

กาสาร

สมาคมแพทยระบบ

ทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย



ปีที่ 10 ฉบับที่ 43 กุมภาพันธ์ 2545

ISSN 0857-6351

<http://www.thaigastro.org>

ฉบับที่ 43

- Alpha-fetoprotein
- Feeding problems in ICU Gastroparesis
- โปรแกรมการประชุมวิชาการกลางปี 2545



สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหาร แห่งประเทศไทย

จุฬาสารสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย จัดพิมพ์
โดยอนุมัติของคณะกรรมการอำนวยการสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหาร
แห่งประเทศไทย กำหนดออกทุก 2 เดือน แจกจ่ายโดยไม่คิดมูลค่าแก่สมาชิก
ของสมาคมฯ ตลอดจนห้องสมุดโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลประจำ
จังหวัดทั่วประเทศ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมความรู้โรคระบบทางเดิน
อาหาร และประชาสัมพันธ์กิจกรรมของสมาคมฯ

สำนักงาน:-

ตึกผะอบ ชั้น 1 สาขาวิชาโรคระบบทางเดินอาหาร

รพ.ศิริราช

ถ.พชรานนท

บางกอกน้อย

กรุงเทพฯ 10700

โทร 412-0586

โทรสาร 411-5013, 412-0586

สมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

ปีที่ 10 ฉบับที่ 43

กุมภาพันธ์ 2545

ISSN 0857-6351

รายนามคณะผู้จัดทำจุลสาร

ที่ปรึกษา	แพทย์หญิงศศิประภา	บุญญพิสิฏฐ์
	นายแพทย์อุดม	คชินทร
บรรณาธิการ	นายแพทย์สมชาย	ลีลากุลดวงศ์
กองบรรณาธิการ	แพทย์หญิงโฉมศรี	โสมิตชัยวัฒน์
	นาวาอากาศโทนายแพทย์วิญญู	จันทร์สุนทรกุล
	นายแพทย์ทวีศักดิ์	แทนวันดี
	นายแพทย์ธีระ	พิรัชวิสุทธิ์
	นายแพทย์อนุสนธิ์	กัตติเจริญ
	นายแพทย์พิศาล	ไม้เรียง
	นายแพทย์พูลชัย	จรัสเจริญวิทยา
	นายแพทย์มานิต	ลีโทชวลิต
	นายแพทย์ยุทธนา	ศตวรรษอำรง
	พันตำรวจเอกนายแพทย์วรพันธุ์	เสาวรส
	นายแพทย์ศตวรรษ	ทองสวัสดิ์
	แพทย์หญิงสุพร	ตรีพงศ์กรุณา
	นายแพทย์สิริวัฒน์	อนันตพันธุ์พงศ์
	พันเอกนายแพทย์อนุชิต	จุฑาทุทธิ
พิมพ์ที่	ศุภานิช การพิมพ์	
จำนวน	1,500 เล่ม	

สารบัญ

จุลสารสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย
ปีที่ 10 ฉบับที่ 43

กุมภาพันธ์ 2545



	หน้า
รายนามคณะกรรมการอำนวยการสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย	4
สารจากนายกสมาคม	10
รายงานการประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯ ครั้งที่ 1/2545	13
รายงานการประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯ ครั้งที่ 2/2545	24
Interhospital GI Conference	
Case 1	36
Interesting Topics Review	
Alpha-fetoprotein	36
Feeding problems in ICU Gastroparesis	42
Feeding problems in ICU ileus	61
Clostridium Difficile Associated Diarrhea and Colitis	68
Journal Watch	81
ถามตอบจากภาพ	86
บรรณาธิการแถลง	90
โปรแกรมการประชุมวิชาการกลางปี 2545	91
ปฏิทินการประชุมวิชาการ	95
รวบรวมภาพงานประชุม WCOG 2002	96
ผู้สนับสนุนการจัดพิมพ์หนังสือจุลสารสมาคม	101
ไบสมัครเป็นสมาชิกสมาคม	103

รายนามคณะกรรมการอำนวยการสมาคม

รายนามคณะกรรมการอำนวยการสมาคม

วาระปี 2544-2545

- | | | |
|---|--|----------------------------------|
| 1. แพทย์หญิงศศิประภา บุญญพิสิฐฐ์ | | นายกสมาคม |
| 2. นายแพทย์ประวิทย์ เลิศวีระศิริกุล | | รั้งตำแหน่งนายก |
| 3. นายแพทย์มานิต ลีโทชวลิต | | อุปนายก |
| 4. นายแพทย์ทวีศักดิ์ แทนวันดี | | เลขาธิการ |
| 5. แพทย์หญิงชุติมา ประมูลสินทรัพย์ | | เหรัญญิก |
| 6. นายแพทย์จรินทร์โรจน์ บวรวิทยา | | ประธานฝ่ายปฐมภูมิ |
| 7. นายแพทย์กำธร เผ่าสวัสดี | | ประธานฝ่ายวิจัย |
| 8. แพทย์หญิงวโรชา มหาชัย | | ประธานฝ่ายวิชาการ |
| 9. นายแพทย์ไพโรจน์ เหลืองโรจนกุล | | ประธานฝ่ายโรคตับ |
| 10. พันเอกนายแพทย์สุรพล ชื่นรัต นกุล | | ประธานฝ่ายเอ็นโดสโคปี |
| 11. นายแพทย์พิศาล ไม้เรียง | | ประธานฝ่ายการศึกษา
หลังปริญญา |
| 12. นายแพทย์สุชา คุระทอง | | ประธานฝ่ายวารสาร |
| 13. นายแพทย์ธีระ พิรัชวิสุทธิ | | ประธานฝ่ายวิเทศสัมพันธ์ |
| 14. นายแพทย์ทองดี ชัยพานิช | | กรรมการกลาง |
| 15. นายแพทย์คณิต อธิสุข | | กรรมการกลาง |
| 16. แพทย์หญิงโฉมศรี โหมะชิตชัยวัฒน์ | | กรรมการกลาง |
| 17. นายแพทย์นุสนธิ์ กัดเจริญ | | กรรมการกลาง |
| 18. นายแพทย์บัญชา โอวาทพารพร | | กรรมการกลาง |
| 19. นายแพทย์พงษ์พีระ สุวรรณกุล | | กรรมการกลาง |
| 20. นาวาอากาศเอกนายแพทย์ไพฑูรย์ จ๋วงพานิช | | กรรมการกลาง |
| 21. แพทย์หญิงลินดา บราวน์ | | กรรมการกลาง |

22. พันตำรวจเอกนายแพทย์วรพันธุ์ เสาวรส	กรรมการกลาง
23. นาวาอากาศโทนายแพทย์วิญญู จันทรสุนทรกุล	กรรมการกลาง
24. นายแพทย์วิภิจ วิจารณ์วัตต์	กรรมการกลาง
25. แพทย์หญิงวิวัฒนา วงศ์พานิช	กรรมการกลาง
26. นายแพทย์สถาดพร มานัสสถิตย์	กรรมการกลาง
27. นายแพทย์สมชาย ลีลากุลวงศ์	กรรมการกลาง (ผู้ช่วยเลขาธิการ)
28. พันเอกนายแพทย์สุรพล สุรางค์ศรีรัฐ	กรรมการกลาง
29. นายแพทย์สุริยะ จักกะพาก	กรรมการกลาง
30. นายแพทย์อองอาจ ไพรสนทรางกูร	กรรมการกลาง
31. พันเอกนายแพทย์อนุชิต จูฑะพุทธิ	กรรมการกลาง
32. นายแพทย์อุดม คชินทร	กรรมการกลาง
33. แพทย์หญิงกวรรณิการ์ พรพัฒน์กุล	ที่ปรึกษา
34. นายแพทย์เกรียงไกร อัครวงศ์	ที่ปรึกษา
35. นายแพทย์จินดา สุวรรณรักษ์	ที่ปรึกษา
36. นายแพทย์พินิจ กุลละวณิชย์	ที่ปรึกษา
37. นายแพทย์เต็มชัย ไชยนุวัตติ	ที่ปรึกษา
38. พลตรีนายแพทย์วิชัย ชัยประภา	ที่ปรึกษา
39. นายแพทย์สมหมาย วิไลรัตน์	ที่ปรึกษา
40. นายแพทย์สวัสดิ์ นิตะนันท์	ที่ปรึกษา
41. นายแพทย์สัจพันธ์ อิศรเสนา	ที่ปรึกษา
42. พลอากาศตรีนายแพทย์สุจินต์ จารุจินดา	ที่ปรึกษา

รายนามคณะอนุกรรมการฝ่ายวิจัย

1. นายแพทย์กำธร	เผ่าสวัสดี	ประธาน
2. นายแพทย์จรินทร์	โรจน์บวรวิทยา	อนุกรรมการ
3. แพทย์หญิงโคมศรี	โฆสิตชัยวัฒน์	อนุกรรมการ
4. แพทย์หญิงชุติมา	ประมุลสินทรัพย์	อนุกรรมการ
5. นายแพทย์ธีระ	พิรัชวิสุทธิ	อนุกรรมการ
6. นายแพทย์สุนันท์	กมลเจริญ	อนุกรรมการ
7. นายแพทย์บัญชา	โอวาทฟารพร	อนุกรรมการ
8. นายแพทย์ประวิทย์	เลิศวีระศิริกุล	อนุกรรมการ
9. นายแพทย์พลรัตน์	วิไลรัตน์	อนุกรรมการ
10. นายแพทย์พิศาล	ไม้เรียง	อนุกรรมการ
11. นายแพทย์มานิต	ลีโทชวลิต	อนุกรรมการ
12. นายแพทย์ยุทธนา	ศตวรรษอำรง	อนุกรรมการ
13. นาวาอากาศโทนายแพทย์วิญญู	จันทร์สุนทรกุล	อนุกรรมการ
14. แพทย์หญิงวโรชา	มหาชัย	อนุกรรมการ
15. พันตำรวจเอกนายแพทย์วรพันธุ์	เสาวรส	อนุกรรมการ
16. นายแพทย์ศตวรรษ	ทองสวัสดิ์	อนุกรรมการ
17. นายแพทย์สถาพร	มานัสสถิตย์	อนุกรรมการ
18. นายแพทย์เสถียร	เดชะไพฑูริย์	อนุกรรมการ
19. พันเอกนายแพทย์สุรพล	ชินรัตน์กุล	อนุกรรมการ
20. พันเอกนายแพทย์สุรพล	สุรางค์ศรีรัฐ	อนุกรรมการ

- | | | |
|--------------------------|-----------------|------------|
| 21. นายแพทย์สิริวัฒน์ | อนันตพันธุ์พงศ์ | อนุกรรมการ |
| 22. นายแพทย์อองอาจ | ไพโรสณทรางกูร | อนุกรรมการ |
| 23. พันเอกนายแพทย์อนุชิต | จุฑาทุทธิ | อนุกรรมการ |
| 24. นายแพทย์อุดม | คชินทร | อนุกรรมการ |
| 25. นายแพทย์อุทัย | แก้วเอี่ยม | อนุกรรมการ |
| 26. แพทย์หญิงกรรณิการ์ | พรพัฒน์กุล | ที่ปรึกษา |
| 27. นายแพทย์เกรียงไกร | อัศวรงค์ | ที่ปรึกษา |
| 28. นายแพทย์ทองดี | ชัยพานิช | ที่ปรึกษา |
| 29. นายแพทย์พินิจ | กุลละวณิชย์ | ที่ปรึกษา |
| 30. นายแพทย์พงษ์พีระ | สุวรรณกุล | ที่ปรึกษา |
| 31. แพทย์หญิงศศิประภา | บุญญพิสิฐฐ์ | ที่ปรึกษา |
| 32. นายแพทย์สวัสดี | นิตะนันท์ | ที่ปรึกษา |
| 33. นายแพทย์สุชา | คุระทอง | ที่ปรึกษา |

รายนามคณะอนุกรรมการฝ่ายโรคตับ

1. นายแพทย์ไพโรจน์	เหลือองโรจนกุล	ประธาน
2. แพทย์หญิงชุดิมา	ประมุขสินทรัพย์	รองประธาน
3. นายแพทย์ทวีศักดิ์	แทนวันดี	กรรมการ
4. นายแพทย์เติมชัย	ไชยนิวดี	กรรมการ
5. นายแพทย์ยง	ภู่วรรณ	กรรมการ
6. แพทย์หญิงวิโรชา	มหาชัย	กรรมการ
7. พันเอกนายแพทย์อนุชิต	จุฑาทุติ	กรรมการ
8. นายแพทย์ธีระ	พิริขวิสุทธิ	เลขานุการ

รายนามคณะอนุกรรมการฝ่ายวิเทศสัมพันธ์

1. นายแพทย์ธีระ	พิริขวิสุทธิ	ประธาน
2. นายแพทย์พิศาล	ไม้เรียง	อนุกรรมการ
3. นายแพทย์ศตวรรษ	ทองสวัสดิ์	อนุกรรมการ
4. นายแพทย์สุริยะ	จักกะพาก	อนุกรรมการ
5. แพทย์หญิงนภาพร	จำบุญกุล	อนุกรรมการ
6. นายแพทย์สมชาย	ลีลากุลวงศ์	อนุกรรมการ

รายนามคณะอนุกรมฝ่ายการศึกษาหลังปริญญา

1. นายแพทย์พิศาล	ไม้เรียง	ประธาน
2. นายแพทย์เกรียงไกร	อัครวงศ์	อนุกรรมการ
3. นายแพทย์กำธร	เผ่าสวัสดิ์	อนุกรรมการ
4. นายแพทย์จรินทร์	โรจน์บวรวิทยา	อนุกรรมการ
5. แพทย์หญิงเจสสิยา	ประสงค์สุขสันต์	อนุกรรมการ
6. แพทย์หญิงโคมศรี	โฆษิตชัยวัฒน์	อนุกรรมการ
7. นายแพทย์ทวีศักดิ์	แทนวันดี	อนุกรรมการ
8. นายแพทย์ธีระ	พิรัชวิสุทธิ	อนุกรรมการ
9. นายแพทย์บัญญัติ	โอวาทพิารพร	อนุกรรมการ
10. นายแพทย์พลรัตน์	วิไลรัตน์	อนุกรรมการ
11. นายแพทย์รังสรรค์	กฤษนิมิตร	อนุกรรมการ
12. พันตำรวจเอกนายแพทย์วรพันธุ์ เสาวรส		อนุกรรมการ
13. นาวาอากาศโทนายแพทย์วิญญู จันทรสุนทรกุล		อนุกรรมการ
14. นายแพทย์ศตวรรษ	ทองสวัสดิ์	อนุกรรมการ
15. พันเอกนายแพทย์สุรพล สุรางค์ศรีรัฐ		อนุกรรมการ
16. พันเอกนายแพทย์อนุชิต จุฑะพุทธิ		อนุกรรมการ
17. นายแพทย์อุดม	คชินทร	อนุกรรมการ
18. นายแพทย์อุคร	ศรีวัฒน์	อนุกรรมการ

สารจากนายกสมาคม

เรียน ท่านสมาชิกสมาคมที่รักและเคารพทุกท่าน

ท่านสมาชิกทั้งหลายอาจจะกำลังบ่นอยู่ว่าพักนี้จุลสารสมาคมหายไปไหนนาน ไขใหม่ค่ะ ต้องขอประทานโทษทุกท่าน เนื่องจากท่านคณะกรรมการทุกท่านมีงานเต็มมือช่วงที่มีการประชุม World Congress of Gastroenterology 2002 ที่กรุงเทพฯ เมื่องานจบกว่าจะตั้งตัวได้เลยทำให้ขาดข่าวคราวส่งไปยังท่านสมาชิก

แต่อย่างไรก็ตามเป็นที่น่าภาคภูมิใจที่ประเทศไทยเราได้จัดงานประชุม World Congress of Gastroenterology 2002 ครั้งที่ 12 ซึ่งผ่านไปอย่างสมเกียรติและเป็นที่ยืนชมแก่ชาวต่างประเทศทุกท่านที่เข้ามาร่วมประชุมอย่างมากและพูดเป็นเสียงเดียวกันว่าไม่เคยเห็นประเทศไหนจัดได้ดีเช่นนี้มาก่อน

ในพิธีเปิดงานสมเด็จพระบรมโอรสาธิราชฯ สยามมกุฎราชกุมาร เสด็จพระราชดำเนิน ทรงเป็นองค์ประธานในพิธีเปิด คณะกรรมการและผู้ที่เกี่ยวข้องเข้ารับเสด็จรู้สึกสำนึกในพระมหากรุณาธิคุณเป็นล้นพ้นที่พระองค์ได้เสด็จราชดำเนินมาเป็นองค์ประธานในพิธีเปิดการประชุม

การประชุมทางวิชาการตลอดจนงานเกี่ยวกับการแสดงศิลปวัฒนธรรมต่างๆที่ไบเทค และที่ศูนย์ศิลปะบางไทร สำเร็จไปได้ด้วยดีโดยคณะกรรมการของ Local host committee ซึ่ง ศ.นพ.เต็มชัย ไชยนิติ

เป็นประธานต้องขอปรบมือให้ท่านประธานและกรรมการจัดงานทุกท่านที่ได้
เหน็ดเหนื่อยกับการจัดเตรียมงานมาเป็นเวลา 4 ปีเต็ม รวมทั้งคุณวนิดา
ไชยนุวัติ ภรรยาอาจารย์เต็มชัย ที่ได้จัดการแสดงบนเวทีในพิธีเปิดและการ
แสดงศิลปวัฒนธรรมของไทยและอาหารในวัน Thai Night ที่บางไทร อย่าง
ยิ่งใหญ่มหัศจรรย์ ซึ่งประทับใจแก่ทุกท่านที่มาร่วมงาน

ที่น่าภาคภูมิใจคือมีผู้ที่เข้าร่วมประชุมลงทะเบียนประมาณ 6,000
กว่าท่าน ครั้งนี้คงจะทำให้ชาวต่างประเทศรู้จักประเทศไทยมากขึ้น และนอก
จากนี้ยังมีแพทย์ไทยได้เข้าเสนองานทางวิชาการและเป็นผู้บรรยายไม่ต่ำกว่า
50 ท่าน ซึ่งเป็นที่น่าภาคภูมิใจมาก

ในเดือนพฤษภาคม 2545 จะมีการสอบแพทย์เฟลโลว์เพื่อวุฒิบัตร
เป็นผู้เชี่ยวชาญโรคระบบทางเดินอาหาร และจะมีเฟลโลว์รุ่นใหม่เริ่มเข้ารับ
การอบรมในเดือนมิถุนายนจากสถาบันต่างๆที่รับฝึกอบรม จะเห็นว่ามีแนว
โน้มผู้เข้ารับการศึกษาฝึกอบรมลดลง เนื่องจากรัฐบาลเน้นการฝึกอบรมทางด้าน
Family Medicine มากกว่า ซึ่งได้มีโอกาสคุยกับแพทย์จากประเทศสหรัฐอเมริกา
เมื่อช่วง 5 ปีก่อนหน้านี้รัฐบาลประธานาธิบดีบิล คลินตัน ก็เน้นเกี่ยวกับ
Family Medicine เช่นเดียวกัน แต่ปรากฏว่าแทนที่จะให้แพทย์เฉพาะ
ทางรักษา ขณะนี้แนวโน้มนโยบายของประเทศสหรัฐอเมริกากลับมาเหมือนเดิม
คือเพิ่มการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางมากขึ้น สำหรับประเทศไทยคงจะต้องดู
กันต่อไป

สุดท้ายนี้ ขอประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการประชุมวิชาการกลางปีของสมาคม ซึ่งจะมีขึ้นในวันที่ 7-9 กรกฎาคม 2545 ณ โรงแรมสีมาธานี จังหวัดนครราชสีมา มีรายการทางวิชาการคับคั่ง (ตามแบบของชาว GI คือตั้งแต่ Breakfast symposium, Lunch symposium และ Dinner symposium) แต่อย่างไรก็ตามคงจะมีเวลาให้ท่านสมาชิกได้ออกไปแสดงคารวะต่อท้าวสุรนารีและชมเมืองโคราช

สำหรับการประชุมวิชาการปลายปี 2545 จะจัดประชุมร่วมกับ 2nd International Symposium on Viral Hepatitis and Perspectives from the ASEAN Regions ระหว่างวันที่ 9-12 ธันวาคม 2545 ที่จังหวัดเชียงใหม่ ขอให้ท่านสมาชิกเตรียมหาเวลาว่างไว้ด้วยนะคะ

พบกันในการประชุมวิชาการกลางปี 2545 ที่โคราชค่ะ

ศาสตราจารย์แพทย์หญิงศศิประภา นุญญพิสิฐ
นายกสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

รายงานการประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคม
ครั้งที่ 1/2545 วันศุกร์ที่ 11 มกราคม 2545 เวลา 09.30-12.00 น.
ณ ห้องบำรุงเมือง โรงแรมโกลด์วินทาวเวอร์, กรุงเทพฯ

รายนามผู้เข้าร่วมประชุม

- | | |
|--|-----------------------------------|
| 1. แพทย์หญิงศศิประภา บุญญพิสิฐฐ์ | นายกสมาคม |
| 2. นายแพทย์ประวิทย์ เลิศวีระศิริกุล | รั้งตำแหน่งนายก |
| 3. นายแพทย์ทวีศักดิ์ แทนวันดี | เลขาธิการ |
| 4. แพทย์หญิงชุติมา ประมูลสินทรัพย์ | เหรัญญิก |
| 5. นายแพทย์จรินทร์ โรจน์บวรวิทยา | ประธานฝ่ายปฎิคม |
| 6. นายแพทย์กำธร เผ่าสวัสดิ์ | ประธานฝ่ายวิจัย |
| 7. พันเอกนายแพทย์สุรพล ชื่นรัตนกุล | ประธานฝ่ายเอ็นโดสโคปี่ |
| 8. นายแพทย์พิศาล ไม้เรียง | ประธานฝ่ายการศึกษา
หลังปริญญา |
| 9. นายแพทย์ธีระ พิรัชวิสุทธิ | ประธานฝ่ายวิเทศสัมพันธ์ |
| 10. แพทย์หญิงโฉมศรี โฆษิตชัยวัฒน์ | กรรมการกลาง |
| 11. นายแพทย์พงษ์พีระ สุวรรณกุล | กรรมการกลาง |
| 12. พันตำรวจเอกนายแพทย์วรพันธุ์ เสาวรส | กรรมการกลาง |
| 13. แพทย์หญิงวีณา วงศ์พานิช | กรรมการกลาง |
| 14. นายแพทย์สมชาย สีสากุลวงศ์ | กรรมการกลาง
(ผู้ช่วยเลขาธิการ) |

- | | |
|---|-------------|
| 15. นายแพทย์สุริยะ จักกะพาก | กรรมการกลาง |
| 16. พันเอกนายแพทย์อนุชิต จุฑะพุทธิ | กรรมการกลาง |
| 17. แพทย์หญิงกรรณิการ์ พรพัฒน์กุล | ที่ปรึกษา |
| 18. นายแพทย์เกรียงไกร อัครวงค์ | ที่ปรึกษา |
| 19. นายแพทย์เต็มชัย ไชยนุวัติ | ที่ปรึกษา |
| 20. พลตรีนายแพทย์วิชัย ชัยประภา | ที่ปรึกษา |
| 21. นายแพทย์สมหมาย วิไลรัตน์ | ที่ปรึกษา |
| 22. นายแพทย์สวัสดิ์ หิตะนันท์ | ที่ปรึกษา |
| 23. พลอากาศตรีนายแพทย์สุจินต์ จารุจินดา | ที่ปรึกษา |

รายนามผู้ไม่สามารถเข้าร่วมประชุม

- | | |
|--|-------------------|
| 1. นายแพทย์มานิต ลีโทขวลิต | อุปนายก |
| 2. แพทย์หญิงวโรชา มหาชัย | ประธานฝ่ายวิชาการ |
| 3. นายแพทย์ไพโรจน์ เหลืองโรจนกุล | ประธานฝ่ายโรคตับ |
| 4. นายแพทย์สุชา คุระทอง | ประธานฝ่ายวารสาร |
| 5. นายแพทย์ทองดี ชัยพานิช | กรรมการกลาง |
| 6. นายแพทย์นุสนธิ์ กัดัดเจริญ | กรรมการกลาง |
| 7. นายแพทย์บัญชา โอวาทฟ้ารพร | กรรมการกลาง |
| 8. นายแพทย์คณิต อธิสุข | กรรมการกลาง |
| 9. นาวาอากาศเอกนายแพทย์ไพฑูรย์ จ้วงพานิช | กรรมการกลาง |
| 10. แพทย์หญิงลินดา บรรานันท์ | กรรมการกลาง |

- | | |
|--|-------------|
| 11. นาวาอากาศโทนายแพทย์วิญญู จันทรสุนทรกุล | กรรมการกลาง |
| 12. นายแพทย์สถาพร มานัสสถิตย์ | กรรมการกลาง |
| 13. พันเอกนายแพทย์สุรพล สุรางค์ศรีรัฐ | กรรมการกลาง |
| 14. นายแพทย์องอาจ ไพโรสถรรางกูร | กรรมการกลาง |
| 15. นายแพทย์อุดม คชินทร | กรรมการกลาง |
| 16. นายแพทย์จินดา สุวรรณรักษ์ | ที่ปรึกษา |
| 17. นายแพทย์พินิจ กุลละวณิชย์ | ที่ปรึกษา |
| 18. นายแพทย์สัจพันธ์ อิศรเสนา | ที่ปรึกษา |

เปิดประชุมเวลา 09.30 น. โดยมีแพทย์หญิงศศิประภา บุญญพิสิฏฐ์
เป็นประธานในที่ประชุม

วาระที่ 1 เรื่องที่ประธานแจ้งให้ทราบ

ตามที่สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย จะจัดงาน
เลี้ยงแสดงความยินดีต่อ Prof. Barry J Marshall ซึ่งได้รับพระราชทานรางวัล
สมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิตลประจำปี 2544 สาขาการสาธารณสุข ในวันอังคารที่ 29
มกราคม 2545 เวลา 19.00 น. ณ โรงแรมโอเรียลเต็ล นั้น เนื่องจากในเวลา
ดังกล่าว Prof. Barry J Marshall ติดภาระกิจ ดังนั้นอาจจะต้องหาเวลาที่
เหมาะสมและจะแจ้งให้คณะกรรมการอำนวยการสมาคมทราบต่อไป

วาระที่ 2 รับรองรายงานการประชุมครั้งที่ 8/2544

หน้าที่ 3 ข้อ 4 ตัดประโยค ผู้เชี่ยวชาญในพระราชพิธีในราชวัง ออก

หลังจากแก้ไขรายงานการประชุม ที่ประชุมมีมติรับรองรายงานการประชุมครั้งที่ 9/2544

วาระที่ 3 เรื่องสืบเนื่องและพิจารณา

3.1 ความคืบหน้าในการเตรียมการประชุม World Congress of Gastroenterology (WCOG) 2002

นายแพทย์กำธร เผ่าสวัสต์ แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังต่อไปนี้

1. ขณะนี้มีผู้สมัครลงทะเบียนเข้าร่วมประชุมประมาณ 4,500 ท่าน
2. นายแพทย์เดิมชัย ไชยนิวติ ได้แจ้งให้ทราบว่าจากการไปดูสถานที่จัดประชุมไบเทค นั้น ทางศูนย์การประชุมไบเทคได้แจ้งว่าพื้นที่ขายของที่ระลึกของสมาคมนั้นต้องเสียค่าเช่าและห้ามนำอาหารจากภายนอกเข้ามารับประทาน

นายแพทย์กำธร เผ่าสวัสต์ จะนำไปพิจารณาร่วมกับ ดร.ประสาน บุรี อีกครั้งหนึ่งในเรื่องสถานที่และเรื่องของอาหาร

3. ได้เตรียมเจ้าหน้าที่สำหรับต้อนรับบริเวณเคาเตอร์ต้อนรับที่ทำอากาศยานดอนเมืองตลอด 24 ชั่วโมง โดยได้รับความร่วมมือจากท่าอากาศยาน สำหรับรถ Taxi นั้น ทางท่าอากาศยานแจ้งว่าน่าจะมีพอเพียงพอต่อความต้องการโดยไม่ต้องจัดรถพิเศษ
4. เป็นโอกาสที่ดีได้มีการประชุมระดับโลกในประเทศไทย ดังนั้นเพื่อจะได้ทำความรู้จักกับ President ของประเทศต่างๆ และในอนาคตประเทศไทยอาจจะต้องมีตัวแทนเพื่อเข้าร่วมประชุมใน

ระดับนานาชาติ ดังนั้นจึงขอเสนอให้สมาคมจัดงานเลี้ยง
President ของประเทศต่างๆ

ที่ประชุมมีมติเห็นชอบ และคณะกรรมการอำนวยการ
สมาคมท่านใดต้องการเสนอชื่อผู้ที่จะเชิญร่วมงานเลี้ยง แจ้งได้ที่
นายแพทย์กำธร เผ่าสวัสดิ์ สำหรับค่าใช้จ่ายให้เบิกจากสมาคม

นายแพทย์ประวิทย์ เลิศวีระศิริกุล ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

1. ขณะนี้ใช้เงินของฝ่าย Local Host Committee ไปแล้วประมาณ
12 ล้านบาท ค่าใช้จ่ายต่างๆ เช่น เงินเดือนของเจ้าหน้าที่ World
Congress of Gastroenterology, ค่าจัดซื้อ LCD Projector
2. จะมีการซ่อม transportation ในวันที่ 27 มกราคม 2545 โดยจะ
ซ่อมการเดินทางขึ้นทางด่วนไปศูนย์ประชุมไบเทค และจะซ่อมรถ
วิ่งภายในศูนย์ไบเทคด้วย

นายแพทย์เต็มชัย ไชยอนุวัติ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

1. ได้รับเงินสนับสนุนจากการท่องเที่ยวแห่งประเทศไทยเพื่อการ
ประชุม WCOG 2002 จำนวน 3,000,000 บาท
2. ผู้ที่จะลงทะเลเบียนมาร่วมการประชุมมากที่สุดคือประเทศญี่ปุ่น
ประมาณ 200 กว่าท่าน และการจองห้องพักของโรงแรมระดับ
5 ดาว ขณะนี้เต็มหมดแล้ว

3. สำหรับ transportation ได้เซ็นสัญญาและวางเงินมัดจำจำนวน 75,000 เหรียญเรียบร้อยแล้ว
4. ในวันเปิดการประชุมนั้น ได้จัดเตรียมการแสดงต่างๆ เช่น การร้องเพลงหน้าพระที่นั่ง การแสดงแห่นาค, โหลดเรือไฟ, ลอยกระทง, โขน และการแสดงสีภาค และงานเลี้ยงนี้ได้เชิญ ฯพณฯ ท่านนายกรัฐมนตรี ร่วมงานด้วย

แพทย์หญิงศศิประภา บุญญพิสิฐ ได้แจ้งแทนนายแพทย์สถาพร มานัสสถิตย์ ประธานฝ่าย Young Clinician Award ดังนี้

1. ตามที่ Young Clinician Award ได้รับโควตาเพื่อเข้าร่วมประชุม โดยไม่เสียค่าลงทะเบียนจำนวน 30 ท่าน นั้น โดยมีรายนามของกรรมการอำนวยการสมาคมประมาณ 20 ท่านรวมอยู่ด้วย ซึ่งได้รับการสนับสนุนค่าลงทะเบียนจากบริษัทฯ ดังนั้นจึงจะต้องหาเพิ่มให้ครบ 30 ท่าน
2. ตัวแทนราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย จะขอมาจัดงาน Thai Culture Night ด้วย

นายแพทย์ทวีศักดิ์ แทนวันดี ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าทางการสื่อสารแห่งประเทศไทย ได้แจ้งความประสงค์ขอวีซ่าเพื่อจำหน่ายแสดมภ์ที่ระลึกในการประชุมครั้งนี้

ที่ประชุมมีมติให้นายแพทย์ทวิศักดิ์ แทนวันดี ประสานงานใน รายละเอียดต่าง ๆ กับการสื่อสารแห่งประเทศไทยต่อไป

นายแพทย์สวัสดิ์ หิตะนันท์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

1. ทางฝ่าย S.I.G.N.E.A (Society of International Gastroenterology Nurses and Endoscopy Associates) ได้จัดทำโปสเตอร์เพื่อประชาสัมพันธ์และส่งไปยังรพ.ต่างๆเรียบร้อยแล้ว
2. ค่าลงทะเบียนของ S.I.G.N.E.A คือ 150 US\$ และรายละเอียดต่างๆติดต่อได้ที่คุณกมลทิพย์ หิตะนันท์
3. ขณะนี้กำลังดำเนินการติดต่อกับสถานีโทรทัศน์ช่องต่างๆเพื่อจัดทำอักษรวิ่งแล้ว

3.2 พิจารณาสถานที่จัดประชุมวิชาการกลางปีและประจำปี 2545

นายแพทย์ทวิศักดิ์ แทนวันดี ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าเนื่องจากจะจัดการประชุมวิชาการกลางปี 2545 ดังนั้นจึงขอความเห็นจากที่ประชุมในการเลือกวัน และสถานที่ด้วย

ที่ประชุมมีมติให้จัดการประชุมวิชาการกลางปี 2545 ในวันที่ 7-9 กรกฎาคม 2545 สำหรับสถานที่ นั้น ขอให้คณะกรรมการอำนวยความสะดวกสมาคมช่วยกันพิจารณาด้วย

พันเอกนายแพทย์อนุชิต จุฑะพุทธิ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่า สมาคมร่วมกับชมรมโรคตับแห่งประเทศไทย จะจัดประชุม 2nd International Symposium on Viral Hepatitis and Perspectives from the ASEAN Region ระหว่างวันที่ 9-12 ธันวาคม 2545 ณ จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งจะเป็นการจัดประชุมวิชาการประจำปี 2545 ด้วย

วาระที่ 4 เรื่องอื่นๆ

1. นายแพทย์พิศาล ไม้เรียง ประธานฝ่ายการศึกษาหลังปริญญา ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

1.1 ฝ่ายการศึกษาหลังปริญญาจะจัดอบรม Basic Science จำนวน 4 วัน รายละเอียดจะแจ้งให้ทราบต่อไป

1.2 ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ได้มีจดหมายแจ้งมายังสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทยเพื่อขอข้อสอบและเมื่อปี 2544 สมาคมได้ส่งข้อสอบ MCQ ไปที่ยังราชวิทยาลัยอายุรฯจำนวน 32 ข้อ แต่ได้รับการคัดเลือก 16 ข้อ ดังนั้นขอให้สมาคมทำจดหมายแจ้งไปยังราชวิทยาลัยฯเพื่อขอข้อสอบที่ไม่ได้รับการคัดเลือกคืนพร้อมคำแนะนำ

1.3 กำหนดการสอบเฟลโลว์ประจำปี 2545

- ภาคทฤษฎี MCQ 120 ข้อ และ MEQ 5 ข้อ ในวันที่ 5 มิถุนายน 2545
- สอบภาคปฏิบัติ OSCE ในวันที่ 6 มิถุนายน 2545

- สอบ Long Case ใช้สนามสอบ 2 สถาบัน คือ รพ. ศิริราช และ รพ.จุฬาลงกรณ์ โดยแบ่งออกเป็น 2 รอบ
 - รอบที่ 1 วันศุกร์ที่ 3 พฤษภาคม 2545
 - รอบที่ 2 วันศุกร์ที่ 31 พฤษภาคม 2545
- ที่ประชุมมีมติให้แต่งตั้งคณะกรรมการคุมสอบโดยแบ่งเป็นอาจารย์ประจำสถาบันฯ ละ 1 ท่าน รวม 11 สถาบัน และคณะกรรมการที่แต่งตั้งจากสมาคมอีก 10 ท่าน

1.4 ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยเก็บค่าธรรมเนียมสมัครสอบเฟลโลว์ท่านละ 8,000 บาท และราชวิทยาลัยอายุรฯ ส่งให้สมาคมเพื่อใช้ในการดำเนินการสอบท่านละ 6,000 บาท ดังนั้นที่ประชุมคณะกรรมการฝ่ายการศึกษาหลังปริญญาจึงมีมติให้สมาคมทำจดหมายแจ้งถึงราชวิทยาลัยอายุรฯ ในการขอเพิ่มค่าดำเนินการสอบอีกท่านละ 1,000 บาท

1.5 จะจัดให้มีการทำคลังข้อสอบในวันที่ 25-26 มีนาคม 2545 ณ จังหวัดอยุธยา

1.6 จากการที่กลุ่มวิจัยโรคกระเพาะอาหาร ได้จัดให้มีการประชุม Workshop on Upper GI Bleeding เมื่อวันที่ 5-6 พฤศจิกายน 2544 และเมื่อวันที่ 13-14 ธันวาคม 2544 ที่ผ่านมานั้น ได้ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร

2. แพทย์หญิงชุติมา ประมูลสินทรัพย์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบเกี่ยวกับสรุป กระแสเงินสดของสมาคมตั้งเอกสารประกอบการประชุม

ที่ประชุมเสนอให้เพิ่มการสรุปยอดค่าใช้จ่ายของแต่ละฝ่าย โดย ระบุงบประมาณที่ได้รับการอนุมัติและจำนวนที่เบิกไปแล้ว เพื่อ จะแจ้งให้แต่ละฝ่ายทราบก่อนพิจารณางบประมาณ ประจำปี 2545

3. นายแพทย์กำธร เผ่าสวัสดิ์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่า ในวันที่ 25 มกราคม 2545 จะมีการเสนอ proposal ของเฟลโลว์ ปีที่ 1 เพื่อที่จะปฏิบัติงานวิจัยและขอทุนวิจัย และสำหรับเฟลโลว์ ปีที่ 2 จะให้ส่งผลงานวิจัยและ รายงานความคืบหน้าประมาณต้นเดือนมีนาคม 2545

4. นายแพทย์เดิมชัย ไชยนิวติ ได้แจ้งในที่ประชุมทราบว่าขอเสนอให้ สมาคมพิจารณาเรื่องการจัดอบรมและประกาศนียบัตร Endoscopy ในนาม ของสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

ที่ประชุมมีมติให้สมาคมแต่งตั้งคณะทำงานเพื่อพิจารณาเรื่องการจัดอบรมและประกาศนียบัตร Endoscopy ต่อไป

5. นายแพทย์จรินทร์ โรจน์บวรวิทยา ได้ขอเสนอให้อาจารย์ประจำแต่ละ สถาบันตรวจและพิจารณา Case ที่เฟลโลว์นำเสนอในการประชุม Interhospital GI Conference ด้วย

6. แพทย์หญิงศศิประภา บุญญพิสิฐ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าเนื่องในวาระดิถีขึ้นปีใหม่พ.ศ.2545ขอเรียนเชิญคณะกรรมการทุกท่านร่วมงานเลี้ยงวันขึ้นปีใหม่ในวันศุกร์ที่ 11 มกราคม 2545 ที่บ้านช.พัฒนาการเวลา18.00 น.

7. นายแพทย์ทวีศักดิ์ แทนวันดี ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าดังนี้

1. มีสมัครสมาชิกใหม่จำนวน 7 ท่าน คือ นายแพทย์สุกิจ พันธุ์พิमानมาศ เป็นสมาชิกสามัญ, นายแพทย์ทวี รัตนชูเอก เป็นสมาชิกสามัญ, นายแพทย์พัฒนา เบ้าสาทร เป็นสมาชิกสมทบ, นายแพทย์บรรจง ภูมิบุญชู เป็นสมาชิกสมทบ, นายแพทย์กิตติศักดิ์ สุวานวิเศษ เป็นสมาชิก สมทบ, นายแพทย์ยิทธิ แสงธรรม เป็นสมาชิกสมทบ และนายแพทย์นิธิภัทร์ กตัญญูกุล เป็นสมาชิกสมทบ ซึ่งฝ่ายเลขาธิการสมาคมได้ตรวจสอบคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบข้อบังคับสมาคม

ที่ประชุมมีมติรับรองสมาชิกใหม่ทั้ง 7 ท่าน

2. ประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคมครั้งต่อไปในวันศุกร์ที่ 15 กุมภาพันธ์ 2545 และกำหนดการประชุมของคณะอำนวยการสมาคมคือศุกร์ที่ 3 ของเดือน

ปิดประชุมเวลา 11.55 น.

นายแพทย์ทวีศักดิ์ แทนวันดี

บันทึกการประชุม

รายงานการประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคม
ครั้งที่ 2/2545 วันศุกร์ที่ 15 กุมภาพันธ์ 2545 เวลา 10.00-12.00 น.
ณ ห้องบำรุงเมือง โรงแรมโกลدنทาวเวอร์, กรุงเทพฯ

รายนามผู้เข้าร่วมประชุม

- | | |
|-------------------------------------|----------------------------------|
| 1. แพทย์หญิงศศิประภา บุญญพิสิฏฐ์ | นายกสมาคม |
| 2. นายแพทย์ประวิทย์ เลิศวีระศิริกุล | รั้งตำแหน่งนายก |
| 3. นายแพทย์ทวีศักดิ์ แทนวันดี | เลขาธิการ |
| 4. แพทย์หญิงชุตติมา ประมูลสินทรัพย์ | เหรัญญิก |
| 5. แพทย์หญิงวโรชา มหาชัย | ประธานฝ่ายวิชาการ |
| 6. นายแพทย์จรินทร์ โรจน์บวรวิทยา | ประธานฝ่ายปฏิบัติ |
| 7. นายแพทย์กำธร เผ่าสวัสดิ์ | ประธานฝ่ายวิจัย |
| 8. พันเอกนายแพทย์สุรพล ชื่นรัตนกุล | ประธานฝ่ายเอ็นโดสโคปีย์ |
| 9. นายแพทย์ไพโรจน์ เหลืองโรจนกุล | ประธานฝ่ายโรคตับ |
| 10. นายแพทย์พิศาล ไม้เรียง | ประธานฝ่ายการศึกษา
หลังปริญญา |
| 11. นายแพทย์ธีระ พิรัชวิสุทธิ | ประธานฝ่ายวิเทศสัมพันธ์ |
| 12. แพทย์หญิงโสมศรี โสมิตชัยวัฒน์ | กรรมการกลาง |
| 13. นายแพทย์ปัญญา โอวาทพารพร | กรรมการกลาง |
| 14. นายแพทย์พงษ์พีระ สุวรรณกุล | กรรมการกลาง |
| 15. นายแพทย์นุสนธิ์ กัดัดเจริญ | กรรมการกลาง |

- | | |
|--|-----------------------------------|
| 16. พันตำรวจเอกนายแพทย์วรพันธุ์ เสาวรส | กรรมการกลาง |
| 17. นาวาอากาศโทนายแพทย์วิญญู จันทรสุนทรกุล | กรรมการกลาง |
| 18. แพทย์หญิงวิณา วงศ์พานิช | กรรมการกลาง |
| 19. นายแพทย์สมชาย สีสากุลวงศ์ | กรรมการกลาง
(ผู้ช่วยเลขาธิการ) |
| 20. นายแพทย์สุริยะ จักกะพาก | กรรมการกลาง |
| 21. พันเอกนายแพทย์อนุชิต จุฑะพุทธิ | กรรมการกลาง |
| 22. พันเอกนายแพทย์สุรพล สุรางค์ศรีรัฐ | กรรมการกลาง |
| 23. นายแพทย์อุดม คชินทร | กรรมการกลาง |
| 24. แพทย์หญิงกรรณิการ์ พรพัฒน์กุล | ที่ปรึกษา |
| 25. นายแพทย์เกรียงไกร อัครวงศ์ | ที่ปรึกษา |
| 26. นายแพทย์เต็มชัย ไชยนุวัต | ที่ปรึกษา |
| 27. พลตรีนายแพทย์วิชัย ชัยประภา | ที่ปรึกษา |
| 28. นายแพทย์สมหมาย วิไลรัตน์ | ที่ปรึกษา |
| 29. นายแพทย์สวัสดิ์ หิตะนันท์ | ที่ปรึกษา |
| 30. พลอากาศตรีนายแพทย์สุจินต์ จารุจินดา | ที่ปรึกษา |
| 31. แพทย์หญิงเฉลียว ประสงค์สุขสันต์ | แทนนายแพทย์มานิต สิทะวณิช |

รายนามผู้ไม่สามารถเข้าร่วมประชุม

- | | |
|---------------------------|------------------|
| 1. นายแพทย์สุชา คุระทอง | ประธานฝ่ายวารสาร |
| 2. นายแพทย์ทองดี ชัยพานิช | กรรมการกลาง |

- | | |
|---|-------------|
| 3. นายแพทย์คณิต อธิสุข | กรรมการกลาง |
| 4. นาวาอากาศเอกนายแพทย์ไพฑูริย์ จ๋วงพานิช | กรรมการกลาง |
| 5. แพทย์หญิงลินดา บราวน์ | กรรมการกลาง |
| 6. นายแพทย์สถาพร มานัสสถิตย์ | กรรมการกลาง |
| 7. นายแพทย์องอาจ ไพรสณทรางกูร | กรรมการกลาง |
| 8. นายแพทย์จินดา สุวรรณรักษ์ | ที่ปรึกษา |
| 9. นายแพทย์พินิจ กุลละวณิชย์ | ที่ปรึกษา |
| 10. นายแพทย์สัจพันธ์ อิศรเสนา | ที่ปรึกษา |

เปิดประชุมเวลา 09.30 น. โดยมีแพทย์หญิงศศิประภา บุญญพิสิฏฐ์ เป็นประธานในที่ประชุม

วาระที่ 1 เรื่องที่ประธานแจ้งให้ทราบ

สมาคมได้เป็นเจ้าภาพจัดงานเลี้ยงแสดงความยินดีต่อ Prof. Barry Marshall เมื่อวันที่ 29 มกราคม 2545 เวลา 11.30 น. ณ ห้องอาหารจีน โรงแรมปรีนเซส หลานหลวง

วาระที่ 2 รับรองรายงานการประชุมครั้งที่ 1/2545

ที่ประชุมมีมติแก้ไขรายงานการประชุมดังนี้

หน้า 3 บรรทัดที่ 9 นับจากล่าง

แก้จาก ในวันเปิดประชุมนั้น ได้จัดเตรียมการแสดงต่างๆเช่น ร้องเพลงหน้าพระที่นั่ง การแสดงแห่นาค, โหลเรือไฟ, ลอยกระทง, โขน และการแสดงสีภาค

แก้เป็น ในวันเปิดประชุมนั้น ได้จัดเตรียมการร้องเพลงหน้าพระที่นั่งสำหรับงาน Thai Night จะมีการแสดงต่างๆเช่น การแสดงแห่นาค, โหลเรือไฟ, ลอยกระทง, โขน และการแสดงสีภาคหน้า 4 บรรทัดที่ 14 นับจากล่าง

แก้จาก 2nd International Symposium on Viral Hepatitis and Prospective from the ASEAN Region

แก้เป็น 2nd International Symposium on Viral Hepatitis and Perspectives from the ASEAN Region

หลังจากแก้ไขรายงานการประชุม ที่ประชุมมีมติรับรองรายงานการประชุมครั้งที่ 1/2545

วาระที่ 3 เรื่องสืบเนื่องและพิจารณา

3.3 ความคืบหน้าในการเตรียมการประชุม World Congress of Gastroenterology (WCOG) 2002

นายแพทย์กำธร เผ่าสวัสต์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

1. ในวันเสาร์ที่ 23 กุมภาพันธ์ 2545 ขอให้คณะกรรมการไปปรับบัตรเพื่อเข้าร่วมประชุมได้ที่ห้องทำงานของสมาคมชั้น 2 ณ ศูนย์การประชุมไบเทค

2. ในวันอาทิตย์ที่ 24 กุมภาพันธ์ 2545 จะมีรถบริการรับ-ส่งผู้เข้าร่วมประชุม ตั้งแต่เวลา 06.00 น. โดยได้ทำเป็นกำหนดการและแจกไว้ตามโรงแรมต่างๆ
3. ทาง OMGE ต้องการให้มีการประชาสัมพันธ์เรื่องการประชุมทุกวัน
4. สำหรับงาน Thai Culture Night ในวันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2545 ที่ บางไทรนั้น จะมีรถรับ-ส่งคณะกรรมการ เวลา 16.00 น. ณ รพ. พระมงกุฎเกล้า รายละเอียดต่างๆจะแจ้งให้ทราบต่อไป
5. ขณะนี้มีปัญหาเกี่ยวกับกรมศุลกากรในเรื่องการนำสินค้าเข้าของบริษัทฯ ซึ่งได้ดำเนินการแก้ไขปัญหาลงเรียบร้อยแล้ว
6. ทางไบเทค ไม่อนุญาตให้นำอาหารเข้าไปในที่ประชุม ดังนั้นคณะกรรมการสามารถรับคูปอง

แพทย์หญิงวโรชา มหาชัย ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่างานเลี้ยง Presidential Dinner ในวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2545 เวลา 18.00 น. ณ โรงแรมโอเรียลเต็ล และขอเรียนเชิญคณะกรรมการและภรรยาร่วมงานเลี้ยงดังกล่าวด้วย

นายแพทย์เดิมีชัย ไชยนิวัดติ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าในวันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2545 เวลา 11.30 น. ขอเรียนเชิญคณะกรรมการทุกท่านร่วมชกซ้อมและเตรียมความพร้อมในการต้อนรับเสด็จฯ ณ ศูนย์ประชุมไบเทค

นายแพทย์อุดม คชินทร ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่า การประชาสัมพันธ์งาน WCOG นั้น จะใช้ส่วนหนึ่งของห้องทำงานคณะกรรมการ เพื่อให้ นักข่าว สัมภาษณ์เกี่ยวกับการจัดประชุมครั้งนี้

3.4 ความคืบหน้าในการเตรียมจัดประชุม 2nd International Symposium on Viral Hepatitis and Perspectives from the ASEAN Region จ. เชียงใหม่

นายแพทย์ทวีศักดิ์ แทนวันดี ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

1. ขณะนี้กำลังดำเนินการจัดพิมพ์ First Announcement และจะนำไปแจกในการประชุม WCOG 2002
2. เนื่องจากการเตรียมจัดประชุมครั้งนี้จะมีค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ดังนั้นจึงขออนุมัติเบิกเงินสำรอง 300,000 บาท
ที่ประชุมมีมติอนุมัติ

3.4 พิจารณาสถานที่จัดประชุมวิชาการกลางปี 2545

ที่ประชุมได้มีการอภิปรายกันอย่างกว้างขวางในเรื่องหาสถานที่การจัดประชุมวิชาการกลางปี 2545 และที่ประชุมมีมติให้จัดที่จังหวัดนครราชสีมา และมอบหมายให้นายแพทย์ทวีศักดิ์ แทนวันดี และนายแพทย์จรินทร์ โรจน์บวรวิทยา ติดต่อโรงแรมและนำมาแจ้งให้ที่ประชุมทราบในครั้งต่อไป

วาระที่ 4 เรื่องอื่นๆ

นายแพทย์พิศาล ไม้เรียง ประธานฝ่ายการศึกษาหลังปริญญาแจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

1. กำหนดการสอบเฟลโลว์ประจำปี 2545 ดังนี้
 - 1.1 ภาคทฤษฎี MCQ, MEQ วันพฤหัสบดีที่ 6 มิถุนายน 2545 รพ.พระมงกุฎเกล้า
 - 1.2 ภาคปฏิบัติ OSCE วันพุธที่ 5 มิถุนายน 2545 รพ.พระมงกุฎ
 - 1.3 สอบ Long Case
 - รอบที่ 1 วันศุกร์ที่ 3 พฤษภาคม 2545 ณ รพ.จุฬาฯ
 - รอบที่ 2 วันศุกร์ที่ 31 พฤษภาคม 2545 ณ รพ.ศิริราช
2. พิจารณาและประกาศผลการสอบ วันศุกร์ที่ 21 มิถุนายน 2545

แพทย์หญิงชุติมา ประมูลสินทรัพย์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

1. สรุปกระแสเงินสดรับ-จ่ายของสมาคม (เอกสารประกอบการประชุม)
2. ตามที่นายแพทย์กำธร เผ่าสวัสดิ์ ได้ให้ทุนสนับสนุนแก่เฟลโลว์ที่ชนะเลิศการประกวดผลงานในการประชุมวิชาการประจำปีของสมาคม และแพทย์หญิงกรรณิการ์ พรพัฒน์กุล ได้ร่วมสนับสนุนด้วย เป็นจำนวนเงิน 9,980 บาท นั้น จะทำการเปิดบัญชีอีก 1 บัญชี

นายแพทย์เกรียงไกร อัครวงศ์ ประธานคณะกรรมการพิจารณางบประมาณ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าในวันที่ 8 มีนาคม 2545 จะมีการประชุมพิจารณางบประมาณของแต่ละฝ่ายประจำปี 2545 ดังนั้นขอให้ประธานแต่ละฝ่ายเสนองบประมาณประจำปี 2545 ไปที่ฝ่ายเลขาธิการสมาคมด้วย

นายแพทย์เต็มชัย ไชยนิวติ ขอเสนอให้สมาคมพิจารณาเรื่องการจัดตั้งประธาน Ethic Committee

นายแพทย์ทวีศักดิ์ แทนวันดี ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

1. มีสมัครสมาชิกใหม่จำนวน 1 ท่านคือ นายแพทย์สมพรรค บุญพงษ์มณี เป็นสมาชิกสามัญ ซึ่งฝ่ายเลขาธิการสมาคมได้ตรวจสอบคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบข้อบังคับสมาคม
ที่ประชุมมีมติรับรองสมาชิกใหม่ 1 ท่าน
2. ประชุมคณะกรรมการอำนวยการครั้งต่อไปวันที่ 15 มีนาคม 2545

ปิดประชุมเวลา 12.10 น.
นายแพทย์ทวีศักดิ์ แทนวันดี
บันทึกการประชุม

Case 1

พญ.วรมน เจียมศรีพงษ์

หน่วยทางเดินอาหาร มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชายไทยคู่ อายุ 45 ปี อาชีพรับราชการ ภูมิลำเนากระบี่

CC: แน่นท้อง ประมาณ 1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล

PI: 3 ปีก่อน ผู้ป่วยรู้สึกอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ไม่มีไข้ ไม่มีอาการเหลือง คลื่นไส้อาเจียนบางครั้ง ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลเอกชน พบมีอาการ อักเสบของตับ 700+ และพบเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ได้รับยาฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ละเริ่ม 12 วัน หลังฉีดยาอาการสบายดีตลอด

1 เดือน มีเบื่ออาหารมากขึ้น เพลีย จุกแน่นบริเวณลิ้นปี่โดยเฉพาะ หลังอาหาร นาน 1 ชั่วโมง ไม่มีไข้ ไม่มีอาการเหลือง ผอมลง 8 กก.ใน 1 เดือน ไปรักษาที่โรงพยาบาลเดิม ตรวจพบ Hb 13.1, Hct 36.6%, wbc 7900, plt 177000, TB/DB 3.7/2.1, SGOT/SGPT 1270/1387, ALP 171, Prot 7.7, alb 3.5 ได้รับยาฉีดแบบเดิม อาการไม่ทุเลา ได้ตรวจเพิ่มที่คลินิกพบ U/S abdomen: hyperechoic mass 4 cm at right hepatic lobe, chronic cholecystitis without gallstone, no IHD dilatation, HBsAg +/HBeAg + จึงมารับการรักษาที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

PH: social drinking 1-2 เดือน/ครั้ง 20 ปี หยุด 2 เดือน
สูบบุหรี่ 3-7 วันต่อ 1 ของ

ปฏิเสธโรคประจำตัวใดๆไม่เคยได้รับเลือดหรือผ่าตัด

ปฏิเสธในครอบครัว

PE: T 36.8 °C PR 72/min RR 20/min BP 120/80 mmHg

Not pale, no jaundice, no lymphadenopathy, no spider nevi or palmar erythema or parotis gland enlargement

Heart-regular, no murmur, lung-clear

Abdomen-soft,hepatomegaly 2 FB below RCM, liver span 15 cm, no splenomegaly, shifting dullness-negativ, no leg edema

Investigation : CBC-Hb 11.7 g/dl, Hct 35%, WBC 8900 (N 42, Eo 4, Ba 1, L 47, Mo 4) BUN 12.7 Cr 1.12, Prot 7.7 g%, alb 3.4 g%, TB/DB 1.54/1.07 mg%, SGOT/SGPT 289/607, Alp 165 U/L, PT 12.9 (control 11.3), PTT 32.9 (control 31.1), AFP 2322 ng/ml

CT abdomen: 27*23 mm, well defined hypodensity lesion in the liver segment 7/9 is seen. After contrast administration shows peripheral nodular enhancement, which is specific for hemangioma, however no demonstration of complete filling because of lack of delayed imaged. No evidence of liver cirrhosis. Patient of portal vein. No ascites or lymphadenopathy is detected. Normal of both kidneys and

spleen. 6 days later: prot/alb 8.1/3.7, Alp 137, SGOT/SGPT 59/95, TB/DB 0.7/0.61, AFP 929 ng/ml.

Ultrasound guided liver biopsy-canvercolangioma, chornic hepatitis metavir grade I, fibrosis stage 2 (lymphocytes and a few plasma cells, moderate portal inflammation, mild piecemeal necrosis, mild lobular necroinflammation, portal expansion with portal-portal connection)

Discussion:

ผู้ป่วยรายนี้มีภาวะ chronic hepatitis B เนื่องจากพบการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี 3 ปีก่อน ครั้งนี้มีภาวะ transaminitis ใหม่ โดยมีระดับ SGOT/SGPT สูงมากต้องคิดถึงภาวะ CHB with acute exacerbation or acute hepatitis จากสาเหตุอื่นๆเช่น ยาหรือไวรัสตับอักเสบบีอื่นๆ จึงต้องการตรวจหาเชื้อไวรัสอื่น และต้องตัดสาเหตุ drug induce hepatitis ซึ่งในผู้ป่วยรายนี้ไม่มีประวัติการได้รับยาสมุนไพรหรือยาบำรุงใดๆมาก่อน การตรวจเพิ่มเติม U/S, CT abdomen พบ liver mass ที่มีลักษณะจำเพาะของ hemangioma แต่เนื่องจากผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิด HCC จึงควรทำการวินิจฉัยให้แน่นอนเพื่อตัดสินใจการรักษาผู้ป่วยต่อไป

มีการศึกษาผู้ป่วยที่มี hemangioma-like lesions in chronic liver disease โดย Eugino Caturelli et al. (Radiology, Aug 2001) พบว่าในผู้ป่วย chornic liver disease และการทำ U/S ครั้งแรกพบ hemangioma-like lesions พบว่าประมาณ 50% ของ hemangioma ที่ตรวจพบในการ

ศึกษานี้เป็น Hyperechoic HCC และยังพบว่าการทำ liver biopsy ปลอดภัยและมีความจำเป็นในการวินิจฉัย โดยมีการศึกษาในหลายกลุ่มมีผลสอดคล้องในเรื่องความปลอดภัยในการทำ U/S guide liver biopsy in hemangioma-like lesions แต่เนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยที่ใช้ในการศึกษาไม่มาก จึงยังไม่ใช่ standard recommendation

ในผู้ป่วยรายนี้พบมีระดับ AFP ในเลือดสูงมากในขณะที่มี flare hepatitis และเมื่อติดตามต่อมาพบว่าระดับ transaminase ลดต่ำลง ระดับ AFP ลดต่ำลงมาด้วยยิ่งสนับสนุนมากกว่าการตรวจพบ AFP ที่สูงมากนี้มีความสัมพันธ์กับ flare hepatitis

1. Alpha- fetoprotein



พญ.วรมน เจียมศรีพงษ์

หน่วยทางเดินอาหาร มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

AFP เป็น glycoprotein ที่มีน้ำหนักโมเลกุล 70000 daltons¹ มีค่าครึ่งชีวิต 4 วันและเป็นโปรตีนที่พบในเลือดช่วง fetal life² โดยที่ระดับจะเริ่มลดลงก่อนจะคลอดและจะน้อยกว่า 10 ng/ml ในช่วงหลังคลอด 2-3 สัปดาห์แรก การสร้าง AFP จะเกิดที่ yolk sac, liver, fetal GI tract โดยมะเร็งบางชนิดสามารถสร้าง AFP ได้ การสร้าง AFP ขณะตั้งครรภ์จะเกิดจาก fetal GI tract และมีการกระจายออกมาที่ amniotic fluid และปรากฏในกระแสเลือดของมารดา³⁻⁵ การศึกษาในประชากรทั่วไป พบว่าสาเหตุใหญ่ที่ทำให้มี AFP สูงขึ้นในเลือดเกิดจาก nonmalignant causes โดยเฉพาะ pregnancy, acute and chronic viral hepatitis , cirrhosis⁶⁻⁹

AFP and malignant conditions

มะเร็งบางชนิดสามารถสร้าง AFP ได้เช่น gonadal and extragonadal germ cell neoplasms with yolk sac (endodermal sinus) elements, hepatocellular neoplasms (HCC and hepatoblastoma)

Randeep K. et al. ได้ทำการศึกษา clinical significance of elevated AFP in adults and children พบว่าประมาณ 96.79%(211/218) ของผู้ป่วยที่เป็นมะเร็ง และมี AFP สูงเกิดจาก HCC ในขณะที่เด็กที่มีมะเร็งและมี AFP สูง เป็น hepatoblastoma, nonhepatic malignancies (testicular tumor, ovarian carcinoma, sacrococcygeal teratoma)¹⁰ มะเร็งชนิดอื่นนอกเหนือจาก HCC, Yolk sac tumor ที่สร้าง AFP พบได้น้อย Waldman, McIntire ได้รายงานถึง CA stomach, CA colon, CA pancreas and CA lung ที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเพิ่มของ AFP¹¹ นอกจากนี้ Randeep ยังพบว่าใน CA prostate, CA breast มีการเพิ่มขึ้นของ AFP ด้วย¹⁰

ในผู้ป่วย HCC พบว่าการสูงขึ้นของ AFP ไม่ได้สูงขึ้นตามการเพิ่มของ ALT มีการตรวจพบ AFP >100ng/ml โดยที่ ALT/AST <300IU/L ได้ถึง 80% ของผู้ป่วย HCC ระดับ AFP จะมี fluctuation ได้แต่จะไม่ลดต่ำลงจนอยู่ในเกณฑ์ปกติ

AFP and nonmalignant conditions

ในการศึกษาของ Randeep et al. พบว่าเด็กที่มีค่า AFP สูงขึ้นส่วนใหญ่ไม่มีมะเร็ง แต่เกิดจาก hepatic and nonhepatic diseases อื่นๆเช่น biliary atresia, chronic hepatitis, metabolic liver disease (glycogen storage disease), intestinal atresia, congenital hemihypertrophy, spinocerebellar disease¹⁰ ในผู้ใหญ่ที่มี AFP สูงขึ้นโดยที่ไม่มีมะเร็งพบว่ามี documented liver disease(chronic hepatitis, cirrhosis)¹⁰ ผู้ป่วย

chronic hepatitis พบมี AFP สูงขึ้นได้ถึง 15-58% และถ้าผู้ป่วยมี cirrhosis จะพบได้ 11-47% บางครั้งระดับ AFP อาจสูงได้มาก¹²⁻¹⁴

Seeff et al. พบว่า AFP screening ในผู้ป่วย CHB166 คนพบว่า สาเหตุหลักของการสูงขึ้นของ AFP เกิดจากภาวะ exacerbation ของตัวโรค ใน 86% ของผู้ป่วยพบว่า AFP จะเริ่มสูงทันทีหลังการเกิด exacerbation ของ chronic hepatitis ซึ่งจะพบได้บ่อยในผู้ป่วยที่มี cirrhosis จาก liver biopsy ยิ่งไปกว่านั้นการมี multiple exacerbations โดยมี AFP สูงขึ้นจะมี poor prognostic significance 27% ของผู้ป่วยที่มี AFP สูงจะมี liver-related death เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มี AFP ปกติจะเสียชีวิต 0.7 %¹⁵ acute exacerbations พบว่ามีความสัมพันธ์กับการสูงขึ้นของ AFP > 100 ng/ml. (25.5% ในผู้ป่วยที่มี HBeAg+, 37.5% ใน anti- HBe+)

ภาวะ cirrhosis พบว่ามีความสัมพันธ์กับการสูงขึ้นของ AFP ด้วย Bayati N. et al. พบว่า AFP > 17.8 ng/ml จะบ่งชี้ถึงการมีภาวะ cirrhosis ในผู้ป่วย CHC¹⁶ การศึกษาของ Goldstein NS. Et al. พบว่าในผู้ป่วยที่มี marked fibrosis/ cirrhosis จะมี AFP สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับ nil – mild fibrosis แต่ไม่พบความสัมพันธ์ของ AFP กับการสูงขึ้นของ ALT / HAI score ซึ่งช่วยสนับสนุนทฤษฎีที่เชื่อว่าการสูงขึ้นของ AFP มีความสัมพันธ์กับ marked fibrosis/ cirrhosis มากกว่าการเกิด inflammation ในผู้ป่วย CHC¹⁷

References

1. Gallo V.,Cerutti E., Riberi A. et al. AFP and tissue peptide antigen in nonneoplastic hepatic disorders. J Nucl Med Allied Sci. 1989 ; 33(suppl) : 89-93
2. Cranddall BF. AFP : A review. CRC Rev Clin Lab Sci. 1981 ; 15 : 127-58
3. Malek A.,Sager R.,Schneider H. Transport of protein across the human placenta. Am J Reprod Immunol. 1998 ; 40(5) : 347-51
4. Richardson BE. Et al.Level of maternal serum AFP in pregnant women and subsequent breast cancer risk. Am J Epidermiol. 1998 ; 148(8) :719-27
5. Van Rijn M.et al. Maternal serum AFP in fetal anal atresia and other GI obstruction. Prenat Diagn. 1998 ; 18(9) : 914-21
6. McMahon BJ.,Heyward WL.,Ritter D. et al. A comprehensive program to reduce the incidence of HBV infection and sequelae in Alaskan natives. Lancet 1987 ; 2 : 1134-6
7. Kew MC.HCC. Postgrad Med J. 1983 ; (suppl4)59 : 78-87
8. Lee CS., Sung JL.,Hwang LY.et al. Surgical treatment of 101 patients with symptomatic and asymptomatic HCC . Surgery 1986; 99 : 481-90

9. Bloomer JR.,Waldman TA.,McIntire KR.,Klaskin G. Relationship of serum AFP to the severity and duration of illness of patients with viral hepatitis. *Gastroenterol.* 1975 ; 68 :342-50
10. Randeep K.et al.Clinical significance of elevated AFP in adult and children.DDS. Aug2001 ; 46(8) :1709-13
11. Waldman TA.,McIntire KR. The use of radioimmunoassay for AFP in the diagnosis of malignancy. *Cancer* 1974 ; 34(suppl) : 1510-5
12. Liaw TF.,Tai DI.,Chen TG.et al.AFP changes in the course of chronic hepatitis: relation to the bridging necrosis and HCC. *Liver* 1986 ; 6 : 133-7
13. Alpert E.,Feller ER.AFP in benign liver disease: evidence that normal liver regeneration does not induce AFP synthesis. *Gastroenterol.*1978 ; 74 : 856-8
14. Chen DS.,Sung JL. Relationship of HbsAg to serum AFP in nonmalignant disease of the liver. *Cancer* 1979 ; 44 : 984-92
15. Seeff LB.,Beebe GW.,Hohnagle JH.et al. Serologic FU of the 1942 epidemic of postvaccination in the United State Army. *NEJ.* 1978 ; 316 : 965-70

16. Bayati N.,Sliverman AL.,Gordon SC. Serum AFP levels and liver histology in patients with CHC. Am J Gastroenterol. 1998 ; 93 : 2452-6
17. Goldstein NS.,Blue DE.,Hankin R.et al. Serum AFP levels in patients with CHC :Relationship with serum aminotransferase values,HAI, and hepatocyte MIB-1scores.Am J Clin Pathol. 111 : 811-6

2. Feeding problems in ICU gastroparesis



พ.ท.นพ.วานิช ปิยนรินทร์

แผนกโรคระบบทางเดินอาหารและโรคตับ รพ.พระมงกุฎเกล้า

ภาวะการบีบหรือเคลื่อนตัวที่ผิดปกติของทางเดินอาหาร(gastrointestinal motor dysfunction) พบได้บ่อยในผู้ป่วยวิกฤต ที่อยู่ในห้อง ไอ ซี ยู (ICU) โดยมากมักเป็นปัญหาที่กระเพาะอาหาร (gastroparesis or gastric stasis) และลำไส้เล็ก (small intestinal motor dysfunction) ซึ่งมีผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้ง ทางด้าน การให้สารอาหาร และ การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ มีการศึกษาพบว่า การแก้ปัญหาดังกล่าว สามารถลดระยะเวลาของการอยู่ใน ICU ของผู้ป่วยได้¹ และการให้ enteral feeding สามารถให้สารอาหาร และลดภาวะการติดเชื้อ ได้ดีกว่า parenteral nutrition โดย enteral feeding สามารถเสริมสร้างภาวะภูมิคุ้มกัน และ barrier function ของทางเดินอาหาร ได้ดีกว่า² พบว่าภาวะ gastric stasis เป็นปัญหาสำคัญที่สุดในการให้สาร

อาหารแก่ผู้ป่วยใน ICU³ ส่วน small intestinal dysfunction อาจทำให้เกิด ileus หรืออาการแน่นท้อง ปวดบิดเกร็ง และท้องเดินหลังการให้สารอาหารได้ **อุปติการณ**

ในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องหายใจ slow gastric emptying พบได้ประมาณ 50% ถ้าการศึกษาโดยรวมผู้ป่วยที่ได้รับ dopamine ร่วมด้วย ก็จะพบภาวะนี้เพิ่มขึ้น สำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีการเพิ่มความดันในกะโหลกศีรษะ อาจพบภาวะนี้ได้ถึง 80% ⁴

สรีระวิทยา และพยาธิกำเนิด ^{5, 6, 7, 8}

การทำงานของกระเพาะอาหาร ถูกควบคุมด้วย extrinsic, intrinsic nerve (enteric nervous system) และ hormone ที่มีผลต่อ gastric pacemaker และกล้ามเนื้อเรียบของกระเพาะอาหาร ทำให้มี peristalsis และ ควบคุมหลอดต่างๆ ในคนปกติ กล้ามเนื้อเรียบกระเพาะจะมี periodic membrane depolarization จาก resting potential เรียกว่า "slow wave" โดยเชื่อว่ามาจาก deep muscular plexus ที่มีชื่อว่า interstitial cells of Cajal ทำหน้าที่เป็น pacemaker ซึ่งถ้าถึง threshold ก็จะทำให้เกิด "action potential" หรือ "spike" สำหรับ gastric pacemaker นั้นอยู่ที่บริเวณ greater curvature ซึ่งสามารถกระตุ้นการบีบตัวของกระเพาะได้ แต่อย่างไรก็ตาม ความถี่ของการบีบตัวก็ไม่สามารถมากไปกว่า slow wave (3 cycle / minute)

Fundus มีหน้าที่ เก็บกักอาหาร โดยจะขยายตัวเมื่อรับประทาน อาหาร (accommodation or receptive relaxation) ทำให้ความดันใน

กระเพาะไม่เพิ่มขึ้นหลังทานอาหาร การหดตัว (excitatory) ของ fundus อาศัย vagal cholinergic ส่วนการคลายตัว (inhibitory) ใช้ nonadrenergic, noncholinergic [NANC] neurone โดยปล่อย nitric oxide ซึ่งควบคุมโดย vagus nerve ด้วยเช่นกัน ในราย vagotomy นั้น accommodation และ phasic contraction อาจเสียไป ทำให้ liquid diet ผ่านกระเพาะไปอย่างรวดเร็วจนอาจเกิด "dumping syndrome" ในทางตรงกันข้าม solid food จะถูกส่งผ่านไปยังกระเพาะส่วนปลายเพื่อย่อยและส่งออกนอกกระเพาะได้ช้าลง ผู้ป่วยเบาหวานที่มี autonomic neuropathy อาจพบ abnormal postprandial proximal gastric accommodation and contraction ซึ่งอธิบาย prolonged lag phase ของ solid emptying ได้ นั่นคือต้องใช้เวลามากขึ้นหลังทานอาหาร จนถึงเวลาเริ่มต้นที่มีอาหารที่ย่อยแล้ว ออกจากกระเพาะอาหารเข้าสู่ลำไส้เล็ก นอกจากนี้ยังมีข้อมูลที่เชื่อได้ว่า gastric compliance ที่ลดลงจากความผิดปกติของ fundus (abnormal accommodation) เป็นสาเหตุหนึ่งของ non-ulcer dyspepsia ที่มีอาการแน่นท้อง

Antrum and antroduodenal coordination ทำหน้าที่คลุกเคล้า (mixing) บดอาหารให้ละเอียด (grinding/trituration) และส่งผ่านไปสู่อำไส้เล็ก (emptying) โดย solid food จะถูก antrum บดเข้ากับ pylorus ที่เปิดอยู่เพียงเล็กน้อย จนอาหารกลายเป็นขนาด 1-2 มม. จึงจะผ่าน pylorus ไปได้ สำหรับอาหารที่กระเพาะย่อยไม่ได้ (nondigestible solid particles) เช่น ผัก

จะค้างอยู่ รอจนกว่าจะมี phase III ของ migrating motor complex (MMC) ในช่วงอดอาหาร 2-3 ชั่วโมง (interdigestive or fasting stage) มาช่วยระบายสิ่งเหล่านี้ออกจากกระเพาะ ในผู้ป่วยเบาหวาน หรือ post vagotomy อาจไม่มี MMC จึงอาจมีอาหารเหล่านี้ค้างค้ำเป็นก้อนอยู่ในกระเพาะ (bezoar)

เชื่อว่ามิกลไกหลายอย่าง ดังต่อไปนี้ ที่ทำให้เกิด slow gastric emptying ได้ 1) Antral hypomotility, 2) Pylorospasm, 3) Antroduodenal uncoordination และ 4) Failure of proximal gastric contraction ซึ่งทำให้อาหารผ่านถึงกระเพาะส่วนปลายเพื่อบดย่อยได้ช้ากว่าปกติ

ในผู้ป่วยวิกฤต มีภาวะและปัจจัยหลายอย่างที่อาจก่อให้เกิด gastroparesis หรือ delayed gastric emptying ได้ (ดูตารางที่ 1) ผู้ป่วยหนักใน ICU อาจมีการเปลี่ยนแปลงของ hormones และ neurotransmitters ใน enteric nervous system รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของ extrinsic nervous control อาจส่งผลต่อ smooth muscle contraction ของทางเดินอาหาร โรคต่างๆ เช่น เบาหวาน โรคทาง metabolism และภาวะบางอย่าง มักเกิด slow gastric emptying เช่น ภาวะขาดเลือดที่ศีรษะร่วมกับความดันในกะโหลกศีรษะสูง¹⁰ สาร endotoxin ในภาวะ sepsis¹¹ และ corticotropin-releasing factor ในภาวะ stress¹² สามารถมีผลต่อ gastrointestinal motility และ delayed gastric emptying ได้ ยาหลายชนิดมีผลต่อการบีบตัวของทางเดินอาหาร (ดูตารางที่ 2) เช่น inotrope therapy มีผลต่อ abdominal ischemia

ทำให้ท้องอืด¹³ epidural morphine ก่อให้เกิด delayed gastric emptying¹⁴ ยาในกลุ่ม macrolide เช่น erythromycin หรือกลุ่ม cephalosporin ช่วยกระตุ้น gastric emptying¹⁵ ยาอื่นๆที่สำคัญคือ opiates, anticholinergics, antidepressants, และ alpha2-adrenergic agonist เป็นต้น

Clinical Manifestations^{6, 7, 16}

ผู้ป่วย gastric stasis จะมีอาการ คลื่นไส้ อาเจียน ทานแล้วอึดง่าย แน่นท้อง และน้ำหนักลด บางครั้งอาเจียน เป็นอาหารที่ย่อยมาหลายชั่วโมง ก่อน ส่วนมากจะมีปัญหาเกี่ยวกับการ feeding เช่น ทาง nasogastric tube โดยจะมี abdominal distention อาเจียน หรือมี content ในกระเพาะค้าง มาก่อนให้อาหารมื้อต่อไป ทำให้ผู้ป่วยต้องมีปัญหาทางโภชนาการ การฟื้นตัว และการติดเชื้อแทรกซ้อนในโรงพยาบาลตามมา ความเสี่ยงของการเกิด pulmonary aspiration จะมากขึ้นในผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่มี delayed gastric emptying เชื่อกันว่า bacterial colonization ที่ทางเดินหายใจ ในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ มาจากกระเพาะอาหารที่มีการบีบตัวน้อยลง¹⁷ และการติดเชื้อใน ICU เช่น systemic infection และ sepsis นั้น มีความสัมพันธ์กับเชื้อที่พบได้จากทางเดินอาหาร¹⁸

การตรวจร่างกาย ทางหน้าท้องอาจพบ epigastric distention กดเจ็บ แต่ไม่มี guarding หรือ rigidity บางรายอาจมี succession splash อาจพบอาการของโรคอื่นๆที่เป็นสาเหตุ เช่น progressive systemic sclerosis, amyloidosis, diabetes mellitus หรือโรคอื่นๆที่ทำให้ผู้ป่วยต้องอยู่ใน ICU

Scleroderma: พบว่า 95% ของผู้ป่วย ที่มีอาการทางกระเพาะและลำไส้เล็ก จะมีอาการทาง systemic เช่น ผิวน้ำแข็ง ปอด หรือ หลอดอาหารแล้ว โดยอาจพบ Raynaud's phenomenon, ผิวน้ำแข็ง, telangiectasia, small joint arthropathy, ตาแห้ง, หรือ coarse crepitation ที่ปอด การอาเจียนนั้น ควรแยกให้ออกว่าเป็น regurgitation ในผู้ป่วยกลืนลำบากจาก motor dysfunction ของหลอดอาหาร โดยจะรู้สึกว่ามีอาหารติดที่หน้าอก ส่วนใน gastroparesis จะอาเจียนเป็นอาหารที่ย่อยแล้วบางส่วนจากกระเพาะออกมา

ผู้ป่วยเบาหวานที่มี gastrointestinal manifestations ¹⁹ แล้ว มักมีภาวะแทรกซ้อนทาง จอประสาทตา ตา ไต หรือ ระบบประสาทมาแล้วประมาณ 5 ปี มีการศึกษาพบภาวะ gastric stasis เกิดได้พอกัน ในผู้ป่วย type I และ type II DM ²⁰ โดยภาวะ delayed gastric emptying นี้ อาจทำให้ การควบคุมน้ำตาลมีความยุ่งยากยิ่งขึ้น เช่น น้ำตาลต่ำเมื่อให้ insulin เนื่องจากอาหารไม่สามารถออกจากกระเพาะได้ในเวลาที่พอเหมาะต่อการออกฤทธิ์ของ insulin ^{6, 19}

Previous gastric surgery เช่น vagotomy, Billroth II gastrectomy, or fundoplication มักมี injury ต่อ vagus nerve ทั้งโดยตั้งใจ และไม่ตั้งใจ ทำให้เกิด gastric stasis โดยเฉพาะอย่างยิ่ง solid food ผู้ป่วยจะมีอาการแน่นท้อง อาเจียน เป็นๆหายๆ หรือ เรื้อรัง เบื่ออาหาร หรือ อิ่มเร็ว สามารถมีอาการได้เร็วหลังการผ่าตัดหรือเป็นในระยะยาว แต่สำหรับ

postoperative adhesion หรือ ภาวะอุดตันนั้น ผู้ป่วยจะมีอาการอาเจียน ท้องอืด และปวดท้องรุนแรง โดยการปวดท้องมักดีขึ้นภายหลัง การอาเจียน มีการระบายลม หรือ อุจจาระออกมาหลังจากการอุดตันคลายตัวลง

Neurologic disorders หลายชนิด (ดูรูปที่ 1) ทำให้เกิด gastrointestinal neuromuscular dysmotility ได้ โดยต้องอาศัยการแยกโรคทางเยื่อบุลำไส้ และการอุดกั้นของลำไส้ออกไปก่อน ผู้ป่วยอาจมีความผิดปกติที่

- 1) ระบบประสาทส่วนกลาง เช่น stroke หรือ multiple sclerosis
- 2) extrinsic neural control เช่น vagus nerve และ sympathetic pathway ในผู้ป่วยเบาหวาน
- 3) myenteric plexus disorders ดังนั้นควรถามประวัติ ตรวจร่างกาย รวมถึงการใช้ยาต่างๆในการรักษาโรคนั้นๆ เช่น anticholinergics, dopamine agonists เป็นต้น

Investigations ^{6, 8, 16, 21}

ในทางปฏิบัติจริงๆ ในผู้ป่วยวิกฤตใน ICU เป็นการยากที่จะส่งตรวจพิเศษ ดังจะกล่าวต่อไป แม้ว่าในปัจจุบันจะมี การตรวจ gastric emptying time แบบใหม่ที่ง่ายและสะดวกขึ้น เช่น ¹³C octanoic acid breath test ²² ซึ่งสะดวก ไม่มีปัญหาเรื่องรังสี ไม่ต้องใช้เครื่องมือข้างเตียงผู้ป่วยมากมาย และยังสามารถประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจได้ ²³ แต่ข้อจำกัดคือ การตรวจนี้ยังไม่เป็นที่แพร่หลายโดยทั่วไป

ในผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะวิกฤต ควรได้รับการตรวจเลือด เช่น CBC (hemoglobin, hematocrit), protein, albumin, TSH, chest x-ray และ plain abdomen ซึ่งอาจแสดงให้เห็นภาวะ gastric dilatation หรือ generalized ileus ได้ และควรแยก mechanical obstruction กับ mucosa disease ออกไป ด้วย contrast study หรือ การส่องกล้อง ถ้าปกติ จึงพิจารณาตรวจเพิ่มเติมต่อไปด้วยการวัด motor function เช่น gastric emptying time ของกระเพาะอาหาร ในรายที่ผิดปกติ (prolonged) และทราบต้นเหตุ ให้รักษาไปตามนั้น ถ้าไม่ทราบสาเหตุ อาจส่งตรวจ gastroduodenal manometry เพื่อดูว่ามีปัญหาทาง neuropathic หรือ myopathic หรือไม่ต่อไป

Gastric emptying study: scintigraphic gastric emptying study²⁴ เป็นวิธีมาตรฐานที่สุด ในการวัด gastric emptying ของ solid food แต่ไม่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยใน ICU โดยอาจใช้ breath test²² ดังกล่าวข้างต้นแทน ในที่ที่สามารถทำได้

การตรวจ gastric และ pyloric motor function นั้น อาจทำได้โดย ultrasonography²⁵ และ magnetic resonant²⁶ ซึ่งมี variation มากจากเครื่องมือและความชำนาญของผู้ตรวจแต่ละคน การตรวจด้วย gastroduodenal manometry สามารถบ่งบอกลักษณะบางอย่างของการบีบตัวของบริเวณ antrum, pylorus, และ upper small bowel ได้²⁷ เช่น ความผิดปกติแบบ neuropathy หรือ myopathy แต่การตรวจนี้ไม่สามารถวัด

การบีบตัวของกระเพาะส่วนต้นได้ (fundus) และเครื่องมือจะมีเฉพาะในสถาบันที่วิจัยเฉพาะทาง เท่านั้น

Electrogastrography สามารถบ่งบอกถึง electrical activity, gastric pacemaker และ rhythm ของกระเพาะอาหาร ซึ่งอาจอธิบายอาการคลื่นไส้อาเจียนได้ แต่ไม่สามารถแสดงผลต่อการบีบตัวที่แท้จริงของกระเพาะได้ พบการเปลี่ยนแปลงของ frequency (bradygastria, tachygastria, or mixed) และ amplitude ต่ำลงหลังรับประทานอาหาร ในผู้ป่วย idiopathic และ diabetic gastroparesis, anorexia nervosa, motion sickness, และภาวะอาเจียนมากในระหว่างการตั้งครรภ์

Autonomic function tests ใช้ในราย neuropathic disorder โดยอาจช่วยแยกว่าเป็น central หรือ peripheral process เช่น ถ้าสงสัย central causes อาจส่งตรวจ CT หรือ MRI ของสมองหรือ ไขสันหลังต่อไป

การรักษา ^{6, 7, 8, 9, 21}

Hydration and Nutrition⁶: ผู้ป่วยอาจมี dehydration หรือ electrolyte disturbances เช่น hypokalemia และ hypochloremic alkalosis สำหรับในรายที่เป็นเบาหวาน อาจทำให้ควบคุมน้ำตาลได้ยากขึ้น การให้สารน้ำและพลังงาน ควรใช้วิธีที่ง่ายและปลอดภัยที่สุด เช่น liquid diet ที่ใช้ liquidized or homogenized meal ที่เป็น protein โดยอาจละลายในนม ร่วมกับ liquid mineral and vitamin เนื่องจากพบว่าใน gastroparesis ที่มี delayed gastric emptying ของ solid food สามารถมี normal emptying ได้ถ้าให้ liquid diet แทน ในบางการศึกษาผู้ป่วย diabetic gastroparesis กลับพบ

ว่า gastric emptying ของ liquid diet เร็วกว่าในคนปกติเสียอีก²⁸ ไม่ควรใช้
สารอาหารที่มีไขมันสูงหรือหวานจัด เนื่องจาก acid, fat และ high
osmolarity เมื่อผ่านสู่ duodenum จะมี reflex inhibition ต่อ gastric
emptying^{6, 8, 21} ส่วน high fiber diet ซึ่งเป็น nondigestible food ใน
กระเพาะ นั้นไม่ควรให้ เนื่องจากต้องอาศัย phase III MMC (ซึ่งผู้ป่วยบาง
รายขาดหายไป) ในการขับออกจากกระเพาะอาหาร นอกจากนี้ การให้ยาแก้
อาเจียนชนิดก่อน อาจทำให้การให้อาหารง่ายขึ้น

ในกรณีที่ไม่สามารถให้อาหารทางกระเพาะได้จริงๆ อาจต้องใช้
jejunal feeding⁶ โดยใส่สายผ่านทาง percutaneous gastrostomy tube
อีกที่หนึ่ง หรือที่ตึกกว่านั้นคือ การทำ laparoscopic jejunostomy ผู้ป่วย
สามารถได้สารอาหารทางสายนี้ตลอดคืน และเวลากลางวันอาจทานอาหาร
ทางปากเองได้บ้าง ควรลองให้สารอาหารผ่านทาง nasojejunal tube ด้วย
อัตรา 80 ml/hr ก่อน เป็นเวลา 3 วัน ถ้ารับได้ดี ผู้ป่วยน่าจะสามารถรับ long-
term jejunal feeding ได้

สำหรับ diabetic gastroparesis นั้น เนื่องจากมีข้อมูลว่า การ
ทดลองที่ทำให้เกิด acute hyperglycemia ในคนปกติ²⁹ และในผู้ป่วยเบา
หวาน^{20, 29} ทำให้ gastric emptying แย่ลง ดังนั้น แม้ยังไม่มีการศึกษาที่แท้
จริงในขณะนี้ แต่เชื่อว่า การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ดี (euglycemia)
น่าจะช่วยผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้มีอาการที่ดีขึ้นได้

Prokinetic Medication Therapy^{7,9} ยังไม่มียาตัวใดที่ให้ผลดีอย่างแน่นอน
ในขณะนี้ ซึ่งยาที่ดี ควรจะได้ผลดี ราคาถูก ผลแทรกซ้อนน้อย ปลอดภัย และ
ควรมี รูปแบบที่ใช้ฉีดได้ด้วย (ดูตารางที่ 3)

Erythromycin ให้ทางเส้นเลือดดำ 1-3 mg/kg ทุก 8 ชั่วโมง สามารถกระตุ้น
กระเพาะอาหารให้บีบตัวแรงขึ้นได้ (high-amplitude gastric propulsive
contraction) โดยผ่านทาง motilin receptor ซึ่งกระตุ้น smooth muscle
และ myenteric plexus ก่อให้เกิด migrating motor complex การบีบตัวจะ
มาก คือเป็นแบบ lumen-occluding antral contraction ทำให้สารอาหารที่
ค้างค้าง และ nondigestible materials ถูกขับออกจากกระเพาะ มีการศึกษา
ในผู้ป่วย diabetic gastroparesis ที่ได้ intravenous erythromycin พบว่า
สามารถเร่ง gastric emptying ได้ดี ทั้ง solid และ liquid meal³⁰ (ดูรูปที่ 2)
มักใช้ยานี้ในผู้ป่วยที่เริ่มมีปัญหา เช่น ใน ICU เมื่อได้ผลแล้ว สามารถให้รับ
ประทาน erythromycin 250 mg วันละ 3-4 ครั้งต่อไป ข้อเสียคือ ผู้ป่วยมักมี
tachyphylaxis คือ มีการตอบสนองน้อยลงเมื่อให้ยาไปประมาณ 5-7 วัน
นอกจากนี้ การให้ erythromycin สามารถเพิ่มความสำเร็จของการใส่
nasointestinal tube ได้มากขึ้น ในความพยายามที่จะให้สารอาหารผ่านทาง
ลำไส้ โดยสายอาหารโดยตรง

Metoclopramide ให้ทางหลอดเลือดดำ มีกลไก 1) เป็น 5-HT₄ receptor
agonist ช่วยทำให้ 1) myenteric plexus เพิ่ม cholinergic transmission
2) เป็น dopamine D₂ receptor antagonist และ 3) กระตุ้นกล้ามเนื้อเรียบ
โดยตรง และมีผลบางส่วนเป็น 5-HT₃ receptor antagonist ยานี้มีผลลด

อาการคลื่นไส้ อาเจียน และเพิ่มการบีบตัวของทางเดินอาหารส่วนบน แต่มีความเสี่ยงต่อ extrapyramidal side effect และ Tardive dyskinesia ทำให้ความนิยมลดน้อยลง

Domperidone เป็น peripheral dopamine D_2 receptor antagonist ในทางเดินอาหาร ออกฤทธิ์คล้าย metoclopramide แต่มีผลแทรกซ้อนทางประสาทส่วนกลางน้อยกว่า เนื่องจากไม่ผ่าน blood brain barrier การเพิ่มการบีบตัวไม่ได้ผ่านทาง $5-HT_4$ receptor และไม่มีฤทธิ์กด การอาเจียนที่ผ่านทาง $5-HT_3$ receptor antagonist แบบ metoclopramide แต่สามารถลดการอาเจียนได้โดยผ่านทาง chemoreceptor trigger zone ซึ่งอยู่นอก blood brain barrier ยานี้ไม่มีรูปแบบยาฉีด จึงทำให้ไม่สะดวกในการใช้

Cisapride เป็น $5-HT_4$ receptor agonist กระตุ้นการหลั่ง acetylcholine จาก myenteric plexus ทำให้เกิดการบีบตัวของทางเดินอาหาร และอาจมีผลลดอาการคลื่นไส้ อาเจียนผ่านทาง $5-HT_3$ antagonist ยานี้สามารถกระตุ้นการบีบตัวของทางเดินอาหารเกือบทุกส่วน เพิ่ม lower esophageal sphincter pressure โดยไม่กระตุ้น esophageal peristalsis ขนาดที่ใช้คือ 10-20 mg t.i.d. 30 นาที ก่อนทานอาหาร มีการศึกษาพบว่า cisapride เร่ง gastric emptying ทั้ง solid และ liquid meal ในภาวะ gastric stasis ต่างๆ³¹ และพบว่าประสิทธิผลของยายังคงอยู่หลังให้รักษาอย่างต่อเนื่องถึง 1 ปี³² ข้อควรระวัง คือไม่ควรใช้ยานี้ร่วมกับยาอื่นๆอีก หลายชนิด รวมทั้ง

erythromycin ซึ่งจะมีความเสี่ยงของการเกิด cardiac dysrhythmia (Torsades de pointes)

การผ่าตัด มีข้อบ่งชี้เล็กน้อยมาก ในผู้ป่วย gastric stasis ที่ไม่มีภาวะการอุดตัน แต่อาจมีที่ใช้บ้างใน 1) ช่วย decompression เช่น venting gastrostomy or jejunostomy เพื่อระบายลมออก ในรายท้องอืดมากและรักษาไม่ได้ผล หรือ 2) ในบางรายที่จำเป็นต้องทำ subtotal gastrectomy ในผู้ป่วยที่เคยทำ partial gastrectomy แล้วเกิด gastric stasis ตามมา

ตารางที่ 1 แสดงภาวะต่างๆ ที่ทำให้ Gastric emptying ของผู้ป่วยภาวะวิกฤตแย่ลง

Premorbid diagnosis

- Diabetic mellitus
- Previous vagotomy
- Systemic sclerosis
- Chronic intestinal pseudo-obstruction
- Myopathies/dermatomyositis

Admission diagnoses

- Head injury
- Burns
- Extensive abdominal surgery to trauma
- Spinal cord injury
- Pancreatitis

Biochemical abnormalities

- Hypoglycemia
- Hypokalemia

Drugs

- Opiates (morphine/pethidine)
- Anticholinergics

Stress

- Pain
 - Sepsis
-

ตารางที่ 2 ผลของยาต่างๆที่มีต่อ Gastric emptying

Delays Gastric Emptying	<i>Progesterone</i>
Alcohol (high concentration)	Propantheline bromide
Aluminum hydroxide antacids	Sucralfate
Atropine	Tetrahydrocannabinol
Beta-agonist	Tobacco
Calcitonin	Tricyclic antidepressants
Calcium channel blockers	<i>Accelerates Gastric Emptying</i>
Dexfenfluramine	Beta-blockers
Diphenhydramine	Cisapride
Glucagon	Diazepam
Interleukin-1	Domperidone
L-dopa	Erythromycin
Lithium	H ₂ -receptor antagonist
Omeprazole	Metoclopramide
Ondansetron	Naloxone
Opiates	Prostaglandin E ₂
Phenothiazine	

ตารางที่ 3 ยาต่างๆที่ใช้ในการกระตุ้นการบีบตัวของกระเพาะอาหาร

Medication	Mechanism(s) of action	Dosage
Metoclopramide	Dopamine receptor antagonist Stimulate acetylcholine release from enteric nerves	5-20 mg qid
Cisapride	5-HT ₃ receptor antagonist Stimulate acetylcholine release from enteric nerves	5-20 mg tid or qid
Domperidone	Direct stimulant of smooth muscle contraction	

Erythromycin	5-HT ₄ receptor agonist	50-200 mg qid
	5-HT ₃ receptor antagonist	
	Motilin receptor agonist	
	Peripheral dopamine receptor antagonist (does not cross blood-brain barrier)	
Bethanechol	Muscarinic receptor agonist	25 mg qid

References:

1. Heyland DK. Nutritional support in the critically ill patient. Crit Care Clin 1998;14:423-40
2. Hayland DK, Cook DJ, Guyatt GH. Enteral nutrition in the critically ill patient: A critical review of the evidence. Intensive Care Med 1993;19:435-42
3. Heyland DK, Cook DJ, Winder B, et al. Enteral nutrition in the critically ill patient: A prospective survey. Crit Care Med 1995;23:1055-60
4. Kao CH, Changlai SP, Chieng PU, et al. Gastric emptying in head-injured patients Am J Gastroenterol 1998;93:1108-12
5. Weisbrodt N. Gastric emptying. In Johnson LR (editor) Gastrointestinal physiology, fifth edition, 1997, Mosby
6. Camilleri M, Prather CM. Gastric motor physiology and motor disorders. In Sleisenger & Fordtran's Gastrointestinal and liver

- diseases. Pathophysiology, diagnosis, and management. page 572-86. Sixth edition, 1998, W.B. Saunders
7. Hasler WL. Disorders of gastric emptying. In Yamada T. (editor) Textbook of gastroenterology. page 1341-69. Third edition, 1999, Lippincott Williams & Wilkins
 8. Koch KL. Gastrointestinal motility. In Wilcox CM. (editor) DDSEP II (Digestive diseases self-education program) page 75-116. American Gastroenterological Association, 2000
 9. Champion MC. Treatment of gastroparesis. In Champion MC, Orr WC. (editor) Evolving concepts in gastrointestinal motility. 1996, page 108-147. Blackwell Science
 10. McArthur CJ, Gin T, McLaren IM, et al. Gastric emptying following brain injury: Effect of choice of sedation and intracranial pressure. Intensive Care Med 1995;21:573-6
 11. Cullen JJ, Caropreso DK, Hemann JJ, et al. Pathophysiology of adynamic ileus. Dig Dis Sci 1997;42:731-7
 12. Coskun T, Bozkurt A, Alican I, et al. Pathways mediating CRF-induced inhibition of gastric emptying in rats. Regul Pept 1997;69:113-20

13. Pan HL, Zeisse ZB, Longhurst JC. Mechanical stimulation is not responsible for activation for gastrointestinal afferents during ischemia. *Am J Physiol* 1997;272:H99-106
14. Thoren T, Tanghoj H, Wattwil M, et al. Epidural morphine delays gastric emptying and small intestinal transit in volunteers. *Acta Anaesthesiol Scand* 1989;33:174-80
15. Kuo WH, Wadwa KS, Ferris CD. Cephalosporin antibiotics accelerate gastric emptying in mice. *Dig Dis Sci* 1998;43:1690-4
16. Moore JG. Gastroparesis: Pathogenesis and evaluation. In Champion MC, Orr WC. (editor) *Evolving concepts in gastrointestinal motility*. 1996, page 87-107. Blackwell Science
17. Inglis TJ, Lim EW, Lee GS, et al. Endogenous source of bacteria in tracheal tube and proximal ventilator breathing system in intensive care patients. *Br J Anaesth* 1998;80:41-5
18. Marshall JC, Christou NV, Meakins JL. The gastrointestinal tract. The "undrainrd abscess" of multiple organ failure. *Ann Surg* 1993;218:111-9
19. Camilleri M. Gastrointestinal problems in diabetes. *Endroc Metabol Clin N Amer* 1996;25:361-8

20. Horowitz M, Harding PE, Maddox AF, et al. Gastric and esophageal emptying in patients with type 2 (non-insulin-dependent) diabetes mellitus. *Diabetologia* 1989;32:151
21. Quigley EM. Gastric and small intestinal motility in health and disease. *Gastro Clin N Amer* 1996;113-146
22. Choi MG, Camilleri M, Burton D, et al. ¹³C octanoic acid breath test for gastric emptying of solid: Accuracy, reproducibility, and comparison with scintigraphy. *Gastroenterology* 1997;112:1155-62
23. Barnert J, Dumitrascu D, Neeser G, et al. Gastric emptying of a liquid meal in intensive care unit patients. *Gastroenterology* 1998;114:A865
24. Thomforde GN, Camilleri M, Phillips SF, et al. Evaluation of inexpensive screening scintigraphic test of gastric emptying. *J Nucl Med* 1995;36:93
25. Horowitz M, Fraser RJ. Gastroparesis: diagnosis and management. *Scand J Gastroenterol* 1995;(suppl)213:7-16
26. Schwizer W, Fraser R, Borovicka J, et al. Management of proximal and distal gastric motility with magnetic resonance imaging. *Am J Physiol* 1996;G217-22

27. Dive A, Moulart M, Jonard P, et al. Gastroduodenal motility in mechanically ventilated critically ill patients: A manometric study. *Crit Care Med* 1994;22:441-7
28. Frank JW, Saslow SB, Camilleri M, et al. Mechanism of accelerated gastric emptying of liquid and hyperglycemia in patients type II diabetes mellitus. *Gastroenterology* 1995;109:755
29. Fraser R, Horowitz M, Dent J. Hyperglycemia stimulate pyloric motility in normal subjects. *Gut* 1991;32:475
30. Urbain JL, Vantrappen G, Janssens J, et al. Intravenous erythromycin dramatically accelerates gastric emptying in gastroparesis diabeticorum and normals and abolishes the emptying discrimination between solids and liquids. *J Nucl Med* 1990;31:1490
31. Jian R, Ducrot F, Ruskone A, et al. Symptomatic, radionuclide, and therapeutic assessment of chronic idiopathic dyspepsia: A double-blind placebo-controlled evaluation of cisapride. *Dig Dis Sci* 1989;34:657
32. Abell T, Camilleri M, DiMagno EP, et al. Long-term efficacy of oral cisapride in symptomatic upper gut dysmotility. *Dig Dis Sci* 1991;36:616

3. Feeding problems in ICU Ileus



พ.ท.นพ.มงคล หงษ์ศิรินิรชร

แผนกโรคระบบทางเดินอาหารและโรค รพ.พระมงกุฎเกล้า

Ileus คือความผิดปกติจากการยับยั้ง Motor activity ของลำไส้ ส่งผลให้ลำไส้ไม่สามารถบีบตัวเพื่อส่งมวลสารเคลื่อนที่ภายในลำไส้ (Intestinal content) โดยปราศจากการอุดตัน (Mechanical obstruction) อาจมีผู้ใช้คำว่า Functional obstruction, Paralytic ileus, Adynamic ileus หรือ Motor paralysis (paresis) ซึ่งเป็นคำที่ให้ความหมายดีที่สุด ขณะที่ Pseudo-obstruction เป็นกลุ่มอาการทางคลินิกที่มีการขยายตัวของลำไส้โดยปราศจากการอุดตัน และคำว่า Toxic megacolon นั้น จัดเป็นรูปแบบหนึ่งของ ileus ที่มีการอักเสบอย่างรุนแรงของลำไส้ใหญ่จนกระทบต่อระบบการป้องกันของผนังลำไส้ ก่อให้เกิดสารพิษเข้าสู่กระแสเลือด

ในผู้ป่วยวิกฤต มักจะมีปัจจัยหลายอย่างที่มากกระทบต่อโครงสร้างและการทำงานของทางเดินอาหาร (Gut barrier) เช่น ภาวะขาดเลือดที่มา

เลี้ยงลำไส้ การอักเสบของเยื่อบุตลดจนความผิดปกติในการบีบตัวของลำไส้ นำมาสู่การเพิ่มจำนวนของเชื้อแบคทีเรีย นอกจากนี้ยังมียาต่างๆ ที่มีฤทธิ์ข้างเคียงทำให้เกิดความผิดปกติในการบีบตัวของลำไส้ มียาปฏิชีวนะหลายชนิดที่ทำให้เชื้อแบคทีเรียในลำไส้เปลี่ยนไป ผลกระทบดังกล่าว นอกจากจะก่อให้เกิดความผิดปกติในการย่อยอาหารและการดูดซึมแล้ว ยังทำให้การป้องกันของผนังลำไส้สูญเสียไป เกิดการติดเชื้อรุนแรงได้ในที่สุด

อุบัติการณ์

Ileus พบมากกว่า 20% ในผู้ป่วยวิกฤต และกว่า 9% ของผู้ป่วยที่มีปัญหาการให้อาหารทางปากหรือสายยาง⁽¹⁾ พบ 100% ในการผ่าตัด Abdominal aortic aneurysm⁽²⁾

ปัจจัยชักนำ

ปัจจัยชักนำที่พบบ่อยคือ ภาวะหลังการผ่าตัด (Postoperative ileus) ซึ่งมักเกิดจากยาดมสลบรวมทั้งยาในกลุ่ม Opioid โดยปกติลำไส้เล็กจะเริ่มทำงานใน 3-6 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ตามด้วยกระเพาะอาหารจะเริ่มบีบตัวใน 24 ชั่วโมง จนถึงลำไส้ใหญ่ซึ่งต้องใช้เวลา 2-3 วัน เมื่อใดก็ตามที่ Postoperative ileus นานเกิน 3-4 วัน ให้ถือว่าเป็น Complication หลังการผ่าตัด (Paralytic ileus) การใช้ Epidural anesthesia ไม่ก่อให้เกิด Ileus เนื่องจากเป็นการ Block sympathetic nerve เท่านั้น สาเหตุอื่นๆของ ileus ดังตารางที่ 1

พยาธิสรีรวิทยา⁽³⁾

กลไกของการเกิด Ileus ยังไม่เป็นที่เข้าใจอย่างแน่ชัด ภาวะ Sympathetic overactivity เป็นสิ่งที่พบและก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่างๆ คือ

1. การลดลงของปริมาณเลือดที่มาเลี้ยงลำไส้จากการตีบหรือหลอดเลือดแดงอุดตัน
2. การเพิ่มจำนวนของแบคทีเรียในลำไส้ (Bacterial over growth)
3. การเปลี่ยนแปลงของสารน้ำในลำไส้เนื่องปัญหาในการย่อยและการดูดซึมอาหาร
4. การเพิ่มของลมในลำไส้
5. ความผิดปกติทางดุลน้ำและเกลือแร่

โรคหรือภาวะที่พบ ileus ได้บ่อย ได้แก่ เบาหวาน Sepsis⁽⁴⁾ จาก endotoxin ผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้ inotropic drug⁽⁵⁾ ยาอื่นๆที่ใช้กันมากในหอผู้ป่วยวิกฤต (ICU) คือ Morphine

ตารางที่ 1 สาเหตุของ Ileus

1. ภาวะหลังผ่าตัด
 2. Electrolyte derangements ได้แก่ Hypokalemia, Hyponatremia, Hypomagnesemia รวมทั้ง Hypermagnesemia
 3. ยาต่างๆ เช่น Phenothiazines, Opiate narcotics, Diltiazem, Verapamil, Clozapine, Anticholinergic agents ฯลฯ
 4. การอักเสบภายในช่องท้อง ได้แก่ Acute appendicitis, Acute diverticulitis, Perforated duodenal ulcer
 5. Retroperitoneal hemorrhage จาก Ruptured abdominal aortic aneurysm,
-

Lumbar compression fracture

6. Retroperitoneal inflammation/injection ได้แก่ Acute pancreatitis, Renal lithiasis, Pyelonephritis
 7. ภาวะลำไส้ขาดเลือด ได้แก่ Mesenteric embolus, Chronic mesenteric ischemia และ Mesenteric thrombosis
 8. Thoracic processes เช่น Lower rib fractures, Lower lobe pneumonias, Myocardial infarction
 9. Systemic sepsis
-

อาการทางคลินิก

ผู้ป่วยจะมีอาการต่างๆคือ ท้องอืด คลื่นไส้อาเจียนซึ่งมักเกิดจาก Bile reflux ไม่ถ่ายอุจจาระหรือผายลม (Obstipation) อาการอึดแน่นท้องใน ileus มักจะเกิดทั่วท้อง (poor localized discomfort) ซึ่งแยกออกจาก Mechanical obstruction ได้ยาก ในผู้ป่วยที่มี ileus ร่วมกับการอักเสบในช่องท้อง เช่น Acute appendicitis, diverticulitis มักมีอาการรุนแรงโดยจะมีอาการปวดท้องเฉพาะที่ได้ การตรวจร่างกายมักจะฟังไม่ได้ยิน Bowel sound หรือได้ยินน้อยมาก ต่างจาก Mechanical obstruction ที่ฟังได้เสียง "rushes and tinkles" ซึ่งเป็นเสียงสูง Hyperactive bowel sound และ เสียงก๊ากชออยู่ในลำไส้ (Borborygmi) สิ่งสำคัญที่สุดก็คือเมื่อพบภาวะนี้แล้วต้องหาสาเหตุเสมอ

การตรวจภาพถ่ายทางรังสี

ควรถ่ายภาพทางรังสีทรวงอกร่วมกับช่องท้องในท่านั่งและท่านอน ใน ileus จะพบว่ามึลมนในลำไส้กระจายอยู่ทั่วไป (Diffuse bowel distension)

ในกรณีที่มีการอักเสบในช่องท้องจะพบว่ามึลเฉพาะที่ได้ร่วมกับการหนาตัวของผนังลำไส้ เช่น Sentinel loop ใน ไล้ติ่งอักเสบหรือตับอ่อนอักเสบ สำหรับ "Stepladder air-fluid level" พบได้ทั้งใน ileus และ mechanical obstruction ควรพิจารณาใช้ Water-soluble contrast enema

การวินิจฉัยแยกโรค

Ileus เป็นภาวะที่ต้องแยกออกจาก Mechanical obstruction เนื่องจากความแตกต่างในการการบำบัดรักษา ส่วนใหญ่ต้องใช้อาการทางคลินิก ร่วมกับการถ่ายภาพทางรังสีช่องท้อง (Plain abdomen) ซึ่งอาจต้องใช้ Contrast study ในการตรวจวินิจฉัย Mechanical obstruction

การรักษา

ในการรักษา Ileus คือต้องค้นหาและแก้ไขโรคที่เป็นอยู่เดิม ส่วนใหญ่ใช้ Conservative treatment หลีกเลี่ยงยาที่ทำให้เกิดภาวะนี้ ในการรักษาประกอบด้วย

1. Fluid replacement โดยการแก้ไขการเสียดูลน้ำและเกลือแร่ การบันทึก น้ำเข้า-น้ำออก สำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีไข้หรือไตวายให้น้ำเข้าประมาณ 1,500-2,500 ซีซีต่อวัน ในผู้ป่วยโรคหัวใจหรือโรคไตควรใช้ Invasive monitor
2. Intestinal decompression ใช้ใน Acute stage เนื่องจากภาวะนี้มีความเสี่ยงต่อการสำลักน้ำย่อยเข้าสู่ปอดได้ง่าย การใส่ NG tube suction ร่วมกับการงดอาหารทางปากเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง

3. Non-surgical management มีรายงานการใช้ Prokinetic agents เช่น Cisapride, erythromycin แต่ยังไม่เป็นที่น่าพอใจนัก เนื่องจากผู้ป่วยยังคงได้รับการให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำเป็นส่วนใหญ่ เมื่อเร็วๆ นี้มีการศึกษาระยะ 2 โดยใช้ Adolor's lead compound (ADL-8-2698) 12 มก. วันละ 2 ครั้ง สำหรับรักษา Opioid-induced bowel dysfunction และ postoperative ileus ในผู้ป่วย 20 ราย พบว่ายานี้สามารถป้องกันและรักษาภาวะต่างๆ เหล่านี้ได้ ในลักษณะ dose dependent โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ตอบสนองภายใน 16 ชั่วโมง ไม่พบว่าการต้านฤทธิ์แก้ปวดของ Opioid แต่อย่างใด ส่วนฤทธิ์ข้างเคียงที่อาจพบได้คือ diarrhea ถ้าให้ในขนาดสูง

ภาวะแทรกซ้อน

ที่สำคัญ คือ Bowel infarction เป็นผลให้ผู้ป่วยเกิด peritonitis หรืออาจเสียชีวิตได้

References

1. Stechmiller J., Treloar DM., Derrico D. et al. Interruption of enteral feedings in headinjury patients. J Neurosci Nurs 1994; 26: 224-229
2. Barclay ML., Fraser R., Tournadre J-P. et al. Small intestinal and gastric motility in patients in the intensive care unit following

- elective abdominal aortic aneurysm repair. *Gastroenterol* 1997; 112: A694
3. Summers RW. Approach to the patient with ileus and obstruction. In: Yamada T, ed. *Text book Gastroenterology*, 3rd ed. New York: Lippincott Williams & Wilkins, 1999: 842-58
 4. Cullen JJ., Caropreso DK., Hemann LL. Et al. Pathophysiology of adynamic ileus. *Dig Dis Sci* 1997; 42: 731-737.
 5. Pan HL., Zeisse ZB., Longhurst JC. Mechanical stimulation is not responsible for activation of gastrointestinal afferents during ischemia. *Am J Physiol*. 1997 Jan;272(1 Pt 2):H99-106.
 6. Adolor's opioid narcotic antagonist completes phase II trials for two indications. *Gastroenterol* July, 02 2001

4. Clostridium Difficile Associated Diarrhea and Colitis



พญ.จันทรรุ่ง สิทธิพงศ์
แผนกอายุรกรรม รพ.ราชวิถี

ภาวะท้องเสียและลำไส้อักเสบเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยจากการได้รับยาปฏิชีวนะ สาเหตุที่พบบ่อยเกิดจาก เชื้อ Clostridium difficile ซึ่งพบเป็นสาเหตุร้อยละ 15 – 20 ^{1,2}

เชื้อ Clostridium difficile เป็น Gram positive , anaerobic , spore-forming bacteria สามารถสร้าง toxin ได้ 2 ชนิด คือ enterotoxin (toxin A) และ cytotoxin (toxin B) toxin ทั้ง 2 ชนิดเป็นตัวก่อให้เกิดโรค ⁽³⁾

เชื้อ C.difficile สามารถอยู่ในสิ่งแวดล้อมทั่วไปในรูปของ spore โดยอยู่ได้เป็นอาทิตย์ หรือเป็นเดือน ปกติ normal flora ในลำไส้สามารถป้องกันการ colonization ของเชื้อ C.difficile ได้ แต่เมื่อได้รับ antibiotic ซึ่งไปยับยั้งหรือทำลาย normal flora เมื่อได้รับเชื้อ C.difficile ทาง fecal-oral route จะทำให้เกิด colonization spore ของเชื้อ C.difficile และเพิ่มจำนวนในลำไส้ใหญ่ เชื้อสร้าง toxin A และ B toxin A เป็น chemo attractant

สำหรับ neutrophils และ activates macrophage และ mast cell , มีผลต่อ intestinal mucosa เกิด inflammation , epithelial cell necrosis , เพิ่ม permeability , fluid secretion³

Risk factor ของการเกิด C.difficile diarrhea ที่สำคัญคือ จำนวนของ antibiotic และ ระยะเวลาที่ได้รับ antibiotic ถ้ามากปัจจัยเสี่ยงยิ่งมากขึ้น ปัจจัยเสี่ยงอื่นๆคือ อายุมากกว่า 60 ปี , Irradiation, renal failure, obstructive pulmonary disease, malignancies(esp. hematologic), mechanical bowel cleansing, enteric infection, enteral feeding, การอยู่ใน intensive care unit, impair host-immune defenses, malnutrition, immunosuppressive medication, chemotherapy⁴⁻⁶

ภาวะอุจจาระร่วงจากเชื้อ C.difficile มีสาเหตุส่วนใหญ่เป็นจากยาปฏิชีวนะ สาเหตุอื่น ๆ ที่พบได้คือยาเคมีบำบัด⁷ ส่วนยาอื่น ๆ ที่มีรายงานทำให้เกิดภาวะนี้คือ albendazole⁸ และ diclofenac⁹⁻¹⁰

ยาปฏิชีวนะ

Antibiotic เกือบทุกชนิดสามารถทำให้เกิดการติดเชื้อ C.difficile ได้ โดยเฉพาะยาในกลุ่ม broad-spectrum antibiotic ตัวอย่างเช่น

Most common: Ampicillin

Amoxicillin

Cephalosporins

Clindamycin

Less common: Tetracyclines

Sulfonamide

Erythromycin

Trimetroprim

Quinolones

Rare: Parentrral aminoglycosides

Bacitracin

Metronidazole

Vancomycin

ยาเคมีบำบัด⁷

มีรายงานว่าทำให้เกิดภาวะอุจจาระร่วงจากเชื้อ C.difficile ได้แก่ยา
กลุ่ม Antimetabolite เช่น Methotrexate , Fluorouracil , กลุ่ม Alkylating
เช่น cyclophosphamide , chlorambucil , ยากลุ่ม chemotherapeutic
antibiotics เช่น Doxorubicin

อาการทางคลินิก

Typical manifestations ของ Clostridium difficile diarrhea คือมี
อาการปวดท้อง , ถ่ายเหลว สีเขียวปนมูก, กลิ่นเหม็น, ถ่ายเป็นน้ำ , มีไข้ต่ำ ๆ
และมี leukocytosis^{1,2,3,5}

อาการมีความรุนแรงแตกต่างกันได้ ดังนี้

Asymptomatic carriage

พบเชื้อนี้ในอุจจาระของผู้ใหญ่สุขภาพดีได้ร้อยละ 5 และในเด็กทารกสุขภาพดี ร้อยละ 50 และผู้ป่วยในโรงพยาบาลร้อยละ 20 – 30 แต่ไม่มีอาการแสดงใด ๆ ปัจจุบันยังไม่แนะนำให้รักษาพาหะที่ไม่มีอาการ¹¹

Mild – Moderate colitis

มีอาการถ่ายเหลว ปวดท้องน้อยเป็นพัก ๆ ไม่มีไข้ หรืออาการทาง systemic ตรวจร่างกายมักปกติ ตรวจพบ C.difficile toxins ในอุจจาระ การทำ sigmoidoscope มักปกติ

Severe colitis without pseudomembranous formation

มีอาการถ่ายเหลวมาก ปวดท้อง ท้องอืด มีไข้ และอาการทาง systemic มักมีไข้มากกว่า 40°C, คลื่นไส้ , อาเจียน มี leukocytosis มักสูงมากกว่า 50,000 per ml ตรวจอุจจาระพบเม็ดเลือดและเม็ดเลือดแดง การทำ sigmoidoscope พบมักมีลักษณะ diffuse or patchy nonspecific colitis¹⁻³

Pseudomembranous colitis

อาการเหมือนกลุ่ม Severe colitis แต่อาจรุนแรงกว่า
การทำ sigmoidoscope หรือ colonoscope พบลักษณะเป็น raised , yellowish nodules หรือ plaque – like pseudomembranous มักมี skip area ของ normal mucosa , nodule มีขนาดประมาณ 2 – 10 mm. ในรายที่มีอาการรุนแรง plaque จะรวมกันคลุมพื้นที่ส่วนใหญ่ของ

mucosa¹⁻³ ตำแหน่งที่พบบ่อยมักเป็นที่ rectum และ sigmoid แต่มีร้อยละ 10 ที่พบ lesion เฉพาะที่ proximal colon^{12,13}

การวินิจฉัย

ตารางที่ 1 แสดงถึง Practice Guideline for diagnosis of clostridium difficile Diarrhea syndromes²³

1. การวินิจฉัย ควรทำในรายที่สงสัยกับผู้ป่วยท้องเสียที่มีประวัติการได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 2 เดือน ก่อนหน้านั้น และ/หรือ ผู้ป่วยที่มีอาการท้องเสียหลังได้รับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเกิน 72 ชั่วโมง
 2. เก็บ single stool specimen ส่งตรวจหา C.difficile toxin
 3. ถ้าผลการตรวจ C.difficile toxin เป็นลบ แต่ผู้ป่วยยังมีอาการท้องเสียให้ส่งอุจจาระตรวจหา C.difficile toxin อีกครั้ง โดยอาจทำ test เดิม หรือ test ที่แตกต่างกัน
 4. จะตรวจทาง Endoscopes เมื่อต้องการการวินิจฉัยที่รวดเร็ว หรือในผู้ป่วยที่มี ileus ไม่สามารถเก็บอุจจาระได้ หรือเมื่อสงสัยว่าเป็นโรคอื่น
-

การวินิจฉัยทาง Endoscopes เพื่อตัดชิ้นเนื้อในบริเวณที่สงสัย เป็นวิธีที่ดีและทำได้รวดเร็ว แต่ค่าใช้จ่ายในการทำ endoscopes ค่อนข้างสูง การพบ Pseudomembranous colitis พบได้ไม่บ่อยแต่เป็นลักษณะเฉพาะ

ของ C.difficile infection อย่างไรก็ตาม ควรทำ Endoscopes เมื่อต้องการ การวินิจฉัยที่รวดเร็ว หรือไม่สามารถตรวจโดยวิธี noninvasive อื่น ๆ⁶

cytotoxin assay โดยใช้ tissue culture เป็น gold standard ของ การวินิจฉัยเป็นวิธีที่มี Sensitivity สูงที่สุด และความจำเพาะสูง ประมาณ 99% แต่การทดสอบนี้มีราคาแพง ใช้เวลาหลายวันและไม่สามารถส่งตรวจ ได้ทั่วไป

การทดสอบอื่นที่ทำได้ คือ enzyme immunoassay และ toxin – culture assays

Enzyme immunoassay เป็นการตรวจ monoclonal หรือ polyclonal antibody ที่จำเพาะต่อ toxin A และ/หรือ B ใช้กันแพร่หลาย มีความจำเพาะค่อนข้างสูง แต่มี False negative ได้ประมาณ 10 – 20% สามารถรู้ผลการตรวจภายในเวลารวดเร็ว^{15,16}

Toxin culture assay ทำโดย culture stool ใน media เฉพาะและ แยก colony ออกมาตรวจหา toxin เพื่อ identify toxigenic strains ข้อดีคือ ถ้าทำถูกวิธีจะมี sensitivity สูงมาก แต่ใช้เวลานาน 3 – 4 วัน และไม่มีใช้กัน ทั่วไป^{16,17}

การรักษา

ในรายที่อาการไม่รุนแรง ให้การรักษาแบบประคับประคองคือการให้ สารน้ำเกลือแร่ หยุดยาปฏิชีวนะที่กำลังได้รับหรือถ้าจำเป็นต้องให้ยาปฏิชีวนะ ควรเปลี่ยนเป็นตัวอื่นที่เหมาะสม หลีกเลี่ยงการใช้ยา Antiperistalsis

ในรายที่อาการรุนแรงหรือไม่ตอบสนองต่อการรักษาแบบประคับประคอง และวินิจฉัยว่าเป็น *C.difficile* diarrhea ควรให้การรักษาแบบจำเพาะ โดยการให้ยา metronidazole หรือ vancomycin ขนาดที่ใช้คือ oral metronidazole 500 mg วันละ 3 ครั้ง หรือ 250 mg วันละ 4 ครั้ง

oral vancomycin 125 mg วันละ 4 ครั้ง เป็นเวลา 10 วัน พบว่ายา ทั้ง 2 ชนิด มี efficacy ไม่แตกต่างกัน^{18,19} แต่ราคาของ vancomycin นั้น สูงกว่ามาก ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถทานได้ มีความจำเป็นต้องให้ยาทางเส้นเลือด ให้ใช้ metronidazole 500 – 750 mg วันละ 3 – 4 ครั้ง

มีข้อห้ามใช้ยา metronidazole ในหญิงตั้งครรภ์และเด็ก ในผู้ป่วยที่มี ileus ควรใช้ high dose oral vancomycin 500 mg วันละ 4 ครั้ง หรือ อาจให้การรักษาโดยให้ยา vancomycin หรือ metronidazole ผ่านทาง pigtail catheter เข้าไปใน cecum หรือ ileostomy^{2,19}

ยาอื่น ๆ ที่ใช้ได้แต่ผลไม่ดีเท่า metronidazole หรือ vancomycin คือ bacitracin , teicoplanin , cholestyramine , colestipol

ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะตอบสนองต่อการรักษาด้วย vancomycin หรือ metronidazole ในรายที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาควรประเมินผู้ป่วยใหม่ ดู compliance ดูว่ามี ileus หรือ toxic megacolon หรือไม่ ในผู้ป่วยที่อาการรุนแรงมากและไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วย metronidazole หรือ vancomycin จำเป็นต้องให้การรักษาโดยการทำให้ colectomy แต่พบได้น้อยมาก

Relapsing infection

เกิดการกลับเป็นซ้ำได้ 20-25% ของผู้ป่วยทั้งหมด^{2,21,22} การกลับเป็นซ้ำคือการที่มีอาการลักษณะเดิมหลังจากหยุดการรักษาด้วย Metronidazole หรือ vancomycin ไปแล้ว 3 – 21 วัน การส่งทดสอบหา C.difficile toxin ไม่มีความจำเป็นในกรณีนี้

การรักษาให้ Standard dose antibiotic (Metronidazole หรือ vancomycin) นาน 10 วัน

ถ้ายังมีการ relapse อีกควรให้การรักษา 4 – 6 สัปดาห์ โดยให้ oral vancomycin 125 mg ทุกวัน

สรุป แนวทางการรักษา diarrhea และ colitis จาก clostridium difficile infection ตารางที่ 2²¹

ตารางที่ 2 Management of Diarrhea and colitis Associated with clostridium difficile infection.

Discontinue treatment with the implicated antibiotic.

If it is necessary to treat the original infection, use an antibiotic that is infrequently implicated in antibiotic-associated diarrhea : aminoglycosides, Sulfonamides, macrolides, vancomycin, tetracycline, or possibly Fluoroquinolones.

Avoid the use of clindamycin, cephalosporins, extended-spectrum penicillins

And agents

Implicated in the current case.

Use supportive measures.

Correct fluid losses and electrolyte imbalances.

Give additional oral fluids to patients with moderately severe diarrhea.

In patients with severe or dehydrating diarrhea, provide intravenous or oral fluids (or both) that contain electrolyte concentrations similar to those recommended by the World Health Organization.

Avoid the use of antiperistalsis agents (e.g., loperamide and opiates).

Observe infection-control policies for hospitalized patients.*

Provide antibiotic therapy if diarrhea is severe, there is evidence of colitis,

Diarrhea persists despite the discontinuation of implicated agent, or

There is a need to continue treatment of the original infection.

The usual treatment consists of 500 mg of metronidazole orally three

times daily or 250 mg of metronidazole orally four times daily for 10 days.

If the patient is pregnant, cannot tolerate metronidazole, or has no response

to metronidazole therapy, treatment with vancomycin (125 mg orally four times daily for 10 days) should be initiated.

Teach patients to recognize the symptoms of relapse.

*The policies are outlined in Table 3.²³

แนวทางการป้องกันภาวะอุจจาระร่วงจากเชื้อ C.difficile ตารางที่ 3²¹

ตารางที่ 3 Guidelines for Controlling Clostridium Difficile Infection in Hospitals and Long-Term Care Facilities.*

Personnel should wash their hands frequently with soap.

Clinicians should use vinyl gloves when they are caring for patients.

Environmental surfaces should be cleaned with sporicidal agents.

Symptomatic patients should be placed in private rooms, especially if they are incontinent of stool.

The use of rectal thermometers should be avoided.

Outbreaks may require restriction of the use of antibiotics.

*Data are from the Society for Hospital Epidemiology of America.²³

References

1. Bartlett JG. Antibiotic-associated diarrhea. Clin Infect Dis 1992;15: 573-81.
2. Kelly CP, Pathoulakis C, LaMont JT. *Clostridium difficile* colitis. N Engl J Med 1994;330: 257-62.
3. Bartlett JG. Pseudomembranous Enterocolitis and Antibiotic - Associated Colitis. In : Feldman M, Scharschmiat BF, Sleisenger

- MH, Editor. Gastrointestinal and Liver Disease. Philadelphia : WB. Saunders 1998.1663-47.
4. Worden JP. Pharmacotherapy ; Management of Clostridium difficile colitis curr Surg 1996 ; 53 : 46 – 50.
 5. Marts BC, Longo WE , Verhara AM III, Kennedy DJ, Daniel GL, Jones I , Patterns and prognosis of Clostridium difficile colitis. Dis Colon Rectum 1994 ; 37 : 837 – 45.
 6. Robert K. Cleary. Clostridium Difficile – Associated Diarrhea and Colitis Dis colon Rectum 1998 , 41 : 1435 – 1447.
 7. Anand A , Gla H AE. Clostridium difficile infection associated with antineoplastic chemotherapy : A review. Clin Infect Dis 1993 ;17 : 109 –13.
 8. Shah V. Marino C, Altice FL. Albendazole-induced pseudomembranous colitis. Am J gastroenterol 1996 ; 91(7) : 1453 – 4.
 9. Gentric A. Penneec YL. Diclofenac-induced pseudomembranous colitis. Lancet 1992 ; 340 : 126 – 7.
 10. Gomez MR, Garcia ES, Fernandez MC. Pseudomembranous colitis induced by diclofenac. J Clin Gastroenterol 1998 ; 26(3) : 228 – 9.

11. Johnson S , Gerding DN. Clostridium difficile associated diarrhea. Clin Infect Dis 1998 ; 26 : 1027 – 36.
12. Tedesio FJ, Corless JK, Browstein RE. Rectal sparing in antibiotic associated Pseudomembranous colitis : a prospective study. Gastroenterol 1982 ; 83 : 1259 – 60.
13. Burbige EJ , Radigan JJ. Antibiotic associated colitis with normal appearing rectum. Dis colon Rectum 1981 ; 23 : 198.
14. Larchon BE, Viscidi RP , Gaovin SL. Enzyme immunoassays for detection of clostridium difficile toxins A and B in fecal specimen. J infect Dis 1984 ; 149 : 781.
15. Dipersi JP, Varga FJ. Lenwell DL. Development of a rapid enzyme immunoassay for Clostridium difficile toxin A and its use in the diagnosis of C. difficile associated disease. J Clin Microbiol 1995 ; 29 : 2724.
16. Barbut F, Kajzer C. Plahas N. Petil JC. Comparison of three enzyme immunoassays, a cytotoxicity assay and toxigenic culture for diagnosis of clostridium difficile associated diarrhea. J Clin Microbiol 1993 ; 31 : 363.
17. Merz CS , Kramer C , Forman M, et al. Comparison of four commercially available rapid enzyme immunoassays with

- cytotoxin assay for detection of *Clostridium difficile* toxin from Stool specimens. J Clin Microbiol 1994 ; 32 : 1142 – 7.
18. Teasiey PG , Gerding DW , Olson MM , et al. Prospective randomized trial of metronidazole versus vancomycin for *Clostridium – difficile*. Associated diarrhea and colitis. Lancet 1983 ; 2 : 1043 – 6.
 19. Wenisch C. Parschalk B, Hasenhundl M, Hirschl AM, Graninger W. Comparison of vancomycin , teicoplanin , metronidazole , and Fusidic acid for the treatment of *Clostridium difficile* associated diarrhea. Clin Infect Dis 1996 ; 22 : 813 – 8.
 20. Fekety R. Guidelines for Diagnosis and Management of *Clostridium difficile* Associated Diarrhea and colitis. AM J Gastroenterol 1997 ; 92 : 739 – 50.
 21. Gerding DN Disease associated with *clostridium difficile* infection Ann. Intern Med 1989 ; 110 : 255 – 7.
 22. Fekety R, Shab AB. Diagnosis and treatment of *clostridium difficile* colitis. JAMA 1993 ; 269 : 71 –5 .
 23. Gerding DN, Johnson S ,Peterson LR, Mulligan ME, Silva J Jr. *Clostridium difficile* associated . diarrhea and colitis Infect Control Hosp Epidemiol 1995;16:459-77

นพ.สมชาย ลีลากุลวงศ์
สาขาวิชาโรคระบบทางเดินอาหาร รพ.ศิริราช

1. Surgical vs. Medical therapy for GERD: A Cost Comparison

การรักษาโรค GERD มีหลายวิธี ซึ่งวิธีการรักษาโดยการให้ยากกลุ่ม Proton-pump inhibitor (PPIs) ถือเป็นมาตรฐานการรักษาในทาง medicine และวิธีการรักษาโดย laparoscopic fundoplication เป็นมาตรฐานในการรักษาทาง surgery แม้ว่าการรักษาทั้ง 2 วิธี จะมีประสิทธิผล แต่ค่าใช้จ่ายในการรักษาก็น่าที่จะพิจารณาด้วย ซึ่งวิธีทาง surgery มีค่าใช้จ่ายในระยะแรกที่รักษา ในขณะที่ทาง medicine จะมีค่ารักษาต่อเนื่องในระยะยาว ปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาเปรียบเทียบค่ารักษา direct costs ของทั้ง 2 วิธี ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาแบบ prospective โดยวิธีการสุ่มในหลายสถาบัน เพื่อวิเคราะห์ค่ารักษาของ PPI กับ surgery ในการรักษา GERD โดยทำการศึกษาที่ประเทศ เดนมาร์ก, ฟินแลนด์, นอร์เวย์ และ สวีเดน ในผู้ป่วยโรค GERD ซึ่งจะได้รับ การรักษา Omeprazole เป็นเวลา 4 เดือน ผู้ป่วยที่ตอบสนองต่อการรักษาจะทำการสุ่มให้ได้รับการรักษาต่อด้วยวิธี laparoscopic surgery (154 ราย) หรือได้รับยา omeprazole (ขนาด 20 หรือ 40 mg; 144 ราย) ค่า Indirect costs (ค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยไม่มาตามนัด ยกเลิกการรักษา และค่าเดินทาง) ประเมินโดยใช้ health economic questionnaire ส่วนค่า direct costs เป็นค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับ surgery, endoscopy , medication, follow-up และค่าเดินทาง ผลการศึกษาพบว่าค่าใช้จ่าย direct cost

สนับสนุนทาง medicine ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ใน เดนมาร์ก (US\$1475), นอร์เวย์(US\$5155) และ สวีเดน(US\$1946) ส่วนในประเทศฟินแลนด์ค่าใช้จ่ายของ surgery ต่ำกว่า medicine (US\$ 1599) แต่อย่างไรก็ตามเมื่อรวม indirect costs ด้วยพบว่าค่าใช้จ่ายเฉลี่ยทาง medicine ต่ำกว่า surgery อย่างมีนัยสำคัญในทุกประเทศ

Comment: ผลการศึกษาชี้แนะว่าค่าใช้จ่ายทาง surgery สำหรับรักษา GERD และค่าใช้จ่ายทาง Medicine ที่รักษาด้วยยา omeprazole ปัจจุบันติดตามข้อมูลเป็นเวลา 10 ปี แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่รักษาด้วยวิธีทาง surgery ส่วนใหญ่จะกลับมารักษาทาง medicine ดังนั้น ค่าใช้จ่ายทาง surgery ทั้งหมด ไม่น่าจะต่ำกว่าค่าใช้จ่ายที่ต้องรักษาด้วยยา PPI เพราะฉะนั้นการรักษาโดย surgery ไม่ควรพิจารณาว่าเป็น cost – saving ในการรักษาโรค GERD แม้ว่าราคาขายของ PPI ค่อนข้างสูงก็ตาม

(ย่อจาก Myrvold HE et al. The cost of long term therapy for gastro-oesophageal reflux disease : A randomized trial comparing omeprazole and antireflux surgery. Gut 2001 Oct; 49:488-94)

2. Endoscopic injection therapy for management of Mallory-Weiss tears

การรักษาโดยวิธี Endoscopic injection เพื่อลดอัตราการตายและอัตราการป่วยในผู้ป่วยที่มีแผลในกระเพาะอาหารที่มีอัตราเสี่ยงสูงในการเกิดเลือดออกซ้ำ เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพและยังสามารถควบคุมการเกิด active

bleeding จาก Mallory-Weiss tears แต่พบภาวะการลดการเกิด rebleeding ยังไม่มีข้อมูลชัดเจน จึงทำการศึกษาในผู้ป่วย 63 ราย โดยวิธีการส่องกล้องแรก ให้การรักษาด้วยวิธี Endoscopic injection (ด้วย epinephrine และ polidocanol) เป็นกลุ่มศึกษา หรือไม่ได้รับการรักษาด้วยวิธี Endoscopy injection เป็นกลุ่มควบคุม พบว่าในระหว่างการศึกษาไม่เกิด rebleeding อย่างรุนแรง แต่เกิด rebleeding เล็กน้อย 2 รายในผู้ป่วยจำนวน 32 ราย ในกลุ่มศึกษาและเกิด 8 รายใน 31 รายในกลุ่มควบคุม ($P < 0.05$) ผู้ป่วยที่เกิด active bleeding ในเวลาที่ทำ endoscopy (1 รายในกลุ่มศึกษา และ 5 รายในกลุ่มควบคุม) หรือเกิด visible vessels (1 รายในกลุ่มศึกษา และ 3 รายในกลุ่มควบคุม) ผู้ป่วยที่เกิด rebleeding จะได้รับการรักษาวิธี endoscopic และไม่เกิดเลือดออกอีก กลุ่มศึกษามีระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลสั้นกว่าในกลุ่มควบคุม (median, 3 กับ 6 วันตามลำดับ; $P < 0.001$) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวกับ endoscopic therapy ผู้ป่วย 2 รายในกลุ่มควบคุมเสียชีวิต (1 รายจาก myocardial infarction, และจาก stroke 1 ราย) ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับแนวโน้มในการได้รับเลือดในกลุ่มศึกษา ผู้ทำวิจัยสรุปว่าวิธี endoscopic therapy ควรกระทำเป็นประจำ ในผู้ป่วยเลือดออกเฉียบพลันจาก Mallory-Weiss tears ซึ่งจะลดความเสี่ยงในการเกิดเลือดออกซ้ำ ระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาลและอาจจะลดความต้องการได้รับเลือดของผู้ป่วยด้วย

Comment: การเกิดเลือดออกจากแผลมักจะไม่ทำให้เกิดเลือดออกซ้ำ ข้อมูลนี้สนับสนุนว่า endoscopic stigmata สำหรับ rebleeding ของ

Mallory-Weiss tears และ peptic ulcers นั้นจะคล้ายกัน การเลือกผู้ป่วยที่เหมาะสมสำหรับการรักษาจะช่วยทำให้ผลของการรักษาดีขึ้น

(ย่อจาก Llach J et al. Endoscopy injection therapy in bleeding.

Mallory-Weiss syndrome: A randomised controlled trial. Gastrointest

Endosc 2001 Dec;54:679-81)

3. How Hepatitis C virus is transmitted between spouses

ความชุกของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี (HCV) พบได้ในคู่สมรสมากกว่าในประชากรทั่วไป ความชุกที่พบสูงขึ้นมีความเกี่ยวข้องกับการติดต่อทางเพศสัมพันธ์หรือการติดต่อปกติหรือไม่ นักวิจัยในอิตาลี ทำการศึกษาในผู้ป่วยที่เป็นพาหะของ HCV และคู่สมรสจำนวน 311 ราย พบว่าคู่สมรส 32 คู่ (10.3%) มีผลตรวจเลือด anti-HCV antibodies เป็นบวกทั้งคู่ ซึ่งคู่สมรสที่ติดเชื้อ HCV มีอายุมากกว่า คู่สมรสที่ไม่ติดเชื้อ อย่างมีนัยสำคัญ (57.1 กับ 49.6 ปี ; $P < 0.01$) และความชุกของการติดเชื้อมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาที่แต่งงาน คู่สมรสที่ติดเชื้อมีประวัติการได้รับเลือด การติดยา หรือการใช้เข็มร่วมกัน มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญ (84% กับ 26%; odds ratio 12.4) แต่อย่างไรก็ตามเมื่อวิเคราะห์โดยวิธี logistic regression พบว่าไม่มีนัยสำคัญของ อายุ ระยะเวลาที่แต่งงานหรือ การติดต่อทางเพศสัมพันธ์การตรวจโดยวิธี PCR ทำใน 22 คู่ ที่ติดเชื้อ HCV ทั้งคู่ พบว่า 13 คู่มีผล HCV PCR positive ซึ่งทั้งคู่มีเพียง 8 คู่ที่มี genotype เหมือนกัน แต่อย่างไร 5 คู่ที่มีประวัติได้รับเลือดและ 3 คู่ใช้มีดโกนหนวดร่วมกัน

Comment: CDC ชี้แนะว่าความเสี่ยงในการติดเชื้อ HCV ระหว่างคู่สมรสใน US. พบ 3% แต่ในอิตาลีพบ 10 % ซึ่งผลนี้ไม่สนับสนุนสมมุติฐานว่าผู้ป่วยที่ติดเชื้อ HCV ส่วนใหญ่มีการติดต่อกันทางเพศสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส แต่ชี้ให้เห็นว่าการติดเชื้อ HCV ระหว่างคู่สมรสนั้นพบไม่บ่อยและคู่สมรสที่ติดเชื้อ HCV ส่วนใหญ่อธิบายจากการที่มีความชุกของปัจจัยเสี่ยงอื่นระหว่างคู่สมรส เพราะว่าการติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อาจจะไม่ยืนยันเหมือนปัจจัยเสี่ยงที่มีนัยสำคัญระหว่างการใช้เข็มร่วมกันในเพศชาย ซึ่งการให้คำแนะนำเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงนี้แก่ประชาชน

(ย่อมาจาก Stroffolini T et al. Hepatitis C virus infection in spouses.

Sexual transmission or common exposure to the same risk factors?

Am J Gastroenterol 2001 Nov; 96:3138-41)

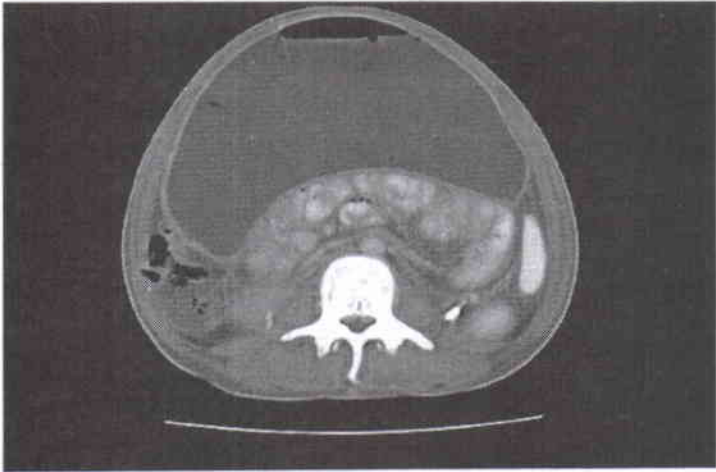


Figure 1

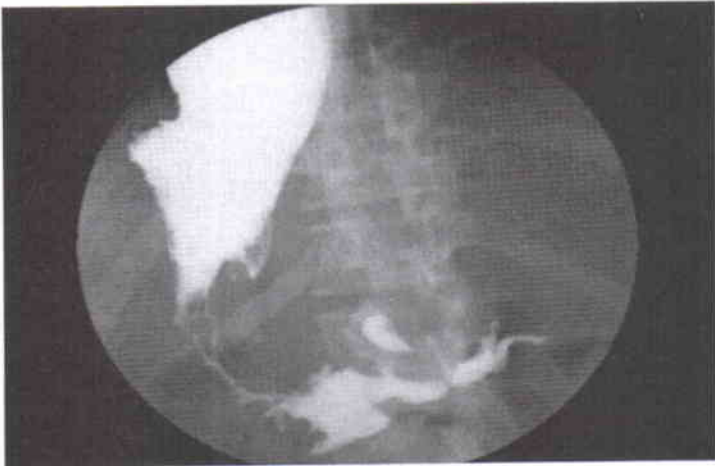


Figure 2

A Thai male 27 years old presenting with progressive abdominal distension without leg edema, low graded fever and weight loss 10 kilograms over 2 months. Physical examination revealed cachexia, mildly pale, no sign of chronic liver disease and no leg edema. Abdomen showed marked distension, fluid thrill-positive, no superficial dilated vein and hepatosplenomegaly.

Abdominal tapping showed serosanguinous fluid. The ascitic fluid analysis demonstrated white blood cell $300 /\text{mm}^3$, red blood cell $270,000 /\text{mm}^3$, ascites albumin 2.4 g/dl (serum albumin 3.3 mg/dl), total ascites protein 3 gm/dl, gram & AFB stain not showed organism. The ascitic fluid cytology demonstrated few mesothelial cells and no malignant cell.

Ascitic PCR-TB negative, ascitic fluid adenosine deaminase (ADA) 48.8 U/L (normal <60 U/L), serum CEA 5.0 ng/ml (0.0-4.1), CA 19-9 0.8 u/ml (0.0-35.6), AFP 4.5 iu/ml (0.0-5.3). The chest X-ray was normal.

Patient was performed laparoscopy. The peritoneum was studded with 1 to 2 mm whitish miliary nodules and occasionally larger nodules, fibrin plaques on both parietal and visceral peritoneum. Peritoneal biopsy revealed chronic inflammation with

fibrosis, no granuloma and special stain not showed specific organism.

Esophagogastroduodenoscopy was done because patient had persistent abdominal pain, early satiety and post prandial vomiting. Endoscopic findings showed only erosive esophagitis. The physician decided to start an empirical treatment for tuberculous peritonitis. Three weeks later after treatment, patient still had progressive abdominal bulging, persistent abdominal pain, and low graded fever. Then, the further investigation was decided to perform. Ultrasound and CT images demonstrated a large multiseptated cystic mass with thick wall, occupying in almost entire abdominal cavity. It displaced and compressed stomach, spleen, pancreas and small bowel loops posteriorly (figure 1). Only thin layer of fluid was seen coating the liver surface but not in the Morrison 's pouch or pelvic cavity. GI follow through study shows marked luminal narrowing with irregular surface at the gastric body and antrum (figure 2).

Abdominal exploration demonstrated a huge intraabdominal cystic mass, about 20 cm. in diameter, cystic wall thickness 1.5 cm.

with dense adhesion surround it. Multiple white nodules ,0.5-1.0 cm. in diameter discrete on cystic wall and liver.

Microscopic findings showed most of tumor cells were deeply embedded in collagenous tissue and had biphasic pattern and high mitotic figure. Many paraffin immunoperoxidase stains demonstrated the tumor marker with vimentin, cytokeratin (AE1/AE3), epithelial membrane antigen (EMA) and neurospecific enolase (NSE). Finally, the diagnosis was *biphasic malignant mesothelioma*.

Up to the recent knowledge, no standard treatment is available. Surgical therapy for localized tumors has been reported. The other treatments such as external radiation, radioactive gold (198Au) intraperitoneal instillation and chemotherapy have generally failed to improve overall survival. The multimodality treatment had response rate up to 50%. The median survival was 2 to 12 months after diagnosis with total duration about 1 year from onset of symptoms.

Phunchai Charuscharoenwittaya ,M.D.

Somchai Leelakusolvong ,M.D.

Division of Gastroenterology ,Siriraj Hospital, Mahidol University

บรรณาธิการแถลง

ผ่านไปด้วยความสำเร็จอย่างดีเยี่ยมสำหรับงาน World Congress ของ GI ที่ BITEC นับว่าเป็นความน่าภูมิใจของแพทย์ไทย โดยเฉพาะแพทย์ทางเดินอาหารของไทย คงไม่จำเป็นต้องพูดถึงความสำเร็จของงานซ้ำอีกทีเพราะสารจากท่านนายกได้กล่าวไว้โดยละเอียดแล้ว

เช่นเคยจุลสารฉบับนี้ที่ล่าช้าไปกว่าเดิม เพราะรอบทศวรรษจากสมาชิกซึ่งเราเริ่มได้จำนวนมากขึ้น ในฉบับหน้าคงจะไม่มีปัญหาในเรื่องนี้

วันที่ 7-9 กรกฎาคมนี้เรามีการประชุมกลางปีของสมาคมที่โคราช โดยคราวนี้จะเริ่มโปรแกรมเป็นวันอาทิตย์แทน มีรายละเอียดของการประชุมอยู่ในหนังสือจุลสารเล่มนี้แล้วนะครับ

ปลายปี วันที่ 9-12 ธันวาคม ปีนี้เราจะมีการจัดประชุมปลายปีของสมาคมร่วมกับชมรมโรคตับที่โรงแรมปางสวนแก้วที่เชียงใหม่ซึ่งก็อยากให้เราไปร่วมกันเช่นเคย

ถ้าพวกเรามีโอกาสใช้ internet แล้วเข้าไปที่ website www.thaigastro.org คงจะเห็นว่าจุลสารสมาคมแต่ฉบับอยู่ใน website ของสมาคมเรียบร้อยแล้ว ดังนั้นถ้าจะหาอ่านเนื้อหาต่างๆก็สามารถค้นคว้าได้จาก website ได้เช่นกัน

เนื้อหาในจุลสารฉบับนี้ ยังคงคอลัมน์ต่างๆ ไว้ครบถ้วนเช่นเดิมไม่ว่าจะเป็น interhospital conference พร้อมทั้ง review topic นั้นๆ ร่วมกับบทความวิชาการ, Journal watch และถามตอบจากภาพ ข้อความหรือบทความเหล่านี้จะดีหรือสมบูรณ์ยิ่งขึ้นถ้ามีข้อติชมจากท่านสมาชิกนะครับ

พบกันที่เมืองย่าโม

นพ.สมชาย ลีลากุลวงศ์

Kob9@hotmail.com

โปรแกรมการประชุมวิชาการกลางปี 2545

ประชุมวิชาการกลางปี 2545

สมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

วันที่ 7-9 กรกฎาคม 2545

ณ โรงแรมสีมาธานี จ.นครราชสีมา

วันที่ 7 กรกฎาคม 2545

- 10.00-10.45 ลงทะเบียน
- 10.45-11.00 เปิดการประชุม
โดยนายกสมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย
- 11.00-12.00 Management of Benign Liver Lesion(s)
พ.อ.นพ.อนุชิต จุฑะพุทธิ, พญ.ลินดา บราวน์,
นพ.ศุภนิตตี นิวัตวงศ์
- 12.00-14.00 Lunch Symposium "Treatment of Chronic Hepatitis B in
Clinical Practice"
Dr. Michael Elliott, (Australia)
- 14.00-15.00 GI Tuberculosis in Thailand – Changing Trends
พญ.ศศิประภา บุญญพิสิฏฐ์, นพ.อนุวัฒน์ กิระสุนทรพงษ์
- 15.00-15.30 Coffee Break
- 15.30-16.30 Preoperative evaluation for the patient with liver disease
นพ.ธีระ พิรัชวิสุทธิ, นพ.สุชาติ วงศ์จรัสศรี
- 16.30-17.15 ประชุมสมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

18.00-20.00 Dinner Symposium "Practical points in Hepatology"
นพ.ไพโรจน์ เหลืองโรจนกุล, พ.อ.นพ.อนุชิต จุฑะพุทธิ,
นพ.ธีระ พิรัชวิสุทธิ์, นพ.ทวีศักดิ์ แทนวันดี

วันที่ 8 กรกฎาคม 2545

- 07.30-09.30 Breakfast Symposium "Peg-Interferon alfa-2b and
ribavirin: The new standard for hepatitis C treatment"
นพ.ไพโรจน์ เหลืองโรจนกุล, นพ.ธีระ พิรัชวิสุทธิ์, นพ.ทวีศักดิ์ แทนวันดี
- 09.30-10.30 Current Status of Liver Transplantation in Thailand
นพ.ศุภานิตต์ นิวัตวงศ์, นพ.ธีระ พิรัชวิสุทธิ์
- 10.30-11.00 Coffee Break
- 11.00-12.00 The Advance on the Management of Hepatocellular
Carcinoma
Dr. Kiwamu Okita, (Japan)
- 12.00-14.00 Lunch Symposium "Relieving the burden of IBS:
An implication from ZAP study outcomes"
Dr. David Earnest, พญ.วโรชา มหาชัย, นพ.สมชาย ลีลาภุศลวงศ์
- 14.00-15.00 Cost effectiveness of using Dyspepsia Guideline in the
UC era
นพ.พิศาล ไม้เรียง, พญ.โอมศรี โฆษิตชัยวัฒน์
- 15.00-15.30 Cocktail

- 15.30-17.00 Satellite Symposium "Update on Nutrition Management of Liver Cirrhosis"
 Dr. Kiwamu Okita, (Japan), นพ.ไพโรจน์ เหลืองโรจนกุล,
 นพ.ธีระ พิรัชวิสุทธิ
- 18.00-21.00 สันทนาการร่วมกัน

วันอังคารที่ 9 กรกฎาคม 2545

- 07.30-09.30 Breakfast Symposium: "The Art of GERD treatment: Evolution towards Perfection"
 พ.อ.นพ.สุรพล ชื่นรัตนกุล, นพ.อุดม คชินทร,
 นพ.ศตวรรษ ทองสวัสดิ์, นพ.สมชาย ลีลากุลวงศ์
- 09.30-10.30 Cholangiocarcinoma
 นพ.พิศาล ไม้เรียง, นพ.รังสรรค์ ฤกษ์นิมิตร
- 10.30-11.00 Coffee Break
- 11.00-12.30 Controversies on H.pylori Eradication
 นพ.อุดม คชินทร, พญ.โสมศรี โฆษิตชัยวัฒน์, พญ.วโรชา มหาชัย,
 นพ.พินิจ กุลละวณิชย์, นพ.บัญญัติ โอวาทฟารพร, นพ.พิศาล ไม้เรียง
- 12.30 Closing, Lunch

สำหรับผู้เข้าร่วมประชุมที่อยู่ประชุมตามกำหนดการ จะได้รับ CME Credit
 จำนวน 17.5 credit hours

ซึ่งได้รับรองโดยสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

แบบฟอร์มลงทะเบียนและจองห้องพัก

ชื่อ.....นามสกุล.....

รพ.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

1. ค่าลงทะเบียน

สมาชิก 1,500 บาท

ไม่ใช่สมาชิก 1,800 บาท

2. เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....

3. ค่าห้องพัก (โปรดมัดจำค่าห้องพัก 1 คืน ต่อ 1 ห้อง)

โรงแรมสีมารानी ห้องเดี่ยว/ห้องคู่ (รวมอาหารเช้า) 900 บาท

โรงแรมรอยัลปรีนเซส ห้องเดี่ยว/ห้องคู่ (รวมอาหารเช้า) 900 บาท

โรงแรมราชพฤกษ์ ห้องเดี่ยว/ห้องคู่ (รวมอาหารเช้า) 800 บาท

4. เช็คส่งจ่ายในนาม สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

ส่งแบบฟอร์มลงทะเบียนและจองห้องพักได้ที่

นพ.ทวีศักดิ์ แทนวันดี

ตึกผะอบ ชั้น 1 สาขาวิชาโรคระบบทางเดินอาหาร

รพ.ศิริราช บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700

โทร 0-24120586 โทรสาร 0-24115013

ปฏิทินการประชุมวิชาการ

4th Teaching Workshop on Paediatric Gastroenterology,
Hepatology and Nutrition

16-18 October 2002

Bangkok, Thailand

Contact Address: Dr.Boosba Vivatvakin

Tel (662) 2564951, 2564971

Fax (662) 2564911

E-mail: drboosba@hotmail.com

2nd International Symposium on Viral Hepatitis and Perspectives from
the ASEAN Region

and 43rd Annual Gastroenterological Association of Thailand

9-12 December, 2002

Chieng Mai, Thailand

Contact Address: Dr.Teerha Piratvisuth

Tel 074-451479

Fax 074-235010 2564911

E-mail: ptimmy@ratree.psu.ac.th





