร เฝ้าสวัสดิ์ เป็นประธานชั่วคราวไปก่อน
2. เนื่องจากวิธีการในการคัดเลือกของสภาการพยาบาลค่อนข้างยุ่งยาก ดังนั้นจึงเสนอให้จัดตั้งชมรมขึ้นในส่วนของสมาคมฯ และให้ท่าน คณบดี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นที่ปรึกษา ซึ่งในอนาคตอาจจะโอนย้ายเข้าไปในสภาการพยาบาล โดยมีแพทย์ endoscopist เป็นที่ปรึกษา
3. เชิญพยาบาลทุกสถาบันที่ทำงานทางด้านนี้มาร่วมประชุม โดยอาจจะแจ้งนโยบายให้ทราบ และให้มีการเลือกประธานชมรมกันเอง

วาระที่ 4 เรื่องอื่นๆ

4.1 นายแพทย์ประวิทย์ เลิศวีระศิริกุล ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบถึงการที่ได้รับมอบหมายจากคณะกรรมการสมาคมฯ วาระก่อน ให้เป็นประธานในการดำเนินการปรับปรุงคู่มือประเมินการสูญเสียสมรรถภาพระบบทางเดินอาหาร ของกระทรวงแรงงานและสวัสดิ

การสังคม โดยสำนักงานประกันสังคม ซึ่งมีคณะกรรมการที่จัดทำประกอบด้วยประธานและกรรมการ 4 ท่าน ได้แก่ นายแพทย์มานิต ติโทชวลิต, นายแพทย์จริมทร์ โรจนบัววิวิทยา, พันเอกนายแพทย์สุรพล สุรางค์ศรีรัฐ และพันตำรวจเอกนายแพทย์วรพันธุ์ เสาวรส และที่ปรึกษา 2 ท่านคือ นายแพทย์สวัสดิ์ทิตะนันท์ และนายแพทย์พินิจ กุลละวณิชช์ ขณะนี้ได้จัดทำและพิมพ์เสร็จเรียบร้อยแล้ว โดยจะส่งให้กับสำนักงานประกันสังคมต่อไป

4.2 แพทย์หญิงกรรณิการ์ พรพัฒน์กุล ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

4.2.1 สมาคมรังสีภาคเหนือจะจัดการประชุม Live Demonstration รวมทั้งการบรรยายเรื่องเกี่ยวกับ Hepatocellular Carcinoma ซึ่งจะมีการทำ segmental embolisation และ Direct ethanol injection และทางสมาคมรังสีวิทยภาคเหนือขอให้สมาคมฯ ร่วมจัดประชุมครั้งนี้ด้วย โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายของสมาคมฯ

4.2.2 เรื่องการให้ความรู้แก่ประชาชน ขอฝากให้นายแพทย์มานิต ติโทชวลิต, พันตำรวจเอกนายแพทย์วีรพันธุ์ เสาวรส และนายแพทย์ชัชคม ลชินทร ช่วยดูแลด้วย

4.2.3 เนื่องในโอกาสวันขึ้นปีใหม่ไทย ดังนั้นจึงขอพรจากท่านอาจารย์อาวุโสทุกท่าน และขอให้อาจารย์ทุกท่าน

เป็นขวัญและกำลังใจ พร้อมทั้งช่วยกันทำงานเพื่อความเจริญก้าวหน้าของสมาคมฯต่อไป

4.3 แพทย์หญิงศศิประภา บุญญสิทธิภูแจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

4.3.1 รายรับ-รายจ่าย ของสมาคมฯ ประจำปีเดือนมีนาคม 2542
ตั้งเอกสารประกอบการประชุมหมายเลข 1/2542

4.3.2 ตามที่ได้รับมอบหมายจากนายแพทย์เกียรติภูมิ อัครวงศ์ ให้ดำเนินการแจกแจงรายละเอียดในการเบิกจ่ายค่าเช่าสำหรับการ bidding World Congresses of Gastroenterology(WCOG)2002 และค่ารถเช่าสำหรับการประชุม AGA ที่เชียงใหม่ ได้แสดงรายละเอียดในเอกสารประกอบการประชุมหมายเลข 2/2542

4.4 นายแพทย์อุดม คชินทร ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

4.4.1 นายแพทย์เกียรติภูมิ อัครวงศ์ ได้ส่งคำขอพรเนื่องในโอกาสปีใหม่มายังคณะกรรมการสมาคมทุกท่าน

4.4.2 มีสมาชิกสมัครใหม่ จำนวน 7 ท่าน คือ นายแพทย์ธเนศ จิตวิวัฒน์กุล, แพทย์หญิงเสาวลักษณ์ ชาวโพนทอง, นายแพทย์ธัชชัย เลิศวิไลรัตน์พงศ์, นายแพทย์ธเนศ แก้วระจ่าง, นายแพทย์สมชาย จันทรานันธุ์, นายแพทย์นเรนทร์ โรตีสันนิมิต และนายแพทย์ประสิทธิ์ วังษ์จ่างพงษ์ ซึ่งฝ่ายเลขานุการสมาคมฯ ได้

ตรวจสอบแล้วมีคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบข้อบังคับสมาคมฯ

ที่ประชุมมีมติรับรองสมาชิกใหม่ทั้ง 7 ท่าน

4.5 นายแพทย์ประวิทย์ เลิศวิระศิริกุล ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

4.5.1 เนื่องจากข้อบังคับของสมาคมฯ ได้แบ่งสมาชิกของสมาคมฯออกเป็น 3 ประเภท และมี 2 ประเภทที่สำคัญคือสมาชิกสามัญและสมาชิกสหภาพ ซึ่งมีคุณสมบัติต่างกันในส่วน ดังนั้นทางฝ่ายเลขานุการสมาคมฯ ควรตรวจสอบคุณสมบัติของผู้สมัครว่าอยู่ในเกณฑ์ของประเภทใด ซึ่งจะมีผลต่อการเลือกตั้งนายกสมาคมฯด้วย และเพื่อให้ถูกต้องตามกฎหมายข้อบังคับของสมาคมฯ ควรที่จะตั้งทะเบียนใหม่ โดยแยกสมาชิกสามัญและสมาชิกสหภาพให้ชัดเจน

4.5.2 ส่งจดหมายถึงสมาชิกสมาคมฯทั้งหมดว่าต้องการจะเป็นสมาชิกสามัญหรือสมาชิกสหภาพ

ปิดประชุมเวลา 12.15 น.
นายแพทย์อุดม คชินทร
บันทึกรายงานการประชุม

Interhospital GI Conference

วันศุกร์ที่ 11 มิถุนายน พ.ศ. 2542 เวลา 13.00-15.00

ณ โรงแรมโซลทิวินทาวเวอร์, กรุงเทพมหานคร

นพ.สมบัติ ศรีประเสริฐสุข

สาขาวิชาโรคทางเดินอาหาร, ร.พ.จุฬาลงกรณ์

ชายไทยคู่ 62 ปี เกษียณราชการ จ. กทมบุรี

CC: ปวดมวนๆ รอบสะดือ 8 เดือน

PI: 8 เดือน ก่อนมา ร.พ. ปวดมวนๆ แบบบีบรอบสะดือ มักเป็นมากหลังทานอาหาร บางครั้งปวดมาก คล้ายได้เป็นก้อนทางด้านขวา เคาะไปร้อง เป็นครั้งละ 4-5 นาที แล้วอาการปวดน้อยลง แต่ไม่หายสนิท มักเป็นเกือบทั้งวัน ถ้าพาลงมือการปวดท้องจะน้อยลง ไม่มีถ่ายเหลว ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน ไม่มีไข้ ทานอาหารได้น้อย โดยเฉพาะอาการแข็ง ต้องทานข้าวต้ม wt. loss 5 kg. ใน 8 เดือน มาตรวจ work up ที่ รพ. จุฬาฯ อาการไม่ดีขึ้น

6 เดือน ก่อนมา ร.พ. : Gastroscope พบ DU ขนาด 0.3 x 0.2 cm CLO

test positive - Triple therapy คิวบ opeprazole, amoxicillin และ clarithromycin

2 เดือน ก่อนมา ร.พ. : ปวดท้องน้อยชั้น Gastroscope พบว่า normal

study และ stool occult blood positive

1.5 เดือน ก่อนมา ร.พ. : Ultrasound abdomen พบว่ามี Gallbladder

polyp, ill-defined hypochoic mass at posterior segment of Rt. hepatic lobe

. Colonoscope = Rectal polyp → Biopsy ถานว่า เป็น Adenomatous polyp with moderate atypia and diverticulum at splenic flexure of colon

ตลอด 6 เดือนนี้ ยังมีอาการปวดเป็นๆหายๆ ไม่ดีขึ้น หรือแย่ลง เนื่องจากเป็นพ่อของพยายาสจึงรีบ admission for work up: ระหว่างอยู่รพ. 2-3 วัน มีปวดมวนๆ ท้องมวนกว่าทุกครั้ง นาน 15 นาที ไม่มีคลื่นไส้ คล้ายได้เป็นก้อนที่ท้องข้างขวา (paraumbilical area) จึงส่ง film acute abdomen

PH: ต้มสุรา 1/2 กลม/วัน นาน 40 ปี หยุค 8 เดือน, สูบบุหรี่ 1 ซอง/วัน

หยุค 2 เดือน

ทานยาชุดน้ำชาประจำ

FH: ปฏิเสธมะเร็งในครอบครัว

PE: BT 37.2°C PR 82/min BP 120/80 mm. Hg RR 16 / min not pale,

no icteric sclera, no lymphadenopathy

heart-lung: normal

abdomen: hyperactive bowel sound, palpable mass at RLQ.

movable, mild tender, soft, no guarding, liver and spleen -

not palpable

PR: no rectal shelf, no mass

Film: acute abdomen series = localized ileus pattern of

small bowel , few air was seen in large bowel

Lab:

CBC : HCT 39 % MCV 84, WBC 12300- N 77% L 16% Mo 5%
PLT. 341,000 TB/DB 0.33/0.07 mg/dl, SGOT/SGPT 20/7 u/L, Alb/Glob
3.2/9.4 g/l

BUN/CR 5/0.6 mg/dl

Stool occult blood positive, no WBC, no RBC ;parasites -negative

Problem: Chronic intermittent abdominal pain with acute small bowel obstruction

วิจารณ์ผู้ป่วย

ผู้ป่วยรายนี้มีปัญหาปวดท้องเรื้อรัง ลักษณะเป็น ๆ หาย ๆ ร่วมกับมีน้ำหนักลด 5 กิโลกรัม ใน 8 เดือน โดยที่การตรวจร่างกายและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ รวมถึง Endoscope (ทั้ง gastroscopie และ colonoscope) ไม่พบสาเหตุที่จะอธิบายอาการปวดท้องได้ ข้อที่ควรพิจารณาเบื้องต้น ก็คือ ตำแหน่งของพยาธิสภาพจะอยู่ที่ใดซึ่งน่าจะมุ่งความสนใจไปยังส่วนของลำไส้เล็ก ซึ่งเป็นจุดที่ขาดต่อการวินิจฉัย เพราะมีความยาวมาก อย่างไรก็ตาม ในผู้ป่วยรายนี้เกิดอาการปวดท้องเฉียบพลันขึ้นร่วมกับอาการทางหน้าท้องและสภาพรังสีวินิจฉัยที่เข้าได้กับลักษณะของ acute onset of small bowel obstruction ดังนั้นการวินิจฉัยแยกโรคจึงควรพิจารณาในหลักกว้างๆ ว่าสาเหตุของภาวะลำไส้อุดตันนั้นเกิดจากอะไรได้บ้าง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การวินิจฉัยแยกโรค ภาวะ Intermittent Intestinal Obstruction

Extrinsic causes

1. Internal Hernia (paraduodenal or obturator)
2. Adhesion bands postinfection or abdominal operation
3. Intestinal volvulus
4. Tumors (primary or metastasis) -carcinomatosis
5. Abscess collection

Intrinsic causes

1. Intraluminal mass: Intussusception, polyp, Bezoars, Foreign body, Neoplasm
2. Inflammation process : Chemical, drugs, Inflammatory. Bowel disease, nonspecific ulcers.
3. Intestinal ischemia
4. Post traumatic

จากข้อมูลในตารางที่ 1 สาเหตุที่น่าจะเป็นไปได้มากที่สุด ได้แก่ Intussusception, Internal Hernia เพราะลักษณะทางคลินิกที่เป็นๆ หายๆ ร่วมกับประวัติที่ตรวจพบว่ามีก้อนที่ท้องขณะมีอาการปวดท้อง ส่วนสาเหตุ จาก adhesion bands, ภาวะมะเร็งลำไส้ หรือ inflammatory bowel disease นั้นเป็นไปได้น้อย เพราะลักษณะอาการของผู้ป่วยที่เป็นมาก่อนช้านานและลักษณะ progression ไม่ชัดเจน รวมทั้งไม่เคยมีประวัติผ่าตัดมาก่อน

ผู้ป่วยในรายนี้มีมีอาการปวดท้องเฉียบพลันเกิดขึ้นขณะรับไว้รักษาในโรงพยาบาลนั้น ได้ทำการตรวจ X-Rays: acute abdomen series พบว่ามีลักษณะของ small bowel dilation ร่วมกับมี few gas in large bowel (รูปที่ 1) ซึ่งสนับสนุนการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะ small bowel obstruction นี้ การรักษายัง

ให้ทำการพักถ้าได้ โดยการงดน้ำ-อาหาร, ใส่สาย nasogastric tube 24 ชั่วโมง พบว่าอาการปวดท้องดีขึ้น ก่อนที่เคยกถ่ายได้ขณะปวดท้องก็หายไป จึงคิดว่าน่าจะเป็นก้อนจากลำไส้ที่ย้ายตัวนั่นเอง หรืออาจเป็น reducible hernia หรือ Intussusception ที่หลุดได้เอง หลังขงากนั้นอาการผู้ป่วยดีขึ้น ผายลมและถ่ายได้ใหม่ ใช้เริ่มมีลำไส้บีบตัวดี, อาการปวดท้องลดลงมาก

4 วันต่อมา จึงเริ่มให้อาหารอ่อน ซึ่งผู้ป่วยรับประทานได้ดีไม่มีอาการ ดังนั้น จึงตัดสินใจตรวจหาสาเหตุการอุดตันของลำไส้เล็กต่อไป ด้วยการทำ small bowel follow through และเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ส่วนล่างของช่องท้อง (รูปที่ 2) ซึ่งผลตรวจพบว่ามีลักษณะ irregular circumferential narrowing segment of ileum ร่วมกับมีลำไส้เล็กส่วนเหนือกว่าจุดที่ตีบนั้นมีการขยายตัวและไม่พบว่ามีต่อมน้ำเหลืองโต

ข้อมูลทั้งหมดนี้จึงให้คำวินิจฉัยแยกโรค ดังนี้คือ กลุ่มเนื้องอก ทั้ง lymphoma และ adenocarcinoma, กลุ่มโรคติดเชื้อเรื้อรัง เช่น วัณโรค, กลุ่มโรคอักเสบเรื้อรัง เช่น Eosinophilic enteritis

การวินิจฉัยและการรักษา จำเป็นต้องทำการผ่าตัด ซึ่งผลการผ่าตัดพบว่า มีลักษณะ infiltrative ulcerative lesion ยาว 5 เซนติเมตร ที่ ileum ด้าน antimesenteric ร่วมกับมีต่อมน้ำเหลืองบริเวณ mesenteric root โตด้วย ศึกษานิวเคลียสได้ทำการผ่าตัดโดยทำ segmental resection และทำ end to end anastomosis

ผลทางพยาธิวิทยา ของบริเวณที่เป็นแผล มีดังนี้

- Ulcerated and polypoid small intestinal mucosa with diffuse infiltration of mononuclear cells, plasma cells and a number of eosinophils.
- Hypertrophic bundles of smooth muscle are also present in submucosa, no granuloma or malignancy are seen
- Lymph node : reactive follicular hyperplasia, gram and AFB stain are negative

Diagnosis : Eosinophilic enteritis

อย่างไรก็ตาม คำวินิจฉัยดังกล่าวเป็นคำวินิจฉัยทางพยาธิสภาพซึ่งเมื่อนำมาประกอบกับลักษณะอาการ และอาการแสดงรวมถึงผลการติดตามอาการผู้ป่วยหลังผ่าตัดเป็นเวลา 6 เดือน พบว่าอาการผู้ป่วยแข็งแรงดี ไม่มีอาการปวดท้องอีกเลย สามารถรับประทานอาหารได้ดี และมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นถึง 10 กิโลกรัม ใน 6 เดือน, ค่า CEA ที่เคยสูงจาก 176 ng/ml ก็ลดลงเหลือ 94 ng/ml (ที่ 2 เดือนหลังผ่าตัด) โดยที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาด้วยยา steroid เลย ดังนั้นข้อสรุปคำวินิจฉัยในรายนี้ จึงน่าจะเป็นภาวะลำไส้เล็กอักเสบจาก Idiopathic Isolated Ulcer of Small Intestine (Eosinophilic ulcer) ซึ่งจะแตกต่างจากรายละเอียดต่อไป

Idiopathic Isolated Ulcer of Small Intestine and Small Intestinal Obstruction

นพ.สมบัติ ศรีประเสริฐสุข

รศ.นพ.อำนาจ ศรีรัตนบัลล์

สาขาวิชาโรคทางเดินอาหาร, ร.พ.จุฬาลงกรณ์

Definition: Intestinal obstruction นั้นหมายถึง ภาวะที่ไม่สามารถส่งผ่าน contents ต่างๆ ในลำไส้ไปตามปกติได้ ซึ่งอาจเกิดจากภาวะอุดตัน (mechanical obstruction) หรือมีความผิดปกติของการบีบตัวของลำไส้ (ileus) ก็ได้ โดยความรุนแรงของการอุดตันนั้นอาจเป็นแบบ partial หรือ complete ซึ่งมีความสำคัญในการวินิจฉัย เพราะพยากรณ์โรคและการรักษาที่มีความแตกต่างกัน

ในส่วนของ small intestine obstruction หรือ small bowel obstruction

(SBO) นั้น มีสาเหตุที่เป็นไปได้มาก ⁽¹⁾ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การวินิจฉัยแยกโรคภาวะ Intermitent Intestinal Obstruction

Extrinsic causes

1. Internal Hernia (paraduodenal or obturator)
2. Adhesion bands post infection or abdominal operation
3. Intestinal volvulus
4. Tumors (primary or metastasis) -carcinomatosis
5. Abscess collection

52

จุฬารัตนคณแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย, มิถุนายน 2542

Intrinsic causes

1. Intraluminal mass: Intussusception, polyp, Bezoars, Foreign body, Neoplasm
2. Inflammation process: Chemical, drugs, Inflammatory. Bowel disease, nonspecific ulcers.
3. Intestinal ischemia
4. Post traumatic

สาเหตุของ Intestinal obstruction

สาเหตุที่พบได้บ่อย 3 อันดับแรก มีดังนี้

1. ภาวะพังผืด (Adhesions) ซึ่งพบได้ 50-70% ของผู้ป่วยแต่ส่วนใหญ่มักจะมีประวัติการผ่าตัดนมาก่อน โดยระยะเวลาหลังจากผ่าตัดเฉลี่ยนาน 6 ปี (7 เดือน ถึง 65 ปี) มักเกี่ยวข้องกับภาวะหลังผ่าตัดลำไส้, ใต้ดิ่งอักเสบ, การผ่าตัดทางรีเวช แต่มักพบไม่บ่อยในกรณีผ่าตัดเกี่ยวกับกระเพาะอาหารและถุงน้ำดี

2. ภาวะลำไส้เลื่อน (Hemias) พบได้ประมาณ 25% ซึ่งทำให้เกิด complete small bowel obstruction ได้มากถึง 1/3 ของผู้ป่วย โดยเฉพาะ Femoral hernia นอกจากรณี ถ้าไม่พบตำแหน่งที่จะเกิดได้ก็ตอนที่พบได้บ่อยๆ เช่น ที่ขาหนีบ (inguinal hernia) หรือ ที่ผนังหน้าท้องข้างล่าง (abdominal hernia) จำเป็นต้องคิดถึงภาวะ internal hernia หรือที่ obturator hernia

3. เนื้องอก (Neoplasms) พบได้ประมาณ 10% ส่วนใหญ่มักเป็นจากมะเร็งซึ่งกระจายมายังช่องท้อง เช่น มะเร็งปอด, เต้านม ส่วน

จุฬารัตนคณแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย, มิถุนายน 2542

53

มะเร็งบางชนิดของช่องท้องเองนั้นพบน้อยกว่า 3% ของผู้ป่วย เช่น adenocarcinoma, carcinoid เป็นต้น

ซึ่งจากสาเหตุที่กล่าวมาทั้งหมดนั้นเมื่อพิจารณาในผู้ป่วยรายนี้ ซึ่งไม่เคยมีประวัติผ่าตัด, ไม่มีประวัติได้รับอุบัติเหตุ หรือกระแทบกระเือนใดๆ ไม่มีไข้ จึงเหลือโรคที่อยู่ข้อพิจารณาดังนี้ Hernia, Neoplasms, Intestinal volvulus, Intussusception, Inflammation process เช่น inflammatory bowel disease, nonspecific ulcers เป็นต้น

ข้อมูลในประเทศไทย

ข้อมูลเรื่องของลำไส้อุดตันนี้ มีข้อมูลของประเทศไทย ที่รายงานโดย นพ.สุทธิพร จิตต์มิตรภาพ และคณะ⁽³⁾ ในจุฬาลงกรณ์เวชสาร ปี พ.ศ. 2530 รวบรวมผู้ป่วยระยะเวลา 8 ปี (2519-2526) ได้ 782 ราย อัตราส่วนชายต่อหญิงเป็น 2.19 ต่อ 1 และอายุเฉลี่ย 30.29 ปี พบว่าภาวะลำไส้เล็กอุดตันถึง 70.8% ขณะที่ลำไส้ใหญ่อุดตันเพียง 25% โดยสาเหตุอันดับ 1 ถึง 3 ของลำไส้เล็กอุดตันดังนี้ จากพหุศัต 50.8%, ลำไส้เลื่อน 25.3%, Intussusception 6.5% และจากเนื้องอก 4.2% โดยระดับการอุดตันที่พบบ่อยที่สุดคือระดับ jejunum และ ileum พบถึง 70.8%, รองลงมาคือลำไส้ใหญ่ (colon) 14.9% การรักษานั้นส่วนใหญ่ (78.5%) ของทั้งหมด ใต้รับการผ่าตัด โดยมีอัตราตายเฉลี่ย 6.3% ซึ่งนับว่าใกล้เคียงกับรายงานจากสหรัฐอเมริกาที่มอดตราดาเฉลี่ย 5.4%⁽³⁾ และต่ำกว่าข้อมูลจากไนจีเรีย (10.8%)⁽⁴⁾

ในส่วนของสาเหตุอุดตันจากแผลในลำไส้เล็กนั้น ไม่มีข้อมูลที่ชัดเจนของประเทศไทยมีเพียงกลุ่มที่เป็น inflammation ที่เป็นสาเหตุเพียง 2.8%

ลักษณะทางคลินิก

อาการหลักๆ ำไปของภาวะลำไส้เล็กอุดตันนั้น ไม่ว่าจะจากสาเหตุใดก็ตาม มีลักษณะคล้ายกัน คือ มีลักษณะ crampy บริเวณรอบสะดือ ปวดท้องเป็นแบบเฉียบพลันเกิดบ่อยทุก 4-5 นาที สำหรับการอุดตันในระดับต้นๆ และห่างออกไป เมื่อเป็นภาวะอุดตันในลำไส้เล็กส่วนปลาย อาจมีอาการอาเจียน, ท้องอืด และอาการแสดงกดเจ็บทางหน้าท้อง

ส่วนการที่ไม่ปวดลมหรือไม่ถ่ายอุจจาระ อาจจะมีร่วมด้วยหรือไม่ก็ได้ การตรวจหาภาวะลำไส้เลื่อน จำเป็นต้องทำเสมอ โดยเฉพาะในบริเวณขาหนีบ, หน้าท้อง เพื่อวินิจฉัยก่อน ไปมุ่งพื้นที่ลักษณะเจ็บร่วมด้วยหรือไม่ สัญญาณชีพต่างๆ ถ้ามีความผิดปกติเช่นความดันโลหิตลดลงหรือหัวใจเต้นเร็ว, มีไข้ บ่งชี้ว่าน่าจะมีความ stranguation ซึ่งมีความรุนแรงของโรคมากขึ้น

ภาพทางรังสีวิทยา วินิจฉัยและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- **Plain films** มักช่วยในการยืนยันการวินิจฉัยได้ดี โดยพบลักษณะ generalized dilated small intestine เห็นต่อจุดที่มีการอุดตัน และมี gas ปริมาณน้อยหรือไม่เลยในส่วน colon กรณีถ่ายภาพท่า upright หรือ decubitus จะพบ multiple air-fluid level ได้ สิ่งอื่นๆ ที่อาจพบได้ เช่น ascites, ผนังลำไส้เล็กบวมหนา, การพบว่ามี pneumatosis intestinalis (air ในผนังของลำไส้) ซึ่งบ่งชี้ว่ามี gangrenous bowel อย่างใดก็ตามอาจพบว่าภาพทางรังสีวินิจฉัยปกติได้ 20-30% ของผู้ป่วย SBO

- **Contrast studies** จะมีประโยชน์อย่างมากในการให้คำวินิจฉัยถึงสาเหตุการอุดตัน, ตำแหน่ง และความรุนแรงของการอุดตันว่า complete หรือ

ไม่ แต่การทำกรตรวจอันนี้ ควรหลีกเลี่ยงในผู้ป่วยที่มีอาการ SBO แบบเฉียบพลัน และยังมีอาการที่ทรุดลงอยู่หลังจากการรักษา 24 ชั่วโมงไปแล้ว มีข้อบ่งชี้ในผู้ป่วยที่ถ้าได้ดูดกั้นจาก adhesion bands พบว่าถ้าทำการตรวจโดยใช้ water soluble contrast (urografin 40 ml)⁽⁹⁾ ถ้าสีผ่านลงมาถึง colon ได้ใน 24 ชั่วโมง มักจะรักษาด้วยการ conservative treatment ได้ ส่วนกลุ่มที่สีผ่านลงมาได้ช้า ส่วนใหญ่ต้องได้รับการผ่าตัด

- **Computerized Tomography** จะช่วยในการประเมินปัญหาของผู้ป่วยที่มีอาการ atypical presentation ซึ่งถ้าภาพรังสีแสดงให้เห็น transition zone ร่วมกัน การขยายตัวของถ้าได้ส่วนต้นกว่าจุดดูดกั้น และถ้าได้ส่วนที่อยู่ปลายต่อจุดดูดกั้นนั้น ไม่ขยายตัว ก็บ่งชี้ว่ามีภาวะ SBO จริง โดยมี sensitivity และ specificity อยู่ระหว่าง 50-90% ขึ้นกับความรุนแรงของการดูดกั้น

- ส่วนการตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆ นั้น มีประโยชน์เพื่อการดูแลผู้ป่วยให้พร้อมต่อการผ่าตัด เช่น electrolyte, creatinine ส่วนค่าอื่นๆ นั้นไม่มีความจำเพาะต่อโรค เช่น amylase, lipase จึงไม่มีความจำเป็นในการส่งตรวจการรักษายา

หลักทั่วไปเบื้องต้น ในการดูแลผู้ป่วย SBO มีดังนี้

1. เมื่อสงสัยว่ามีภาวะ SBO จำเป็นต้องงดน้ำอาหาร และดูแลเรื่อง intravascular volume ให้ดี รวมถึงสัญญาณชีพ แก้ปัญหาเกลือแร่, metabolic acidosis ต่างๆ ให้ดีขึ้นก่อน
2. การใส่ nasogastric tube จำเป็นเพื่อลดภาวะลำไส้ขยายตัว และป้องกันปัญหาลำไส้กลืนอาหาร

3. วินิจฉัยว่าเป็นภาวะ complete SBO หรือไม่ ถ้าเป็นจำเป็นต้องรักษาโดยการผ่าตัดทันที ร่วมกับทำให้ antibiotic ชนิด broad-spectrum ครอบกลุ่มเชื้อ gram negative และ anaerobes โดยทั่วไป ความชุกของภาวะ strangulation of bowel นั้นพบได้ 8-22% กรณีที่เป็น partial SBO นั้น การรักษาสามารถผ่าตัดดูอาการได้ ซึ่งถ้าตอบสนอง คืออาการมักดีขึ้นใน 24 ชั่วโมง มีรายงานว่าประมาณ 68-81% ของผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่ตอบสนองต่อ non-operative management อย่างไรก็ตาม ถ้าเกิน 48 ชั่วโมงแล้วอาการไม่ดีขึ้น จำเป็นต้องส่งผ่าตัดต่อไป

ในส่วนปัญหา SBO จาก Idiopathic isolated ulcer of small intestine (intestine)

ได้มีการวินิจฉัยเป็นครั้งแรกโดย Crohn ในปี ค.ศ. 1932 ซึ่งวินิจฉัยเป็น regional enteritis จากนั้นมาจนถึงประมาณปี ค.ศ. 1963 Watson MR. ก็พบว่าในผู้รายงานผู้ป่วยกลุ่มนี้ถึง 170 ราย และก็มีผู้รายงานเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ⁽⁶⁻¹⁰⁾ โดยคำจำกัดความนั้น จำเป็นต้องวินิจฉัยโดยตัดสาเหตุที่เป็นไปได้ออกให้หมด (ตารางที่ 2)

ข้อมูลในปี ค.ศ. 1965 นั้นพบว่ามีการรายงานผู้ป่วยดังกล่าวเป็นจำนวนมาก โดย Wilson IH และคณะได้รายงานผู้ป่วยจำนวน 35 ราย ที่อยู่ใน San Diego County University Hospital โดยที่ 27 ราย มีประวัติการใช้ยา Thiazide

หรือ Potassium chloride coated ร่วมด้วย ⁽¹¹⁾ จนกระทั่งมีการนำยา enteric-coated potassium chloride ออกจากตลาดหลังจากนั้นอุบัติการณ์ของผลในลำไส้เล็กที่ไม่ทราบสาเหตุนั้นก็ลดลงจนทุกวันนี้ก็สงสัยว่าพบได้ไม่บ่อยนัก รวมทั้งการวินิจฉัยก็ทำได้ยากในทางเวชปฏิบัติ

ตารางที่ 2 แสดงสาเหตุของผลในลำไส้เล็ก

Infections	Tuberculosis, syphilis, cytomegalovirus, typhoid, parasites, stongyloides
Inflammatory	Crohn's disease, systemic lupus erythematosus, celiac disease, ulcerative enteritis
Ischemia	Mesenteric insufficiency
Idiopathic	Primary ulcer, Behcet's syndrome
Drug-induced	Potassium, indomethacin, phenylbutazone, salicylates, anti-metabolites
Radiation	Therapeutic, accidental
Vascular	Vasculitis, giant cell arteritis, amyloidosis (ischemic lesion), lymphoma
Metabolic	Uremia
Hyperacidity	Zollinger-Ellison syndrome, Meckel's diverticulum, stomal ulceration
Neoplastic	Lymphoma, adenocarcinoma, melanoma
Toxic	Acute jejunitis (β -toxin-producing Clostridium perfringens), arsenic poisoning
Mucosal lesions	Lymphocytic enterocolitis

อาการ-อาการแสดง

มีรายงานผู้ป่วยที่มีจำนวนผู้ป่วยค่อนข้างมากจาก Mayo clinic โดย Boydstun JS และคณะ ⁽¹²⁾ รายงานผู้ป่วยจำนวน 59 ราย ซึ่งมีอายุเฉลี่ย 51 ปี (17-77 ปี) ผู้ป่วย 63% มาด้วยอาการของ intermittent small bowel obstruction, blood loss (25%) และ acute abdomen (12%) โดยมีตำแหน่งของผลที่พบได้บ่อยที่สุดคือที่ ileum 78% , jejunum 15% และ jejunioileum 7% โดยที่การวินิจฉัยก่อนการผ่าตัดนั้นทำได้ยาก รวมทั้งการทำรังสีวินิจฉัยก็พบสิ่งผิดปกติเพียง 66%

ข้อมูลทางด้านคลินิกอื่นๆ

ส่วนใหญ่อะอิงอิงจากรายงานของทาง Mayo Clinic ⁽¹²⁾ คือ เพศชายต่อหญิง ประมาณ 1 ต่อ 1 ระยะเวลาที่มีอาการก่อนมาโรงพยาบาลนั้นมี ตั้งแต่ 3 วัน ถึง 20 ปี ผู้ป่วย 11 รายจาก 59 ราย พบว่ามีประวัติโรคทาง Cardiovascular ร่วมด้วย โดยแบ่งเป็นภาวะหัวใจล้มเหลว 5 ราย, ความดันโลหิตสูง 3 ราย, angina pectoris 2 ราย และ intermittent claudication 1 ราย ในเรื่องการวินิจฉัยเรื่องมีผู้ป่วย 38 ราย ที่ได้รับการตรวจ small bowel barium series พบความผิดปกติ 18 ราย โดย 6 ราย มีตำแหน่งผิดปกติตรงกับที่เห็นจากการผ่าตัด, 10 รายพบว่ามี small bowel obstruction เท่านั้น อีก 2 ราย พบเพียง spasm in midileum และมีการเปลี่ยนแปลง musoca ของ ileum

การดูแลรักษา

ถ้าไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ หลักจากดูแลรักษาแบบระดับประคองอาการอาจหายไปได้เอง โดยเฉพาะถ้าพบสาเหตุ เช่น จากยา NSAIDs, KCI-

tablet แล้วหยุดยา ส่วนกรณีที่มีภาวะแทรกซ้อนหรือผลจากการรักษาแบบ
ประคับประคอง ไม่ดีขึ้นใน 48 ชั่วโมง จำเป็นต้องพิจารณาผ่าตัด ข้อมูลจาก
Mayo clinic นั้นผู้ป่วย 49 ราย ได้รับการผ่าตัด แบบ resection of segment of
small bowel and primary end to end anastomosis โดยพบว่า เป็นแผลติดยาวถึง
41 ราย , ลักษณะ 2 แผล 5 ราย , ลักษณะ 3 แผล 7 ราย และมากกว่า 3 แผล
อีก 6 ราย

อย่างไรก็ตาม การรักษาโดยการผ่าตัดในรายที่มีลักษณะของ small
bowel obstruction ที่ส่วน proximal ยังมีการขยายตัวอยู่มากขึ้น ไม่ควรทำ end
to end anastomosis ทันที เพราะเมื่อเชื่อมต่อของลำไส้ยังบวมอยู่มาก ควรเปิด
ileostomy ไว้ก่อนมีละมุนอาการภาวะแทรกซ้อนได้ เช่น ภาวะรอยต่อรั่ว
เป็นต้น

ผลทางพยาธิวิทยา ข้อมูลจาก Mayo clinic พบว่าแผลส่วนใหญ่ จะมีขนาด
แตกต่างกันตั้งแต่ 0.3 cm. 5 cm. ประมาณ 30% ของผู้ป่วย จะพบว่าแผลนั้นถูก
ตาม ในลักษณะ annular configuration และมักพบแผลที่ตำแหน่ง antimesenteric
บางรายอาจพบ fibrous scar จึงทำให้ลำไส้เล็ก ส่วนนั้นตีบแคบลง (ดังรูปที่ 3)
มีผู้ป่วย 1 รายที่ตรวจพบ Eosinophil reaction ในแผล ของอบแผลชัดเจนกรณีที่มี
มากกว่า 1 แผลนั้น เมื่อเชื่อมต่อระหว่างแผลจะปกติ และทั้ง 59 ราย นี้ก็ไม่สามารถ
ตรวจพบสาเหตุของแผลได้เลย นอกจากนี้ในรายงานผู้ป่วย 59 ราย จาก Wayne
DM และคณะ⁽¹³⁾ นั้นก็ไม่มีพบว่ามีลักษณะทางพยาธิวิทยาที่พบ Eosinophil ใน
แผลเลย ส่วนใหญ่จะพบลักษณะทางพยาธิวิทยา ดังนี้

- inflammatory cell within lamina propria (PMN และ mononuclear cell , อาจพบ plasma cell บ้าง)
- pathologic changes almost confined to the mucosa, submucosa
- muscularis mucosa บริเวณใต้ต่อ ulcers จะมีลักษณะ hyperplastic และ fibrosis (โดยกลุ่มที่มีประวัติฯซึ่งอาจเป็นสาเหตุของแผลจะมีชั้น muscularis mucosa ที่หนากว่ากลุ่มที่ไม่มีประวัติฯ)
- blood vessels อาจมีลักษณะ dilatation , congestion
- ส่วนใหญ่ จะเป็นลักษณะ annular constricting type

พยากรณ์โรค ส่วนใหญ่จะไม่เกิดแผลซ้ำใหม่หลังผ่าตัด แต่อาจจะมีโอกาสเกิดซ้ำได้ ในกลุ่มที่แผลร่วมกับภาวะแทรกซ้อน เช่น มีการทะลุของแผล ข้อมูลของ Mayo clinic นั้นมี ผู้ป่วยที่เกิดแผลซ้ำ 4 ราย โดยได้ผ่าตัด 2 ราย พบแผลหลายตำแหน่ง ใน ileum อีก 2 ราย ไม่ได้รับการผ่าตัด

ในส่วนของผู้ป่วยรายนี้อาจมีผู้ให้การวินิจฉัยว่าเป็น Eosinophilic enteritis ตามลักษณะทางพยาธิวิทยา ก็ได้เนื่องจากเกณฑ์การวินิจฉัยนั้นมี 4 ข้อ ดังต่อไปนี้

Definite diagnosis for Eosinophilic enteritis

1. GI. symptoms are present
2. Eosinophil infiltration of one or more area of GI tract is demonstrated at biopsy (พบ Eosinophil อย่างน้อย 20 ตัว ต่อ high power field)

3. Eosinophil involve of multiple organs outside GI . tract is not present

4. Parasitic infestation is absent

ส่วน Eosinophilia ไม่นับเป็น diagnostic criteria เพราะไม่พบได้ 20-25% ของผู้ป่วย

อย่างไรก็ตาม ข้อมูลของผู้ป่วย Eosinophilic gastroenteritis นั้น ส่วนใหญ่ก็มีอาการและการแสดงสอดคล้องกับลักษณะทางพยาธิวิทยา เช่น กรณีสัมผัสด้วยอาการของ bowel obstruction ก็มักจะมีพยาธิสภาพที่ลำไส้ตั้งแต่ชั้น mucosa ถึง serosa ตาม Klein Classification ⁽¹⁴⁾ ซึ่งพบว่ากลุ่มที่เป็น muscular layer disease มักมีด้วย intestinal obstruction เป็นต้น ข้อมูลของโรคในกลุ่มนี้ของประเทศไทย มีที่รายงานโดย พญ.เสาวณีย์ เข็นฤดี รพ.จุฬาลงกรณ์ ⁽¹⁵⁾ รายงานผู้ป่วยตั้งแต่ปีค.ศ. 1978-1982 จำนวน 16 ราย อายุระหว่าง 31-62 ปี โดยทุกรายมีผลทางพยาธิวิทยาขั้นต้น พบว่า 8 รายอาจเกี่ยวข้องกับสาเหตุจากพยาธิ ที่เหลืออีก 8 รายนั้น มีภาวะ Eosinophilia (60%) 1 ราย ทั้ง 8 ราย รักษาโดยการผ่าตัด พบพยาธิสภาพ ที่ลำไส้ใหญ่ 4 ราย . ลำไส้เล็ก 3 ราย (เป็นที่ jejunum 2 ราย , ileum 1 ราย) และพบที่กระเพาะอาหาร 1 ราย

นอกจากนี้ ถ้าดูจากอาการที่ gut obstruction นั้น การรักษามักจำเป็นต้องพิจารณาการใช้ steroid ซึ่งมักจะตอบสนองดี โดยการผ่าตัดควรหลีกเลี่ยงไว้ก่อน ระหว่างที่ให้ยา steroid และดูการตอบสนอง (16) ยกเว้นว่ามีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ เช่น ภาวะลำไส้ทะลุ เป็นต้น

หากดูข้อมูลของโรค Eosinophilic gastroenteritis จากหลาย ๆ แห่ง นับตั้งแต่การรายงานครั้งแรกโดย Kaiser ในปี ค.ศ. 1937 จนถึงปัจจุบัน มีผู้รายงานไว้เป็นภาษาอังกฤษ ไม่ต่ำกว่า 300 ราย และผู้ป่วยส่วนใหญ่ก็ได้รับ steroid ในการรักษาทั้งในระยะแรกและ maintain ต่อด้วยขนาดยาที่ต่ำลง ส่วนข้อมูลการศึกษาของ Eosinophilic enteritis ที่มี gut obstruction รวมด้วย ได้รวบรวมสรุปไว้ดังตารางที่ 3

รายงานดังกล่าวพบผู้ป่วยที่มี gut obstruction รวมด้วยตั้งแต่ 16.6-37.5% ของผู้ป่วย และผู้ป่วยทั้งหมดจะมีลักษณะทางพยาธิสภาพ ที่รุนแรงถึงชั้น muscular , serosal layer รวมทั้งการรักษามักต้องได้รับการผ่าตัดควบคู่กับการใช้ยา steroid ในบางรายหลังจากหยุดยา steroid (ที่ 10 เดือน หลังผ่าตัด) ก็พบว่ามีความแทรกซ้อน ถ้าใช้ระยะจนต้องได้รับการผ่าตัดใหม่ร่วมกับให้ steroid ต่ออีกนานถึง 13 เดือน

จากข้อมูลดังกล่าว ผู้เขียนจึงมีความเห็นว่าผู้ป่วยรายนี้ จะสรุปว่าเป็น Eosinophilic enteritis ไม่ได้แน่ชัด จึงนำเสนอทบทวนวรรณกรรมทั้งเรื่อง Idiopathic Isolated ulcer of small intestine และ Eosinophilic enteritis มาไว้ให้พิจารณาร่วมกัน

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลผู้ป่วย Eosinophilic gastroenteritis

การศึกษา โดย/ ผู้ป่วย (ราย)	อายุ (ปี)	อาการ	ผลการรักษา
Talley NJ, et al ⁽¹⁷⁾ 1990	40	35.3-42.0 (ทั้ง 12 ราย ได้รับการผ่าตัดจาก ตาหตุ	- ส่วนใหญ่ตอบสนองต่อการให้ steroid. -mucosal layer(23) -muscle layer (12) -subserosal layer(5)
Mayo clinic Rochester, USA		gut obstruction)	
Melamed I, et al 1991, Canada ⁽¹⁸⁾	6	8-30 (mean = 16.9)	1/6 (16.6%) (gastric outlet obstruction)
Lee CM, et al 1993, Taiwan ⁽¹⁹⁾	8	36.9+ 13.5	3/8 (37.5%) involve 3 layers of 2 jejunum, 1 ileum
Lee M, et al 1996, Texas ⁽²⁰⁾	5	40-74	1/5 (20%) (involve muscular layer of duodenum)

รายงานดังกล่าวพบผู้ป่วยที่มี gut obstruction ร่วมด้วยตั้งแต่ 16.6-37.5% ของผู้ป่วย และผู้ป่วยทั้งหมดจะมีลักษณะทางพยาธิสภาพ ที่รุนแรงถึงขั้น muscular, serosal layer รวมทั้งการรักษาไม่ถูกต้อง ได้รับการผ่าตัดควมดูกับ

การใช้ยา steroid ในบางรายหลังจากหยุดยา steroid (ที่ 10 เดือน หลังผ่าตัด) ก็พบว่ามีการแพร่กระจายของ ถ้าได้หยุดจนต้องได้รับการผ่าตัดใหม่ร่วมกับให้ steroid ต่ออีกนานถึง 13 เดือน

จากข้อมูลดังกล่าว ผู้เขียนจึงมีความเห็นว่าผู้ป่วยรายนี้ จะสรุปว่าเป็น Eosinophilic enteritis ไม่ได้แน่ชัด จึงนำเสนอทบทวนวรรณกรรมทั้งเรื่อง Idiopathic Isolated ulcer of small intestine และ Eosinophilic enteritis มาไว้ให้พิจารณาร่วมกัน

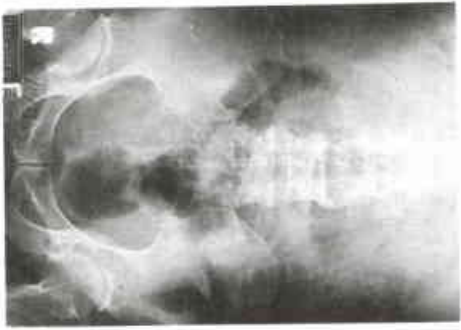
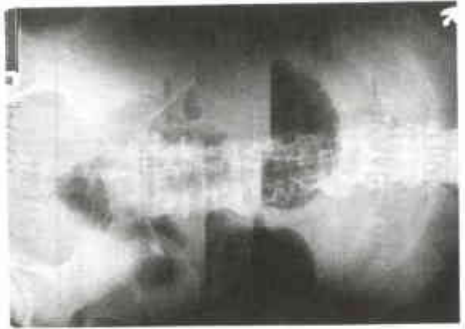


Fig.1

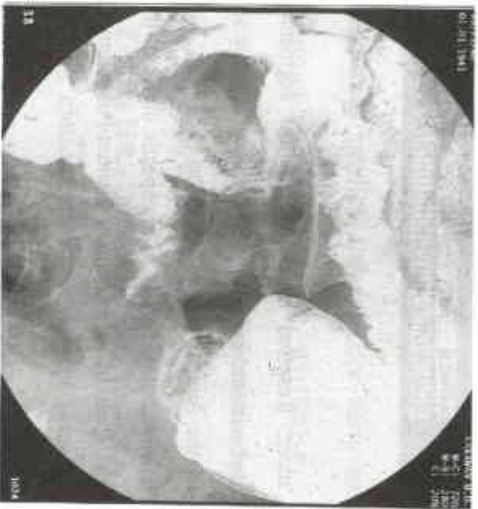
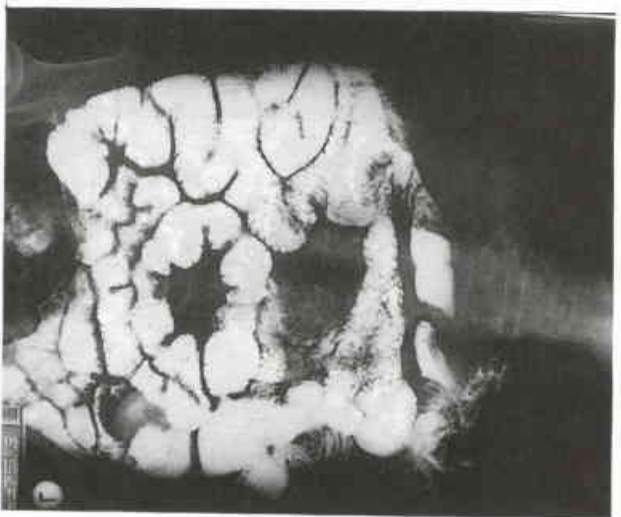


Fig.2

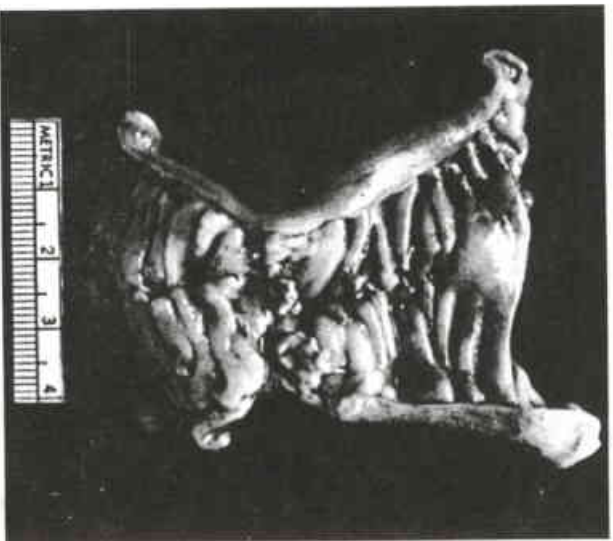


Fig.3 Isolated ileal ulcer. Resected specimen of ileal segment shows solitary, nonspecific, annular ulcer with necrotic, fibrinous surface. Fibrous scar formation has produced narrowing of the lumen. (From Boydston, J. S. Jr., Gaffery, T.A., and Bartholomew, L.G. Clinicopathologic study of nonspecific ulcers of the small intestine. Dig. Dis. Sci.26:911,1981. Used by permission of Plenum Publishing Corp.)

References:

1. Turnage RH., Bergen PC. Intestinal obstruction and Ileus. In Sleisenger MH Fordtran JS Feld man M, Scharshmidt BF (editors.) Gastrointestinal and Liver disease: pathophysiology, diagnosis, management. W.B. Saunders 1997 ; chap 107 : 1799-804.
2. สุทธิพร จิตต์มิตรภาพ, ชาญวิทย์ ต้นดีพัฒน์, เกิ่งงศักดิ์ ประสมสันติ. ภาวะลำไส้อุดตัน ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2530 กุมภาพันธ์ ; 31(2) : 127-35.
3. Stewardson RH, Bombeck T, Nyhus LM, Critical operative management of small bowel obstruction. Ann Surg 1978;187(2):189-93.
4. Chiedozi LC , Aboh IO , Piserchia NE. Mechanical bowel obstruction : review of 316 cases in Benin City. Am J. Surg 1980 : 139(3): 389-93.
5. Chen SC , Lin FY , Lee PH. , YU SC , Wang SM Chang KJ. Water-soluble contrast study predicts the need for early surgery in adhesive small bowel obstruction. Br J Surg 1998 ; 85:1692-4
6. Watson MR. Primary nonspecific ulceration of the small intestine (abstract). Arch Surg 1963 ; 87 : 600-3.
7. Morlock CG , Goehrs HR , Dockerty MB. Primary nonspecific ulcers of the small intestine : clinicopathologic study of 18 cases with follow-up of 14 previously reported cases. Gastroenterology 1956 ; 31: 667-80.

8. Shanblin JR. Nonspecific ulcer of the small intestine. *South Med J* 1968 ; 61:370-4.
9. Shar MJ. Primary nonspecific ulcer of ileum presenting with massive rectal hemorrhage. *Br Med J* 1968 ;3 : 474.
10. Davies DR , Brightmore T. Idiopathic and drug-induced ulceration of the small intestine. *Br J Surg* 1970 ; 57(2) : 134-39.
11. Wilson IH , Cooley NV, Lintel FJ. Nonspecific stenosing small bowel ulcers : experience in one California county. *Am J Gastroenterol* 1968 ; 50 : 449-55.
12. Boydstun JS , Gaffey TA , Bartholomew LG. Clinicopathologic study of nonspecific ulcers of the small intestine. *Dig Dis Sci* 1981;26(10): 911-6.
13. Wayte DM , Helwig EB. Small bowel ulceration-iatrogenic or multifactorial origin. *Am J Clin Path* 1968 ; 49(1) : 26-40.
14. Klein NC , Hargrove RL , Sleichenger MH , Jeffries GH. Eosinophilic gastroenteritis. *Medicine* 1970 ; 49 : 299-319.
15. Yenrudi S. Eosinophilic Gastroenteritis. *J. Med Ass Thai* 1986 ; 69(6) : 318-23.
16. Felt-Bersma RJF , Meuwissen SGM , Van Velzen D. Perforation of the small intestine due to eosinophilic gastroenteritis. *Am J Gastroenterol* 1984 ; 79 : 442.
17. Talley NJ , Shorter RG , Phillips SF , Zinsmeister AR. Eosinophilic gastroenteritis : a clinicopathological study of patients with disease of the mucosa , muscle layer and subserosal tissues. *Gut* 1990 ; 31 : 54-8.
18. Melamed I , Feanny SJ , Sherman PM , Roffman CM. Benefit of Ketotifen in patients with Eosinophilic gastroenteritis. *Am J Med* 1991 ; 90 : 310-4.
19. Lee CM , Changchien CS , Chen PC , Lin Dy , Sheen IS , Wang CS , et al. Eosinophilic gastroenteritis: 10 years experience. *Am J Gastroenterol* 1993 ; 88 : 70-4.
20. Lee M, Hodges WG, Huggins TL, Lee EL. Eosinophilic gastroenteritis. *South Med J* 1996 ; 89(2) : 189-94.

Portal Hypertensive Gastropathy

นพ.ธีระพงษ์ สุขไพศาล

นพ.จักรพันธ์ โอมสงขรธรรมนท

สาขาวิชาโรคระบบทางเดินอาหาร, รพ.ศิริราช

- Definition (คำจำกัดความ)
- Prevalence and natural history (ความชุกและธรรมชาติวิทยาของโรค)
- Diagnosis (การวินิจฉัย)
- Pathogenesis (พยาธิกำเนิด)
- Clinical manifestation (อาการและอาการแสดง)
- Therapeutic options (การรักษา)

Definition

ในผู้ป่วยที่มี portal hypertension นอกจากจะมี esophageal varices และ gastric varices แล้ว เรายังพบภาวะ portal hypertensive gastropathy (PHG) ที่เกี่ยวข้องออกเป็นสาเหตุของ upper GI bleeding ใน ผู้ป่วย portal hypertension ได้เช่นกัน ภาวะนี้ถูก describe เมื่อประมาณ 15 ปีก่อน โดย McCormack และคณะ¹ ว่าเป็น "Hemorrhagic gastritis" หรือ "Diffuse gastric lesions" ในผู้ป่วยโรคตับแข็ง ต่อมาได้มีการศึกษาภาวะนี้มากขึ้น ทางพยาธิวิทยา พบว่า มีเส้นเลือดพองโตในชั้น mucosa โดยไม่พบลักษณะ erosion หรือ มี inflammation แต่อย่างใด² ดังนั้นคำ "Gastritis" จึงไม่เหมาะสมที่จะใช้ในภาวะ PHG นี้

นอกจากนี้คำว่า "congestive gastropathy" ซึ่งบางทีเราใช้แทน PHG นั้น ก็ไม่ถูกต้องนัก เพราะการตั้งชื่อของเลือดดำ (vein) ไม่เป็นการเกิดภาวะ

นี้เพียงอย่างเดียว ยังมีปัจจัยอื่นที่ทำให้เกิด PHG ด้วย ซึ่งจะได้กล่าวไปในบท
โดยการเกิดโรค

Prevalence and natural history

รายงานเกี่ยวกับความชุกของ PHG มีความแตกต่างกันมากตั้งแต่ 11-90% ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ classification ที่ใช้ในการจำแนก mild กับ severe lesion ถ้าใช้ mosaic pattern จะมี prevalence สูง แต่ถ้าใช้ red spots หรือ reddening จะมี prevalence ต่ำเพียง 11% เท่านั้น ในผู้ป่วยโรคตับแข็ง³

Natural history ของภาวะ PHG ในปัจจุบันเรารู้จักกันน้อย D'Amico และคณะ⁴ ได้รายงานผู้ป่วยตับแข็ง 72 ราย (46%) เกิด PHG ระหว่างการติดตามอยู่ 5 ปี จากผู้ป่วยตับแข็ง 154 รายที่ไม่มี gastric mucosal lesions เมื่อเริ่มศึกษา โดยแบ่งเป็น mild gastropathy 65 ราย และ severe gastropathy 7 ราย

ภาวะ PHG พบมากขึ้นในผู้ป่วยที่ถูกทำ sclerotherapy และยังมีเพิ่ม risk ต่อ bleeding จาก PHG อีกด้วย^{1,4,5} อย่างไรก็ตาม เราไม่รู้จักกลไกการเกิดที่แน่ชัด คำอธิบายที่เป็นไปได้จากการมี sclerosis และ varices ถูกทำให้หายไปในผู้ป่วยมีแรงดันของเลือดเพิ่มขึ้นใน gastric vascular bed⁶

จากข้อมูลที่พบ PHG มากขึ้นในผู้ป่วยโรคตับระยะสุดท้ายนั้น มีผู้ศึกษาต่อมาก็ไม่สามารถบอกความสัมพันธ์ระหว่าง PHG และ degree of liver damage อย่างมีนัยสำคัญได้^{7,8,9,10} ดังนั้นปัจจัยหลักในการเกิด gastric vasculopathy นี้ น่าจะเป็นภาวะ portal hypertension มากกว่าการที่ตับถูกทำลายไป นอกจากนี้มีข้อสังเกตว่า PHG อาจพบในผู้ป่วยที่มี portal hypertension โดยไม่มีโรคตับอยู่ก่อนก็ได้¹⁰

Diagnosis

PHG แบ่งเป็น 2 แบบใหญ่ โดยใช้การส่องกล้องตรวจในทางเดินอาหารคือ mild และ severe (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 Classification of portal hypertension gastropathy

Mild	Severe
Mosaic pink in centre	Red spots
Fine red speckling	Brown spots
Scarlatina type rash	Diffuse haemorrhagic lesions
Snake skin pattern	

Mosaic pattern หมายถึงความว่ามีเส้นสีขาวเล็กๆแบ่งแยก mucosa ที่ขาวแดงหรือชมพูคล้าย "snake-skin" (ดังรูปที่ 1) ลักษณะเช่นนี้พบได้บ่อยที่สุดในผู้ที่ยังมี portal hypertension และ fundus, Mosaic pattern นี้จะพบ 90% และ superficial reddening บนรอยหยักในกระเพาะ

Severe PHG ลักษณะจะเป็น จุดสีแดง (cherry-red) กระเพาะเป็นหย่อมๆหรืออาจรวมเข้าด้วยกันเห็นเป็นปื้นๆก็ได้ สามารถพบได้ทุกส่วนในกระเพาะ เมื่อพบจุดแดงนี้บริเวณ antrum ของผู้ป่วยตับแข็ง บางคนตั้งชื่อใหม่ว่า "Gastric Antral Vascular Ectasia (GAVE)" (ดังรูปที่ 2) ซึ่งต่อมา Payen และคณะ¹³ พบว่ามีลักษณะทาง histology ต่างกันกับ PHG ดังนี้

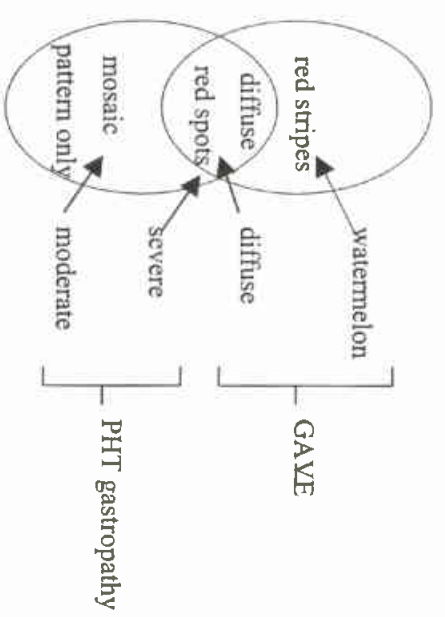


Fig.3 Relationships between GAVE and severe PHT gastropathy or cirrhosis. According to the endoscopy characteristics

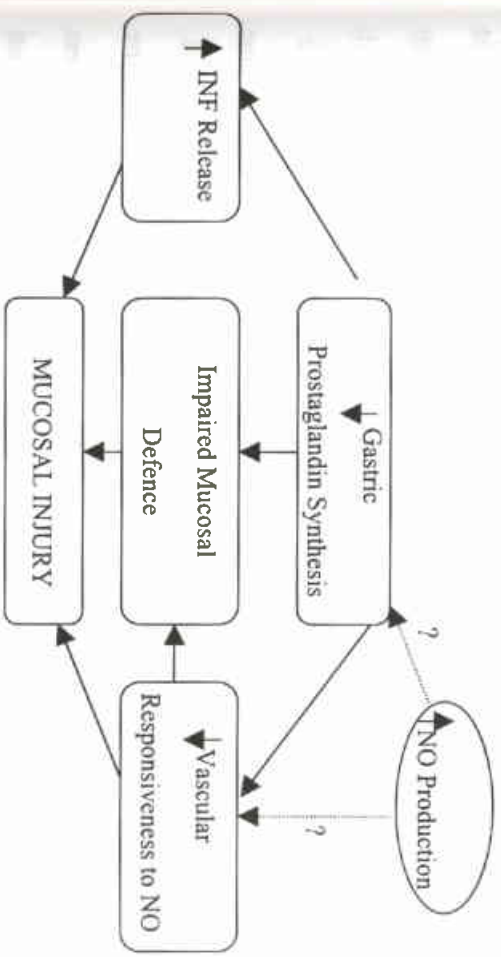


Fig.4 Schematic diagram showing the potential involvement of alterations in prostaglandin and nitric oxide synthesis by the stomach in the pathogenesis of portal hypertensive gastropathy. Administration of exogenous prostaglandins prevents many of these alterations and thus prevents the gastropathy

severe PHG	GAVE
ตำแหน่ง fundus + corpus	antrum
no ectopic location	1/3 มี ectopic location of red-spots
specific to cirrhosis	30% of reported case
Histology จะไม่พบลักษณะ GAVE	Fibrohyalinosis
ยกเว้น ถ้าพบ red-spots ที่ antrum	Spindle cell proliferation Thrombi More ectasia

๕๒

ถ้าพบลักษณะเด่นสีแดงใน antrum จนถึง pylorus เรียกว่า "Watermelon stomach" ซึ่งนอกจากจะพบในผู้ป่วยตับแข็งแล้ว ยังพบในโรค autoimmune หรือ connective tissue เช่น scleroderma, sclerodactyly, hypothyroidism, pernicious anemia หรือ primary biliary cirrhosis¹⁴

นอกจาก PHG จะพบใน stomach ของผู้ป่วย portal hypertension แล้ว ยังพบในส่วนอื่นของ digestive tract เช่น ลำไส้ใหญ่หรือลำไส้เล็กได้อีก ลักษณะทาง histology ของ PHG จะพบ dilation of capillaries และ collecting venules ในชั้นเยื่อกระเพาะอาหาร นอกจากนี้มี submucosal vein พองโต และมี intimal thickening ไม่พบ inflammatory cell infiltration แต่อย่างใด

การวินิจฉัย PHG มักจะใช้การส่องกล้องตรวจในทางเดินอาหาร การทำ biopsy ไม่ช่วยในการวินิจฉัย เพราะไม่สามารถตรวจพบ vessel dilatation

ได้ในทุกครั้ง ถ้าใช้ jumbo biopsy ก็มีโอกาสจะพบรอยโรคดังกล่าวได้ชัดเจน แต่ไม่แนะนำให้ทำทุกครั้งที่พบ PHG นอกจากนี้ endoscopic ultrasonography (EUS) จะพบผนังกระเพาะอาหารหนาตัวขึ้น ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการบวมในชั้น mucosa และ submucosa ในผู้ป่วย PHG

Pathogenesis

กลไกที่ทำให้ gastric vasodilation และ red spots ในชั้น mucosa ของผู้ป่วยที่มี portal hypertension จนถึงปัจจุบันนี้ยังไม่มีความชัดเจน แต่การหลังกรดในกระเพาะอาหารไม่เป็นสาเหตุ จากการศึกษาของ Perez และคณะ ในปี 1989¹⁵ พบว่าผู้ป่วยโรคตับแข็ง จะมีภาวะ functional hyposecretion โดยเฉพาะผู้ที่ มี antral PHG แม้จะมี hypergastrinemia ก็ตาม และยังไม่มีเกี่ยวกับ gastric atrophy ด้วย²

McCormick และคณะ¹⁶ พบว่า PHG ไม่สัมพันธ์กับ H.pylori ที่อยู่ในชั้นเยื่อกระเพาะและอุบัติการณ์ของเชื้อนี้ไม่ต่างกับคนทั่วไป ดังนั้นการให้ antisecretory drug หรือ H.pylori eradication regimen ที่ใช้กันอยู่ก็ไม่ได้ช่วยในการรักษาภาวะนี้เลย

การศึกษาในสัตว์ทดลองที่ทำให้เกิด portal hypertension พบมี arteriolar splanchnic vasodilation แล้วเพิ่ม blood flow ใน stomach¹² และ impairment of gastric mucosal defense เมื่อมี noxious agents มากกระตุ้น¹⁸ พหุสรีรวิทยาของ splanchnic hyperdynamic circulation ยังไม่ทราบในขณะนี้ ต่ออาจจะเป็น multifactorial เช่นมีการเพิ่มของ vasodilators¹⁹ (glucagon, norepinephrine, VIP, gastrin และ secretin) หรือมีการลด sensitivity ที่มีต่อ

endogenous vasoconstrictors²⁰ เมื่อ Sapera²¹ ศึกษาพบว่าระดับของ vasodilators ต่ำกว่านั้น มีค่าเท่ากับในผู้ป่วย PHG และ non-PHG จึงกลาย เป็นข้อค้นของสมมุติฐานข้างต้น

สำหรับ impaired mucosal defence ได้มีการศึกษาพบความสัมพันธ์ ระหว่าง nitric oxide (NO), prostaglandins (PGs) และ tumor necrosis factor-alpha (TNF- α)²² ดังรูปที่ 4

NO ที่ถูกสร้างขึ้นในหนู portal hypertension มีผลให้เกิด hyperkinetic circulation ของ portal hypertension, เกิด desensitization ของ gastric microcirculation ที่มีต่อ NO-dependent vasoconstrictor²³ และมีผลลด การสร้าง gastric prostaglandin ด้วย. เมื่อ PGs ลดลงก็ทำให้ mucosal defence ไม่ดี และ vascular responsiveness ต่อ NO ก็ลดลง จึงส่งผลให้มี mucosal injury มากขึ้นอีก แต่ถ้าให้ exogenous PGs จะทำให้ blood flow regulation ดี ขึ้น^{24,25}

TNF- α จะถูก PGs ยับยั้งไม่ให้หลังจาก macrophages และ mast cells เมื่อ PGs ลดลง ทำให้ TNF- α ถูกปล่อยออกสู่ชั้นเยื่อ mukosa มากขึ้น ทำให้เพิ่มความเสียหายต่อ mucosal injury อีก เมื่อให้การสร้าง TNF- α ลดลง ด้วย pentoxifylline, thalidomide หรือ dexamethasone หรือให้ neutralize TNF- α ด้วย monoclonal anti-TNF- α antibody ทำให้เยื่อ mukosa ของหนู ทนต่อ ethanol ได้ดีขึ้น²⁵ แต่ไม่มีผลการศึกษาเหล่านี้ในคน ถ้าเราสามารถรู้จัก กลไกการเกิดโรคได้ดีขึ้น และมีการศึกษาในคนมากขึ้น ก็น่าจะทำให้การรักษา มี ประสิทธิภาพมากขึ้นด้วย

อาการและการแสดงของ portal hypertensive gastropathy (PHG)

ผู้ป่วย PHG ส่วนใหญ่ไม่มีอาการ โดยมากผู้ป่วยอาจจะมาด้วยอาการ upper GI bleeding ทั้ง acute และ chronic. โดยมากจะเป็น chronic upper-GI bleeding ในผู้ป่วยตับแข็งร่วมกับ severe PHG ผู้ป่วยอาจมาด้วยปัญหา recurrent iron deficiency anemia บางรายอาจซีดมากจำเป็นต้องรับ blood transfusion สำหรับภาวะเลือดออกจำนวนมาก พบได้น้อย มีรายงานพบเลือด ออกเป็นอาหยาด้วย อย่างไรก็ตามมีผู้ป่วยบางรายที่เลือดออกจนเป็นอันตราย ต่อชีวิตได้ สำหรับในผู้ป่วยที่มี mild vascular lesions จะมีโอกาสเลือดออก น้อยลง

รายงานของ D' Amico และคณะ (1990)¹ พบว่าภาวะเลือดออก จำนวนมากได้ถึงร้อยละ 60 ในผู้ป่วย severe PHG จากการติดตามเป็นเวลา 5 ปี และพบ cumulative risk ของ bleeding ถึงร้อยละ 75 สำหรับอัตราเสี่ยงใน การเกิด minor bleeding/chronic bleeding จะพบได้มากกว่าคือพบถึงร้อยละ 90 ในผู้ป่วย severe PHG เมื่อติดตามผู้ป่วยที่มีประวัติเลือดออกพบว่าโอกาสที่ จะมีเลือดออกซ้ำจากสาเหตุเดิมพบได้ถึงร้อยละ 62 และ 75 เมื่อติดตามเป็น ระยะ เวลา 1 และ 2 ปีตามลำดับ²⁶ โดยอัตราการมีเลือดออกซ้ำจะเท่ากับ อัตราเลือดออกซ้ำในภาวะ gastro-oesophageal varices²⁶

ในผู้ป่วยที่มีตับแข็งอาจเกิดภาวะซีดได้จากหลายสาเหตุ เช่น ภาวะ hypersplenism, ภาวะการทำงานผิดปกติของไขกระดูก ทำให้ตอบสนองต่อการกระตุ้นน้อย ภาวะทุพโภชนาการทำให้มีการขาดสารอาหารและวิตามิน เช่น folic acid, vitamin B 12, การขาดธาตุเหล็ก นอกจากนี้ในผู้ป่วยอาจมีภาวะ

hemodilution ร่วมด้วยภาวะซีดมักพบในผู้ป่วยที่เป็น advanced liver disease ซึ่งมักพบมี PHG ร่วมด้วย²⁷ ในผู้ป่วยที่มีโรคตับรุนแรงอยู่แล้ว การมีภาวะซีดร่วมด้วยจะยิ่งทำให้ภาวะ hypertdynamic circulation เป็นมากขึ้น²⁸ รวมถึงมีการเพิ่ม gastric mucosal blood flow²⁹ และมีหลักฐานสนับสนุนว่าอาจทำให้มีการ systemic vasodilatation ซึ่งพบอยู่ได้ใน ผู้ป่วย cirrhotic เป็นมากขึ้น ผลของการเปลี่ยนแปลงนี้อาจเกิดจากการเพิ่มขึ้นของระดับ nitric oxide ในเลือด อันเนื่องมาจากการลดลงของระดับ hemoglobin ซึ่งเป็นตัวช่วยจับ nitric oxide³⁰

ภาวะเลือดออกจากสาเหตุ PHG นี้ส่วนใหญ่ไม่รุนแรง จากการศึกษาโดยวิธี multivariate regression analysis พบว่า ไม่ใช่ปัจจัยสำคัญในการทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต⁴ อย่างไรก็ตามการที่มึล็ดออกซำๆ จำเป็นต้องได้รับการติดตามเป็นระยะๆ อาจทำให้การทำงานของตับลดลง

การรักษาภาวะ PHG

ความรู้และความเข้าใจในพยาธิสรีรวิทยาของผู้ป่วย PHG ทำให้การรักษาจะคงค่าความก้าวหน้าที่ขึ้นในช่วง 10-15 ปีที่ผ่านมา¹¹ ดังสรุปในตารางที่ 1.¹¹

ตารางที่ 1. แสดง Treatment option ในผู้ป่วย PHG

Treatment	Years	Efficacy	Risk
Antisecretory drugs	Prior to 1986	Ineffective	None
Portocaval shunt	Prior to 1986	Effective	High risk in advanced liver disease
Propranolol	From 1987	Effective in 50% of the patients	Some contraindications
Endoscopic	From 1987	Effective if hemostasis is confined to a restricted area	Minor bleeding
Somatostatin/ glypressin	From 1993	Unknown	Minor
TIPSS	From 1994	Uncertain	Moderate
Transplantation	From 1986	Effective	High risk

Antisecretory drugs

มีการศึกษาใช้ยา antisecretory drugs ที่ลดกรดแต่พบว่าไม่ได้ผลทั้งนี้เพราะภาวะ PHG ไม่ใช่ inflammatory process และไม่มีหลักฐานสนับสนุนว่า acid secretion เป็น pathogenesis ของการเปลี่ยนแปลงใน PHG^{31,38}

Portocaval shunt

รายงานการศึกษาของ Reynolds และ Sarteh พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการทำ portocaval shunt ทุกรายจะไม่มี rebleeding episodes จากบริเวณ gastric lesions อื่น เรียกว่านี้ Orlot¹ และคณะได้รายงานการศึกษาในผู้ป่วยที่เป็น cirrhosis จำนวน 12 คนที่มี bleeding PHG โดยได้รับการทำ portocaval shunt พบว่า เมื่อติดตามผู้ป่วยหลังผ่าตัด ด้วย endoscopy จะพบว่า mucosal lesions

ที่พบก่อนผ่าตัด จะหายไปโดยและไม่มี rebleeding อีกเลย ทั้งนี้อาจเป็นผลจากการลดลงของ gastric capillary pressure หรือมีการลดลงของปริมาณเลือดใน portal system จากผลของ shunt ถึงแม้ว่า shunt surgery ดูเหมือนจะเป็นการรักษา PHG bleeding ที่ได้ผลแต่วิธีนี้ก็ไม่ได้ถือเป็น first option เนื่องจากมีความนิยมในการผ่าตัดลดลงและอัตราการตายสูงนอกจากนี้การศึกษาการรักษาใหม่ๆ ทางยาซึ่งสามารถควบคุม upper GI bleeding ได้ผลดีในผู้ป่วย cirrhosis

อัตราการรอดชีวิตในผู้ป่วยที่ทำการผ่าตัดยังมีหลายปัจจัยที่มาเกี่ยวข้องกับ อัตราตายขณะผ่าตัด อัตราการอุดตันของ shunt โดยทั่วไปผู้ป่วยที่ทำ shunt จะมีโอกาสเกิดภาวะ hepatic encephalopathy และยังคงพบว่าผู้ป่วยที่ยังคลุมเครือจะมีอัตราตายสูงกว่า³³

Propranolol

มีการศึกษา 2 การศึกษาเมื่อ 10 ปีก่อนที่มีรายงานประโยชน์ของ propranolol ในการควบคุม bleeding PHG^{26,36} การใช้ β -adrenergic blockers ใน PHG มีข้อมูลจากการศึกษาว่า propranolol สามารถลด portal pressure และมีการหดตัวของหลอดเลือดบริเวณ splanchnic vascular bed การศึกษาในหนูที่ถูกผูก portal vein โดยให้ propranolol ในขนาดที่สามารถลด portal pressure ได้จะเกิดการลดลงของ gastric mucosal blood flow³⁴ การศึกษาใน ผู้ป่วยที่เป็น cirrhosis ที่มี PHG พบว่า propranolol ทำให้มีการลดลงของ gastric mucosal blood flow อย่างมีนัยสำคัญโดยวิธีการ assess โดย laser-Doppler และ reflectance spectrophotometry หลังจาก acute double-blind infusion of

propranolol เปรียบเทียบกับ placebo³⁵ จากการศึกษาพบว่า propranolol จะช่วยป้องกัน acute bleeding episodes ไม้ว่าจะเป็น acute หรือ chronic bleeding³⁶ นอกจากนั้นการใช้ propranolol ยังอาจสามารถป้องกันการเกิด ascites ได้ โดยไม่ทราบกลไกแต่อาจมีความสัมพันธ์กับการลดลงของ portal pressure³⁶

จนถึงปัจจุบัน มีแค่การศึกษาเดียวเท่านั้น ที่แสดงถึงประสิทธิภาพของ propranolol ในการป้องกัน rebleeding จาก PHG ในผู้ป่วย cirrhosis³⁶ ซึ่งในการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยา propranolol จะไม่มีเลือดออกระหว่างที่ติดตามการรักษาเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่ม control อย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ได้รับการพิสูจน์แล้วว่า propranolol มีประโยชน์ในการป้องกัน rebleeding from PHG แต่ก็ยังคงพบว่าผู้ป่วยอีกประมาณ 50% ที่ได้รับการรักษาด้วยยานี้ ยังมี rebleeding ในระยะเวลา 2 ปี ที่ติดตามการรักษา

propranolol ถูกแบ่งให้ 2 ครั้ง โดยการกิน และมีการเพิ่มขนาดของยาจนสามารถลด resting heart rate ลงประมาณ 25% หรือต่ำกว่า 55 ครั้งต่อนาที โดยขนาดของยาอยู่ในช่วงระหว่าง 20 mg ถึง 160 mg แบ่งให้ 2 ครั้ง ต่อวัน³⁶

Endoscopic hemostasis

ผู้ป่วย cirrhosis ที่มี overt bleeding ในบางท่านเลือดหยุดได้เอง ส่วนที่มี repeated bleeding episodes ที่ต้องได้รับ blood transfusion การใช้ propranolol ในผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจไม่ได้ประโยชน์ และเกิด bradycardia ขณะ shock หลังจาก initial resuscitation การทำ urgent endoscopy มีความจำเป็นในการวินิจฉัยรักษา ถ้า bleeding lesions อยู่ในตำแหน่งที่สามารถทำการรักษาได้ วิธี monopolar and bipolar electrocoagulation, Argon - and Yag laser

photocoagulation and injection therapy อาจมีประสิทธิภาพในการหยุด active bleeding³⁹

ถ้ามี diffuse lesion ประสิทธิภาพในการใช้ laser photocoagulation ในการห้ามเลือดจะลดลง การมี rebleeding ส่วนหนึ่งมาจากการตรวจไม่พบ lesion ในครั้งแรกหรือ endoscopic hemostasis ไม่ดี มีหลายรายงานที่แนะนำ การหยุดเลือดออกใน gastric vascular lesion โดยใช้วิธีต่างๆกันและทำซ้ำหลายครั้ง³⁷

Somatostatin / Glypressin

เมื่อเลือดออกจากหลายๆตำแหน่งของกระเพาะ การทำ endoscopic treatment ไม่ได้ประโยชน์ในภาวะนี้ แต่การใช้ยาลด gastric perfusion จะช่วยห้ามเลือดได้ดีขึ้น แต่ยังไม่มีการศึกษาเพื่อประเมินประสิทธิผลของยาในการห้ามเลือด มีการศึกษาเบื้องต้นในการใช้ IV. Infusion ของ vasopressin, glypressin หรือ somatostatin พบว่ามีประสิทธิภาพในการลดการไหลเวียนเลือดที่กระเพาะโดยไม่รบกวนการไหลเวียนของออกซิเจน แต่ได้ใช้ vasopressin จะเกิด systemic vasoconstriction ซึ่งเป็นผลเสียต่อหัวใจ⁴⁰

vasopressin (0.4 u/min) ทำให้เกิด splanchnic vasoconstriction ในสัตว์ทดลองและผู้ป่วย cirrhosis อย่างไรก็ตามยาตัวนี้มีผลต่อหัวใจและ systemic circulation ส่วน Glypressin (2 mg injection) เป็นอนุพันธ์สังเคราะห์ของ vasopressin ที่ออกฤทธิ์นานกว่านั้นก็สามารถลด splanchnic blood flow และ portal pressure ได้รวมทั้งมีประโยชน์ในการลด variceal bleeding และพบว่าไม่มีผลข้างเคียงน้อยกว่า vasopressin

Somatostatin มีประโยชน์ในการรักษา esophageal varices^{42,43} โดยลด splanchnic blood flow ในคนปกติ⁴⁴, hepatic blood flow⁴⁵, colonic mucosal blood flow⁴⁶, azygos blood flow⁴⁷ และ portal pressure⁴⁸ ในผู้ป่วย cirrhosis ที่มี portal hypertension ขนาดที่ฉีดคือ 250 มก bolus ทำให้มีการลดลงของ gastric blood perfusion ประมาณ 32% แต่เกิดในระยะเวลาสั้นและจะหมดฤทธิ์ใน 8 นาทีหลังจากฉีดยา และเมื่อให้ยาอย่างต่อเนื่องในอัตรา 250 มก/hr จะลด gastric perfusion ได้อย่างคงที่โดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงของ oxygen content⁴¹

Ocreotide เป็นอนุพันธ์สังเคราะห์ของ somatostatin ที่มีส่วนประกอบเป็น octapeptide ซึ่งประกอบด้วย amino acid 4 ตัวเรียงกัน โดยมีประสิทธิภาพในการลด portal pressure, intravariceal pressure และ azygos blood flow^{48,49} และยังใช้รักษา variceal bleeding ได้^{35,50}

Transjugular intrahepatic portosystemic shunt (TIPS)

มีการศึกษาเกี่ยวกับการใช้ TIPS อยู่ไม่มีการรายงานที่แสดงถึงประสิทธิภาพในการป้องกัน bleeding จาก PHG⁵¹ แต่ยังไม่มีการศึกษาที่จำเพาะถึงประสิทธิภาพของวิธีนี้ วิธีการนี้ยังต้องเลือกผู้ป่วยด้วยความระมัดระวัง เนื่องจากมีรายงานที่แสดงถึงการไหลเวียนเลือดของผู้ป่วย cirrhosis ที่แย่ลง⁵²

TIPS มีประโยชน์หลายประการคือ

1. หลีกเลี่ยงการใช้ general anesthetic, laparotomy, และ disruption ของ hepatic portal venous system ซึ่งอาจมีผลเสียต่อการทำ hepatic transplantation

2. จะค่อยๆ ปรึบลด portal pressure แต่มีรายงานว่า TIPS อาจทำให้ภาวะ ไทลเวียมเลือดคั่งแย่ลง เนื่องจากมีการเพิ่มขึ้นของ cardiac index และเป็นเหตุให้เกิด acute pulmonary edema และ acute myocardial infarction⁵²

ส่วนผลข้างเคียงอื่นหลังจากการทำ TIPS ได้แก่ shunt thrombosis, intimal hyperplasia ภายใน stent และ shunt migration⁵¹

TIPS มักจะถูกใช้เป็นทางเลือกสำหรับการรักษาโดยวิธีการส่องกล้องที่ล้มเหลว สำหรับผู้ป่วยที่มีความเหมาะสมสำหรับการทำ liver transplantation ใน 6-12 เดือน

Liver transplantation

เป็นการรักษาอีกวิธีหนึ่งที่ใช้ห้ามเลือดหรือป้องกันการ rebleeding จาก PHG โดยการใช้ Orthotopic liver transplantation แต่ข้อมูลในปัจจุบันยังมีน้อยที่จะสรุปว่าได้ผลหรือไม่ และ prognosis หลังทำ OLT ไปแล้วเป็นอย่างไร ควรจะมีการศึกษามากขึ้นต่อไปในอนาคต

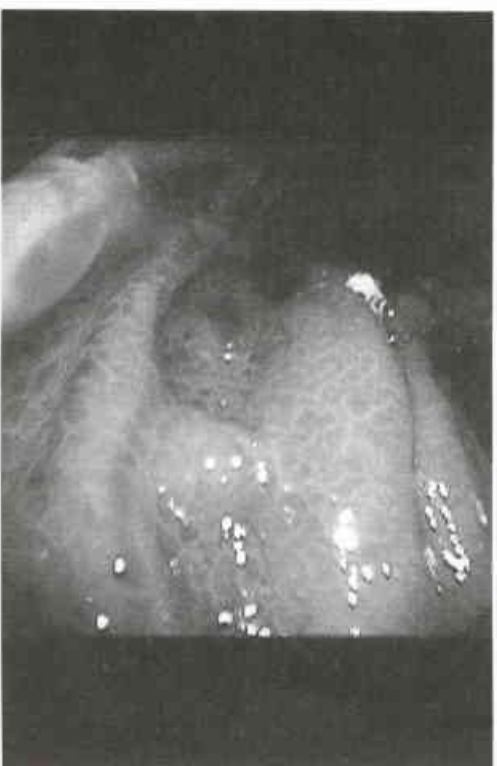


Fig.1 Portal Hypertensive Gastropathy

A: Mild disease is manifested by prominence of the arcuate gastricae, with areas of erythema and subepithelial hemorrhage. This appearance is not pathognomonic but may be noted with other disorders inducing mucosal edema, such as H. pylori gastritis
B: Severe gastropathy with diffuse subepithelial hemorrhage in a snakeskin pattern



Fig.1 Portal Hypertensive Gastropathy
 C: Prominent edema of the lamina propria with multiple congested blood vessels. No histologic evidence of gastritis is seen

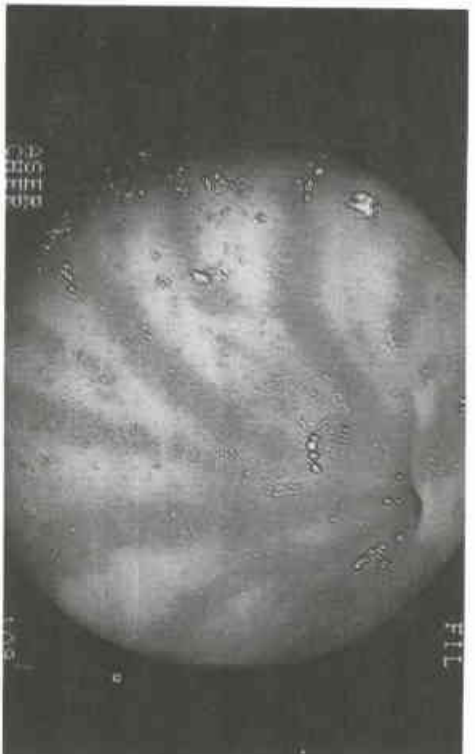


Fig.1 Gastric antral vascular ectasia (watermelon stomach)

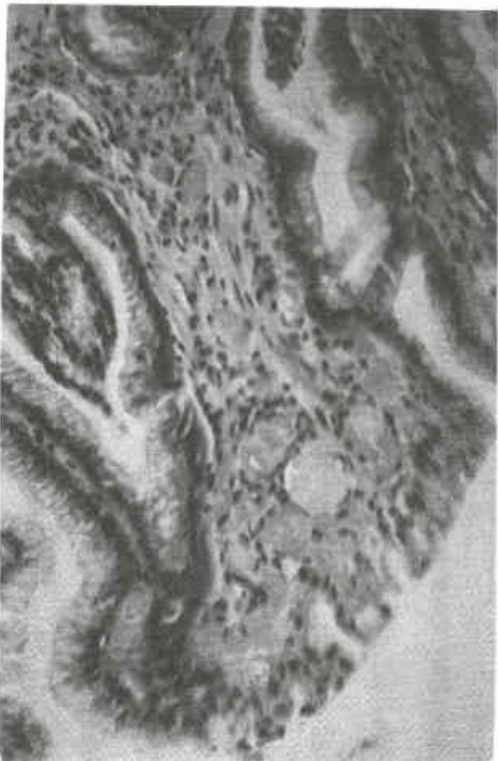


Fig 2 Antral mucosa in watermelon stomach. Ectatic superficial capillaries are seen beneath surface epithelium. Spindle-cell proliferation is noted extending into region of ectatic capillaries, in the superficial mucosa

References:

1. McCormack TT, Sim J, et al. Gastric lesions in portal hypertension: inflammatory gastritis or congestive gastropathy? *Gut* 1985;26:1226-32
2. Quintero E, Pique JM, et al. Gastric vascular ectasia causing bleeding in patients with cirrhosis: a distinct entity associated with hypergastrinemia and low serum levels of pepsinogen. *Gastroenterology* 1987;93:1054-61
3. Sarin SK, Sreenivas DV, et al. Factors influencing development of portal hypertensive gastropathy in patients with portal hypertension. *Gastroenterology* 1992;102:994-99
4. D'Amico G, Montalabano L, et al. Natural history of congestive gastropathy. *Gastroenterology* 1990;99:1558-64
5. Iwao T, Toyomaga A, et al. Portal hypertensive gastropathy in patients with cirrhosis. *Gastroenterology* 1992;102:2060-65
6. Trigger Dr & Hosking SW. The gastric mucosa in portal hypertension. *J of hepatology* 1989;8:267-72
7. Tanone K, Hashizume M, et al. Effect of endoscopic injection sclerotherapy on portal hypertensive gastropathy: a prospective study. *Gastrointestinal Endoscopy* 1992;38:582-85
8. Matsutani S, Furuse J, et al. Hemodynamics of the left gastric vein in portal hypertension. *Gastroenterology* 1993;105:13-18
9. Yamamoto Y, Sezai S, et al. Effect of hepatic collateral hemodynamics on gastric mucosal blood flow in patients with liver cirrhosis. *Digestive Diseases and Sciences* 1992;37:1319-23
10. Sarin SK, Misra SP, et al. Evaluation of the incidence and significance of the mosaic pattern in patients with cirrhosis, noncirrhotic portal fibrosis and extrahepatic obstruction. *Am J Gastro* 1988;83:1235-39
11. Pique JM. Portal hypertensive gastropathy. *Bailliere's Clin. Gastro.* 1997 (vol. 11), No 2:257-270
12. Papazian A, Brallion A, et al. Portal hypertensive gastric mucosa: and endoscopic study. *Gut* 1986;27:1199-203
13. Payen JL, Calès P, et al. Severe portal hypertensive gastropathy and antral vascular ectasia are distinct entities in patients with cirrhosis. *Gastroenterology.* 1995;108:138-44
14. Gostout CJ, Viggiano TR, et al. The clinical and endoscopic spectrum of the watermelon stomach. *J Clin. Gastro* 1992;15:256-63
15. Perez RM, Pique JM, et al. Gastric vascular ectasia in cirrhosis: association with hypoacidity not related with gastric atrophy. *Scand J Gastro* 1989;24:1073-78
16. McCormick PA, Sankey EA, et al. Congestive gastropathy and *Helicobacter pylori*: an endoscopic and morphometric study. *Gut* 1991;32:351-4

17. Benoit JN & Granger DN. Splanchnic hemodynamics in chronic portal hypertension. *Seminars in Liver disease* 1986;6:287-98
18. Nishizaki Y, Guth PH, et al. Impairment of the gastric hyperemic response to luminal acid in cirrhotic rats. *Am J Physio* 1996;270:G71-G78
19. Benoit J, Barrowman JA, et al. Role of humoral factors in the intestinal hyperemia associated with chronic portal hypertension. *Am J Physio* 1984;247:G486-G493
20. Kiel JW, Pitts V, et al. Reduced vascular sensitivity to norepinephrine in portal hypertensive rats. *Am J Physio* 1985;248:G192-G195
21. Saperas E, Perez RM, et al. Increased gastric PGEZ biosynthesis in cirrhotic patients with gastric vascular ectasia. *Am J Gastro* 1990;85:138-40
22. Ferraz JGP, Wallace JL. Underlying mechanisms of portal hypertensive gastropathy. *J Clin Gastroenterol* 1997;25 (suppl 1):S73-S78
23. Ferraz JGP, Wallace JL. Prostaglandins modulate the responsiveness of the gastric microcirculation to sodium nitroprusside in cirrhotic rats. *Hepatology* 1996;23:123-9
24. Beck PL, McKnight W, et al. Prostaglandin modulation of gastric blood flow and mucosal integrity in cirrhotic rats. *Am J Physio* 1993;265:G453-8
25. Ferraz JGP, Tigley AW, et al. TNF- α contributes to the pathogenesis of ethanol induced gastric damage in cirrhotic rats. *Am J Physio* 1997;272:G809-14
26. Perez Ayuso RM, Pique JM, Bosch J et al. Propranolol in the prevention of rebleeding from portal hypertensive gastropathy. *Lancet* 1991;337:1431-1434
27. Petz LD. Hematologic aspects of liver disease. *Current opinion Gastroenteropathology* 1989;5: 372-7
28. Cirera I, Panes J, Bordas JM et al. Anemia increases gastric blood flow in non cirrhotic and cirrhotic patients. *Gastrointestinal Endoscopy* 1995;42:403-407
29. Elizalde JL, Garcia-Pagan JC, Bandi JC et al. Effects of increasing hemoglobin concentration on the hyperdynamic circulation of patients with liver cirrhosis and anemia. *Gastroenterology* 1996;110:A1186
30. Panes J, Casadevall M, pique JM et al. Effects of acute normovolemic anemia on gastric mucosal blood flow in rats: role of nitric oxide. *Gastroenterology* 1992;103:467-413
31. Rector WG, Reynold TB. Risk factors for hemorrhage from esophageal varices and acute gastric lesions. *Clinical Gastroenterology* 1965;15:139-153

32. Marshall J Orloff, Mark S Orloff, Susan L Orloff and Kevin S Haynes. Treatment of bleeding from portal hypertensive gastropathy by portocaval shunt. *Hepatology* 1995;21:1011-1017
33. TB Reynolds, AJ Donovan, W P Mikkelsen et al. Result of a 12-year Randomized trial of portocaval shunt in patients with alcoholic liver disease and bleeding varices. *Gastroenterology* 1981;80:1005-1011
34. Josep M Pique, Pilar Pizcueta, Rosa M Perez Ayuso et al. Effects of propranolol on gastric microcirculation and acid secretion in portal hypertensive rats. *Hepatology* 1990;12:3:476-480
35. Julian Panes, Josep M Bordas, Josep M pique et al. Effects of propranolol on gastric mucosal perfusion in cirrhotic patients with portal hypertensive gastropathy. *Hepatology* 1993;17:2:213-218
36. Shorland W Hosking, Hugh J Kennedy et al. The role of propranolol in congestive gastropathy of portal hypertension. *Hepatology* 1987;7:3:437-441
37. P Rutgers, F Van Gompel et al. Long term results of treatment of vascular malformations of the gastrointestinal tract by Neodymium Yag laser Photocoagulation. *Gut* 1985;26:586-593
38. Trevino HH, Brady CE 3rd, Schenker S. Portal hypertensive gastropathy. *Dig Dis* 1996 Jul;14:4:258-70
39. Young W, Gilbert V Feinstad T, Trudeau W. The recurrent upper gastrointestinal bleeding in hereditary hemorrhagic telangiectasia (Osler's disease) successfully treated by endoscopic sclerotherapy. *Gastrointest Endosc* 1982;28:2:148
40. Panes J, pique JM. Reduction of gastric hyperemia by glypressin and vasopressin administration in cirrhotic patients with portal hypertensive gastropathy. *Hepatology* 1994;19:5:55-60
41. Julian Panes, Josep M Pique, Josep M Bordas, Maria Casadevall, Josep Teres, Jaime Bosch and Juan Rodes. Effect of bolus injection and continuous infusion of somatostatin on gastric perfusion in cirrhotic patients with portal hypertensive gastropathy. *Hepatology* 1994;20:336-341
42. Kravetz D, Bosch J, Teres J, Bruix J, Rimona A, Rodes J. A comparison of intravenous somatostatin and vasopressin infusions in treatment of acute variceal hemorrhage. *Hepatology* 1984;4:442-446
43. Burroughs AK, McCormick PA, Hughes MD, Sprengers D, D'Heygere F, McInyre N. Randomized, double-blind, placebo-controlled trial of somatostatin for variceal bleeding. *Gastroenterology* 1990;99:1388-1395
44. Wahren J, Felig P. Influence of somatostatin on carbohydrate disposal and absorption in diabetes mellitus. *Lancet* 1976;2:1213-1216

45. Bosch J, Kravet D, Rodes J. Effects of somatostatin on hepatic and systemic hemodynamics in patients with cirrhosis of the liver: comparison with vasopressin. *Gastroenterology* 1981;80:518-525
46. Mortensen PE, Olsen J, Agerstov K, Christiansen J. Effects of a somatostatin analogue on I33-xenon clearance from colonic mucosa in unanesthetized man. *Gastroenterology* 1987;92:1542
47. Cirera I, Feu F, Garcipagan JC, Luca A, Escorsell A, Fernandez M, Bernadich C, et al. Double-blind evaluation of the effects of somatostatin or placebo on portal hypertension. *J Hepatol* 1992;16(suppl):S137
48. Navasa M, Bosch J, Chesta J, Bru C, Pizcueta P, Garcia-Pagan JC, et al. Hemodynamic effects of subcutaneous administration of SMS 201-995, a long acting acting analogue of somatostatin in patients with cirrhosis and portal hypertension [abstract]. *J Hepatol* 1988; 7 (suppl):S64
49. McCormick PA, Dick R, Siringo S, Wagstaff D, Chesta J, McIntyre N, Burroughs AK. Octreotide reduces azygos blood flow in cirrhotic patients with portal hypertension. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1990;2:489-92
50. SA Jenkins, R Shields, M Davies, et al. A multicenter randomised trial comparing octreotide and injection sclerotherapy in the management and outcome of acute variceal hemorrhage. *Gut* 1997;41:526-533
51. K J Simpson, N Chalmers, D N Redhead, N D C Finlayson, I A D Bouchier, P C Hayes. Transjugular intrahepatic portosystemic stent shunting for control of acute and recurrent upper gastrointestinal hemorrhage related to portal hypertension. *Gut* 1993;34:968-973
52. D Azoulay, D Castaing, A Dennison, W Martino, D Eyraud and H Bismuth. Transjugular intrahepatic portosystemic shunt worsens the hyperdynamic circulatory state of the cirrhotic patient: preliminary report of a prospective study. *Hepatology* 1994;19:129-132

ภาวะท้องผูกในผู้ป่วยสูงอายุ

รศ. นพ.อุดม คชินทร

สาขาวิชาโรกระบบทางเดินอาหาร รพ.ศิริราช

ท้องผูกเป็นภาวะที่พบบ่อยในผู้ป่วยสูงอายุ ความชุกของอาการท้องผูกจะเพิ่มขึ้นอย่างมากหลังอายุ 65 ปี พบในผู้หญิงได้บ่อยกว่าในผู้ชาย พบในผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพักคนชรา, อยู่ nursing home หรืออยู่ โรงพยาบาลนานๆ มากกว่าผู้สูงอายุที่อยู่บ้าน ประมาณ 1 ใน 4 ของผู้สูงอายุจะมีการถ่ายอุจจาระเป็นประจำแต่ต้องกินยาประจำ

คำจำกัดความ

ท้องผูก หมายถึงภาวะที่มีความถี่ของการถ่ายอุจจาระลดลงน้อยกว่า 2 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือถ่ายอุจจาระมากกว่า 3 วันต่อครั้ง หรือถ่ายอุจจาระลำบาก ต้องเบ่งมาก หรือปริมาณอุจจาระน้อยมากและเป็นก้อนแข็ง หรือถ่ายอุจจาระแล้วมีความรู้สึกว่าถ่ายไม่สุด

จากการศึกษาอันหนึ่งพบว่าท้องผูกชนิดที่มีการถ่ายอุจจาระมากกว่า 3 วันต่อครั้ง พบได้ร้อยละ 48 ชนิดที่ถ่ายอุจจาระลำบากต้องเบ่งมากกว่า 3 วันต่อครั้ง และร้อยละ 30 พบมีท้องผูกทั้ง 2 ชนิดรวมกัน

พยาธิสรีรวิทยา

Intestinal transit time ซึ่งวัดโดยวิธี radio opaque marker ในมีความแตกต่างระหว่างผู้สูงอายุกับผู้ที่อยู่ในวัยหนุ่มสาว และไม่มีความแตกต่างระหว่างผู้สูงอายุที่ท้องผูกกับผู้สูงอายุที่ไม่ท้องผูก พบว่าผู้สูงอายุที่ท้องผูกส่วน

ใหญ่จะมี rectal evacuation ช้าหรือช้ามากกว่าปกติ สาเหตุสำคัญของอาการเปลี่ยนแปลงใน intestinal transit time ที่นำไปสู่ภาวะท้องผูกมักเป็นจากยาที่ผู้ป่วยได้รับอยู่นั่นเอง

การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาอีกอันหนึ่งที่พบได้ในคนสูงอายุคือการที่มี rectal wall elasticity ลดลงมีผลให้ maximal tolerable volume เพิ่มขึ้น และมีความตึงใน rectum สูงขึ้นมาก ขณะเดียวกัน rectal sensitivity ต่อกาเรขยตัวของ rectum ที่จะกระตุ้นให้รู้สึกอยากถ่ายอุจจาระก็ลดลงด้วย ซึ่งจะนำไปสู่อาการท้องผูก ในรายที่มี fecal impaction พบว่า rectal sensation จะลดลงอันเป็นผลจากที่การทำลายระบบประสาทที่ผนังของลำไส้เกิดขึ้นด้วย

สาเหตุ

สาเหตุของการท้องผูกในผู้ป่วยสูงอายุได้แสดงไว้ในตารางที่ 1 ส่วนใหญ่แล้วมักจะมีหลายสาเหตุร่วมกันทำให้เกิดภาวะท้องผูกในผู้สูงอายุ สาเหตุที่สำคัญคือการที่ผู้สูงอายุกินอาหารได้น้อยลง และดื่มน้ำในปริมาณไม่เพียงพอ ภาวะขาดน้ำนี้เกิดจากความรู้สึกกระหายน้ำในผู้สูงอายุลดลง และการตอบสนองทางฮอร์โมนต่อภาวะ hypotonicity มีประสิทธิภาพลดลง นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นที่ส่งเสริมให้ท้องผูกมากขึ้น ได้แก่ การที่มีการเคลื่อนไหวของร่างกายลดลง การที่ไม่สามารถตอบสนองต่อความรู้สึกอยากถ่ายอุจจาระ ความไม่พึงพอใจต่อสภาวะการขับถ่ายอย่างเช่น ต้องถ่ายอุจจาระบนหมอนอน (bedpan) รวมทั้งภาวะซึมเศร้าซึ่งเกิดขึ้นได้บ่อยในผู้สูงอายุ สำหรับผู้ป่วย neuromuscular disorders จะทำให้เกิดอาการท้องผูกได้ทั้งจาก neurogenic bowel dysfunction, generalized muscle weakness, rectoanal incoordination, dietary

modifications และการใช้ยาที่มีฤทธิ์ข้างเคียงทำให้เกิดอาการท้องผูก (แสดงในตารางที่ 2)

ปัจจัยที่สำคัญและพบบ่อยอีกปัจจัยหนึ่งคือความเข้าใจผิดของผู้สูงอายูว่าจะต้องถ่ายอุจจาระง่ายและทุกวัน ทำให้วิตกกังวลว่าจะมีขี้ของเสียคั่งในร่างกายหรือเกิดผลเสียตามมา จึงซื้อยาระบายกินเองให้ถ่ายอุจจาระทุกวันทั้งที่ไม่ได้มีอาการท้องผูกเกิดขึ้นจริง

การ approach ผู้ป่วย

ผู้ป่วยสูงอายุนานที่มาด้วยท้องผูกควรได้รับการประเมินโดยการซักประวัติอย่างละเอียดรวมทั้งโรคประจำตัวของผู้ป่วย ประวัติการใช้ยา ลักษณะการกินอาหาร activity ของผู้ป่วย และปัจจัยต่างๆที่ส่งเสริมให้เกิดอาการท้องผูก สาเหตุที่เกิดจากเนื้องอกหรือการตีบแคบของลำไส้มักจะเห็นในผู้ป่วยที่มีประวัติสั้น หรือ มีการเปลี่ยนแปลง bowel habit มาไม่นานมากกว่าผู้ป่วยที่มีอาการท้องผูกมาเป็นระยะเวลานาน การตรวจร่างกายจะช่วยในการวินิจฉัยแยกโรคที่เป็น secondary causes ควรใช้วิธีตรวจทางทวารหนักในผู้ป่วยทุกราย ซึ่งอาจช่วยบอกรอยโรคบริเวณ perianal, โรคของ rectum หรืออาจพบว่ามี fecal impaction การตรวจพบว่าใน rectum ว่างเปล่า ไม่ได้เป็นการบอกว่าไม่มีอาการท้องผูก การสืบค้นงายๆที่ควรทำด้วยเสมอคือ plain abdominal radiography (KUB) ซึ่งจะช่วยบอกว่ามีปริมาณอุจจาระคั่งอยู่มากเพียงใด

การทำ Barium enema หรือ colonoscopy ควรทำเฉพาะในรายที่มีข้อบ่งชี้เช่นสงสัยหรือมี colonic obstruction เช่นมีเนื้องอก เป็นติ่ง และไม่ควรทำซ้ำบ่อยๆในผู้ป่วยที่เป็น chronic constipation เนื่องจากเป็นการสิ้นเปลือง เสีย

เวลา และบางครั้งที่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้ ในบางรายที่มีอาการท้องผูกมากและไม่มีสาเหตุที่แน่นอนอาจต้องทำการสืบค้นพิเศษ เช่น colonic transit, defecography และ anorectal manometry ซึ่งควรพิจารณาว่าจำเป็นหรือไม่เป็นรายๆไป

การรักษา

การรักษาผู้ป่วย chronic constipation ให้ถือตามแบบพยาธิสรีรวิทยาเป็นสำคัญ ผู้ป่วยควรทำตัวให้ active และออกกำลังกายให้สม่ำเสมอ ดื่มน้ำให้มากเช่นอย่างน้อย 1-2 ลิตรต่อวัน กินอาหารที่มีกาก (fiber) เพิ่มขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ทำหน้าที่ของอุจจาระเพิ่มขึ้น, ลด colonic transit time และเพิ่มความถี่ของถ่ายอุจจาระ ข้อเสียของการกิน fiber มากๆคือจะทำให้มีอาการแน่นท้อง ท้องอืด ผายลมบ่อย และทำให้ในผู้ป่วยที่สงสัยมีการอุดตันของลำไส้ การให้ยาระบายในกลุ่ม non-bulk-forming laxative (แสดงในตารางที่ 3) มีความจำเป็นในการทำให้อาการท้องผูกคลคลายลง lactulose หรือ sorbitol เป็นยาระบายที่แนะนำให้ใช้ในผู้ป่วยสูงอายุนานที่อาการท้องผูกและไม่ได้ผลเมื่อเพิ่ม fiber แล้ว ยาระบายทั้ง 2 ตัวนี้ได้ผลใกล้เคียงกัน มีฤทธิ์ข้างเคียงน้อย แต่ราคาค่อนข้างแพง ควรหลีกเลี่ยงยาระบายในกลุ่ม mineral oil เพราะอาจก่อให้เกิด aspiration lipid pneumonia และจะทำให้ขาด fat soluble vitamin ได้ ยาระบายในกลุ่ม stimulant laxative นั้นแนะนำให้ใช้เพราะว่ามีผลข้างเคียงคืออาจเกิด abdominal cramps, fluid and electrolyte disturbances, malabsorption และภาวะ Cathartic colon ผู้ป่วยบางรายที่ใช้ยาระบายกลุ่มนี้ประจำแล้วไม่ยอมเลิกใช้แนะนำให้ลดการใช้ลงเหลือใช้เพียง 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ เท่านั้น

ภาวะแทรกซ้อน

1. fecal impaction เป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญในผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะ intestinal obstruction, stercoral ulceration, confusion, urinary retention และ fecal incontinence ร่วมกับภาวะท้องเสียได้อย่างมาก
2. syncope, transient ischemic attack, stroke และ angina pectoris ซึ่งเป็นผลจากการที่ท้องแข็งอย่างรุนแรง

Suggested further readings

1. Wald A. Constipation and fecal incontinence in the elderly. In: Sleisenger MN and Fordtran JS, eds. Seminars in Gastrointestinal Disease 1994;5:179-88.
2. Holt PR. Approach to Gastrointestinal Problems in the Elderly. In: Yamada T, ed. Textbook of Gastroenterology. 2nd edition. Philadelphia: J.B. Lippincott, 1995:968-88.
3. Schiller LR. Clinical pharmacology and use of laxatives and lavage solutions. J Clin Gastroenterol 1999; 28:11-8.

ตารางที่ 1 Causes of Constipation in Elderly Patients

Misperception
Dietary
Low caloric or fiber intake
Dehydration
Functional
Depression
Inadequate toilet arrangements
Weakness
Immobility
Drugs (ดูตารางที่ 2)
Secondary Causes
Neurogenic disorders
Spinal cord lesions
Parkinson's disease
Cerebrovascular accidents
Dementia
Endocrine disorders
Hypothyroidism
Hyperparathyroidism
Diabetes mellitus
Colonic obstruction
Tumors
Diverticulitis
Ischemia

ตารางที่ 2 Drugs Associated With Constipation

Analgesics
Anticholinergics
Antispasmodics
Antidepressants
Antipsychotics
Anti-Parkinsonian drugs
Cation-containing agents
Iron supplements
Aluminum (antacids, sucralfate)
Calcium (antacids, supplements)
Neurally active agents
Opiates
Antihypertensives
Ganglionic blockers
Vinca alkaloids
Anticonvulsants
Calcium channel blockers

ตารางที่ 3 Non-Bulk-Forming Laxatives

Laxative	Usual Adult Dose	Onset of Action	Side Effects
Emollients			
Docusate Salts	50-500 mg po	24-72 hrs	Skin rashes
Mineral Oil	15-45 ml po	6-8 hrs	Lipid pneumonia
Decreased absorption of vitamins, coumadin, oral contraceptives			
Hyperosmolar laxatives			
Polyethylene Glycol	3-22 l po	1 hr	Abdominal bloating
Lactulose	15-60 ml po	24-48 hrs	Abdominal bloating
Sorbitol	120 ml of 25% soln po	24-48 hrs	Abdominal bloating
Glycerine	3 g suppository	15-60 min	Rectal irritation
	5-15 ml enema	15-30 min	Rectal irritation
Saline laxatives			
Magnesium Sulfate	15 g po	0.5-3 hrs	Magnesium toxicity
Magnesium Phosphate	10 g po	0.5-3 hrs	(with renal insufficiency)
Magnesium Citrate	200 ml po	0.5-3 hrs	
Stimulant Laxatives			
Castor Oil	15-60 ml po	2-6 hrs	Nutrient malabsorption
Diphenylmethanes			
Phenolphthalein	60-100 mg po	6-8 hrs	Skin rashes
Bisacodyl	30 mg po	6-10 hr	Gastric irritation
10 mg pr			
Anthraquinones			
Cascara Sagrada	1 ml po	6-12 hr	Melanosus coli
Senna	2 ml po	6-12 hr	Degeneration of Meissner's
Aloe (Casanthrol)	250 mg po	6-12 hr	and Auerbach's plexuses

Abbreviations: po, by mouth; pr, per rectum; soln, solution

ขอเชิญเข้าร่วมประชุมวิชาการ

The 5th Asia-Pacific Gastroenterological Association Conference

and

The 40th Annual Gastroenterological Association of Thailand Conference

Digestive Disease Week Thailand

December 12-16, 1999, Chiangmai

Tentative Program

Lectures

- Gut as an Endocrine Organ in Health and Diseases
- Pathogenesis of NSAID Induced GI Injury
- Safe Use of NSAID
- Update on metabolic Liver Diseases
- Advances on Endoscopic and Radiological Imaging in Gastroenterology
- New Therapeutic Approach to Gastric Injury and Intestinal Inflammation
- hepato-biliary Complications in AIDS
- New Insights on the Pathogenesis and Treatment of Irritable Bowel Syndrome
- Management of GERD in the Year 2000 and Beyond
- Inflammatory Bowel Disease: Year 200 and Beyond
- A Step-Up Approach to New Therapies in Inflammatory Bowel Diseases
- Advances on Pancreatitis
- Tropical Pancreatitis
- Tropical GI and Liver Diseases
- GI Barriers on Drug Absorption
- Diet and Colonic Neoplasma

Honorary Lecture

Vikit Viranuvatti's Lecture

Symposium

Symposium on Cirrhosis

- New Therapeutic Approach to Hepatic Encephalopathy
- Pathogenesis and Management of Ascites and SBP
- Medical Management of Variceal Bleeding
- Liver Failure

Symposium on Helicobacter Pylori Infection

- Epidemiology of Hp in Asian Countries
- When and How to Test for HP Infection
- Factors Determining Disease Outcomes in Hp Infection
- Antibiotic Resistance of Hp
- Recommendation of Hp Eradication in the Year 2000

Symposium on Diarrhea

- Molecular Mechanisms of Intestinal Secretion
- Intestinal Inflammation as a Cause of diarrhea
- Infectious Diarrhea
- Approach to Chronic Diarrhea in AIDS

Symposium on Gastric Cancer

- Epidemiology on Gastric Cancer
- Role of Hp on Gastric Cancer
- Risk Factors of Gastric Cancer
- Early Gastric Cancer

Symposium on Management of Dyspepsia

- Controversy and Consensus on the Management of Dyspepsia
- Asian Perspective on the Management of Dyspepsia

Symposium on Hepatocellular Carcinoma

- Multidisciplinary Approach to Hepatocellular Carcinoma

International Speakers

MAILEY R.J., M.D.	Edmonton
BANKS P.A., M.D.	Massachusetts
BINDER H.J., M.D.	Connecticut
BLEI A., M.D.	Illinois
BURROUGH A.K., M.D.	London
BRASITUST T., M.D.	Illinois
CASTELL D., M.D.	Maryland
CELLO J., M.D.	California
CHEN D.S., M.D.	Taipei
FARRELL G.C., M.D.	Sydney
FEDORAK R.N., M.D.	Edmonton
FIOCCHI C., M.D.	Ohio
FISHER R.S., M.D.	Philadelphia
FOCK K.M., M.D.	Singapore
FRESTON J.W., M.D.	Connecticut
GARCIA-TSAO G., M.D.	Connecticut
GIANNELLA R.A., M.D.	Ohio
GOH K.L., M.D.	Kuala Lumpur
GRAHAM D.Y., M.D.	Texas
GUAN R., M.D.	Singapore
HOLLINGER B.F., M.D.	Texas
HUIBREGTSE K., M.D.	Amsterdam
KIMURA K., M.D.	Tochigi
LAM S.K., M.D.	Hong Kong

MALFERTHEINER P., M.D.

Magdenburg

OMATA M., M.D.

Osaka

OWYANG C., M.D.

Michigan

PHILLIPS S., M.D.

Minnesota

PODOLSKY D., M.D.

Massachusetts

REED W.D., M.D.

Perth

SCHULZ H.J., M.D.

Berlin

SIPPONEN P., M.D.

Heisinki

SIVAK M., M.D.

Ohio

SOLLANO J.D., M.D.

Manila

SULAIMAN H.A., M.D.

Jakarta

SUNG J., M.D.

Hong Kong

TANDON R., M.D.

New Delhi

THOMSON A.B.R., M.D.

Edmonton

TODISCO A., M.D.

Michigan

TOSKES P., M.D.

Florida

TYTGAT G., M.D.

Amsterdam

WALLACE J.L., M.D.

Alberta

WATKINS P., M.D.

Michigan

WILCOX C.M., M.D.

Alabama

XIAO S-D., M.D.

Shanghai

YEOMANS N.D., M.D.

Sydney

Local Faculty

ARNANTTAPUNPONG S., M.D.	Bangkok
CHAINUVATTI T., M.D.	Bangkok
CHUENRATTANAKUL S., M.D.	Bangkok
CHUTAPUTTI A., M.D.	Bangkok

KACHINTORN U., M.D.	Bangkok
KULLAVANJAYA P., M.D.	Bangkok
LERDVERASIRIKUL P., M.D.	Bangkok
LUENGRONJANAKUL P., M.D.	Bangkok
MAHACHAI V., M.D.	Bangkok
MAIRIANG P., M.D.	Khonkaen
MANATSATHIT S., M.D.	Bangkok
OVARTLARNPORN B., M.D.	Songkhla
PHAOSAWASDI K., M.D.	Bangkok
PHORNPHUTKUT K., M.D.	Chiang Mai
PIRATVISUTH T., M.D.	Songkhla
PRAMOOLSINSUP C., M.D.	Bangkok
ROJBORWONWITAYAJ., M.D.	Bangkok
THONGSAWAT S., M.D.	Chiang Mai

สมัครและขอรายละเอียดเพิ่มเติมที่

The Digestive Disease Week Thailand 1999
 Incentive Design Co.,Ltd.
 6th (6-A) Floor, Vorasin Building
 9 Vibhavadee-Rangsit Road, Lardyao, Chatuchak, Bangkok 10900
 Tel (662) 691 8570-4 Fax (662) 691 5869
 E-mail :idc@loxinfo.co.th

บรรณาธิการแสดง

จุฬารัตนสมาคมฉบับนี้เริ่มเปิดตัวเต็มที่ในการประชุมประจำปี 5th Asia-Pacific AGA Conference และ 40th Annual Gastroenterological Association of Thailand Conference หรือ Digestive Disease Week Thailand 1999 ซึ่งจะจัดที่โรงแรมปางสวนแก้ว จ.เชียงใหม่ ในวันที่ 12-16 ธันวาคม 2542 นี้ เพื่อเป็นการกระชับความสัมพันธ์ของท่านสมาชิกให้สมัครเข้าร่วมการประชุม เราจึงพาดหัวเกี่ยวกับการประชุมดังกล่าวที่หน้าปกของจุฬารัตนสมาคมฯ และในฉบับนี้ได้ส่ง tentative program ว่ามีหัวข้อการประชุมอะไรบ้าง รวมทั้งรายชื่อ guest speakers ระดับโลกอีก 40 กว่าท่าน ใมนับวิทยากรไทยอีกหลายสิบท่าน จะเห็นได้ว่าเป็นการประชุมที่ใหญ่และน่าสนใจอย่างมาก แพทย์ไทยทุกท่านควรได้เข้ามาฟัง first hand information จาก guest speakers เหล่านี้ ซึ่งได้ตอบ confirmed มาหมดแล้ว นับเป็นโอกาสที่ยากมากที่ท่านจะได้พบกับ speakers ระดับโลก 40 กว่าท่านมาพร้อมกันที่เมืองไทยเพื่อพูดให้ท่านฟังโดยไม่ต้องเสียเงินเดินทางไปยังประเทศเรลดค่าลงทะเบียนสำหรับแพทย์ไทยเหลือเพียง 4,000 บาท สำหรับการประชุม 5 วันเต็ม (ต่างประเทศราวกับ USS\$400) งานนี้บอกได้คำเดียวว่าไม่ควรพลาดจริงๆ ไม้ว่าจะแพทย์ทั่วไป อาจารย์แพทย์ ศัลยแพทย์ กุมารแพทย์ รวมทั้งแพทย์ที่สนใจหรือทำงานด้านโรคระบบทางเดินอาหารโดยตรง

นอกจากนี้ ขอเชิญทุกท่านส่ง Abstract เพื่อนำเสนอข้อมูลของประเทศไทยเผยแพร่ให้แพทย์ไทยด้วยกัน ได้รับทราบและยังเป็นการเสนอให้นานาชาติได้รับรู้ศักยภาพด้านวิชาการของเราก็ไม่ยิ่งหย่อนเหมือนกัน

ขอเชิญทุกท่านรีบลงทะเบียนโดยเร็วพลันครับ

นพ. อุตม กสิณทร



คณาจารย์จากสถาบันต่างๆรวมทั้ง GI Fellow เข้าร่วมประชุม Interhospital GI Conference อย่างคับคั่ง และร่วมอภิปรายปัญหาผู้ป่วยที่น่าสนใจเมื่อวันที่ 12 มีนาคม 2542 โดยการประชุมดังกล่าวจะจัดทุกวันศุกร์ที่ 2 ของเดือน เวลา 13.00-15.00 น. ณ ห้องกษัตริศีก 3 โรงแรมโซลทวินทาวเวอร์



คุณวนิดา ไชยนุวัติ กรรมการผู้จัดการบริษัท เบอร์ลิน ฟาร์มาซูติคอลอินดัสตรี จำกัด มอบเงินจำนวน 200,000 บาท (สองแสนบาท) แด่ ศ.พญ.กรรณิการ์ พรพัฒน์กุล นายกสมาคมฯ เพื่อมอบเป็นทุนแก่ GI Fellow ที่ได้รับรางวัลดีเด่นของสมาคมฯ 2 ท่าน ไปร่วมประชุม Digestive Disease Week, May 1999 ณ เมืองออลันโต ประเทศสหรัฐอเมริกา

ผู้สนับสนุนการพิมพ์

ปีที่ 7 ฉบับที่ 31

มิถุนายน 2542

-
1. บริษัทแอปพลิเคชัน แออสดีม (ประเทศไทย) จำกัด สัตย์ชาติต้น *pylorid*
 2. บริษัทแผนชั้น พาร์มาซูติคัล จำกัด สัตย์ชาติสงตั้งด้านใน *prepusrid*
 3. บริษัททางเตตรา (ประเทศไทย) จำกัด สัตย์ชาติในแทรก *prevacid*
 4. บริษัทไทยเอดซูว์ จำกัด สัตย์ชาติในแทรก *amigoleban*
 5. บริษัทเบอร์ลิน พาร์มาซูติคัลเอสดีเอสดี จำกัด สัตย์ชาติปกหน้าตัวใน *miracid*
 6. บริษัทแอลเอสวี (ไทย) จำกัด สัตย์ชาติปกหลัง *losec*

ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิกตลอดชีพ

สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกตลอดชีพของ “สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย” โดยรับรองว่าจะปฏิบัติตามกฎข้อบังคับและระเบียบของสมาคมฯ ทุกประการ รายละเอียดของข้าพเจ้ามีดังนี้

1. ชื่อ.....

First Name.....

นามสกุล.....

Last Name.....

(กรุณาเขียนด้วยตัวบรรจง)

[] นายแพทย์ [] แพทย์หญิง

นามเดิม..... (พร้อมยศ, ตำแหน่งทางวิชาการ)

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

2. ที่อยู่ปัจจุบัน (ที่สามารถติดต่อและส่งจดหมายได้) บ้านเลขที่.....

ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

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

3. ที่ทำงาน.....โทรศัพท์.....

ตำแหน่ง.....โทรศัพท์.....

4. ภูมิลำเนา.....

5. สามารถติดต่อได้ทางไปรษณีย์ กรุณาส่งไปที่ [] บ้าน [] ที่ทำงาน

6. ผู้รับรองในการสมัครสมาชิกของสมาคมฯครั้งนี้ คือ

1.)

2.)

การสมัครสมาชิกสมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

1. ใบสมัครสมาชิกฯ

2. ค่าสมัครสมาชิกฯ จำนวน 1,000.00 บาท (ตลอดชีพ)

สถานที่รับสมัคร

สมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

ตึกพะออบ ชั้น 1 สาขาวิชาโรคระบบทางเดินอาหาร

โรงพยาบาลศิริราช บางกอกน้อย

กรุงเทพฯ 10700

หมายเหตุ: ในการสมัครสมาชิกจะสมบูรณ์ต่อเมื่อได้ผ่านมติที่ประชุมของกรรมการ
สมาคมฯ แล้วเท่านั้น

พร้อมกันนี้ ข้าพเจ้าได้ชำระเงินเป็นค่าสมัครสมาชิกตลอดชีพแล้ว เป็นจำนวน
เงิน 1,000.00 บาท (=หนึ่งพันบาทถ้วน=) ซึ่งข้าพเจ้าได้ชำระเป็น

[] เงินสด

[] เช็คธนาคาร.....สาขา.....เลขที่.....ลงวันที่.....

[] อื่นๆ.....

ลงชื่อ.....

(.....)