



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

จดสาร

สมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

ปีที่ 16 ฉบับที่ 80 ประจำเดือน พฤษภาคม-ธันวาคม 2551



- สาระจากทยอกลบทบทฯ วาร: 2550-2551
- ผู้ป่วยชายอายุ 48 ปี แน่นท้อง 3 เดือน
- Portal hypertensive biliopathy
- GAT news: บรรยายภาพการประชุมวิชาการร่วม 4 สมาคม ปี 2551 และ บรรยายภาพงานเสี้ยว จัดโดยทยอกลบทบทฯ วาร: 2550-2551 "สรุปผลงาน มติบทกยงานและบทกยบท"

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



สมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย
The Gastroenterological Association of Thailand

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



ขอแสดงความยินดี
สมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย
ได้รับเลือกให้เป็นเจ้าภาพพัฒนาประชุม
Asia Pacific Digestive Week (APDW) 2012

เกี่ยวกับเรา



Professor Vikit Wanuwatti

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

ดูเพิ่มเติม

ดูสารนิเทศ

- 

ฉบับที่ : 27
- 

ฉบับที่ : 28
- 

ฉบับที่ : 29
- 

ฉบับที่ : 30

ดูเพิ่มเติม

Guideline

- แนวทางเวชปฏิบัติทางการแพทย์ในการวินิจฉัยและรักษาโรคกรดไหลย้อนในประเทศไทย
- แนวทางการใช้ยาต้านแบคทีเรียในโรค Dyspepsia และโรคที่เกิดด้วยเชื้อ Helicobacter pylori ในประเทศไทย
- แนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1 ในประเทศไทย ปี 2548
- แนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2 ในประเทศไทย ปี 2548 (ฉบับปรับปรุง)
- แนวทางเวชปฏิบัติในการรักษาโรคหลอดเลือดในสมองในประเทศไทย
- แนวทางในการดูแลโรคหัวใจในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในประเทศไทย

ดูเพิ่มเติม

Training Center

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

ดูเพิ่มเติม



<http://www.gastrothai.com>

ISSN 0857-6351

จลสาร

สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย



ปีที่ 16 ฉบับที่ 80 ประจำเดือน พฤศจิกายน-ธันวาคม 2551

คณะกรรมการพ่ายจุลสาร

สมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

วาระ พ.ศ. 2550-2551

- | | |
|------------------------------|------------------|
| 1. พญ.สุติมา ประมูลสินทรัพย์ | ที่ปรึกษา |
| 2. นพ.ทวีศักดิ์ แทนวันดี | ที่ปรึกษา |
| 3. นพ.พินิจ กุลละวณิชย์ | ที่ปรึกษา |
| 4. นพ.ทองดี ชัยพานิช | ที่ปรึกษา |
| 5. พญ.จันทร์จิรา ชัชวาลา | ที่ปรึกษา |
| 6. พญ.นฤมล วิเศษโอกาส | ที่ปรึกษา |
| 7. นพ.สุริยะ จักกะพาก | ที่ปรึกษา |
| 8. พญ.พนิดา ทองอุทัยศรี | ประธานบรรณาธิการ |
| 9. นพ.ชินวัตร สุทธิวนา | กองบรรณาธิการ |
| 10. นพ.สุพจน์ พงศ์ประสพชัย | กองบรรณาธิการ |
| 11. พญ.บุปผา พรธิสาร | กองบรรณาธิการ |
| 12. นพ.สิทธิ์ พงษ์กิจการคุณ | กองบรรณาธิการ |
| 13. นพ.นรินทร์ อจลนันทร์ | กองบรรณาธิการ |
| 14. นพ.พิเศษ พิเศษพงษ์ | กองบรรณาธิการ |
| 15. นพ.โอฬาร วิวัฒน์ช่าง | กองบรรณาธิการ |

สารบัญ

จุลสารสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย
ปีที่ 16 ฉบับที่ 80 ประจำเดือน พฤศจิกายน-ธันวาคม 2551

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

คณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯ

วาระ: พ.ศ. 2550-2551

- | | |
|---------------------------------|---|
| 1. พญ.ชุตินา ประมูลสินทรัพย์ | นายกสมาคม |
| 2. นพ.องอาจ ไพรสถนทรางกูร | รั้งตำแหน่งนายก |
| 3. นพ.อุดม คชินทร | อุปนายก |
| 4. นพ.ทวีศักดิ์ แทนวันดี | เลขาธิการ |
| 5. พญ.พนิดา ทองอุทัยศรี | รองเลขาธิการ |
| 6. นพ.สิริวัฒน์ อนันตพันธุ์พงศ์ | เหรัญญิก |
| 7. นพ.สมชาย สีลาฤกษ์สงวงศ์ | ปฏิคมและสวัสดิการ |
| 8. นพ.กำธร เผ่าสวัสดิ์ | ประธานฝ่ายวิจัย |
| 9. นพ.พิศาล ไม้เรียง | ประธานฝ่ายวิชาการและ
การศึกษาต่อเนื่อง |
| 10. พญ.ดวงพร ทองงาม | ประธานฝ่ายวารสาร |
| 11. พญ.วัฒนา สุชีไพศาลเจริญ | ประธานฝ่ายการศึกษา
หลังปริญญา |
| 12. นพ.ทองดี ชัยพานิช | ประธานฝ่ายกิจกรรมสังคม |
| 13. พอ.นพ.วานิช ปิยนรินทร์ | ประธานฝ่ายสารสนเทศ
และการสื่อสาร |
| 14. พญ.วโรชา มหาชัย | ประธานฝ่ายหาทุน |
| 15. นพ.จรินทร์ ใจจน์บวรวิทยา | ประธานฝ่ายจริยธรรม |
| 16. พล.ต.นพ.สุรพล ชื่นรัตนกุล | ผู้แทนชมรมเอ็นโดสโคปี |
| 17. นพ.ศตวรรษ ทองสวัสดิ์ | ผู้แทนชมรมโมลิติ
แห่งประเทศไทย |

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

- | | |
|---------------------------------|-----------|
| 42. นพ.มานิต สีโทชวลิต | ที่ปรึกษา |
| 43. พ.ต.อ.นพ.วรพันธุ์ เสาวรส | ที่ปรึกษา |
| 44. พล.ต.นพ.วิชัย ชัยประภา | ที่ปรึกษา |
| 45. พญ.วีณา วงศ์พานิช | ที่ปรึกษา |
| 46. พญ.ศศิประภา บุญญพิสิฏฐ์ | ที่ปรึกษา |
| 47. นพ.สมหมาย วิไลรัตน์ | ที่ปรึกษา |
| 48. นพ.สถาพร มานัสสถิตย์ | ที่ปรึกษา |
| 49. นพ.สวัสดิ์ หิตะนันท์ | ที่ปรึกษา |
| 50. นพ.สัจพันธ์ อิศรเสนา | ที่ปรึกษา |
| 51. นพ.สิน อุนราชฎ์ | ที่ปรึกษา |
| 52. นพ.สุริยะะ จักกะพาก | ที่ปรึกษา |
| 53. พอ.นพ.สุรพล สุวงศ์ศรีรัฐ | ที่ปรึกษา |
| 54. พล.อ.ต.นพ.สุจินต์ จารุจินดา | ที่ปรึกษา |
| 55. นพ.สุชา คุระทอง | ที่ปรึกษา |

สารจากนายกสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหาร แห่งประเทศไทย



สวัสดีค่ะ สมาชิกทุกท่าน

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

จากวิสัยทัศน์ “จะให้สมาคมฯ เป็นเลิศและเป็นผู้นำด้านโรคระบบทางเดินอาหารในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก” การที่จะนำพาสมาคมฯ ไปสู่วิสัยทัศน์นี้ได้ นอกจากต้องมีความร่วมมือกันของคณะกรรมการและสมาชิกของสมาคมฯ แล้ว ยังต้องมีความร่วมมือกันกับสมาคมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อ

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

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

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

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

การสนับสนุนการแลกเปลี่ยนความรู้และความคิดเห็นระหว่างสมาชิกและสมาคมสาขาวิชาชีพ นอกจากนี้มีการจัดประชุมวิชาการร่วมกัน ยังเปิดโอกาสให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนความรู้ผ่านทางจุลสารสมาคม และในอนาคตอาจจะพัฒนาที่มืองานเพื่อให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนความรู้ใน website ของสมาคม

การเผยแพร่ความรู้โรกระบบทางเดินอาหารให้แก่ประชาชน นอกจากจะมีการบรรยายความรู้ให้กับประชาชนผ่านทางชมรม หรือสื่อต่างๆ สมาคมฯ ยังได้จัดทำแผ่นพับ และ CD เพื่อให้ความรู้ในเรื่องโรครดไหลย้อน โรคกระเพาะอาหารอักเสบ เป็นต้น

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

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

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

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

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

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

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

ศ.พญ.ชุติมา ประมูลสินทรัพย์
นายกสมาคมฯ วาระ 2550-2551



Interhospital conference

นพ.สมบุญ รุ่งจิรธนานนท์
หน่วยโรคทางเดินอาหาร โรงพยาบาลตราขมิ

ผู้ป่วยชายไทยคู่ อายุ 48 ปี อาชีพรับราชการทหาร ภูมิลำเนาจังหวัด
ลพบุรี

CC : แน่นอึดท้อง 3 เดือน

PI : 3 เดือนก่อน หลังออกกำลังกายรู้สึกว่ตึงๆ ที่ท้อง ท้องอึด แต่ผู้
ป่วยไม่ได้สนใจอะไร

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

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

2 สัปดาห์ก่อนมา ผู้ป่วยตึงท้องมากขึ้น ไปพบแพทย์แห่งหนึ่ง ได้รับความ
ตรวจด้วยอัลตราซาวนด์แพทย์บอกว่ปกติ แต่อาการไม่ดีขึ้นจึงมาโรง
พยาบาล

PH : แข็งแรงดีมาตลอด ไม่มีประวัติดื่มเหล้า สูบบุหรี่

FH : ไม่มีประวัติโรคปอดในครอบครัว ไม่มีประวัติเบาหวาน ความดัน หรือมะเร็งใดๆ ในครอบครัว

Physical Examination

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

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

HEENT : normal, no lymphadenopathy

Heart - normal S1, S2, no murmur

Lungs - clear

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

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

Extremities : No edema

Initial laboratory investigations

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

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

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

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

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

Discussion

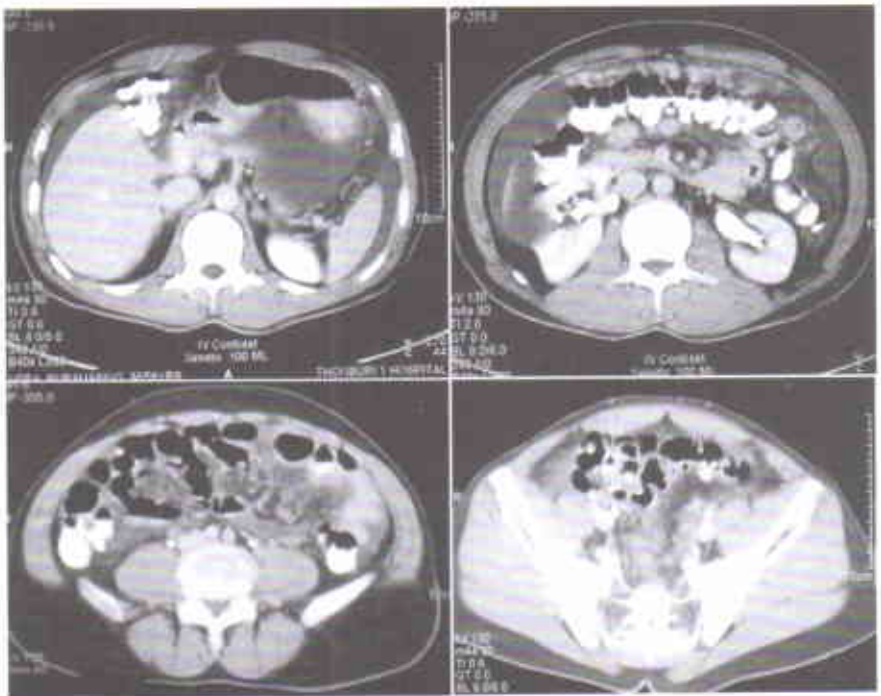
ผู้ป่วยรายนี้มาด้วยอาการอึดแน่นท้องมาประมาณ 3 เดือน มีอาการปวดท้องเวลาอยากถ่ายอุจจาระและมีอาการปวดถ่ายมาก ไม่มีไข้ ไม่มีน้ำหนักลดลง และภายใน 2 สัปดาห์รู้สึกว่าท้องอืดและโตมากขึ้น เคยมีอาการไอ มีเลือดปนเล็กน้อยเนื่องจากเยื่อหุ้มปอดอักเสบ ตรวจร่างกายพบมี ascites ทำให้คิดว่ารอยโรคน่าจะอยู่บริเวณลำไส้ใหญ่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

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

1. วัณโรคของลำไส้ใหญ่หรือลำไส้เล็กส่วนปลายและเยื่อช่องท้อง
2. มะเร็งของลำไส้ใหญ่และกระจายมายังเยื่อช่องท้อง
3. มะเร็งหรือเนื้องอกของไส้ติ่งและกระจายมายังเยื่อช่องท้อง ซึ่งพบได้น้อย

การตรวจขั้นต่อไปเพื่อช่วยการวินิจฉัยโรคคือการตรวจ tumor marker ของมะเร็งลำไส้ใหญ่ ได้ค่า CEA 14.82 mcg/L ตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ของ

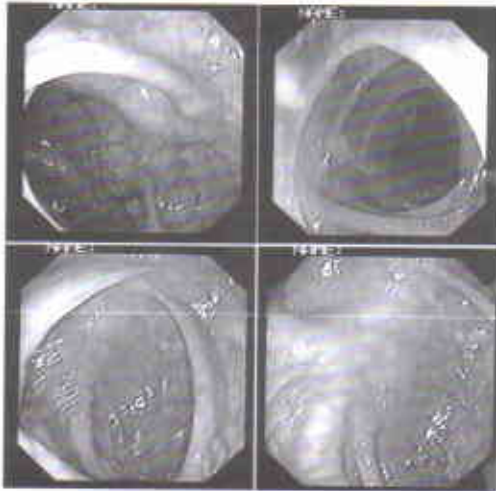
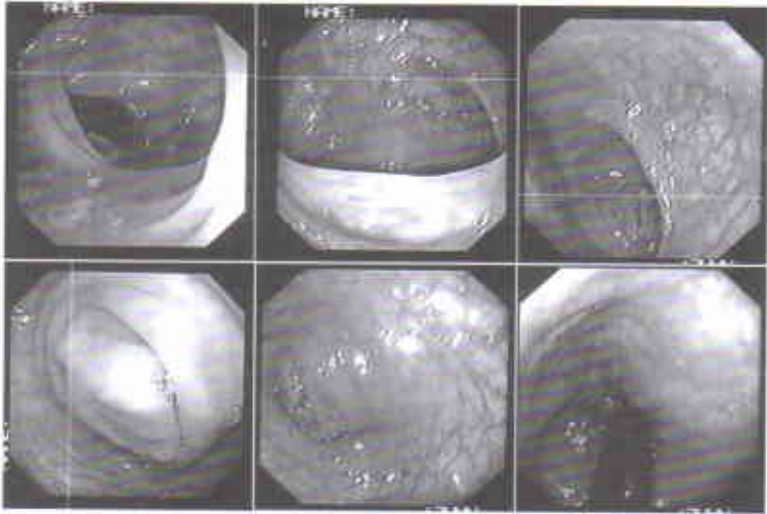
ปอดพบมี 2 focal area of bronchiectasis in the right lung at apical segment of upper lobe and medial segment of middle lobe, associated with atelectasis and fibrosis และตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ของช่องท้องพบมี The liver is normal size without intrinsic lesion. The pancreas is not enlarged, no focal mass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



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

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

การตรวจขั้นต่อไปที่น่าจะช่วยในการวินิจฉัยโรค คือ การทำ colonoscopy เนื่องจากผลตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ของช่องท้องพบรอยโรคบริเวณ rectum แต่ผลการตรวจ colonoscopy ไม่พบความผิดปกติดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 แสดงภาพ colonoscopy ของผู้ป่วย: Normal finding

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

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

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

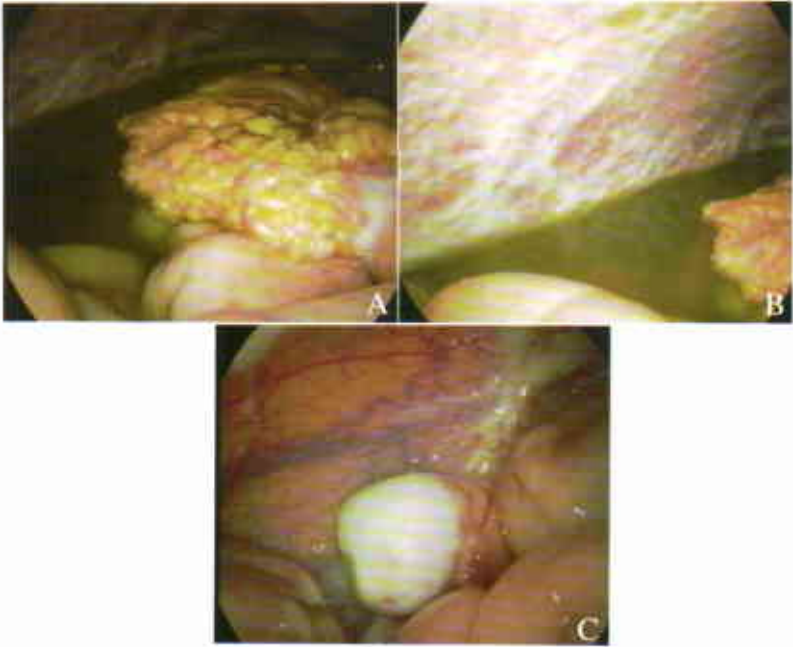
Final Diagnosis : Vermiform appendix adenocarcinoma, moderately differentiated, with 50% mucinous component.

The tumor extends to subserosa.

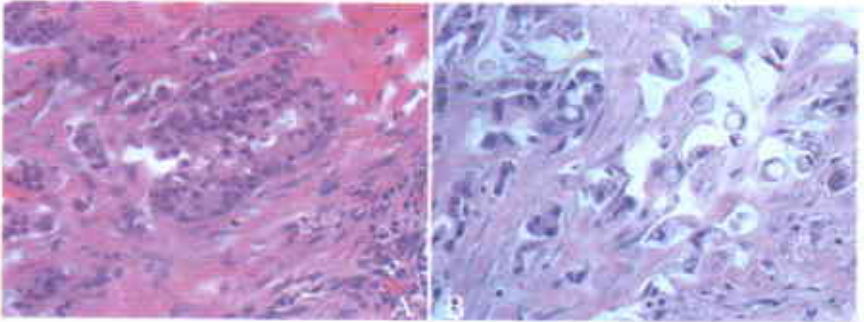
Presence of perineural invasion.

The resection margin is free of tumor.

ดังแสดงในภาพที่ 5 และ 6

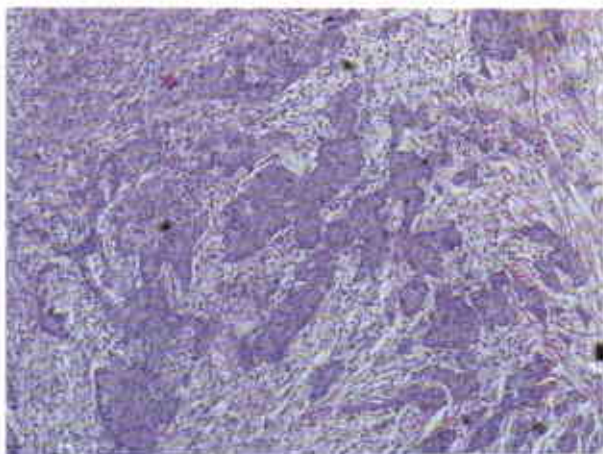


ภาพที่ 3 Peritoneoscopy ในผู้ป่วยรายนี้

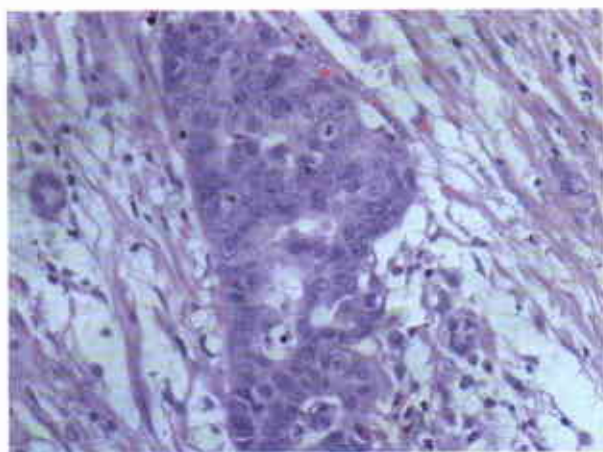


ภาพที่ 4 A- omental biopsy แสดงลักษณะ moderately differentiated adenocarcinoma แทรกอยู่ใน omental fat cell

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



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



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

Adenocarcinoma of appendix

นพ.สมบุญ รุ่งจิรธนานนท์
โรงพยาบาลราชวิถี

บทนำ

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

ตารางที่ 1 Frequency of appendiceal neoplasms found in 7970 appendectomy specimens¹

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

Clinical presentation

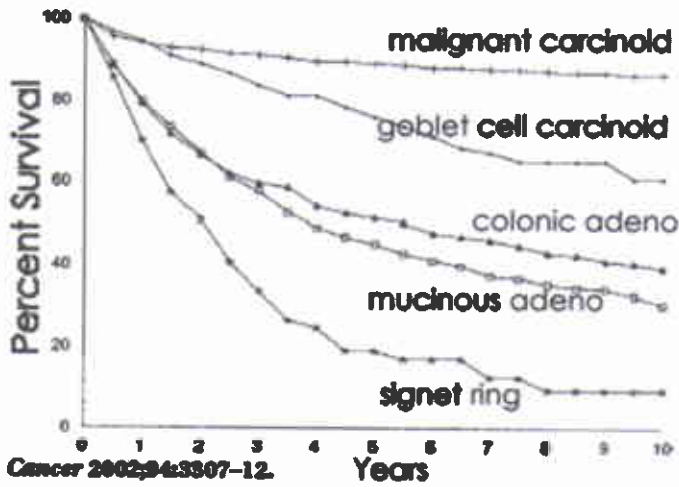
พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิงเล็กน้อย อายุเฉลี่ยอยู่ในช่วง 50-60 ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่มาด้วยอาการของ acute appendicitis⁴ appendiceal abscess บางรายอาจมาด้วย ascites คล้ำได้ก้อนในท้อง หรือ generalized abdominal pain ได้ มีบางรายงานว่าอาจพบได้โดยบังเอิญจากการผ่าตัดในช่องท้องด้วยสาเหตุอื่น⁵ การเกิด acute appendicitis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

Appendiceal adenocarcinoma สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 กลุ่มตามลักษณะทางพยาธิวิทยา คือ

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

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

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



ภาพที่ 1 แสดง percent survival ของมะเร็งไส้ติ่งชนิดต่างๆ

ตารางที่ 2 Survival of different subtypes of appendiceal adenocarcinomas¹⁵

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

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

Diagnosis

เนื่องจากส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะมาด้วยเรื่อง acute appendicitis หรือ appendiceal abscess จึงมักยังไม่ได้รับการวินิจฉัยก่อนการผ่าตัด และจะได้ รับการวินิจฉัยหลังจากได้ผลชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยาแล้ว

ตารางที่ 3 Contrasting features of appendiceal and colorectal cancers¹³

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

Staging

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

Treatment

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

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

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

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

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

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

สรุป

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

References

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

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

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

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



Topic Review

Portal hypertensive biliopathy

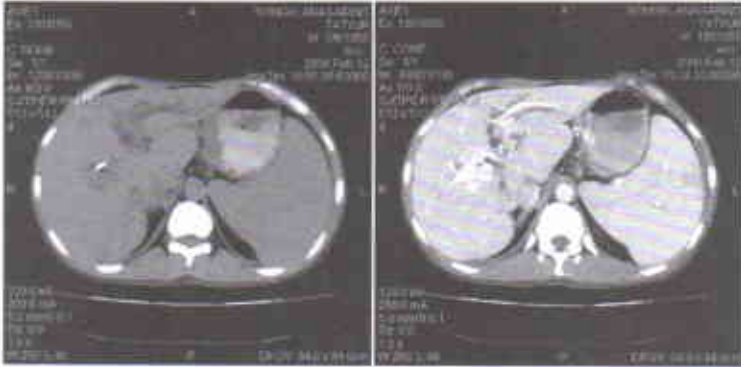
นพ.รัชวิทย์ จันทรวัชรกาล
หน่วยทางเดินอาหารฯ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

Case presentation

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

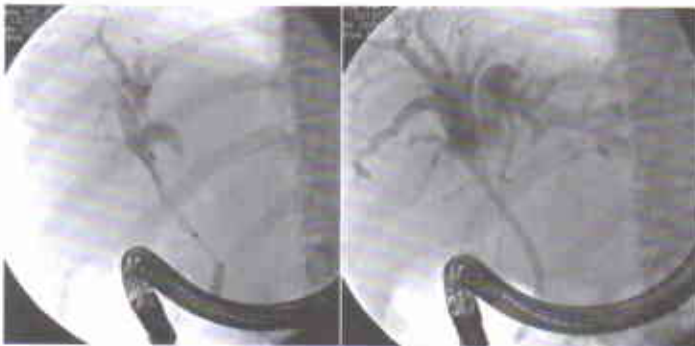
จากประวัติ dyspepsia กับ UGIB ที่ถ่ายเป็น melena โดยไม่มีการอาเจียนเป็นเลือดสดซึ่งอาจเกิดจาก Duodenal ulcer มากกว่า EV bleeding และเนื่องจากผู้ป่วยมีลักษณะและผล liver function test เข้าได้กับลักษณะ cholestasis ร่วมกับไม่มีอาการปวดท้องแบบ biliary pain ซึ่งจากลักษณะอาจทำให้นึกถึงสาเหตุจากมะเร็งกลุ่ม periampullary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

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



ภาพที่ 1 แสดงท่อน้ำดีในตับที่ขยายจาก external compression เป็นช่วงยาวบริเวณ
ท่อน้ำดีจากภาวะ portal cavernoma

นอกจากนี้จากผลของ ERCP ได้แสดงถึง extraluminal obstruction อาจ
เห็นลักษณะการตีบเป็นทางยาวสัมพันธ์กับ portal cavernoma



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



ภาพที่ 3 จากลูกศรแสดงถึงตำแหน่งของเส้นเลือดที่ไปพองรัดท่อน้ำดีจนมีลักษณะที่คล้ายกับ sclerosing cholangitis



ภาพที่ 4 บริเวณลูกศรแสดงถึงการอุดตันจาก EHPVO บริเวณ CBD และ Rt IH

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

Portal hypertensive biliopathy

นพ.รัชวิทย์ จันทร์วีชรกาล
หน่วยทางเดินอาหารฯ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

Definition

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

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