



จุดสาร

สมาคมแพทย์

ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย



<http://www.thaigastro.org>
ISSN 0857-6351

- “สมาคมฯ ของเรา...แล้วเท่าที่รู้”: บทสัมภาษณ์ นายแพทย์กัธร เฝ้าสวัสดิ์ ประธานฝ่ายวิจัยของสมาคมฯ
- ขวนอ่านหนังสือ : “รอยพระยุคลบาท” โดย พต.ต.อ.วชิษฐ เดชกุญชร และ “ภาษาไทยวันละคำ ฉบับรวมเล่ม” โดย กาญจนา นาคสกุล และคณะ
- ชายไทยคู่ 57 ปี ปวดแน่นท้อง 10 วัน

ปีที่ 14 ฉบับที่ 66 ประจำเดือน กรกฎาคม - สิงหาคม 2549



จุลสาร

สมาคมแพทย์

ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย



http://www.gastrothai.org
ISSN 0857-6351

คณะกรรมการพ่ายจุลสาร

สมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

วาระ พ.ศ. 2548-2549

1. นพ.เกรียงไกร อัครวงค์ ที่ปรึกษา
2. นพ.ทองดี ชัยพานิช ที่ปรึกษา
3. นพ.พินิจ กุลละวณิชย์ ที่ปรึกษา
4. นพ.สถาพร มานัสสถิตย์ ที่ปรึกษา
5. นพ.สมชาย ลีลากุลดวงศ์ ที่ปรึกษา
6. นพ.อุดม คชินทร ที่ปรึกษา
7. พอ.นพ.อนุชิต จุฑาพุทธิ ที่ปรึกษา
8. นพ.สมบัติ ตริประเสริฐสุข ประธานบรรณาธิการ
9. นพ.ถนอม จิวสีบพงษ์ กองบรรณาธิการ
10. นพ.ธีระพงษ์ สุขไพศาล กองบรรณาธิการ
11. นพ.นพพร อนุกุลการกุล กองบรรณาธิการ
12. นพ.พิเศษ พิเศษพงษา กองบรรณาธิการ
13. นพ.ระพีพันธ์ กัลยาวิწყญ กองบรรณาธิการ
14. นพ.รังสรรค์ ฤกษ์นิมิตร กองบรรณาธิการ
15. นพ.สยาม ศิรินธรปัญญา กองบรรณาธิการ
16. นพ.สุพจน์ พงศ์ประสขัย กองบรรณาธิการ
17. นพ.อภิชาติ แสงจันทร์ กองบรรณาธิการ
18. นพ.โอฬาร วิวัฒนาช่าง กองบรรณาธิการ
19. นอ.นพ.วิญญู จันทร์สุนทรกุล กองบรรณาธิการ
20. พญ.อาภัสณี โสภณสฤษฏ์สุข กองบรรณาธิการ

สารบัญ

จุลสารสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย ปีที่ 14 ฉบับที่ 66 กรกฎาคม-สิงหาคม 2549

รายนามคณะกรรมการอำนวยการสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหาร	1
รายงานการประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคม ครั้งที่ 4/2549	4
Interhospital GI Conference	
ชายไทยคู่ 57 ปี ปวดแน่นท้อง 10 วัน	7
Topic Review	
Wilson's disease	23
สมาคมฯ ของเรา...เล่าเท่าที่รู้	
บทสัมภาษณ์ นายแพทย์กำธร เผ่าสวัสดิ์	
ประธานฝ่ายวิจัยของสมาคมฯ	40
เกร็ดจุลสาร	45
ย่อวารสาร	
Selected summary	53
นานาสาระ	58
ชวนอ่านหนังสือ	
• รอยพระยุคลบาท	59
• ภาษาไทยวันละคำ ฉบับรวมเล่ม	61
ในดวงใจ...แพทย์ระบบทางเดินอาหาร	68
จากบรรณาธิการ	70
โบสถ์นครเข้าเป็นสมาชิกสมาคมฯ	71

คณะกรรมการอำนวยการสมาคมแพทย

ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

วาระ พ.ศ. 2548-2549

- | | |
|---------------------------------|---------------------------------------|
| 1. นพ.สถาพร มานัสสฤติย์ | นายกสมาคม |
| 2. พญ.ชุตินา ประมูลสินทรัพย์ | รั้งตำแหน่งนายก |
| 3. นพ.องอาจ ไพโรจน์ทรงราษฎร์ | อุปนายก |
| 4. นพ.สมชาย ลีลากุลศลวงศ์ | เลขาธิการ |
| 5. นพ.สมบัติ ตริประเสริฐสุข | รองเลขาธิการ |
| 6. นพ.สิริวัฒน์ อนันตพันธุ์พงศ์ | เหรัญญิก |
| 7. นพ.ธีระ พิรัชวิสุทธิ | ปฏิคมและสวัสดิการ |
| 8. นพ.ก่าธร เผ่าสวัสดิ์ | ประธานฝ่ายวิจัย |
| 9. นพ.ทวีศักดิ์ แทนวันดี | ประธานฝ่ายวิชาการและการศึกษาต่อเนื่อง |
| 10. นพ.รังสรรค์ ฤกษ์นิมิตร | ประธานฝ่ายวารสาร |
| 11. พญ.โสมศรี โสมิตชัยวัฒน์ | ประธานฝ่ายการศึกษาหลังปริญญา |
| 12. นพ.ทองดี ชัยพานิช | ประธานฝ่ายกิจกรรมสังคม |
| 13. นพ.ศตวรรษ ทองสวัสดิ์ | ประธานฝ่ายสารสนเทศและการสื่อสาร |
| 14. นพ.บัญญัติ โอวาทพัชรพร | ประธานฝ่ายหาทุน |
| 15. พอ.นพ.อนุชิต จุฑาทุทธิ | ประธานฝ่ายจริยธรรม |
| 16. พอ.นพ.สุรพล ชื่นรัตน์กุล | ผู้แทนชมรมเอ็นโดสโคปีย์ |
| 17. พอ.นพ.สุรพล สุรางค์ศรีรัฐ | ผู้แทนชมรมโมลิตีแห่งประเทศไทย |
| 18. นพ.พิศาล ไม้เรียง | ผู้แทนกลุ่มวิจัยโรคกระเพาะอาหาร |
| 19. นพ.พิเศษ พิเศษพงษ์ | ผู้แทนชมรมลำไส้เล็กลำไส้ใหญ่ |



	ผู้แทนชมรมโรคตับแห่งประเทศไทย
20. พญ.วโรชา มหาชัย	
21. นพ.จรินทร์ โรจน์บวรวิทยา	กรรมการกลาง
22. พญ.เจดีย์ว ประสงค์สุขสันต์	กรรมการกลาง
23. นพ.ถนอม จิวสีบพงษ์	กรรมการกลาง
24. พญ.นภาพร จำรูญกุล	กรรมการกลาง
25. นพ.ปิยะวัฒน์ โกมลมิศร์	กรรมการกลาง
26. นพ.ทวี รัตนชูเอก	กรรมการกลาง
27. พตอ.นพ.วรพันธุ์ เสาวรส	กรรมการกลาง
28. พญ.วัฒนา สุชีไพศาลเจริญ	กรรมการกลาง
29. พท.นพ.วานิช ปิยนิรันดร์	กรรมการกลาง
30. นอ.นพ.วิญญู จันทรสุนทรกุล	กรรมการกลาง
31. นพ.ศรัณย์ วรรณภาสณี	กรรมการกลาง
32. นพ.สุริยะ จักกะพาก	กรรมการกลาง
33. พญ.อรวรรณ ไชยมหาพฤกษ์	กรรมการกลาง
34. พญ.อาภัสณี ไสภณตฤษฎ์สุข	กรรมการกลาง
35. นพ.อุดม คชินทร	กรรมการกลาง
36. พญ.กรรณิการ์ พรพัฒน์กุล	ที่ปรึกษา
37. นพ.เกรียงไกร อัครวงศ์	ที่ปรึกษา
38. นพ.เต็มชัย ไชยนุวัติ	ที่ปรึกษา
39. นพ.นุสนธิ์ กัดัดเจริญ	ที่ปรึกษา
40. นพ.พงษ์พีระ สุวรรณกุล	ที่ปรึกษา
41. นพ.พินิจ กุลละวณิชย์	ที่ปรึกษา
42. นพ.มานิต ลีโทขวลิต	ที่ปรึกษา
43. พล.ต.นพ.วิชัย ชัยประภา	ที่ปรึกษา
44. พญ.วีณา วงศ์พานิช	ที่ปรึกษา

- | | |
|---------------------------------|-----------|
| 45. พญ.ศศิประภา บุญญพิสิฏฐ์ | ที่ปรึกษา |
| 46. นพ.สมหมาย วิไลรัตน์ | ที่ปรึกษา |
| 47. นพ.สวัสดิ์ หิตะนันท์ | ที่ปรึกษา |
| 48. นพ.สัจพันธ์ อิศรเสนา | ที่ปรึกษา |
| 49. นพ.สิน อนุราชกูร์ | ที่ปรึกษา |
| 50. พล.อ.ต.นพ.สุจินต์ จารุจินดา | ที่ปรึกษา |
| 51. นพ.สุชา คูระทอง | ที่ปรึกษา |

รายงานการประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคม ครั้งที่ 4/2549

วันศุกร์ที่ 16 มิถุนายน พ.ศ. 2549 เวลา 10.00-12.00 น.
ณ ห้องประชุมจรัสเมือง ชั้น 2 โรงแรมเดอะทวินทาวเวอร์, กรุงเทพฯ

วาระที่ 1 เรื่องประธานแจ้งให้ที่ประชุมทราบ ที่ประชุมมีมติดังนี้

1. เสนอ นพ.พิศาล ไม้เรียง เข้าร่วมเป็นกรรมการวิชาการของราชวิทยาลัย
อายุรแพทย์ฯ ชุดใหม่ ที่ประชุมมีมติสง
2. ที่ประชุมมีมติยินดีร่วมเป็นเจ้าภาพ (collaboration) กับคณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ในการจัดประชุมวิชาการประจำปีด้านดูแล
รักษาพยาบาลผู้ป่วยการกลืนและการเคลื่อนตัวผิดปกติของทางเดินอาหาร
ในวันที่ 24-25 สิงหาคม พ.ศ. 2549 ณ โรงแรมรามาร์คาร์เด็น, กรุงเทพฯ

วาระที่ 2 ที่ประชุมมีมติรับรองรายงานการประชุมครั้งที่ 3/2549 โดยไม่มี การแก้ไข

วาระที่ 3 รับรองผลการสอบแพทย์ประจำบ้านต่อยอด สาขาอายุรศาสตร์ โรกระบบทางเดินอาหาร ประจำปี 2549

1. ที่ประชุมมีมติรับรองผลการสอบดังนี้
 - 1.1 ให้สอบผ่านวุฒิบัตร จำนวน 19 ท่าน
 - 1.2 ให้สอบซ่อมทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ จำนวน 1 ท่านในปีถัดไป
 - 1.3 ให้สอบซ่อมเฉพาะ long case จำนวน 1 ท่านในปีถัดไป
2. เสนอข้อเสนอนแนวทางในการปฏิบัติเรื่องการให้คะแนนสอบ long case ใน
กรณีที่มีผู้คุมสอบบางท่านให้คะแนนไม่ผ่าน แต่เมื่อผลรวมคะแนน long case

ผ่าน ก็ถือให้ผ่าน ทั้งนี้ให้เข้มติของคณะกรรมการคุมสอบพิจารณาประกอบ

วาระที่ 4 เรื่องสืบเนื่องและพิจารณา

4.1 ความคืบหน้าจัดประชุมวิชาการกลางปี 2549

นพ.สมชาย สีสากุลวงศ์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

1. กำหนดวันจัดประชุมคือวันที่ 13-15 กรกฎาคม พ.ศ. 2549 ณ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จ.อุบลราชธานี
2. โรงแรมที่ทางสมาคมได้ติดต่อเพื่อใช้สำหรับพักของผู้เข้าร่วมประชุมคือโรงแรมลายทอง, โรงแรมอุบลบุรีรีสอร์ท
3. ขณะนี้มีบริษัทที่ให้การสนับสนุน principle sponsor จำนวน 4 บริษัท
4. สำหรับครั้งนี้ ทางสมาคมไม่ได้จัดให้มีงานเลี้ยง Gala Dinner

นพ.ธีระ พิรัชวิสุทธิ์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าจากการจัดงาน Gala Dinner ของสมาคมที่ผ่านมา นั้น ได้ใช้เงินไปประมาณครั้งละ 2 แสนบาท

4.2 ความคืบหน้าจัดประชุม 6th Western Pacific Helicobacter Congress 2006 (6th WPHC2006)

นพ.อุดม คชินทร ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

1. ค่าบูธของ 6th WPHC2006 บูธละ 25,000 บาท และค่าบูธของสมาคม 15,000 บาท รวมเป็น 40,000 บาท โดยบริษัทที่แจ้งความประสงค์จะแสดงบูธนั้น ต้องชำระค่าบูธในอัตราเหมารวมคือ 40,000 บาท และสามารถแสดงบูธได้ทั้งการประชุม 6th WPHC2006 และการประชุมของสมาคม
2. ขอให้สิทธิ Principle และ Major ของการประชุม 6th WPHC2006 เลือกตำแหน่งบูธก่อน
3. ค่าลงทะเบียนสำหรับคนไทย ท่านละ 3,500 บาท สามารถเข้าร่วมประชุมได้ทั้ง 2 การประชุม

พญ.วโรชา มหัชชัย ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าขณะนี้กำลังติดต่อบินไทยเพื่อขอส่วนลดบัตรโดยสารเครื่องบินของวิทยากร แต่ยังไม่ได้รับคำตอบ

4.3 นพ.สิริวัฒน์ อนันตพันธุ์พงศ์ เหมัญญิกสมาคม ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบ

เกี่ยวกับกระแสเงินสดรับ-จ่ายและที่ประชุมมีมติรับทราบ

วาระที่ 5 เรื่องอื่นๆ

- 5.1 นพ.อุดม คชินทร ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้
 1. ขณะนี้ยังไม่มีผู้ยื่นความประสงค์สมัครทุน GAT-Eisai และทุน GAT-GSK ประจำปี 2549
 2. ได้รับจดหมายจาก พญ.วิภากร ชูแสง ผู้ซึ่งได้รับทุน GAT-GSK ปี 2548 ขณะนี้อบรมและดูงานอยู่ที่อังกฤษ และได้มีผลงานตีพิมพ์จำนวนหลายเรื่อง ที่ประชุมเสนอให้ผู้ที่ได้รับทุนต่างๆ นำผลงานมาเสนอในการประชุมวิชาการประจำปีของสมาคม
- 5.2 นพ.สมชาย สีลาภุศลวงศ์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบเกี่ยวกับการจัดอบรม GI Fellow Day และสัมมนาสมาคม เมื่อวันที่ 11-12 พฤษภาคม พ.ศ. 2549 ณ โรงแรมทิพย์วิมาน ซะอ่า จ.เพชรบุรี ซึ่งประสบความสำเร็จอย่างดี
- 5.3 นพ.สถาพร มานัสสฤติย์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบเกี่ยวกับการได้มีโอกาสพูดคุยกับผู้แทน OMGE คือ Prof. Richard Kozarek และ Prof. Douglas R LaBrecque ซึ่งเดินทางมาร่วมพิธีเปิดศูนย์ส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร วิกิจ วิจารณ์วัตต์ เมื่อวันที่ 20 มีนาคม พ.ศ. 2549 และทั้งนี้ได้มอบแผ่นป้ายแต่งตั้งประเทศไทยเป็นศูนย์ Endoscopy training สำหรับแถบเอเชียอาคเนย์ที่ประชุมเสนอในระยะแรกควรติดแผ่นป้ายไว้ที่โรงพยาบาลศิริราช และเสนอให้พิจารณาตามดุลยพินิจคณะกรรมการ Endoscopy training
- 5.4 ที่ประชุมมีมติรับรองสมาชิกใหม่ทั้ง 2 ท่าน เป็นสมาชิกสามัญ ได้แก่ นพ.วุฒิพงษ์ ไชยพรพัฒนา และ นพ.สุนทร ชลประเสริฐสุข

.....

Interhospital GI Conference

นพ.จรรุญ ชาสวัสดิ์
หน่วยโรคทางเดินอาหาร
คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล

ผู้ป่วยชายไทยคู่ อายุ 57 ปี อาชีพรับราชการทหาร ภูมิลำเนา จ.นครราชสีมา

อาการสำคัญ : ปวดแน่นท้อง 10 วัน

ประวัติปัจจุบัน : 12 วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการปวดท้องแน่นท้องทั่วๆ ท้อง แต่แน่นมากบริเวณใต้ลิ้นปี่ มีอาการคลื่นไส้อาเจียนเป็นเศษอาหารสีเหลือง บางครั้งเป็นสีเขียว ถ่ายอุจจาระสีเหลืองเป็นก้อน ไม่มีไข้ ไปตรวจรักษาที่โรงพยาบาลค่าย แพทย์บอกว่าเป็นโรคกระเพาะอาหาร ได้ยามารับประทาน อาการไม่ดีขึ้น

10 วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการอาเจียนหลายครั้ง ท้องอืดขึ้น มีอาการมากหลังรับประทานอาหาร ไม่ถ่ายอุจจาระ ไปตรวจโรงพยาบาลเดิม แพทย์บอกว่าเป็นโรคท้องผูกให้ยาระบายเป็นน้ำสีชา

8 วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยรับประทานยาระบายแล้วไม่ถ่ายอุจจาระ อาการคลื่นไส้อาเจียนดีขึ้น แต่ท้องโตมากขึ้น ได้ไปที่โรงพยาบาลเดิม แพทย์ตรวจอัลตราซาวนด์และเอกซเรย์ท้อง บอกว่าเป็นโรคตับแข็ง ให้นอนรักษาในโรงพยาบาล ให้น้ำเกลือและยาแก้ท้องอืด อาการปวดแน่นท้องไม่ดีขึ้น รักษาอยู่ 4 วันจึงให้กลับบ้าน

4 วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยยังคงมีอาการปวดแน่นท้องตลอดเวลาจนนอนไม่หลับ ท้องยังโต มีอาการใช้เป็นช่วงๆ ไปนอนรักษาที่โรงพยาบาล



เอกชน ช่วงที่นอนโรงพยาบาล มีถ่ายอุจจาระเป็นมูกปนเลือดออกมาประมาณ 1 ช้อนโต๊ะ แพทย์แนะนำให้มารักษาต่อที่กรุงเทพฯ

ประวัติอดีต : เป็นโรคตับแข็งมานานประมาณ 10 ปี ปฏิเสธโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ต่อมสุรารวันละ 1/2 ขวด นาน 20 กว่าปี หยุด 10 ปี

Physical Examination :

V/S : BP 113/89 mmHg HR 100 /min. RR 28 /min. Temp. 37.5 °C

General Appearance : a middle aged obesity man, good consciousness

HEENT : not pale conjunctiva, no icteric sclera, parotid gland enlargement

Heart : PMI at LT. 5th ICS, MCL, regular rhythm, no murmur

Chest and lung : gynecomastia, no spider nevi, lung: symmetrical breathing sound, clear, no adventitious sound

Abdomen : markedly distension, hypoactive bowel sound, generalized mild tenderness, no rebound tenderness, liver and spleen-not palpable, fluid thrill-positive

Extremity : pitting edema +2, liver palm positive

Neuro : normal

PR : no rectal shelf, blood at finger tip

Investigations :

CBC : Hb / Hct 15.8 g/dl /44.5% WBC 15,540/mm³ - N 85% L 9% M 5% platelet 179,000/mm³

Blood chemistry : BS 205 mg/dl, BUN/Cr 16.9/0.9 mg/dl, Na 130 mmol/L K 4.2 mmol/L Cl 104 mmol/L CO₂ 29 mmol/L

LFT: TB/DB 1.7/0.7 mg/dl, SGOT/SGPT/ALP = 36/32/101 U/L, GGT 86 A/G 3.5/3.9 g/dl

Plain abdomen : Generalized small bowel dilatation



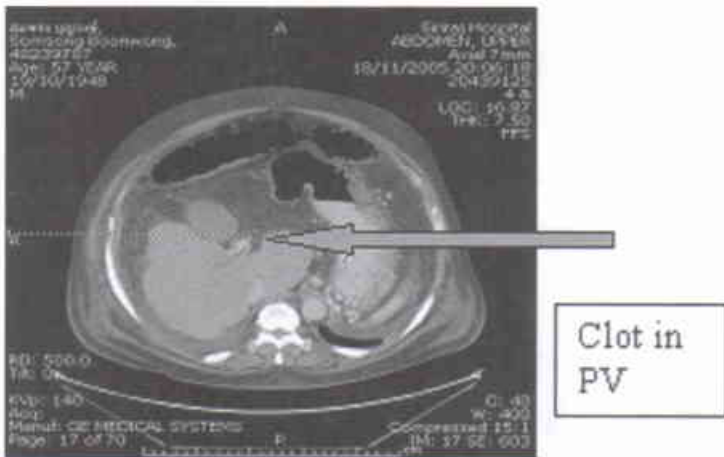
ภาพที่ 1 supine position



ภาพที่ 2 upright position

CT abdomen (ภาพที่ 3-8)

Liver cirrhosis with minimal ascites, no liver mass, filling defect (thrombus) extent from SMV to Portal vein, normal pancreas.

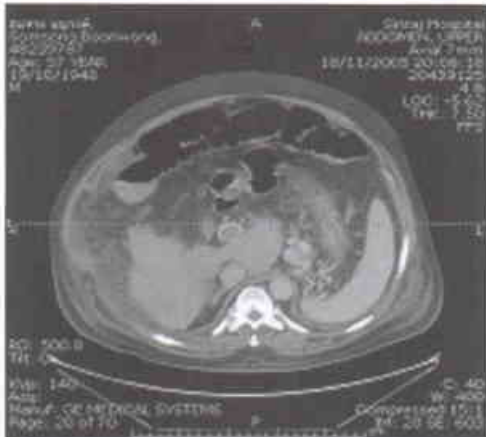


ภาพที่ 3





ภาพที่ 4



ภาพที่ 5



ภาพที่ 6



תוצרת 7



Clot in SMV

תוצרת 8

Serology : ANA titer : negative

Lupus anticoagulant : negative

Anticardiolipin antibody : 2.92 gp/cc. (normal < 12)

.....

Mesenteric Vein Thrombosis (MTV)

นพ.จรรุญ ชาสวัสดิ์
หน่วยโรคทางเดินอาหาร
คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล

ภาวะ mesenteric vein thrombosis ค้นพบครั้งแรกโดย Elliot ในปี ค.ศ. 1985 จากการ autopsy ภาวะนี้พบได้ไม่บ่อยนัก อุบัติการณ์เกิดของภาวะนี้ไม่ทราบแน่ชัด แต่จากการ autopsy พบได้ร้อยละ 0.2-2¹ โดยพบร้อยละ 5-15 ของภาวะ mesenteric ischemia² ทั้งหมด โดยส่วนใหญ่่มักจะเกิดกับเส้นเลือด superior mesenteric vein พบได้ร้อยละ 95

แบ่งออกเป็น 2 ชนิด

1. Acute mesenteric vein thrombosis เกิดในระยะเวลาน้อยกว่า 4 สัปดาห์
2. Chronic mesenteric vein thrombosis เกิดระยะเวลาเกิน 4 สัปดาห์

ภาวะ acute mesenteric vein thrombosis พบได้ร้อยละ 5-15 ของผู้ป่วย MVT ทั้งหมดมีเพียงร้อยละ 9 ที่เกิดอาการภายใน 24 ชั่วโมง³ ผู้ป่วยมีอาการปวดท้องในช่วง 5-30 วัน ประมาณร้อยละ 50 ที่ต้องไปพบแพทย์ตรวจ มีผู้ป่วยประมาณร้อยละ 27 ที่มีอาการปวดท้องเกิน 1 เดือน⁴

เส้นเลือดที่เลี้ยงลำไส้ในช่องท้อง

1. Arterial supply อันได้แก่ celiac artery, SMA, IMA คิดเป็นร้อยละ 25 ของ cardiac output
2. Venous supply SMV เป็นเส้นเลือดดำที่ไหลกลับคิดเป็นร้อยละ 30 ของ portal system⁵

พยาธิสรีรวิทยา

กลไกการเกิดของ mesenteric vein thrombosis ไม่ทราบแน่ชัดว่าเป็น primary phlebosclerosis หรือ secondary thrombosis⁹

สาเหตุ⁷

1. Primary cause (idiopathic) ร้อยละ 20
2. Secondary cause ร้อยละ 80

ในกรณีของ secondary MVT พบอุบัติการณ์เกิดได้มากขึ้นเนื่องจากสามารถตรวจความผิดปกติได้มากขึ้นอันได้แก่ ความผิดปกติทางระบบโลหิต เช่น Protein C, S, Antithrombin III deficiency, Polycythemia vera, Thrombocytosis, Sickle cell disease และ Factor V Leiden mutation^{8,9} มีรายงานผู้ป่วย MVT 31 ราย เกิดจาก hypercoagulable state ร้อยละ 42, มีประวัติ thrombosis episode มาก่อน เช่น DVT ร้อยละ 16 หลังผ่าตัดร้อยละ 16 โดยเฉพาะหลังผ่าตัดม้ามจะมี relative thrombocytosis, มีประวัติโรคมะเร็งร้อยละ 13¹⁰

ตารางที่ 1 แสดงภาวะที่เป็น secondary cause of MVT

1. Prothrombotic state^{*11}: Protein C, S def., Antithrombin III def., G 20210A PT gene mutation, Factor V Leiden mutation, Antiphospholipid antibody, Anticardiolipin antibody, PNH, Myeloproliferative disease eg, ET, PV
 2. Surgery* : post LT, appendectomy
 3. Cirrhosis** : portal hypertension
 4. Cancer : CA colon, CA pancreas
 5. Intraabdominal organ injury
 6. Intraabdominal infection, sepsis* *B.fragilis*
 7. Bowel obstruction : volvulus, intussusception
 8. Drugs : oral contraceptive pill (ร้อยละ 9-18)
- *cause ที่พบบ่อย

ในผู้ป่วยโรคตับแข็งมีภาวะ genetic thrombophilic predisposition ร้อยละ 70 และมี G 20210A prothrombin gene mutation 5 เท่าเปรียบกับกลุ่มที่ไม่มี mesenteric vein thrombosis¹² ส่วนในผู้ป่วยที่มีโรค IBD พบมี MVT ได้ร้อยละ 1.1 ส่วนใหญ่มักเกิดกับผู้ป่วยที่ได้ยา estrogen, ประวัติได้รับการผ่าตัดลำไส้¹³ การติดเชื้อในช่องท้องการเกิด thrombosis เชื่อว่าเกิดจากการมี ascending thrombosis หรือมีการปล่อยสาร endotoxin หรือ thrombogenic factor เข้าสู่กระแสเลือดทำให้เกิด thrombosis ตามมา¹⁴

อาการและอาการแสดง

อาการแบ่งเป็น 2 ระยะ

1. Acute phase⁷ มีลักษณะอาการปวดท้องแบบทั่วท้อง เป็นช่วงๆ อาการค่อยเป็นค่อยไป แต่อาการแสดงไม่มากไม่สัมพันธ์อาการปวดท้อง อาการอืดท้องแน่นคลื่นได้อาเจียน มีท้องมาน และอาจถ่ายอุจจาระเป็นเลือดสีดำ พบมี FOBT positive ร้อยละ 50, มี clinical gut obstruction จาก mucosal edema, ความดันโลหิตต่ำ ในรายที่ bowel ischemia ค่อนข้างมากอาจมี bowel gangrene, perforation และมี peritonitis ตามมาได้

อาการที่พบได้บ่อยที่สุดได้แก่ อาการปวดท้อง (ร้อยละ 86) คลื่นไส้ อาเจียน (ร้อยละ 56) ถ่ายเหลว (ร้อยละ 23) ถ่ายอุจจาระปนเลือด (ร้อยละ 23)¹⁵ มีรายงานพบมีการเกิด severe peritonitis ได้ (ร้อยละ 16) เนื่องจากเกิด intestinal necrosis และ ผู้ป่วยจำนวนร้อยละ 33 ต้องรักษาด้วยการผ่าตัดลำไส้¹⁰

2. Chronic phase¹⁶ อาจไม่มีอาการ หรืออาจมีอาการท้องอืด เบื่ออาหาร รับประทานได้น้อย น้ำหนักลดลง และอาจมาด้วยภาวะแทรกซ้อน ของ portal hypertension เช่น variceal bleeding

สามารถแยกภาวะ arterial thrombosis และ venous thrombosis ดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 2 แสดงการแยกภาวะ arterial thrombosis และ venous thrombosis

VARIABLE	VENOUS THROMBOSIS	ARTERIAL THROMBOEMBOLISM
Risk factors	Prothrombotic states Inflammatory bowel disease Abdominal cancer	Atherosclerotic vascular disease Valvular heart disease Arrhythmias
Abdominal pain	Insidious onset	Sudden onset with embolic disease
Tests		
Plain films	Usually nonspecific	Usually nonspecific
Computed tomography	Sensitivity of more than 90%	Sensitivity of approximately 60%
Mesenteric angiography	Not usually required for diagnosis	Often helpful
Involvement of inferior mesenteric vessels	Uncommon	Common
Operative findings		
Mesenteric arterial pulsations	Preserved except late in disease	Absent
Type of transition from ischemic to normal bowel	Gradual	Abrupt
Therapy		
Thrombolysis	Rarely useful	Often useful
Long-term anticoagulation	Indicated	Indicated
Sequelae	Short bowel, varices	Short bowel

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

CBC มี leukocytosis ได้ ร้อยละ 75 metabolic acidosis ร้อยละ 50 มีการเพิ่มขึ้นของ serum lactate, abdominal tapping พบมีลักษณะ serosanguinous ascites ได้¹⁷

Serum marker ค่า D-dimer test มีการเพิ่มขึ้นในระยะแรกของภาวะ acute mesenteric ischemia

Serum marker อื่นๆ α -Glutathio s-transferase (α -GST) สร้างจากตับและลำไส้ ซึ่งจะมีค่าเพิ่มขึ้นในกรณีที่ลำไส้หรือตับขาด blood supply¹⁸

การตรวจทางรังสี

1. Plain abdomen

พบความผิดปกติ ร้อยละ 50-75 แต่ที่มีลักษณะเฉพาะพบได้เพียงร้อยละ 5 ได้แก่ ลักษณะที่เป็น thumb printing, pneumatosis intestinalis, air in portal

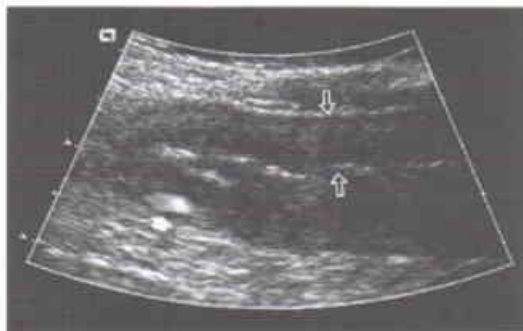
vein, free peritoneal air การตรวจควรหลีกเลี่ยง barium contrast อาจเสี่ยงต่อการรั่วหรือมีการทะลุของลำไส้ได้⁶



ภาพที่ 1 แสดงถึงการ dilated of small bowel, thickening of fold and separated bowel loop (ลูกศร) แสดงถึง thumb printing fold¹⁹

2. Ultrasound และ color doppler ultrasound

พบลักษณะความผิดปกติได้ร้อยละ 70 มีลักษณะความผิดปกติได้แก่ vascular flow abnormality, distended of bowel loop, hypoechoic thickening of bowel, decreased bowel peristalsis, peritoneal fluid collection แต่มีข้อจำกัดในการตรวจเนื่องจากขึ้นอยู่กับความชำนาญของผู้ทำการตรวจ และถูกรบกวนจากลมในลำไส้¹⁹



ภาพที่ 2 แสดง (open arrow) ผนังลำไส้ที่บวม (solid arrow) ไม่มีเลือดไหลผ่าน

3. CT scan

การตรวจด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์พบความผิดปกติได้ร้อยละ 90 ลักษณะความผิดปกติมีลักษณะ enlargement of SMV, sharply defined vein wall with a rim of increased density, enhancement of bowel wall, portal vein gas, pneumatosis intestinalis¹⁰



ภาพที่ 3 แสดงปลายลูกศร การมี extensive pneumatosis

ในกรณีใช้เครื่องตรวจ multidetector CT scan สามารถได้รายละเอียดของ mesenteric vessels และลำไส้ ซึ่งสามารถแสดงเส้นเลือดได้ใกล้เคียงกับ conventional angiography²⁰



ภาพที่ 4 แสดง (arrows) ผนังลำไส้ขาดเลือด, no bowel enhancement (arrow head) แสดงถึง extensive superior MVT

4. MRI imaging

การตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าจะเห็นหลอดเลือดโดยการให้ 3D gadolinium-enhanced MR angiography ในกรณีที่ใช้เครื่อง real time จะสังเกตลำไส้ส่วนที่ขาดเลือดมีการเคลื่อนตัวน้อยได้ด้วย



ภาพที่ 5 แสดง (ลูกศร) เส้นเลือดดำที่อุดตัน

5. Mesenteric angiography

มักใช้ในกรณีที่สงสัยเป็น MVT แต่ตรวจ CT scan ไม่พบการตรวจสาม mesenteric angiography สามารถแสดงให้เห็นการมี thrombus หรือการมี filling defect ในเส้นเลือดดำ⁶



ภาพที่ 6 แสดงมีก้อนเลือดใน portal vein (arrow) มี collateral vein circulation (arrow heads) ในรายที่อุดตันเรื้อรัง

6. การตรวจอื่นๆ มีการใช้การฉีดสาร fluorescein ในระหว่างผ่าตัด
ช่วยบอกส่วนของลำไส้ที่ขาดเลือดเลี้ยงซึ่งจะติดสีน้อย²¹

การวินิจฉัย

การวินิจฉัยพยายามคิดถึงในผู้ป่วยที่ high risk ในกรณีที่อาการปวด
ท้องไม่สัมพันธ์กับอาการแสดงที่หน้าท้อง ส่งตรวจ imaging เพื่อยืนยันการวินิจฉัย

การรักษา

พยายามรักษาเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนอันได้แก่ transmural
necrosis, bowel perforation²²

การรักษาแบ่งเป็น 3 แบบ

1. การรักษาตามอาการ²³

งดน้ำและอาหาร ให้สารน้ำ resuscitation, ใส่ NG tube เพื่อ rest bowel

2. การรักษาด้วยยา

ยา anticoagulant รับประทานในกรณีที่ไม่มีอาการแสดงของ peritoneal sign
โดยให้ heparin load 5,000 IU IV ตามด้วย continuous IV drip keep a-PPT 2-3 times
นาน 7-10 วัน ให้ยา coumadin sodium นาน 6-12 เดือน⁶

ยา thrombolytic agent ได้แก่ streptokinase, urokinase, r-TPA ยาสามารถ
recanalized thromboses vein, กระตุ้น plasminogen เป็น plasmin การใช้ยาฉีด
เข้าที่เส้นเลือดดำที่ตับ มักใช้กับก้อนเลือดที่อุดตันขนาดใหญ่ แต่โอกาสได้ผล
สำเร็จน้อยและเสี่ยงต่อการมีเลือดออกในทางเดินอาหาร²³

3. การรักษาด้วยการผ่าตัด

การผ่าตัดใช้ในกรณีที่มีลักษณะของ peritonitis การผ่าตัดขึ้นอยู่กับ
ลักษณะที่พบในท้องผ่าตัดมีภาวะ bowel perforation หรือไม่ พยายามหลีกเลี่ยง
การตัดลำไส้โดยไม่จำเป็น⁶ อาจใช้การผ่าตัดซ้ำอีก 24 ชั่วโมงเพื่อติดตามการทำงานของ
ของลำไส้ส่วนที่ขาดเลือด

การผ่าตัดเปรียบเทียบกับกรั้ยา anticoagulant อย่างเดียวไม่มีความ
แตกต่างในอัตราการตายและการรอดชีวิต แต่มีความแตกต่างในแง่กลุ่มผู้ป่วยผ่าตัด
ต้องอาศัยในโรงพยาบาลนานขึ้น¹¹

การผ่าตัดด้วย surgical embolectomy มีโอกาสใช้น้อย ยกเว้น lesion เพิ่ง
เกิดและอยู่เฉพาะที่ SMV แต่โดยส่วนใหญ่ MVT มักเป็น diffuse venous thrombosis²⁵

การพยากรณ์⁶

- อัตราการรอดชีวิตขึ้นอยู่กับอายุ ในกรณีที่เป็นโรคมะเร็ง, ดับเชิงการพยากรณ์โรคไม่ดี
- อัตราตาย ร้อยละ 2-35 พบในกรณีที่อาการไม่จำเพาะ ได้รับการวินิจฉัยและรับการรักษาช้า²⁶
- อัตราการเกิดซ้ำมักเกิดใน 1 เดือนแรก และเกิดน้อยในกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยยา anticoagulant และการผ่าตัด

เอกสารอ้างอิง

1. Ottinger LW, Austin WG. A study of 136 patients with mesenteric infarction. Surg Gynecol Obstet 1967;124:251-61.
2. Sreenarasimnaiah J. Diagnosis and management of intestinal ischaemic disorders. BMJ 2003;326:1372-6.
3. Rhee RY, Gloviczki P, Mendonca CT, et al. Mesenteric vein thrombosis: Still a lethal disease in the 1990s. J Vas Surg 1994;20:688-97.
4. Mathews JE, White RR. Primary mesenteric venous occlusive disease. Am J Surg 1971;22:579-83.
5. Vicente DC, Andris K. Acute mesenteric ischemia. Curr Opinion in cardiology 1999;14:453-8.
6. Shaji K, Sarr G.M, Kamath SP. Mesenteric vein thrombosis. NEJM 2001;345:1683-8.
7. Kumar Shaji, Patrick KS. Acute superior mesenteric venous thrombosis:one disease or two. Am J Gastroenterol 2003;98:1299-304.
8. Wilson C, Walker ID, et al. Mesenteric venous thrombosis is anti-thrombin III deficiency. J Clin Patho 1987;40:906-8.
9. Tollefson DFJ, Friedman KD, Maslar RA, et al. Protein C deficiency, a cause of unusual or unexplained thrombosis. Arch Surg 1988;123: 881-4.

10. Mark MD, James EL, et al. Mesenteric vein thrombosis: A changing clinical entity. *J of Vascular Surg* 2001;680-5.
11. Webster GJM, Burroughs AKR. Review article: portal vein thrombosis - new insights into aetiology and management. *Aliment Pharmacol Ther* 2005;21:1-9.
12. Zhang J, Duan ZQ, et al. Acute Mesenteric Venous Thrombosis: A Better Outcome Achieved Through Improved Imaging Techniques and a Changed Policy of Clinical Management. *Eur J Vascular Endo vas Surg* 2004;28:329-34.
13. Ossama HA, Kristi SS, et al. Mesenteric vein thrombosis in IBD. *J Clin Gastroenterol* 2005;93:27-31.
14. Yu JS, Bennett WF, Bova JG. CT of superior mesenteric vein thrombosis complicating periappendiceal abscess. *J Comput Assist Tomogr* 1993;17:309-22.
15. Marshauer M, Lee D, Joseph KT, Matthew MA, White II C, Gilbert. Superior mesenteric vein thrombosis with radiologically occult causes: A Retrospective study 43 cases. *AJR* 2001;177:837-41.
16. Bradbury SM, Kavanagh VP, et al. Mesenteric vein thrombosis: Diagnosis and noninvasive imaging. *RG* 2002;22:527-41.
17. Gearhart SL, Delaney CP, et al. Prospective assessment of the predictive value of alpha-glutathione S-transferase for intestinal ischemia. *Am surg* 2003;324-9.
18. Chouker Alexander, Martigan Andre, et al. Gluthathione S-Transferase as an Early Marker of Hepatic Ischemia/Reperfusion Injury after Liver Resection. *World J Surg* 2005;29:528-34.
19. Kim AY, Ha Kwon Hyon. Evaluation of suspected mesenteric ischemia Efficacy of radiologic studies. *Radiol Clin N Am* 2003;328:327-42.
20. Fleischmann Dominik. Multiple detector-row CT angiography of the renal and mesenteric vessels. *EJR* 2003;45:s79-87.

21. Kozuch PL, Brandt LJ. Review article: diagnosis and management of mesenteric ischaemia with an emphasis on pharmacotherapy. *Aliment Pharmacol Ther* 2005;21:201-15.
22. Brunaud L, Antunes L, et al. Acute mesenteric venous thrombosis: Case for non-operative management. *J Vas Surg* 2001;34:673-9.
23. Divino CM, Park IS, et al. A retrospective study of diagnosis and management of mesenteric vein thrombosis. *Am J Surg* 2001;181:20-3.
24. Yasuhara H. Acute Mesenteric Ischemia: The Challenge of Gastroenterology. *Surg Today* 2005;35:185-95.
25. Rhee RY, Gloviczki P. Mesenteric vein thrombosis. *Surg Clin North Am.* 1997;77:327-88.
26. Fenius JF, Brndt LJ, Boley SJ. Ischemic disease of the bowel. *Gastroenterol Clin North AM* 1990;19:319-43.

.....

Topics review

Wilson's disease

พญ.สรรพจน์ โคมทอง
ผศ.นพ.สมบัติ ศรีประเสริฐสุข
หน่วยโรคระบบทางเดินอาหาร ภาควิชาอายุรศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Wilson's disease เป็นโรคทางพันธุกรรมที่มีการถ่ายทอดแบบยีนด้อย (autosomal recessive) ที่มีความผิดปกติอยู่บนโครโมโซมคู่ที่ 13 (ATP7B gene) มีอุบัติการณ์ทั่วโลกพอๆ กันประมาณ 1 : 30,000 คน

พยาธิสรีรวิทยา

ร่างกายคนปกติมี copper อยู่ประมาณ 100 มก.¹ การดูดซึม copper จากอาหารเกิดขึ้นส่วนใหญ่ที่กระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น² และในแต่ละวันร่างกายจะกำจัด copper ออกในสัดส่วนเท่าๆ กับที่ดูดซึมเข้ามา ตับมีบทบาทสำคัญทั้งใน copper metabolism และการกำจัด copper ออกจากร่างกายผ่านทางน้ำดี ในภาวะปกติมีการขับ copper ออกมาทางปัสสาวะน้อยมาก เซลล์ตับมีความสามารถในการปรับตัวเพิ่มความสามารถในการขับ copper ออกทางน้ำดีได้อย่างรวดเร็วเมื่อมี copper ในร่างกายเพิ่มขึ้น เพราะฉะนั้นในภาวะปกติ จะไม่เกิด copper overload สาร copper ไม่มี enterohepatic circulation ดังนั้น copper ที่ถูกขับออกมาทางน้ำดีจะไม่ถูกดูดซึมกลับอีกและขับออกมาทางอุจจาระ²

การเปลี่ยนแปลงในระยะแรกเกิดเนื่องจากการลดลงของ lipid oxidation ทำให้มี triglyceride สะสมในเซลล์ตับ ร่วมกับมี glycogen สะสมใน nuclei ของ periportal hepatocyte ทำให้เห็นการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิเป็น micro หรือ macrovesicular steatosis และ periportal glycogenated nuclei มีการเปลี่ยนแปลงที่เป็นการอักเสบของเซลล์ตับ ได้แก่ nonspecific portal lymphocytic infiltration, hepatocyte ballooning, anisocytosis, anisonucleosis, hepatocytolysis และ interface hepatitis ในระยะตับแข็งอาจพบ Mallory bodies ได้ประมาณร้อยละ 25 โดยอาจพบเป็น macronodular หรือ mixed macro/micronodular cirrhosis

การย้อมพิเศษเพื่อตรวจหา copper แบ่งเป็น 2 ชนิด ได้แก่ การย้อม copper โดยตรง ได้แก่ rhodanine, rubeanic acid และ Timm's silver stain หรือ การย้อม copper-binding protein ได้แก่ Victoria blue และ orcein ซึ่งอาจย้อมให้ผลมากได้ในโรคไวรัสตับอักเสบบี เป็นต้น

อาการและอาการแสดงทางคลินิก

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักแสดงอาการก่อนอายุ 30 ปี แต่ก็มีรายงานว่าอาจพบโรคนี้ได้ในคนสูงอายุได้ถึง 70 ปี ไม่พบในเด็กอายุน้อยกว่า 3 ปี² เนื่องจากเชื่อว่าต้องใช้เวลาในการมี copper สะสมที่ตับ จึงจะเกิดภาวะ copper overload โดยพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายในอัตราส่วนประมาณ 2 : 1 ผู้ป่วยมักมีอาการและอาการแสดงใน 2 ระบบใหญ่ๆ คือ อาการของโรคตับและอาการทางระบบประสาท โดยผู้ป่วยที่มีอาการแสดงทางโรคตับมักวินิจฉัยเมื่อมีอายุน้อยกว่าผู้ป่วยที่มีอาการทางระบบประสาท เนื่องจาก copper จะมีการสะสมที่ตับก่อน แล้วจึงออกสู่กระแสเลือด ไปสะสมตามอวัยวะอื่นๆ รวมทั้งระบบประสาทส่วนกลาง จึงพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น neuropsychiatric Wilson's disease มักมีภาวะ compensated cirrhosis ร่วมด้วย ข้อมูลในประเทศไทยมี 2 รายงานหลักๆ คือการศึกษาของโรงพยาบาลจุฬาและรามกิติบัติ จำนวน 14 และ 24 ราย^{3,4} ตามลำดับ ซึ่งมีลักษณะอาการและอาการแสดงคล้ายกับในต่างประเทศ คือมีอายุน้อยในช่วง 20-30 ปี และมักมาด้วยอาการของภาวะตับแข็ง ตัวตาเหลือง ดังสรุปใน ตารางที่ 1.1-1.3

ตารางที่ 1.1 อาการของ Wilson's disease ในประเทศไทย

	Ramathibodi (male = 8)	Ramathibodi (female = 16)	Ramathibodi n (%)	Starosta* n (%)	Strenmel* n (%)
Asymptomatic	1	2	3 (12.5)	5 (16)	9 (17)
Neurological involvement	1	6	7 (29.2)	19 (61)	8 (16)
Hepatic involvement	2	7	9 (37.5)	3 (10)	11 (22)
Combined involvement	4	1	5 (20.8)	4 (13)	23 (45)
รวม	8	16	24 (100)	31(100)	51(100)

*ข้อมูลของต่างประเทศ

ตารางที่ 1.2 อาการแสดง Wilson's disease

	Ramathibodi n (%)	Strickland* N (%)
KF rings	19/23 (82.6)	37 (92.5)
Splenomegaly	7/24 (29.2)	21 (52.5)
Palpable liver	3/24 (12.5)	9 (22.5)
Jaundice	10/24 (41.7)	11 (27.5)
GI bleeding	3/24 (12.5)	4 (10)
Oedema	5/24 (20.8)	12 (30)
Arthralgia	5/24 (20.8)	11 (27.5)

ตารางที่ 1.3 สรุปลักษณะอาการและอาการแสดง Wilson's disease

Hepatic	Neurologic	Ophthalmologic	Psychiatric	Renal	Cardiovascular
- Chronic active hepatitis	- tremor	- Kayser-Fleischer rings	- mood disorder	- renal tubular acidosis	- myopathy
- cirrhosis	- ataxia	- sunflower cataracts	- psychosis	- nephrolithiasis	- arrhythmias
- fulminant liver failure	- rigidity		- cognitive impairment		
	- dyskinesia				

อาการและอาการแสดงทางโรคตับ

อาจมีได้ตั้งแต่ไม่มีอาการเพียงตรวจพบความผิดปกติจากการเจาะเลือดตรวจการทำงานของตับ เป็นตับอักเสบเรื้อรัง มาด้วยภาวะตับแข็งหรือภาวะแทรกซ้อนของภาวะตับแข็ง จนอาจมาด้วยภาวะตับวายเฉียบพลันได้

Kayser-Fleischer ring (KF ring)

เกิดจากการสะสมของ copper ในชั้น descemet's membrane ของกระจกตา ลักษณะเป็น fine pigmented granular deposite ตรวจพบโดย slit lamp examination จะเห็นชัดที่บริเวณด้านบนและด้านล่างของกระจกตา ตรวจพบความผิดปกตินี้ได้ประมาณร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่มาด้วยอาการทางตับ และตรวจพบได้ถึงร้อยละ 90-95 ของผู้ป่วยที่มาด้วยอาการทางระบบประสาท ลักษณะนี้ไม่ได้จำเพาะกับโรค Wilson's disease เพราะสามารถพบได้ใน cholestatic disease อื่นๆ ได้ด้วย เช่น primary biliary cirrhosis และ primary sclerosing cholangitis KF ring จะหายไปภายหลังการรักษาหรือหลังการผ่าตัดเปลี่ยนตับ นอกจากนี้ยังใช้ประเมินว่าผู้ป่วยรับประทานยาสมำเสมอหรือไม่ โดยถ้า KF ring เคยหายไปหลังการรักษา แต่กลับตรวจพบซ้ำอีกแสดงว่าผู้ป่วยรับประทานไม่สม่ำเสมอ

อาการและอาการแสดงทางระบบประสาท

พบความผิดปกติแบบ Parkinsonian-like เช่น tremor, rigidity และ bradykinesia โดยจากการศึกษาโดยทำ MRI พบมีความผิดปกติที่ basal ganglia ความผิดปกติทางระบบประสาทอื่นๆ ได้แก่ ataxia, clumsiness of gait, slurring of speech, inappropriate and uncontrollable grinning (risus sardonius), drooling, dyskinesia dysarthria และ cognitive impairment นอกจากนี้มีความผิดปกติคล้ายอาการทางจิตเวชได้ เช่น mood disorder, personality disorder, poor school performance, impulsive behavior, schizophrenia และ psychosis อาจตรวจพบมีระดับ copper สูงขึ้นในน้ำไขสันหลังได้ ซึ่งพบว่าลดลงหลังรักษา จึงอาจใช้ช่วยติดตามผลการรักษาได้

อาการและอาการแสดงในระบบอื่นๆ ได้แก่

1. อาการทางไต เช่น proximal RTA (Fanconi syndrome), distal RTA และ

nephrolithiasis

2. อาการทางข้อ เช่น arthropathy, osteomalacia และ chondrocalcinosis
3. อาการทางตา เช่น Kayser-Fleischer ring, sunflower cataract และ azure lunulae
4. ภาวะ coomb's-negative hemolytic anemia
5. อาการแสดงทางระบบอื่นๆ เช่น cardiomyopathy, dysrhythmia, pancreatitis, amenorrhea, menstrual irregularity, delayed puberty, hypothyroid, hypoparathyroid, infertility, repeated miscarriages เป็นต้น

เกณฑ์วินิจฉัย

การตรวจค่าการทำงานของตับ

ระดับเอนไซม์ transaminase มักสูงขึ้นไม่มาก มักไม่เกิน 1,000 IU/L โดยจะพบว่า AST จะสูงกว่า ALT และ alkaline phosphatase มีค่าต่ำ (< 40 IU/L) โดย bilirubin: alkaline phosphatase ratio มักมีค่ามากกว่า 2 ส่วนค่า AP/TB มักมีค่า < 4 ซึ่งพบในภาวะตับวายเฉียบพลัน

serum ceruloplasmin

Ceruloplasmin เป็นโปรตีนที่สร้างที่ตับเป็นส่วนใหญ่ และเป็น acute phase protein ชนิดหนึ่ง ทำหน้าที่จับกับ copper ในกระแสเลือดมากถึงร้อยละ 90 การตรวจพบว่ามีค่า ceruloplasmin ต่ำในโรคนี้ไม่ได้เป็นความผิดปกติที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรค เพียงแค่เป็นสิ่งที่ตรวจพบร่วมกัน ดังจะพบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรค aceruloplasminemia ก็มี copper metabolism ที่ปกติและไม่ได้แสดงอาการของโรค Wilson's disease

False positive

1. Renal protein loss เช่น nephritic syndrome
2. Enteric protein loss เช่น malabsorption malnutrition
3. Severe end stage liver disease of any etiology
4. ร้อยละ 10-20 ของ heterozygote for Wilson's disease

5. Hereditary aceruloplasminemia
6. Menkes disease (X-linked transport due to mutation in ATP7A)
7. Severe copper deficiency

False negative

1. Hepatic inflammation
2. Hyperestrogenemia เช่น pregnancy, estrogen supplement and use of OCPs³
3. Immunologic method (antibody-dependent assay) of measuring ceruloplasmin concentration เนื่องจากการวัดระดับ ceruloplasmin โดย immunologic method จะวัดทั้ง copper-bounded ceruloplasmin (holoceruloplasmin) และ noncopper-bounded ceruloplasmin (apoceruloplasmin) ซึ่งสามารถแก้ไขได้โดยการวัดแบบ enzymatic method เช่น oxidase method ซึ่งวัดเฉพาะ holoceruloplasmin

Serum copper

Serum nonceruloplasmin-bound copper concentration สามารถใช้เป็นทั้งเพื่อการวินิจฉัยและในการติดตามการรักษา ค่า nonceruloplasmin copper สามารถคำนวณได้ดังนี้

Nonceruloplasmin copper = serum copper conc. - (3 x serum ceruloplasmin conc. in mg/dL) เพราะ ceruloplasmin 1 มก. จับกับ copper ประมาณ 3.15 ug/dL ในผู้ป่วย Wilson's disease ที่ยังไม่ได้รับการรักษาจะพบมีค่า nonceruloplasmin-bound copper สูงกว่า 25 ug/dL (ค่าปกติ < 15 ug/dL)

นอกจากนี้ค่า nonceruloplasmin copper อาจสูงขึ้นในภาวะอื่นๆ เช่น ในภาวะตับวายจากสาเหตุอื่นๆ chronic cholestasis และ copper intoxication

24 hour urine copper

สามารถใช้เป็นทั้งเพื่อวินิจฉัยและติดตามการรักษา โดยผู้ป่วย Wilson's disease ที่มีอาการจะมีค่ามากกว่า 100 ug/ 24 ชั่วโมง แต่อย่างไรก็ตามพบว่าค่า

urinary copper excretion ที่ 24 ชั่วโมง อาจน้อยกว่า 100 ug ได้ ร้อยละ 16-23 ของผู้ป่วย Wilson's disease ใน AASLD practice guidelines ปี ค.ศ. 2003 แนะนำให้ใช้ค่าที่ 40 ug/ 24 ชั่วโมง เพราะ D-penicillamine challenge test มีการศึกษาในผู้ป่วยเด็ก โดยการเก็บปัสสาวะ 24 ชั่วโมงตั้งแต่เริ่มให้ผู้ป่วยกินยา D-penicillamine ขนาด 500 มก. 2 ครั้งเป็นเวลาห่างกัน 12 ชั่วโมง ถ้ามีค่ามากกว่า 1,600 ug/ 24 ชั่วโมง ช่วยสนับสนุนการวินิจฉัยโรค

Hepatic copper concentration

ปัจจุบันถือเป็น gold standard ในการวินิจฉัย ใน Wilson's disease จะมี hepatic copper content มากกว่า 250 ug/g dry weight โดยมี sensitivity มากกว่าร้อยละ 80 ในระยะที่มี copper สะสมอยู่ใน lysosome โดยตรวจพบเป็น pericanalicular granules แม้จะเป็น gold standard แต่ก็พบว่ามีทั้ง false positive และ false negative ได้

False positive

1. Chronic cholestatic liver disease
2. Indian childhood cirrhosis
3. Endemic Tyrolean infantile cirrhosis (idiopathic copper toxicosis)

False negative

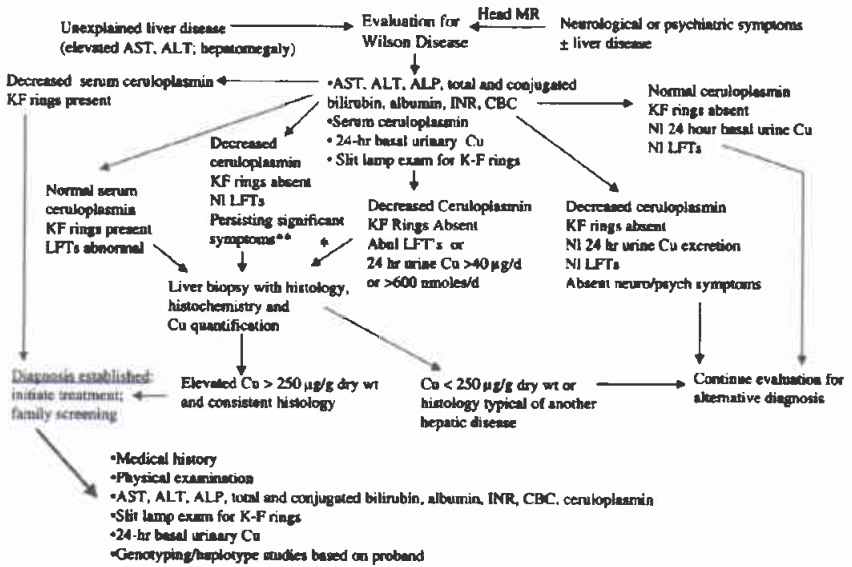
1. Early stage of Wilson's disease copper ที่สะสมอยู่ในเซลล์ตับระยะแรกจะกระจายอยู่ทั่วไปใน cytoplasm ซึ่งละลายน้ำและถูกล้างออกได้ง่าย โดยเฉพาะเมื่อถูกแช่ใน formalin ทำให้ในระยะแรกอาจตรวจไม่พบ copper ที่สะสมในตับได้ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วย'
2. Cirrhotic stage เนื่องจาก copper ที่สะสมอยู่ในตับกระจายตัวอยู่ในแต่ละ nodule ในปริมาณที่ต่างกัน อาจมี sampling error ได้

การวินิจฉัยแยกโรคอาศัยลักษณะทางคลินิกที่สำคัญ ดังนี้

1. Acute liver failure in association with coomb's negative hemolytic anemia with a feature of acute intravascular hemolysis ผู้ป่วยที่มาด้วยโรคตับที่พบร่วมกับภาวะ hemolytic anemia อาจเป็นได้หลายโรค เช่น viral hepatitis, Wilson's disease, autoimmune hepatitis, drug-induced hepatitis หรือ PNH เป็นต้น แต่ส่วนใหญ่จะเป็น immune hemolytic anemia แต่ผู้ป่วยโรคตับที่พบร่วมกับภาวะ non-immune hemolytic anemia จะมีการวินิจฉัยแยกโรคแคบลง คือ Wilson's disease กับ PNH ซึ่งผู้ป่วย Wilson's disease ที่มาด้วย liver decompensation อาจแยกได้ยากจาก PNH ที่มาด้วย Budd Chiari syndrome
2. Rapid progressive renal failure
3. การเปลี่ยนแปลงของค่าการทำงานของตับที่มี inappropriate hyperbilirubinemia เมื่อเทียบกับระดับเอนไซม์ aminotransferase ที่มักสูงขึ้นไม่มากนักไม่เกิน 1,000 IU/L และเป็น AST ที่สูงขึ้นมากกว่า ALT รวมทั้งมี alkaline phosphatase ต่ำ (< 40 IU/L)
4. ผู้ป่วยที่มาด้วยอาการคล้าย autoimmune hepatitis แต่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วย steroid เนื่องจากตรวจพบ serum immunoglobulin สูงขึ้น และมี nonspecific autoantibody ได้ในทั้ง 2 โรค

แนวทางการวินิจฉัยโรค Wilson's disease³ (ภาพที่ 1)

ถ้าพบทั้ง ceruloplasmin ต่ำ และ KF ring สามารถให้การวินิจฉัยว่าเป็น Wilson's disease ได้เลย แต่ถ้าตรวจพบเพียงอย่างใดอย่างหนึ่ง การตรวจ 24 hour urine copper อาจช่วยในการวินิจฉัยแต่อย่างไรก็ตามการวินิจฉัยที่แน่นอนก็ยังคงอาศัยการเจาะตรวจชิ้นเนื้อตับ



ภาพที่ 1

การตรวจคัดกรอง

ควรตรวจคัดกรองใน sibling และ first degree relatives ทุกรายของผู้ป่วย แบ่งเป็นการตรวจทาง genetic test ซึ่งถ้ามี index case จะสามารถตรวจได้โดยการทำ haplotype analysis หรือ genetic mutation analysis หรือในบางพื้นที่ซึ่งมีบาง mutation ที่พบบ่อย อาจตรวจโดย molecular genetic screening เพื่อหาเฉพาะ mutation นั้นๆ สำหรับในประเทศไทยยังไม่สามารถทำการตรวจทาง genetic test ได้อย่างแพร่หลาย การตรวจคัดกรองอาจทำได้โดยการซักประวัติ และการตรวจร่างกาย การตรวจ slit lamp เพื่อมองหา KF ring การตรวจค่าการทำงานของตับ และการตรวจพิเศษอื่นๆ ได้แก่ serum ceruloplasmin, serum copper และ 24 hour urine copper

การรักษา

การรักษาแบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะ initiation phase เป็นการดึงเอา copper ที่สะสมออกจากอวัยวะต่างๆ เพื่อขับออกจากร่างกาย และระยะ maintenance phase เป็นการป้องกันการสะสมซ้ำของ copper โดยต้องให้คำแนะนำแก่ผู้

ป่วยว่าต้องรับประทานยาตลอดชีวิต เพราะการขาดยาอาจมีผลทำให้โรคกำเริบรุนแรงจนถึงขั้นเสียชีวิตได้

Anticopper drugs

1. D-penicillamine
2. Trientine
3. Zinc
4. Tetrathiomolybdate

D-penicillamine

เป็น chelating agent ดึง copper จากตับและอวัยวะอื่นๆ และเพิ่มการขับ copper ทางปัสสาวะ ควรรับประทานเวลาท้องว่าง และต้องให้ร่วมกับ pyridoxine 25-50 mg ต่อวันเนื่องจากยามีผลข้างเคียงอาจเริ่มโดยให้ยาขนาด 250-500 mg ต่อวันแล้วปรับเพิ่มขึ้นครั้งละ 250 mg ทุก 4-7 วัน จนได้ขนาดยาสูงสุดที่ 1,000-1,500 mg แบ่งให้ 2-4 ครั้งต่อวัน ผู้ป่วยจะเริ่มดีขึ้นภายหลังกการรักษาประมาณ 2-6 เดือน ขนาดยาในระยะ maintenance ประมาณ 750-1,000 mg ต่อวัน ผลข้างเคียงของยาแบ่งเป็นผลข้างเคียงในระยะแรก ได้แก่ hypersensitivity reaction และ proteinuria เป็นต้น ถ้าเกิดการแพ้แบบ hypersensitivity reaction ต้องหยุดยาทันที และเปลี่ยนเป็นให้ยาชนิดอื่นแทน ผลข้างเคียงในระยะหลัง ได้แก่ nephrotoxicity มี proteinuria หรือ cellular element อื่นๆ ในปัสสาวะ ควรหยุดยา D-penicillamine และเปลี่ยนชนิดของยาเช่นกัน นอกจากนี้ ผลข้างเคียงอื่นๆ ได้แก่ Lupus-like syndrome, Goodpasture syndrome, bone marrow toxicity และ Dermatologic toxicity เช่น progeric changes, elastosis perforans serpiginosa, pemphigus หรือ pemphigoid lesion, lichen planus และ aphthous stomatitis เป็นต้น การให้ยาในระยะแรก อาจพบอาการทางระบบประสาทแฉ่งได้ ร้อยละ 10-50

Monitoring for toxicity: complete blood count, liver function test, creatinine และ UA ทุกสัปดาห์เป็นเวลา 1 เดือน ทุก 2 สัปดาห์อีก 2 เดือน และทุกเดือนอีก 3 เดือน หลังจากนั้นตรวจทุก 6 เดือนจนครบ 2 ปี ต่อไปจึงทำการตรวจปีละครั้ง

Trientine

เป็น chelating agent ที่มีกลไกการออกฤทธิ์เช่นเดียวกับ D-penicillamine ควรรับประทานเวลาท้องว่าง ผลข้างเคียงที่พบบ่อยได้แก่ proteinuria พบประมาณร้อยละ 2-5 อาจทำให้อาการทางระบบประสาทแย่ลงได้ประมาณไม่เกินร้อยละ 20, monitoring for toxicity เหมือน D-penicillamine

Zinc

ใช้เป็น maintenance therapy ออกฤทธิ์โดยกระตุ้น metallothionein ของเซลล์ลำไส้เล็กซึ่งออกฤทธิ์เป็น endogenous chelator ของโลหะหนัก metallothionein จะจับกับ copper ทำให้ยับยั้งการดูดซึม copper เข้าสู่กระแสเลือด และกำจัดออกมาทางอุจจาระเมื่อเซลล์ลำไส้เล็กหลุดลอกออกมาตามวงจรปกติ โดยให้ในขนาด 150 mg/day แบ่งให้ 3 เวลา ขณะท้องว่าง ยามีผลข้างเคียงน้อยมาก อาการข้างเคียงที่พบส่วนใหญ่ได้แก่ ระบายเคืองกระเพาะอาหาร พบประมาณร้อยละ 5-10 ของผู้ป่วย ส่วนใหญ่มักเป็นมือที่รับประทานก่อนอาหารเช้า ผู้ป่วยที่มีอาการระบายเคืองต่อกระเพาะอาหารมากอาจให้รับประทานยาร่วมกับโปรตีนปริมาณเล็กน้อย เช่น เนื้อสัตว์ 1-2 คำ เพราะอาหารโปรตีนมีผลน้อยที่สุดต่อการออกฤทธิ์ของ Zinc ยามีทั้งในรูปแบบ Zinc acetate, Zinc sulfate และ Zinc gluconate โดย acetate มีอาการระคายเคืองกระเพาะอาหารน้อยกว่า gluconate และน้อยกว่า sulfate ตามลำดับ

Monitoring for toxicity: ไม่มีการตรวจประเมินที่เป็นมาตรฐาน แต่แนะนำให้ทำการตรวจ complete blood count, liver function test, creatinine และตรวจปัสสาวะทุกปี

Tetrathiomolybdate (TM)

TM กำจัด copper ออกจากร่างกายโดยรวมเป็น complex กับ copper และโปรตีน ได้ผลดีโดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มาด้วยอาการเด่นทางระบบประสาท เพราะพบว่าทำให้อาการทางระบบประสาทแย่ลงได้น้อยกว่าร้อยละ 5 (เทียบกับร้อยละ 50 ใน D-penicillamine และ ร้อยละ 20 ใน trientine) ยามีผลข้างเคียงน้อย โดยผลข้างเคียงที่อาจพบได้ เช่น การกดไขกระดูก และระดับเอนไซม์ transaminase

สูงขึ้น ซึ่งมักดีขึ้นหลังลดขนาดยาลง ดังตารางที่ 2

หลักการดูแลรักษาในผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ

1. Initial therapy-hepatic patients
2. Initial therapy-neurologic/psychiatric patients
3. Maintenance therapy
4. Therapy of presymptomatic and pregnant patients

ตารางที่ 2 Initial therapy-hepatic patients

Patient type	Drug choices	
	1st	2nd
Transaminase elevation, no hepatic failure	Zn	Trientine
Cirrhosis present, no hepatic failure	Zn	Trientine
Hepatic failure		
Mild or moderate (Nazer score up to 9)	Trientine plus Zinc	Penicillamine plus Zinc
Severe (Nazer score over 9)	Hepatic transplant	Trientine plus Zinc

Initial therapy-Neurologic/psychiatric patients

- 1st Choice Tetrathiomolybdate and Zinc
2nd Choice Zinc alone
3rd Choice Trientine and Zinc

Maintenance therapy, therapy of presymptomatic and pregnant patient

- 1st choice Zinc
2nd choice Trientine

การติดตามการรักษา (Monitoring for efficacy)

โดยการตรวจ urine copper ไม่ควรเกิน 150 mg ใน 24 ชั่วโมง และ non-ceruloplasmin plasma copper ไม่ควรเกิน 25 mg/dl โดยถ้าผู้ป่วยกิน Zinc อาจสามารถตรวจประเมิน compliance ได้โดยการตรวจหาปริมาณ Zinc ในปัสสาวะ

24 ชั่วโมงได้ด้วย ในระยะแรกควรตรวจที่ 3 และ 6 เดือนหลังจากนั้นตรวจทุก 6 เดือนจนครบ 2 ปี ในระยะ maintenance phase ควรทำการตรวจประเมินดังกล่าวอย่างน้อยปีละครั้ง

ผู้ป่วย Wilson's disease ที่ตั้งครบก

ผู้ป่วยที่ตั้งครบกในขณะที่ได้รับยารักษาไม่ควรหยุดยาเนื่องจากจะทำให้โรคกำเริบรุนแรงได้ โดยยาที่แนะนำให้ใช้ได้ขณะตั้งครบกคือ Zinc และ trientine ควรหลีกเลี่ยง D-penicillamine เนื่องจากมี teratogenicity รวมทั้งมีรายงานการเกิด cardiac septal defect และ lethal microcephaly ในผู้ป่วยที่ได้รับ Zinc⁴ การรักษาในขณะที่ตั้งครบกไม่ควรให้ยาขนาดสูงเพื่อหวังลดระดับ copper เร็วเกินไปเนื่องจากภาวะ copper deficiency เองก็เป็น teratogenic ต่อเด็กในครบก โดยควรประเมินให้ 24 hr urine copper อยู่ในช่วง 75-150 mg (usual recommended interval 50-125 ug) และ non-ceruloplasmin plasma copper อยู่ในช่วง 10-25 mg/dl โดยควรทำการตรวจประเมินเพื่อปรับขนาดยาให้เหมาะสมทุก ๆ 3 เดือน⁴ โดยส่วนมากผู้ป่วยที่รับประทานยา Zinc มักสามารถคงขนาดยาเดิมได้ตลอดการตั้งครบก แต่ถ้าผู้ป่วยรับประทานยากลุ่มที่เป็น Chelating agent ควรลดขนาดยาลง โดยเฉพาะในช่วงไตรมาสสุดท้ายเนื่องจากยาอาจมีผลต่อการหายของแผลโดยเฉพาะแผลผ่าตัดคลอด โดยมากมักลดขนาดยาลงประมาณร้อยละ 25-50³ ในมารดาที่รับประทาน Zinc ไม่พบว่า มี Zinc ในปริมาณที่มากผิดปกติออกมากับน้ำนม เพราะฉะนั้นมารดาที่รับประทาน Zinc สามารถให้นมบุตรได้อย่างปลอดภัย

การแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับอาหาร

แพทย์มักแนะนำผู้ป่วยให้หลีกเลี่ยงอาหารที่มี copper ปริมาณมาก เช่น เครื่องในสัตว์ หอยเปลือกแข็ง ถั่วบางชนิด เห็ด และ chocolate เป็นต้น ซึ่งอาจจะเป็นโดยเฉพาะในช่วงหนึ่งปีแรกซึ่งเป็นช่วง initiation phase ในช่วง maintenance phase ในผู้ป่วยที่ควบคุมโรคได้ดีแล้ว อาจสามารถรับประทานอาหารเหล่านี้ได้บ้าง โดยอาจเลือกหลีกเลี่ยงเฉพาะอาหารบางอย่างที่มีปริมาณ copper สูงมาก ซึ่งได้แก่ ตับ และ หอยเปลือกแข็ง นอกจากนี้ควรให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการรับประทานวิตามินและอาหารเสริมที่มี copper เป็นส่วนประกอบ ในผู้ป่วยที่ให้อาหารทาง

สลายอย่างต่อเนื่องเนื่องจากอาหารผสมสูตรที่มีขายตามท้องตลาดมักมี copper เป็นส่วนประกอบในปริมาณมาก ควรเลือกอาหารผสมที่มี copper น้อยกว่า 1.5 กรัมต่อวัน

การฟื้นตัวของผู้ป่วย Wilson's disease ที่มีอาการตับวาย

ร้อยละ 75 ของผู้ป่วยจะมีระดับอัลบูมินกลับสู่ปกติที่ประมาณ 6.5 เดือน บิลิรูบินที่ 3.7 เดียน และ AST ที่ประมาณ 5.1 เดียน และผู้ป่วยเกือบทั้งหมดจะมี ค่าการทำงานของตับเป็นปกติที่ 1 ปี

การฟื้นตัวของผู้ป่วย Wilson's disease ที่มีอาการทางระบบประสาท

อาการทางระบบประสาทจะเริ่มดีขึ้นหลังการรักษาประมาณ 5-6 เดียน และดีขึ้นเรื่อยๆ ภายในเวลาไม่เกิน 2 ปี ความผิดปกติทางระบบประสาทที่หลงเหลืออยู่ภายหลัง 2 ปีมักไม่หายกลับมาเป็นปกติ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มี severe neurological deficit ตั้งแต่ก่อนให้การรักษา

การผ่าตัดเปลี่ยนตับ (Liver transplantation)

แม้ว่า ATP7b จะพบได้ในหลายๆ อวัยวะแต่การที่มีภาวะ copper สะสมตามอวัยวะต่างๆ นั้นเป็นผลมาจากการสูญเสียการทำงานของ ATP7b ในเซลล์ตับ ดังนั้นจึงเชื่อว่าการรักษาโดยการเปลี่ยนตับจะทำให้โรคหายขาด ภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนตับ copper homeostasis จะกลับมาเป็นปกติ ภายใน 6 เดียนและทำให้อาการและอาการแสดงของโรคส่วนใหญ่ดีขึ้น สำหรับการทำให้ living donor transplantation สามารถใช้ตับจากผู้บริจาคจากคนในครอบครัวที่เป็น heterozygote ได้ เนื่องจากเชื่อว่า heterozygote จะไม่เกิดโรค การเปลี่ยนตับไม่มีที่ใช้ในผู้ป่วยที่มีอาการเด่นทางระบบประสาทแม้ว่าจะมีอาการรุนแรงก็ตาม เนื่องจากการรักษาโดยการเปลี่ยนตับเป็นเสมือนการกำจัดเอา copper ออกจากร่างกายซึ่งสามารถรักษาโดยการให้ยา chelating agent ได้ผลดีอยู่แล้ว รวมทั้งอาการทางระบบประสาทอาจไม่ได้หายเป็นปกติภายหลังเปลี่ยนตับเนื่องจากพิษจาก copper อาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างถาวรของระบบประสาทไปแล้ว ในผู้ป่วยที่มี



วราญวัตต์ พ.ศ. M.P.H.T.M., F.A.C.G.
แผนกอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช

ความวิง Mallery-Weiss syndrome เป็นสาเหตุของอาการอาเจียนเป็นเลือดได้บ่อยๆ เช่นนอกจากไม่มีผู้ใดสนใจกันมากเท่าที่ควร การวินิจฉัยหรือรายงานเกี่ยวกับโรคนี้ จึงมีปรากฏน้อยมากในวารสารต่างประเทศ ในประเทศไทยไม่มีผู้ใดได้รายงานไว้มาแต่ก่อน ผู้รายงานได้มีโอกาสพบผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการนี้เป็นครั้งแรก จึงเห็นสมควรที่จะรายงานไว้เพื่อตักเตือนความสนใจ และตั้งกรณีถึงกลุ่มอาการนี้ ในโอกาสต่อไป

Mallery และ Weiss^(1,2) เป็นผู้รายงานถึงกลุ่มอาการนี้เป็นครั้งแรก ในปี 1929 ต่อมาอีก เป็นเวลานานก็ไม่มีผู้ใดรายงานถึงกลุ่มอาการนี้อีกเลย จนกระทั่งในปี 1952 Chalmer และพวก⁽³⁾ พบการฉีกขาดของกระเพาะส่วน Cardio-esophageal 3 ราย ในผู้ป่วยที่มีอาการอาเจียนเป็นโลหิต ที่ถึง

กลุ่มอาการ MALLORY-WEISS

รายงานผู้ป่วยหนึ่งราย

แก่กรรม 10 ราย และต่อมา Decker และพวก⁽⁴⁾ ได้รวบรวมรายงานผู้ป่วย 11 ราย ที่มีกลุ่มอาการนี้

อาการอาเจียนอย่างรุนแรงทำให้เกิดการฉีกขาดฉีกขาดของเยื่อที่บริเวณ Cardia ของกระเพาะอาหาร โดยมากจะพบเพียงแผลเดียว แต่ในบางรายอาจมีรอยฉีกขาดหลายแผลก็ได้ โดยมากแผลฉีกขาดนี้ มักเกิดขึ้นบริเวณรอยต่อของหลอดอาหาร กับ กระเพาะอาหาร เป็นรอยตามยาวขนานกันกับแกนของหลอดอาหาร บางรายรอยฉีกขาดอาจเป็นรอยเฉียงๆ หรือรอยขวางได้ มีขนาดยาวตั้งแต่ 1 ซม. ขึ้นไปจนถึงหลาย ซม. โดยมากมีการทำลายของเยื่อ Submucosa และบางคราวอาจลามถึงชั้นกล้ามเนื้อ (Muscularis propria) ได้ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการอาเจียน

เกร็ดจุลสาร

การจัดทำจุลสารสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย ได้ดำเนินการมาตั้งแต่เดือนเมษายน พ.ศ. 2530 จนถึงวันนี้ก็กว่า 19 ปีแล้ว ปัญหาของการดำเนินงานในทุกๆ สมัยของบรรณาธิการเกือบทุกท่านก็คือ การขาดแคลนต้นฉบับ ผมมีโอกาสได้เห็นบทความทบทวนทางวิชาการที่ท่านอาจารย์ วิกิจ วีรานูวัตต์ เขียนไว้เมื่อกว่า 40 ปีก่อน จึงขอนำมาเสนอให้ได้อ่านกันและเพื่อเป็นแรงบันดาลใจให้แพทย์รุ่นใหม่ๆ ลองทำตามดูบ้างเพื่อจะเป็นประโยชน์ต่อตนเองและผู้อ่านในอนาคต



- 2) พยายามให้การยอมรับเฟลโลว์เป็นความรับผิดชอบของสมาคมฯ เพื่อให้มีหลักสูตรที่เหมือนกันและให้โอกาสเฟลโลว์ได้รับการสนับสนุนจากสมาคมฯ อย่างเต็มที่
- 3) พยายามหาเงินทุนเพื่อจะช่วยเหลือในการทำวิจัย
- 4) มีการอบรมงานวิจัยเฟลโลว์อย่างต่อเนื่อง
- 5) ให้ทุนวิจัยกับอาจารย์โรงเรียนแพทย์ไปศึกษาต่อทางด้าน laboratory research หรือ basic science research และเมื่อกลับมาแล้วให้ใช้ทุนแก่อาจารย์ต่อไป
- 6) ให้เงินทุนกับอาจารย์ที่ประสานงานที่เขียนผลงานวิจัยของเฟลโลว์เพื่อลงวารสารระดับนานาชาติ
- 7) พยายามให้มีความร่วมมือกันระหว่างสมาคมใหม่ต่างๆ ที่จะเกิดขึ้น โดยให้มีตัวแทนของแต่ละสมาคมเป็นกรรมการกลางเข้าร่วมประชุมทุกครั้ง
- 8) พยายามสร้างบรรยากาศวิชาการให้เกิดขึ้นในการประชุมประจำปี โดยมีการนำผลงานวิจัยมาเสนอ เพื่อกระตุ้นให้มีบรรยากาศ ที่มีความต้องการเกิดการเปลี่ยนแปลงและก้าวหน้าในการเข้าใจโรค และการดูแลผู้ป่วย

(Kamthorn Phaosawasdi, M.D., FACP, AGAF)

Medical Director, Vichaiyut Hospital

Diplomate, American Board of Internal Medicine
and Gastroenterology.

Advanced Achievement in Internal Medicine.

Fellow, American College of Physicians.

Fellow, American Gastroenterological Association

.....

เสนอความคิดให้การอบรมเฟลโลว์ให้อยู่ในความรับผิดชอบของสมาคมฯ เพื่อสมาคมฯ จะได้ให้การสนับสนุนอย่างเต็มที่และเท่าเทียมกัน อ.สมชาย จัดให้มี GI Fellow day ซึ่งมีประโยชน์อย่างมากแก่เฟลโลว์ดังกล่าวอย่างกรณีให้เห็นนี้แสดงถึงความสำเร็จซึ่งมาจากความร่วมมือร่วมใจกันสร้างสมาคมฯ ให้เติบโต แต่ถ้ามีหลายสมาคมอาจจะเกิดความไม่เข้าใจกัน แต่ผมหวังว่า ตัวอย่างการทำงานอย่างเสียสละของอาจารย์ที่กล่าวมาข้างต้นคงเป็นแบบอย่างให้กับ young staff ทางสมาคมฯ และที่ผมได้เห็นมา young staff ของสมาคมฯ ทุกคนก็มีทัศนคติที่ดี มีความสามัคคีกันและยินดีจะเสียสละเวลาของตนให้สมาคมฯ ดังนั้นปัญหาที่ผมกลัวว่าจะเกิดขึ้นอาจจะไม่เกิดขึ้นเลย

Q: อาจารย์และโรงพยาบาลวิชัยยุทธให้การสนับสนุนงานสมาคมอย่างมาก ทำได้อย่างไร

A: สมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย ได้ทำประโยชน์แก่แพทย์ระบบทางเดินอาหารอย่างมาก ได้จัดให้มีการประชุมวิชาการ ส่งเสริมการเรียนรู้ให้แก่สมาชิกแพทยระบบทางเดินอาหาร รับผิดชอบอบรมเฟลโลว์ที่มีคุณภาพสูง อบรมและให้ทุนการวิจัยแก่เฟลโลว์ให้การศึกษาเผยแพร่ความรู้แก่ประชาชน และสร้างความสามัคคีแก่สมาชิกแพทยระบบทางเดินอาหาร จัดงานประชุมระดับชาติ เช่น World Congresses of Gastroenterology ซึ่งได้สร้างชื่อเสียงแก่ประเทศไทย ดังนั้น จึงเป็นหน้าที่ของสมาชิกที่ควรจะช่วยกันช่วยเหลือสมาคมฯ และสร้างสมาคมฯ ให้ดีขึ้นเรื่อยๆ

Q: อยากให้อาจารย์ฝากคำแนะนำสำหรับเฟลโลว์ที่จบไปแล้วกับการทำงานในภาคเอกชน

A: ควรมีการศึกษาต่อเนื่องตลอดไป ไม่ควรละทิ้งด้านวิชาการ เพราะความรู้ที่ได้จะหมดไปภายใน 10 ปี ควรเข้าร่วมกิจการของสมาคมฯ เข้าประชุมวิชาการของสมาคมฯ อย่างสม่ำเสมอ และช่วยกันสร้างสมาคมฯ ให้ดีขึ้นเรื่อยๆ ส่วนคำแนะนำสำหรับการทำงานของสมาคมในอนาคตก็มีดังนี้

- 1) ควรจะทำให้สมาคมเป็นที่ยอมรับของนานาชาติโดยมีผลงานวิจัยลงวารสารระดับต่างประเทศ และมีงานวิจัยไป present ที่ AGA อย่างต่อเนื่อง

Q: ผลงานวิจัยของเฟลโลว์กับความคาดหวังในการลงตีพิมพ์ในวารสารระดับนานาชาติ อาจารย์มีความเป็นอย่างไร

A: เฟลโลว์หลายคนมีผลงานดี มีคุณภาพที่จะส่งพิมพ์ในวารสารระดับนานาชาติได้ แต่เนื่องจากเฟลโลว์ที่มีผลงานดีนั้นมีหลายคนไม่ได้เป็นอาจารย์ในโรงเรียนแพทย์ต่อ ทำให้ไม่มีโอกาสที่ประสานงานต่อไป แนวทางแก้ไข คือ สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย ควรให้เงินทุนสนับสนุนอาจารย์ในโรงเรียนแพทย์ให้ประสานงานต่อไป เพื่อจะเขียนรายงานลงตีพิมพ์ในวารสารระดับนานาชาติ

Q: ทิศทางงานของสมาคมในอนาคตซึ่งมีแนวโน้มที่จะมีการเกิดขึ้นใหม่ของสมาคมที่พัฒนามาจากชมรมในสมาคมฯ ควรเป็นอย่างไร

A: เป็นเรื่องปกติที่มีเมื่อสมาคมใหญ่ขึ้นมีสมาชิกมากขึ้น จะมีการเปลี่ยนแปลงชมรมเปลี่ยนมาเป็นสมาคม ดังนั้นอาจมีหลายสมาคม เช่น สมาคมแพทย์ส่องกล้องทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย สมาคมโรคตับ สมาคม Motility เป็นต้น และอาจจะมีการแข่งขันกันหาเงินทุน ทำให้เงินสนับสนุนเฟลโลว์น้อยลง นอกจากนี้การไม่ได้ประชุมร่วมกัน อาจจะทำให้เกิดการเข้าใจกันผิดระหว่างสมาคมทำให้ไม่มีการประสานงานในการอบรมเฟลโลว์และเฟลโลว์อยู่ในความรับผิดชอบของโรงเรียนแพทย์แต่ละแห่งเท่านั้น ไม่ได้ได้รับความช่วยเหลือจากสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทยเลย

ในอดีตมีการทำงานร่วมกันเป็นสมาคมเดียวมีการทำงานเสียสละทุ่มแรง ใช้สมองเพื่อส่วนรวม เช่น อ.สัจพันธ์ เป็นผู้เริ่มให้มีการฝึกเฟลโลว์และให้มีการวิจัยเป็นข้อบังคับ อ.พินิจ สนับสนุนให้สมาคม ให้เงินออกที่มีอยู่สนับสนุนการวิจัย อ.พิศาล เป็นผู้เริ่มให้มีจัดการอบรมการวิจัย ซึ่งได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องจาก อ.กรรณิการ์ อ.ศศิประภา อ.สถาพร และนายกสมาคมฯ ทุกคน อ.สวัสดิ์ เป็นผู้เริ่มให้ทุนเฟลโลว์ไป AGA อ.เติมชัย ทุ่มแรงจัด World Congresses หาเงินทุนให้กับสมาคมเพื่อทำวิจัย อ.บัญชา ให้มีกฎระเบียบของสมาคมฯ ให้นำผลงานของเฟลโลว์ลงวารสาร อ.รังสรรค์ จัดทำวารสารที่ดีมาก นำเสนอผลงานวิจัยของเฟลโลว์และ อ.อุดม เป็นผู้

การนัดพบเป็นพิเศษกับประธานฝ่ายการวิจัย เพื่อจะหาแนวทางแก้ไข
ปัญหาที่เกิดขึ้นในการทำงานวิจัย

**Q: อาจารย์มีข้อคิดเห็นเกี่ยวกับบทบาทของสมาคมกับการพัฒนางานวิจัย
โรคระบบทางเดินอาหารอย่างไรบ้าง**

- A:**
- 1) การอบรมเฟลโลว์ควรอยู่ในความรับผิดชอบของสมาคมแพทยระบบทาง
เดินอาหารแห่งประเทศไทย เพื่อจะได้รับการสนับสนุนทางด้านทุนวิจัย
โดยเท่าเทียมกันทุกคน และทางสมาคมฯ จะได้ให้การสนับสนุนทางการ
จัดการอบรมและให้คำแนะนำแก่เฟลโลว์
 - 2) ควรมีทัศนคติถึงเฟลโลว์เพื่อฝึกให้มีประสบการณ์ในด้านการวิจัยมากกว่า
เน้นในผลของการวิจัย ควรจะให้คำแนะนำและให้กำลังใจแก่เฟลโลว์ต้อง
ยอมรับว่าแนวคิดอาจจะไม่เหมือนกับของอาจารย์ แต่ควรสนับสนุนให้คิด
เอง สนับสนุนให้มีความคิดที่ถูกต้องมากกว่าผลลัพธ์เพื่อป้องกันการโกง
ในการทำวิจัย คือการตกแต่งข้อมูลซึ่งได้เคยเห็นข่าวเป็นครั้งคราวมาแล้ว
ในต่างประเทศ และข้อสำคัญคือให้มีการเคารพในสิทธิผู้ป่วย ไม่ทำการ
วิจัยที่ผิดหลักจริยธรรม
 - 3) จัดอบรมการวิจัยให้แก่เฟลโลว์ดังที่ได้ทำมาตลอดอย่างน้อย 2 ครั้งต่อปี
 - 4) ในการวิจัยนั้นอาจแบ่งได้เป็น 2 แบบ
แบบแรกคือ การวิจัยในด้านคลินิก (clinical research) ซึ่งเฟลโลว์ของสมาคมฯ
ทำกันบ่อย
แบบที่สองคือ laboratory research หรือ basic science research ซึ่งสมาคมฯ
ยังขาดอยู่ สมาคมควรจะมีบทบาทในการส่งเสริมให้ทุนแก่สมาชิก
สมาคมฯ ไปฝึกอบรมในต่างประเทศ และเมื่อกลับมาแล้วควร
สนับสนุนให้ทุนการทำ laboratory research หรือ basic science re-
search นี้
 - 5) สนับสนุนให้มีผลงานลงตีพิมพ์ในวารสารของสมาคมซึ่ง อ.รังสรรค์ ได้ทำดี
อยู่แล้ว
 - 6) ควรพยายามหารายได้เข้าสมาคมฯ โดยจัดการประชุมต่างๆ เพื่อจะได้
หาเงินเป็นทุนสนับสนุนการวิจัยต่อไป

สมาคมฯ ของเรา...เล่าเท่าที่รู้



**บทสัมภาษณ์ นายแพทย์กำธร เผ่าสวัสดิ์
ประธานฝ่ายวิจัยของสมาคมฯ**

Q: เกี่ยวกับความรับผิดชอบในดำเนินงานวิจัยของเฟลโลว์ของสมาคมฯ มานานกว่า 10 ปี อาจารย์เห็นการเปลี่ยนแปลงอย่างไรบ้าง

A: จากการทำที่ได้รับผิดชอบงานวิจัยของเฟลโลว์สมาคมมากกว่า 10 ปี ผมได้เห็นการเปลี่ยนแปลง ดังนี้

- 1) **คุณภาพของการวิจัยดีขึ้น** จากในระยะแรกซึ่งเป็นแบบ descriptive study ในระยะหลังนี้ได้มีการวิจัยแบบ randomized controlled trials และถ้าถือเป็นการคัดเลือกของ American Gastroenterological Association (AGA) เป็นตัวชี้วัดก็ถือว่างานวิจัยของเฟลโลว์ได้ถึงมาตรฐานแล้วคือ ได้มีผลงานของเฟลโลว์ของสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทยได้รับเลือกไป present ที่ AGA แล้วหลายคน
- 2) **ความตั้งใจของเฟลโลว์มีมากขึ้น** เฟลโลว์หลายคนมีความประสงค์ที่จะทำวิจัยจริงๆ ไม่ใช่ทำเพื่อจะสอบได้ ความตั้งใจนี้ได้แสดงให้เห็นโดยมี

เอกสารอ้างอิง

1. Langner C, Denk H. Wilson's disease. *Virchows Arch* 2004;445:111-8.
2. Gitlin JD. Wilson's disease. *Gastroenterology* 2003;125:1868-77.
3. Treeprasertsuk W, Kurathong S, Phuapradit P. Wilson's disease : a clinical study. *Rama Med J* 1997;20:84-90.
4. Phanthumchinda K, Cheevinsiriwat S. Wilson's disease. *J Med Assoc Thai* 1992;75:141-5.
5. Roberts EA, Schilsky ML. A practice guideline on Wilson's disease. *Hepatology* 2003;37:1475-92.
6. Brewer GJ, Askari FK. Wilson's disease: clinical management and therapy. *Journal of Hepatology* 2005;42:S13-S21.
7. Ferenci P, Caca K, Loudianos G, Mieli-Vergani G, Tanner S, Sternlieb I, et al. Diagnosis and phenotypic classification of Wilson's disease. *Liver International* 2003;23:139-42.
8. Feldman M, Friedman LS, Sleisenger MH. *Gastrointestinal and Liver disease Pathophysiology/ Diagnosis/Management* 1269-77.

.....

ตารางที่ 4 แสดงยาที่ใช้รักษา Wilson's Disease

Drugs	Mechanism of action	Indications	Dose	Side-effects
Penicillamine (Cupramine [®] , Merck & Co., Inc.)	Chelates copper resulting in increased urinary excretion.	First line therapy in copper excess.	Initial: 0.75-1.5 g/day in 2 or 3 divided doses, titrated to 2 mg/day urinary copper. Maintenance: 0.75-1.0 g/day Pyridoxine: 25 mg/day	Teratogenic effect Hypersensitivity reactions. Thrombocytopenia, aplastic, hemolytic, or sideroblastic anemia agranulocytosis, Goodpasture syndrome, myasthenia gravis, nephrotic syndrome, Neurological decompensation
Trientine (Syprine [®] , Merck & Co., Inc.)	Chelates copper resulting in increased urinary excretion.	Alternative to Penicillamine.	Initial: 750-1,250 mg/day in 2, 3, or 4 divided doses Maintenance: Based on serum and urine copper levels.	Iron deficiency and sideroblastic anemia
Zinc (Galzin [®] , Gate Pharmaceuticals Inc.)	Prevents copper absorption.	Adjunctive therapy during copper overload chelation. Alternative maintenance monotherapy.	150 mg/day in 3 divided doses	Gastrointestinal upset, nausea.

From: Murray et al: Current and future therapy in haemochromatosis and Wilson's disease. Expert Opin Pharmacother. 2003 Dec;4(12):2239-51.

อาการเด่นทางตับ การเปลี่ยนแปลงจะทำในกรณีที่มี liver failure การประเมินภาวะ liver failure โดยการใช้ Child-Turcotte-Pugh score หรือ score อื่นๆ ในการประเมินผู้ป่วย Wilson's disease ที่มีภาวะ liver failure เพื่อการทำผ่าตัด เปลี่ยนตับอาจไม่เหมาะสม เนื่องจากโรคนี้มีการรักษาโดยใช้ยาซึ่งให้ผลดีอาจ ทำให้หายได้ มีการศึกษาถึงตัวแปรที่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยรายใดจะได้ผลจากการรักษา ด้วยยาโดยไม่ต้องทำการผ่าตัดเปลี่ยนตับ โดย Nazer และคณะ ได้เสนอการ คำนวณคะแนนจากตัวแปรดังต่อไปนี้ คือ bilirubin AST และ prothrombin time ดังตารางที่ 3-4 พบว่าผู้ป่วยที่มีคะแนนตั้งแต่ 7 ขึ้นไปจะเสียชีวิตถ้าไม่ได้รับการ

ตารางที่ 3 แสดงการให้คะแนนเพื่อแบ่งผู้ป่วย Wilson's disease ที่มีอาการตับวาย โดยผลรวมของตัวแปรนี้จะช่วยบ่งชี้ว่าผู้ป่วยจะได้ผลจากการรักษาด้วยยาโดยไม่ต้องทำการผ่าตัดเปลี่ยนตับ (Nazer, et al.)

Laboratory measurement	Normal value	Score (in points)				
		0	1	2	3	4
Serum bilirubin	0.2-1.2 mg/dl	<5.8	5.8-8.8	8.8-11.7	11.7-17.5	>17.5
Serum AST	10-35 IU/L	<100	100-150	151-200	201-300	>300
Prolongation of PT (seconds)	-	<4	4-8	9-12	13-20	>20

เปลี่ยนตับแม้ว่าจะได้รับการรักษาด้วยยา D-penicillamine ก็ตาม

ปัจจุบันมีความพยายามที่จะให้การรักษาผู้ป่วยตับวายด้วยยา trientine และ zinc แม้ว่าจะมี Nazer score สูงถึง 9 พบว่าได้ผลดี โดยพบว่าในผู้ป่วยเหล่านี้ไม่ต้องได้รับการเปลี่ยนตับ การรักษาด้วยการเปลี่ยนตับในผู้ป่วย Wilson's disease ได้ผลดีมากโดยมีอัตราการรอดชีวิตที่ 1 ปีสูงถึงร้อยละ 85 และมีการพยากรณ์ของโรคในระยะยาวที่ดีมาก ไม่พบมีรายงานของการกลับเป็นซ้ำของโรคอีกภายหลังการเปลี่ยนตับ

เป็นเลือด มากหรือน้อยแล้วแต่ความลึก ขนาด และเส้นเลือดที่ถูกรบกวนจากแผลนั้น ๆ

Pathogenesis และสาเหตุ ของกลุ่มอาการนี้ก็คือ อาการอาเจียนอย่างรุนแรง โดยเฉพาะในโรคพิษสุราอย่างเฉียบพลัน (Acute Alcoholism) ซึ่งในครั้งแรก Mallory และ Weiss^(1,2) กล่าวว่า เป็นโรคแทรกซ้อนของโรคนี้ ต่อมาในปัจจุบัน เชื่อกันว่ากลุ่มอาการนี้รวมถึง อาการที่เกิดจากการอาเจียนอย่างรุนแรง ในภาวะหลังผ่าตัด แพทย์ที่เป็นพิษจากอาหาร การอุดตันของ Pylorus หรือภาวะใด ๆ ก็ตาม ที่มีอาการของการอาเจียนอย่างรุนแรงรวมอยู่ด้วย Mallory และ Weiss เชื่อว่า อาการชวยอนอย่างรุนแรง ทำให้ content ของกระเพาะอาหารถูกบีบส่งกลับ cardia sphincter ทำให้เกิดการฉีกขาดขึ้น มีรายงานเกี่ยวกับ Spontaneous rupture ของหลอดอาหาร^(3,6) ก็ได้ เน้น ถึงความสำคัญ ของอาการอาเจียนอย่างรุนแรงและชวยอนว่าเป็นสาเหตุที่สำคัญ แต่ Decker และพวกได้ศึกษากระเพาะอาหารของผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการนี้ 8 ราย และพบว่า มี Atrophic gastritis รวมอยู่ถึง 6 ราย และในผู้ป่วย 6 รายนี้ 5 รายมีอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป และกล่าวว่าเป็น Atrophic gastritis

มีเยอบุ ที่มี ความต้านทาน ต่ออาการ อาเจียนอย่างรุนแรงน้อยกว่ากระเพาะอาหารปกติ ในผู้ป่วยของ Decker มีประวัติได้พิษสุราเรื้อรังเพียง 3 รายและอาเป็นสาเหตุของ Atrophic gastritis ได้ รวมทั้งสาเหตุเนื่องมาจาก การขาดวิตามิน B complex ในผู้ป่วยที่ติดสุรา ทำให้เยอบุของกระเพาะอาหารมีอาการอักเสบเรื้อรัง และฉีกขาดง่ายขึ้น ในผู้ป่วยชุดของ Decker พบว่ามีรอยฉีกขาดที่มีความยาวตั้งแต่ 0.5 ถึง 3.0 ซม. และกว้างถึง 0.7 ซม. และเขามีความเห็นว่าการฉีกขาดของ Cardio-esophageal junction อาจเนื่องมาจากอาการอาเจียน ที่มี สาเหตุ มาจากอวัยวะอื่น ๆ เช่น คับอ้อน ถุงน้ำคอกอักเสบ หรืออวัยวะใด ๆ เช่น โรคไต ต่อมธัยรอยด์ ถ้ามี อาการอาเจียนรวมอยู่ด้วย

การรักษา ตั้งแต่อายุที่เล็กก็คือการตั้งสัปดาห์นี้ ใน เมื่อผู้ป่วยมีประวัติ คล้ายคลึง กับ โรคนี้ และควรทำการตรวจด้วย Gastroscope การรักษาทางยาที่ดี คือการงดอาหารทางปากหรือการงดเคี้ยว เพราะยังรับประทานยังทำให้คนไข้ อาเจียนออกมากขึ้น ควรใช้ยาฉีดระงับอาเจียน ยาลด Spasm ยาระงับประสาท (Sedative) และการรักษาด้วยยาลดกรดได้ ถึงแม้ว่าจะมีการแนะนำให้ทำการ ตัดกระเพาะอาหารออก

นายที่ผู้ป่วยมีอาการอาเจียนโลหิตโดยไม่
ทราบสาเหตุ การทำ Subtotal gas-
sectomy ไม่สามารถรักษาผู้ป่วยได้
เพราะพยาธิสภาพมักอยู่สูงกว่าส่วนของ
เฉพาะที่ถูกตัดออกไป

รายงานผู้ป่วย 1 ราย

ผู้ป่วยหญิงจีน อายุ 26 ปี เลขที่ทอไป
136/04 เลขที่ภายใน 32254/04 รับไว้
ในโรงพยาบาลวันที่ 21 ธันวาคม พ.ศ. 2504
เคสอาการสำคัญว่า อาเจียนเป็นสีเทาฟ้า
ประมาณครึ่งกระโถนมาหนึ่งคืน ก่อนมา
โรงพยาบาล

ประวัติปัจจุบัน ผู้ป่วยสบายแข็งแรงดีเรื่อย
มาจนกระทั่งเมื่อ 2-3 เดือนก่อนมาโรงพยา-
บาล ผู้มีอาการปวดเมื่อยตามตัวและตกเลือด
ทางช่องคลอด ผู้ป่วยได้มาตรวจที่โรงพยาบาล
ที่ราชทางแผนกสูติศาสตร์ แพทย์วินิจฉัยว่า
เป็น Endometritis ผู้ป่วยได้รักษาตัวที่
โรงพยาบาลนประมาณ 7 วัน แพทย์อนุญาต
ให้กลับบ้านได้ หลังจากกลับบ้านมีอาการ
ปวดท้องน้อยเป็นครั้งคราว เป็นอยู่ 2-3 วัน
ก็หายไป

ต้องวันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมี
อาการคลื่นไส้ อาเจียน ดังที่อาเจียนออกมา

เป็นน้ำไม่มีเศษอาหารปน อาเจียนในจัน
ประมาณ 2-3 ครั้ง หรืออื่นๆ กับอาการ
อาเจียน มีอาการเสียดแน่นหน้าอก ยอดอก
และท้องน้อย ผู้ป่วยได้ไปหาแพทย์เซดย์ศักดิ์
แพทย์ได้ฉีดยาให้หนึ่งเข็มอาการไม่ดีขึ้น ใน
วันรุ่งขึ้น ผู้ป่วยมีอาการปวดบริเวณสะดือและ
เห็นท้องเหี่ยว แน่นยอดอกและอาเจียนเอา
ออกมาอีก 2-3 ครั้ง ไม่มีเศษอาหารปนมา
กับอาเจียน ในตอนกลางคืนผู้ป่วยอาเจียน
อีก 3-4 ครั้ง และสังเกตเห็นว่าสีที่อาเจียน
ออกมาเหมือนกับน้ำกาแฟออกมาประมาณ
ครึ่งกระโถน ผู้ป่วยจึงรีบมาโรงพยาบาล

ประวัติอดีต ผู้ป่วยไม่เคยเป็นเช่นนี้มาก่อน
ไม่เคยเป็นโรคร้ายแรงอื่นใด ครอบครัวของ
ผู้ป่วยไม่เคยมีใครมีอาการเช่นนี้

การตรวจร่างกายแรกรับ อุณหภูมิ 37.3
เซนต์เกรด ชีพจร 88 ครั้ง/นาที หายใจ
16 ครั้ง/นาที ผู้ป่วยค่อนข้างผอม ชีต
เล็กน้อย ไม่เหลือง ทำทางอ่อนเพลีย

การตรวจทางระบบต่างๆ พบว่ากดเจ็บ
เล็กน้อยที่บริเวณ ยอดอก และ ชายโครง ซ้าย
ไม่มีการเกร็งของกล้ามเนื้อหน้าท้อง นอกนั้น
ไม่พบความผิดปกติใดๆ

การตรวจห้องปฏิบัติการ เลือดปกติ,

มีดสาร อุจจาระปกติ, สมรรถภาพของตับ
C.C.F., T.T., Zn.T. และ Iodine test ปกติ

การเปลี่ยนแปลงในห้องรวม เมื่อแรกรับ
ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลียมาก ถ้าถูกชนั่ง
จะมีอาการเหนื่อยและเวียนศีรษะมาก ได้ให้
การรักษาแบบการตกเลือดจาก Peptic ulcer
ในตอนเช้า มีอาการอาเจียนเป็นเลือดอีก
สองครั้ง สีดำๆแบบสีกาแฟ ในคืนรุ่งขึ้นได้ทำ
Gastroscope (22 ธ.ค. 2504) ผลปรากฏ
ดังนี้:

เมื่อได้กล้องไปในระดับที่ 2 เห็นเลือดตก
ค้างอยู่ในกระเพาะอาหาร ที่ ๆ มีอาหารหรือ
น้ำย่อยอยู่ (Bile lake) นั้นปรากฏว่ามีเลือด
ใส ๆ สีแดงดำแทนที่ กระเพาะอาหารส่วนด้าน
หน้า anterior wall มีเลือดออกเป็นหย่อมๆ
และจุด ๆ หลาย ๆ แห่ง (submucosal
petechial hemorrhage) เมื่อดึงกล้อง
ขึ้นมาในระดับที่ 3 ใกล้ Cardia จะแต่เห็น
รอยฉีกขาดตามยาวด้านหน้า ลึกพอใช้ มี
เลือดก้นคอกอยู่ และแผลเป็นสีแดงของเลือด
แต่เห็นได้ชัด (linear tear of anterior
wall of stomach) จึงได้รับการวินิจฉัย
ทันทีว่าเป็น Mallory-Weiss Syndrome
(ไชยาพันธ์อินวณิช 2% ผู้ป่วยร่วมมือ

ในการทำดีมาก ใช้ Schindler's gastro-
scope)

หลังจากการทำ Gastroscopy ผู้ป่วย
อ่อนเพลียและมีอุจจาระเป็นสีดำ ในคืนรุ่งขึ้น
มีการอาเจียนอีกครึ่งหนึ่ง แต่ไม่มีเลือดปน
2 วันต่อมา มีอาเจียนมีเลือดออกมาเล็กน้อย
และหลังจากนั้นอาการแน่นท้องก็ค่อย ๆ ทุเลา
และไม่มีอาการอาเจียนเป็นเลือดอีกต่อไป อุ-
จจาระยังคงมีสีดำอยู่จนกระทั่ง 28 ธ.ค. 2504
อาการจึงได้หายไป ผู้ป่วยกลับบ้าน 30 ธ.ค.
2504 รวมเวลาอยู่ในโรงพยาบาล 10 วัน
ก่อนกลับผู้ป่วยมีอาการแข็งแรงเป็นปกติ ได้
นัดผู้ป่วยมาทำการตรวจซ้ำอีกและถ่ายภาพรังสี
ผู้ป่วยไม่ได้มาคิดต่ออีกต่อไป

อภิปราย

ผู้ป่วยรายนี้เป็นตัวอย่างของผู้ป่วยมากราย
ที่มาหาแพทย์ และมีประวัติของอาการอาเจียน
บ่อยครั้ง จนระยะหลัง ๆ มีเลือดออกมา ถ้า
แพทย์ผู้ดูแลรักษาไม่สนใจ อาจเข้าใจว่าเป็น
แผลในกระเพาะอาหาร หรือมะเร็งซึ่งพบได้
บ่อยกว่า ทั้ง ๆ ที่ผู้ป่วยคนนี้อายุน้อยอยู่
สิ่งที่ควรคิดถึงมากกว่าคือ Peptic ulcer
แต่เนื่องจากผู้ป่วย ไม่มี ประวัติ ของ Peptic
ulcer มาก่อน และไม่มีประวัติปวดท้องเรื้อรัง

ในโรคมะเร็ง และกระเพาะอาหารอักเสบ
 ประกอบกับมีอาการเกิดคลื่นภายหลัง
 อาหารเย็นหลาย ๆ ครั้ง จึงทำให้ผู้รายงาน
 ถึง Mallory-Weiss Syndrome และทำ
 รายงานจำเป็นต้องทำการตรวจด้วย Gas-
 troscopy จนพบสาเหตุของโรคดังกล่าวได้
 โดยรายงาน อาการอาเจียนไม่ได้มีมากครั้ง
 อยู่ในเอกซาร์บางเล่มกล่าวไว้ แต่ทั้งนี้อา
 จาให้เกิดการฉีกขาดของเยื่อของกระเพาะ
 ภายใต้อาการอาเจียนนั้นๆรุนแรงแต่ละครั้ง
 อาการร้อ้น (retching) และเป็นแบบ
 forceful vomiting เมื่อเกิดขึ้นประมาณ
 1-2 ครั้ง ดังในผู้ป่วยของเราผู้นี้ก็ทำ
 ให้เกิดพยาธิสภาพและอาการดังปรากฏใน
 รายงานได้ ในรายงานผู้ป่วยของ Decker
 รายงาน ไม่มีอาการอาเจียนนำมาก่อน พอ
 อาเจียนหนักแล้วก็เป็นโลหิต และต่อมาก็ถึง
 อาการร้อ้น การตรวจศพพบรอยฉีกขาด
 ของเยื่อชั้นเป็นลักษณะของกล้ามเนื้อ
 อย่างไรก็ตาม การวินิจฉัยภาวะอันนี้จะทำ
 ได้โดยวิธีการอันเดียวคือ การทำ Gastro-
 scopy มิฉะนั้นก็ไม่สามารถจะให้การวินิจฉัย
 ที่แน่นอนโดยสามารถเห็นพยาธิสภาพ และ
 ฉีกโรคอื่นไม่ได้ในตัว อีกประการหนึ่งก็คือ
 ในการที่พบผู้ป่วยมี อาการ อาเจียน เป็น เลือด

โดยมีประวัติภายหลังการอาเจียน หรือไม่กี่
 ควรทำการตรวจ Gastroscopy โดยเร็วที่สุด
 มิฉะนั้นถ้ารอจนเลือดหยุดและหายไป นานวัน
 เข้าร้อ้นแสดงในกระเพาะอาจหายสนิท เมื่อทำ
 การตรวจอาจไม่พบสาเหตุของโรคก็ได้ ฉะนั้น
 ในปัจจุบัน แพทย์จึงพยายามทำ Gastro-
 scopy โดยเร็วถ้าผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่จะรับ
 ทำการตรวจได้ โรคที่มีพยาธิสภาพเปลี่ยนแปลง
 โดยรวดเร็วเช่น Acute hemorrhagic
 gastritis อาจได้รับการวินิจฉัยโดยวิธีนี้
 เท่านั้น มิฉะนั้นถ้าการวินิจฉัยล่าช้าเหตุของ
 เลือดออก จะผิด พลาด หรือ ไม่ทราบสาเหตุได้
 มากขึ้น แพทย์ต้องนึกถึง Mallory-Weiss
 syndrome ไว้เสมอ เมื่อพบผู้ป่วยมีอาการ
 อาเจียนนำมาก่อน และต่อมามีเลือดออก

สรุป

1. ได้รายงานผู้ป่วยหนึ่งรายที่เป็น (Mal-
 lory-Weiss syndrome) และเยื่อเอกซาร์
 เท่าที่ค้นหาได้
2. ควรนึกถึงโรคนี้เสมอ ในผู้ป่วยที่มี
 อาการอาเจียนบ่อยๆครั้ง นำมาก่อน ต่อมา
 มีอาการอาเจียนเป็นเลือด
3. ผู้ป่วยที่มี อาการอาเจียนเป็นเลือด
 ควรได้รับการตรวจ Gastroscopy โดยเร็ว

ที่สุด ถ้าผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่จะทำการตรวจได้ เพื่อแยกจากสาเหตุในกระเพาะอาหารที่อาจจะหายไปโดยการรักษาหรือหายเอง ก่อนทำการตรวจหรือทำการตรวจซ้ำไป

4. โรคนมมีรายงานน้อยกว่าความเป็นจริง

เพราะขาดความเข้าใจได้จากแพทย์ ประเด็น กับขาดเครื่องมือที่จะทำการวินิจฉัยโรค

ขอขอบคุณ นายแพทย์สุทัศน์ ทรัพย์ประยูร แพทย์
หญิง เจอนิจดัด กัลยาณี และ น.ส. ระวี เสงี่ยมกุล
ที่ช่วยในการทำการตรวจ Gastroscopy ผู้ป่วยรายนี้

References ;

1. Mallory, G.K. and Weiss, S. : Am. J. Sc. 178:506-515 (1929)
2. Weiss, S. and Mallory, G.K.: J.A.M.A. 98:1353-1355 (1932)
3. Chalmers, T.C. et al : Am. J. Clin. Path. 22:634-645 (1952)
4. Decker, J.P. et al : New Eng. J. Med. 249:957-963 (1953)
5. Kinsella, T.J. et al : J. Thoracic. Surg. 17:613-631 (1948)
6. Lynch, J.P. : New Eng. J. Med. 241:395-400 (1949)

MALLORY - WEISS SYNDROME

report of a case

Vikit Viranuvatti M.D., M.P.H.T.M., F.A.C.G.
Siriraj Hospital, Dhonburi.

Due to the rarity of this syndrome in the literature, the author reviews the available literature, and reports a case of his recently encountered in the Department of Internal Medicine, Siriraj Hospital. A 26 years old Chinese woman (A.N. 32254.04) was admitted on December 21, 1961 with the complaint of hematemesis the night prior to admission. About 2 months before, she was admitted in the Gynecological Department for 7 days on account of endometritis and was discharged, clinically cured. Two days prior to admission, she became nauseated and vomitted about 2 to 3 times. The vomitus contained ingested food and gastric juice. Vomiting was accompanied by oppression in the epigastrium and under the sternum. On the following day she noticed umbilical and suprapubic pain. Again she vomitted twice and the vomitus contained gastric juice and fluid. At night she vomitted 3 to 4 times and later noticed 400-500 cc. of coffee-ground vomitus. She was then brought in for hospitalization. Physical examination on admission revealed a moderately anemic and weak patient. T. 38.3° C, P-88/min., R-16/min. Slight tender-

ness was elicited over the epigastric and left hypochondriac region. Other laboratory findings were noncontributory. A provisional diagnosis of Mallory-Weiss syndrome was given on account of history of vomiting without a past history of gastro-intestinal disease. Gastroscopy was done on December 22, using Schindler's flexible gastroscope under 2% Novesine local spray. The patient tolerated this quite well. Gastroscopic examination revealed a longitudinal linear tear of the anterior wall of the stomach close to the cardia with multiple submucosal hemorrhages. Bile lake was occupied by bloody fluid. The diagnosis was confirmed. The patient still passed tarry stools and developed another episode of hematemesis 2 days later. Melena disappeared on December 28, and the patient was discharged on December 30, symptoms-free. This is the first case record in Thai literature. The possibility of this condition occurring in patients with hematemesis should be stressed. More cases should be encountered if the physicians were aware of it and gastroscopy should be performed in all cases with hematemesis.

(6 references cited)

Selected summary

จุลสารสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทยฉบับนี้ ขอนำตัวอย่างผลงานวิจัยของอาจารย์ young staff บางชิ้นมาสรุปให้สมาชิกได้ลองอ่านกัน ซึ่งเชื่อว่ายังมีอีกหลายๆ ผลงานที่ได้มีโอกาสไปนำเสนอในที่ประชุมต่างประเทศ แต่ไม่ได้นำเสนอ ณ ที่นี้ ก็ขอภัยไว้ด้วย ทั้งนี้ก็เพื่อให้เป็นแรงกระตุ้นไปยังแพทย์ระบบทางเดินอาหารรุ่นใหม่ๆ จะได้ลองศึกษาทำวิจัยในเรื่องที่สนใจและนำเสนอผลงานวิจัยไปยังงานประชุมในต่างประเทศบ้างเพื่อในอนาคตจะได้สร้างความรู้ใหม่ๆ ที่มีประโยชน์และเป็นที่ยอมรับเหมือนกับอาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิหลายๆ ท่านที่ได้รับการยอมรับจากต่างประเทศ เช่น งานวิจัยของอาจารย์ วีระ พิรัชวิสุทธิ เกี่ยวกับเรื่องไวรัสตับอักเสบบี เป็นต้น หวังว่าจะเป็นประโยชน์ต่อผู้อ่านครับ

1. Efficacy of Leukocyte Esterase Dipstick Test as a Screening Test for Spontaneous Bacterial Peritonitis (SBP)

Pradermchai Kongkam, et al

¹Department of Medicine, Chulalongkorn university

Introduction: The diagnosis of spontaneous bacterial peritonitis (SBP) is established by a positive ascitic fluid bacterial culture and/or more than 250 cell/mm³ of polymorphonuclear leukocyte (PMN) in ascitic fluid. One of rapid tests for detecting PMN is leukocyte esterase (LE) strip test.

Aims: To evaluate efficacy of the LE test as a screening method for SBP.

Methods: There were 200 ascitic fluid samples from patients whom SBP was suspected. Urine dipstick (Combur¹⁰ Test [®]M from Roche, Mannheim, Germany) was used as a screening test. And then manual PMN count was referred as a gold standard. Number of PMN more than 250 cells/mm³ by manual count was used as a cut off values. One to three plus LE strip test results were used as a positive result. Results from both tests were compared to determine the efficacy of LE strip test. Results are shown in the table.

Results: Prevalence of SBP diagnosed by manual cell count was 21.0%. The sensitivity and specificity of LE test were 88.1% and 81.0% respectively. Positive and negative predictive values were 55.2% and 96.2% respectively. The likelihood ratio was 4.6 times.

LE test/PMN counts	More than or equal to 250 cells/mm ³	Less than 250 cells/mm ³	Total
Positive (1-3)	37	30	67
Negative (0)	5	128	133
Total	42	158	200

Conclusion: LE strip test can be used as a screening test to exclude SBP since it has a high negative predictive value.

: Present at DDW 2006 USA

2. Waist Circumference as a Determinant of Visceral Fat in Non-alcoholic Steatohepatitis (NASH)

*Abhasnee Sobhonslidsuk**, *Sutipong Jongjirasiri***, *Naruemon Wisedopas****, *Rojana Sirisriro***, *Pongamon Bunnag**, *Gobchai Puavilai**

*Department of Medicine, **Department of Radiology, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University, ***Department of Pathology, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Thailand

Background: Non-alcoholic steatohepatitis (NASH), obesity, type II diabetes mellitus and dyslipidemia are associated with metabolic syndrome. The regional fat distribution is known to be more important than the amount of total body fat. Visceral fat releasing numerous cytokines and neurohormonal factors is accepted as a cardiovascular risk even within normal body mass index (BMI). This study was aimed to investigate for factors that could substitute visceral fat measurement in NASH and in normal subjects.

Methods: Females with liver-biopsy confirmed NASH and normal females were invited to participate with the study. Informed consent was obtained prior to the beginning of the study. Blood tests were done for biochemical test. Body composition was assessed by anthropometry, bioelectrical impedance (BIA) and dual energy absorptiometry (DEXA). The measurement of abdominal fat including visceral and subcutaneous fat was done by non-contrast computed tomography at the level of L4 spine. Statistical analysis was performed with student t-test, non-parametric and Pearson correlation as appropriate. P-value less than 0.05 was considered as statistical significance.

Results: Twenty-five NASH and 26 normal subjects were recruited. Mean (SD) BMI, waist circumference (WC) and waist-hip-ratio (WHR) of both groups were 27.5 (4) vs. 23.9 (3.5) kg/m²; 87.6 (8.6) vs. 75.4 (7.8) cm and 0.86 (0.1) vs. 0.80 (0.04), respectively. Mean fat mass (by BIA), visceral fat (by CT) and abdominal fat (by DEXA) were 19.6 (4.9) vs. 16.4 (4.2) kg; 144.9 (36.1) vs. 93.7 (30.2) cm²; 5.9 (1.4) vs. 4.1 (1.6) kg, respectively. Fasting insulin level and HOMA-IR were significantly higher in NASH than in normal group. From the data of total subjects, WC and abdominal fat were two anthropometric measures that correlated with visceral fat with the highest correlation (or "r") of 0.71 (p=0.00) and 0.67 (p=0.00). When the analysis was done only in NASH group, WC still remained the factor with the highest correlation with visceral fat. Visceral fat of 125 cm² corresponded to the WC of 80 cm which is a cut-off level of WC believed to be related to metabolic syndrome in Asian females.

Conclusion: Waist circumference has been used as a marker of cardiovascular diseases because of its simplicity. Our study confirms that WC can be used as a surrogate of visceral fat measurement in NASH and in normal subjects. The cut-off level of visceral fat that is associated with metabolic syndrome needs to be investigated in future studies.

: Present at DDW 2006 USA

3. The impact of capsule endoscopy on the outcome of patients with GI. symptoms correlated to their indication: review of 54 cases

Sombat Treeprasertsuk, MD., MSc.¹, Pisit Naprasert, MD.², Varocha Mahachai, MD., FACG.¹

¹Department of Medicine, Chulalongkorn university

²Department of Medicine, Bangkok Hospital

OBJECTIVE: to determine the impact of capsule endoscopy on the outcome of patients with GI symptoms correlated to their indication.

METHODS: Fifty-four patients of Bangkok hospital with mean age \pm standard deviation of 51.5 ± 17.2 years were retrospectively analyzed. They were divided into two group : 28 Thai patients (group 1) and 26 foreigner patients in group 2. All patients have been subjected to gastroscopy, colonoscopy, and there was no any evidence to be identified for the cause of their symptoms. Capsule endoscopy (CE.) was performed with the Given M2A video capsule system. By using strict criteria, studies were classified as having positive findings, findings of uncertain significance, and no findings.

RESULTS: The most common indications were Obscure GI bleeding (N=29;53.7%), chronic abdominal pain (N=13;24.1%), chronic diarrhea (N=8;14.8%)

and the rest (N=4) was other indications. Positive findings with diagnostic yield, and findings without diagnostic yield were identified in 19/54 of patients (35.2%) and 64.8%(35/ 54), respectively (p > 0.05). There was no any significant difference the aspect of sex age, nation and the CE findings. The most common lesions seen were small hemorrhagic spot (N=21), angiodysplasia (N=12), small bowel ulcer (N=7), with 80% of them had history of NSAIDs or Aspirin use. The rest of them (N=14) showed normal small bowel study. Obscure GI bleeding was successful identified the causes in about 51.7% (N=15).

CONCLUSIONS: Capsule endoscopy increases the diagnostic yield which related to the indications of patients . The obscure small-bowel bleeding is the most appropriated indication and get the high diagnostic yield from CE.

INDICATION FOR CE.	Positive yield	Negative yield	Total
Obscure GI bleeding	16	13	29
Chronic abdominal pain	1 (small b. ulcer)	12	13
Chronic diarrhea	2 (IBD- ulcer)	6	8
Other indications	0	4	4

: Present at the 5th International Conference on Capsule Endoscopy, Florida, USA. 2006

.....

นานาชาติ:

ในอดีตเมื่อ 40 ปีก่อน การจัดทำวารสารทางการแพทย์ก็มีการสนับสนุนจากบริษัทยาและเวชภัณฑ์ จึงขอนำตัวอย่างโฆษณาในวารสารทางการแพทย์เก่าๆ มาให้ชมกัน

ยาให้หายแพทย์ไม่ทราบ
ความก้าวหน้าสำคัญ
ในคราวนี้ โรคบิด

FURAMIDE

สำหรับโรคบิดในผู้ใหญ่
และเด็กที่มีอาการ
ถ่ายอุจจาระเหลว มีมูก
ปน มีกลิ่นเหม็น มีไข้
และปวดท้อง

ใช้ยา Furamide 1-2 เม็ด
วันละ 3-4 ครั้ง หลังอาหาร
ดื่มน้ำมากๆ

What medicine do you
know of for dysentery?

ยาให้หายแพทย์ไม่ทราบ

ยาให้หายแพทย์ไม่ทราบ ความก้าวหน้าสำคัญ ในคราวนี้ โรคบิด

โรคบิด

อาการของโรคบิด

- ถ่ายอุจจาระเหลว มีมูกปน มีกลิ่นเหม็น มีไข้ และปวดท้อง
- มีไข้
- มีอาการปวดท้อง

ใช้ยาให้หายแพทย์ไม่ทราบ 1-2 เม็ด วันละ 3-4 ครั้ง หลังอาหาร ดื่มน้ำมากๆ

สำหรับผู้ป่วย ผู้ที่ไม่สามารถเดินได้
และไม่สามารถลุกขึ้นจากเตียงได้

ใช้ยาให้หายแพทย์ไม่ทราบ 1-2 เม็ด วันละ 3-4 ครั้ง หลังอาหาร ดื่มน้ำมากๆ

ยาให้หายแพทย์ไม่ทราบ

ท่านต้องขี้เหล็กทุกวัน?
ถ้าท่านยังกินไม่ได้ช่วยแล้ว

ขี้เหล็ก
ยาให้หายแพทย์ไม่ทราบ

ใช้ยาให้หายแพทย์ไม่ทราบ 1-2 เม็ด วันละ 3-4 ครั้ง หลังอาหาร ดื่มน้ำมากๆ

ชวนอ่านหนังสือ

โดย ตติสุข



ชื่อหนังสือ :

รอยพระยุคลบาท



ผู้แต่ง :

วชิรฐ เดชบุญ, พล.ต.อ.

หมวด : สารคดี - รวมบทความ/เรื่องเล่าบุคคล-ชีวประวัติ

จัดพิมพ์โดย : สำนักพิมพ์มติชน

พิมพ์ครั้งที่ 3 : สำนักพิมพ์มติชน กุมภาพันธุ์ 2549

จำนวนหน้า : 488 หน้า กระดาษปอนด์ขาว ปกอ่อน

ขนาดหนังสือ : 14.6 cm. x 25 cm.

ISBN : 974-322-408-4

ราคา : 247.00 บาท



หนังสือที่เล่าความประทับใจในการให้ติดตามเสด็จพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ในพระราชกรณียกิจต่างๆ ไม่ว่าใกล้หรือไกล ลำบากเพียงไหน ในฐานะตำรวจราชสำนัก ได้เห็นภาพความใกล้ชิดระหว่างในหลวงและประชาชนชาวไทยที่ไม่รู้จักเบื่อและปลานบปลื้มทุกครั้งที่ได้รับใ้ช้อย่างใกล้ชิด จึงถ่ายทอดความประทับใจมาสู่ประชาชนชาวไทยโดยทั่วไปด้วย

รายละเอียด

แม้ว่าจะพ้นตำแหน่งในราชสำนักออกมาแล้วนานเท่าใดก็ตาม แต่ผมก็ยังรู้สึกอยู่ตลอดเวลาว่าผมไม่เคยอยู่ไกลพระยุคลบาทเลย พระราชกรณียกิจทั้งน้อยและใหญ่ได้รับการถ่ายทอดออกมาเป็นข่าวโดยสื่อมวลชนและหนังสือพิมพ์ให้ผมรู้เห็นอยู่ตลอดเวลา และถ้าต้องการผมก็มีสิทธิเท่าๆ กับคนไทยอื่นๆ ไม่เลือกวัยเลือกอาชีพที่จะไปเฝ้าทูลละอองธุลีพระบาทได้ในโอกาสต่างๆ เสมอชาวพระราชกรณียกิจเหล่านั้นยืนยันว่า พระเจ้าอยู่หัวยังทรงมั่นอยู่ในพระราชปณิธานที่ว่า “เราจะครองแผ่นดินโดยธรรม เพื่อประโยชน์สุขแห่งมหาชนชาวสยาม” และสมเด็จพระกนิษฐาธิราชเจ้าฯ ก็ทรงปฏิบัติพระราชกรณียกิจโดยเสด็จพระเจ้าอยู่หัวทั้งสองพระองค์ยังทรงพระราชอุตสาหะบากบั่น ปฏิบัติพระราชกรณียกิจเพื่อแบ่งเบาทุกข์ของประชาราษฎร์อย่างไม่ลดละหรือหยุดยั้ง พระเจ้าอยู่หัวและสมเด็จพระกนิษฐาธิราชเจ้าฯ ยังคงเสด็จฯ กลับไปยังหมู่บ้านต่างๆ ที่ผมเคยตามเสด็จฯ เมื่อ 30 ปีที่แล้ว โดยไม่ทรงห่อหุ้ม ห้อยยี่หร่า หรือเบี่ยงเบนภาพความใกล้ชิดระหว่างพระเจ้าอยู่หัวและสมเด็จพระกนิษฐาธิราชเจ้าฯ กับประชาชนคนไทยยังเป็นภาพที่ผมรู้จักเบื่อและเป็นภาพที่หาดูในบ้านอื่นเมืองอื่นไม่ได้นอกจากในเมืองไทย

.....



ภาษาไทยวันละคำ ฉบับรวมเล่ม

ผู้เขียน กาญจนา นาคสกุล และคณะ

ISBN: 9749941969

ปีพิมพ์: 1/2548

ปกแข็ง/837 หน้า

ราคา 750.00 บาท

เนื้อหาโดยย่อ

เป็นหนังสือที่รวบรวมศัพท์ต่างๆ เช่น คำที่มักเขียนผิด ออกเสียงผิด คำที่ใช้ผิดหน้าที่ ผิดกาลเทศะ คำและสำนวนที่ใช้ผิดความหมายและตีความผิด คำที่มีประวัติน่าสนใจ รวมถึงคำที่มาจากภาษาอื่นๆ ซึ่งหนังสือเล่มนี้ได้อธิบาย พร้อมยกตัวอย่างไว้อย่างชัดเจนทำให้สามารถรับรู้และเข้าใจทันที และสามารถนำไปเป็นเครื่องมือสื่อสารในการดำรงชีวิตได้

จากหนังสือ “ภาษาไทยวันละคำ” จึงขอนำตัวอย่างคำที่น่าสนใจมา
นำเสนอ หากสนใจก็สามารถหาซื้อได้ที่ศูนย์หนังสือจุฬาฯ หรือที่ <http://www.chulabook.com/>

*หมายเหตุ สมาชิกศูนย์หนังสือฯ จะได้รับส่วนลด 10% ในการซื้อหนังสือ
ตลอดอายุสมาชิก 1 ปี

กระเบียดกระเสียน

กระเบียดกระเสียน ประกอบด้วยคำว่า กระเบียด กับ กระเสียน คำว่า
กระเบียด ในที่นี้ไม่ได้มีความหมายใกล้เคียงกับความหมายที่เป็นมาตรฐาน แต่
น่าจะหมายถึง เบียดตัวเองให้อยู่ในที่อันจำกัด ส่วน กระเสียน พจนานุกรมฉบับ
ราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 ให้ความหมายไว้ว่า คับแคบ ลำบาก ผิดเคือง คำนี้
ไม่มีที่ใช่โดยลำพัง แต่จะใช้คู่กับคำ กระเบียด เป็น กระเบียดกระเสียน หมายความว่า
ใช้จ่ายอย่างประหยัดที่สุด ใช้จ่ายอย่างจำกัดที่สุด เช่น

แม่เล่าว่าตอนเด็กๆ ครอบครัวยากจน แม่และพี่น้องต้องกระเบียดกระเสียน

กันทุกคน เสื้อผ้าต้องใส่กันจนครบหรือขาดไปเอง

เงินใกล้จะหมดแล้ว เราคงต้องใช้จ่ายกันแต่น้อย ต้องกระเบียดกระเสียรไปจนกว่าเงินเดือนจะออก

พยางค์ เสียร ใน คำว่า กระเบียดกระเสียร สะกดด้วยตัว ร

กราบบังคมทูล

กราบบังคมทูล เป็นคำราชาศัพท์ แปลว่า บอกล่า ใช้สำหรับพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวลงมาจนถึงพระราชวงศ์ชั้นสูงที่ได้รับการสถาปนาเป็น “สมเด็จพระ” เช่น

เมื่อพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวประทับพระราชอาสน์แล้ว อธิการบดีกราบบังคมทูลรายงานเรื่องการผลิตบัณฑิต

เมื่อมีพระราชดำรัสถาม อาจารย์วุฒิชัยก็กราบบังคมทูลอธิบายให้ทรงทราบโดยละเอียด

อาจารย์คนหนึ่งกราบบังคมทูลสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี เกี่ยวกับงานวิจัยด้านภาษาไทย

คำว่า บอกร หรือ เล่า เมื่อเป็นราชาศัพท์นั้น บางคนใช้ว่า “กราบบังคมทูลถวาย” “กราบทูลถวาย” “ทูลถวาย” ซึ่งไม่ถูกต้องเพราะ ถวาย แปลว่า ให้ ใช้แก่การให้สิ่งของ เช่น ถวายเงิน ถวายพระราชกุศล ส่วนการบอกรหรือการเล่านั้น เมื่อเป็นราชาศัพท์ใช้ว่า กราบบังคมทูล ถ้าใช้แก่เจ้านายชั้นรองลงมา จะใช้ว่า กราบทูล และ ทูล ตามลำดับ

เมื่อจะใช้ราชาศัพท์ที่มีความหมายว่า บอกร แต่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว นอกจากจะใช้ว่า กราบบังคมทูล แล้ว ในบางกรณีอาจจะใช้ว่า กราบบังคมทูลพระกรุณา โดยไม่ต้องระบุคำว่า พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว คำว่า พระกรุณา หมายถึง พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เช่นเดียวกับในภาษาเขมร กราบบังคมทูลพระกรุณา จึงใช้สำหรับพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวเท่านั้น เช่น

เรื่องผลของการปฏิบัติงานของราษฎรในโครงการอันเนื่องมาจากพระราชดำรินั้น ราชอาณาจักรได้นำความขึ้นกราบบังคมทูลพระกรุณาเรียบร้อยแล้ว

ตามที่ทรงห่วงใยการป่วยของบิดาคูณนั้น กระผมได้นำความขึ้นกราบบังคมทูลพระกรุณาว่าหายเป็นปกติแล้ว

กริ่งกริ่ง-กรุ่มกรุ่ม

มีคำ 2 คำในภาษาไทยที่มีเสียงและความหมายใกล้เคียงกันคือ กริ่งกริ่ง และกรุ่มกรุ่ม

พจนานุกรมไทยฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 ให้ความหมายของ กริ่งกริ่ง ว่า ทำท่าเจ้าชู้ ส่วน กรุ่มกรุ่ม หมายความว่า แสดงสีหน้าดีใจอยู่ในที่ แต่โดยทั่วไป เรามักใช้คำว่า กรุ่มกรุ่ม ในความหมายว่า ทำท่าเจ้าชู้ เช่น

คุณวีรพลชอบทำท่ากรุ่มกรุ่มเวลาพูดคุยกับสาว ๆ พออยู่ในหมู่สาว ๆ คุณสุวิทย์ก็ทำท่าทางกรุ่มกรุ่มขึ้นมาทันที คุณเอกพลชอบทำท่าเจ้าชู้กรุ่มกรุ่มทั้งๆ ที่แต่งงานแล้ว

คำว่ากริ่งกริ่งไม่ค่อยจะมีคนรู้จักและไม่ค่อยได้ใช้ ส่วนใหญ่จะใช้ กรุ่มกรุ่ม คำที่มีความหมายว่า แสดงสีหน้าดีใจอยู่ในที่ ปัจจุบันจะใช้ กรุ่ม เช่น วันนี้มีอะไรพิเศษหรือ ทำท่ากรุ่มตั้งแต่เช้าทีเดียว

กลับตาลปัตร

กลับตาลปัตร เป็นสำนวน มีความหมายว่า กลับเป็นตรงกันข้ามกับที่คาดหมายไว้

ตาลปัตรคือพัดใบตาลหรือพัดที่ทำด้วยผ้าหรือสิ่งอื่น สำหรับพระใช้ในพิธีกรรมต่างๆ เช่น ในเวลาให้ศีลหรือในเวลาชักบังสุกุล ตาลปัตรมี 2 หน้า ด้านหน้ามักจะมีคำจารึกหรือรูปทิวตงาม ด้านหลังมีลักษณะเรียบๆ ถ้าถือตาลปัตรกลับหน้ากลับหลัง ก็เรียกว่ากลับตาลปัตร เรื่องที่เกิดขึ้นผิดความคาดหมาย กลับหน้าเป็นหลัง จึงเปรียบว่าเหมือนอย่างกลับตาลปัตร เช่น ใครๆ ก็คิดว่าคุณปรีชาจะได้เลื่อนเป็นหัวหน้า เพราะทำงานแทนหัวหน้าเก่าอยู่นาน พอมีคำสั่งแต่งตั้งมากลายเป็นคุณสุพจน์ได้เป็นหัวหน้า ไม่รู้กลับตาลปัตรกันอย่างไร

เห็นคุณพิเชษฐติดพันคุณวาสนาอยู่เป็นปี ทำไมกลับตาลปัตรมาแต่งงานกับคุณสมศรีได้ก็ไม่รู้

กเลวระ, กเลวราก

กเลวระ แปลว่า ซากศพ ในภาษาไทยบางครั้งจะใช้ซ้อนกับคำว่า ร่าง เป็น กเลวระร่าง และบางทีก็ซ้อนคำว่า ซากศพ ด้วย เป็น กเลวระร่างซากศพ

ในรายยาวมหาเวสสันดรชาดก กัณฑ์มัทรี ตอนพระนางเสด็จกลับจากป่าไม่พบพระกัณหาขาลี ทูลถามพระเวสสันดร พระเวสสันดรก็ไม่ทรงตอบ พระนางมัทรีเสียพระทัยมาก จึงตรัสว่า “ถ้าแม่พระองค์ไม่ทรงเลี้ยงมัทรีไว้ จะเฝ้า นิ่งมัจฉ์สถิตัดเยื่อใยไม่โปรดบ้าง ก็ไม่เห็นแต่กเลวระว่างซากศพของมัทรี”

คำว่า กเลวระ เป็นคำมาจากภาษาบาลีสันสกฤตว่า กเลวระ แปลว่า ซากศพ ในภาษาไทย พยางค์ที่สองอาจจะใช้ ล หรือ ฟ ก็ได้ และคำว่า กเลวระว่าง อาจ จะเพี้ยนเป็นคำว่า กเพวราก ก็มี ในภาษาไทย อาจจะใช้เปรียบเทียบกับคนที่แต่งกาย สกปรกน่ารังเกียจว่า กเลวระ หรือ กเพวราก ก็ได้ เช่น

คุณเอาจั๊กเพวรากนี่ออกไปจากบ้านฉันเสียทีซี เนื้อตัวสกปรกน่า รังเกียจจะตายไป

คำว่า กเลวระ กเลวระว่าง กเพวราก แปลว่า ซากศพ แต่อาจหมายถึง คนที่แต่งกายสกปรกน่ารังเกียจก็ได้

กะทันหัน

กะทันหัน หมายความว่า ทันใด ปัจจุบันทันด่วน จวนเจ็ มักใช้ใน ความว่า ทำให้ต้องรีบเร่งเกินไป อันเป็นผลให้เกิดความบกพร่องในการกระทำสิ่งใด สิ่งหนึ่งได้ เช่น เขารู้ข่าวกะทันหันจึงเตรียมตัวไม่พร้อม พี่มากะทันหัน เลยไม่มี ของมาฝาก คำว่า กะทันหัน มักจะมีผู้เขียนเป็น “กะทันหัน” คำนี้พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 กำหนดให้เขียนพยางค์แรกโดยไม่มีตัว ร ควบ

กะพริบ

กะพริบ แปลว่า ปิดและเปิดโดยเร็ว ใช้กับหนังตา เช่น เด็กคนนี้ชอบกะพริบ ตาบ่อยๆ เมื่อรู้สึกเคืองตา เรามักจะกะพริบตาบ่อยกว่าปกติ คำว่า กะพริบ นอกจากจะใช้กับหนังตาแล้ว ยังอาจใช้กับสิ่งที่มีแสงสว่าง คืออาการที่แสงสว่าง ขึ้นแล้วดับ แล้วสว่างขึ้นแล้วดับติดต่อกันไปเรื่อยๆ เช่น งานเลี้ยงคืนนี้คุณพ่อ ติดไฟกะพริบไว้ที่ต้นไม้ รยยนต์คันที่จอดอยู่นั่นเปิดไฟกะพริบไว้ที่ท้ายรถทั้งสองข้าง เครื่องยนต์คงจะขัดข้อง ดวงดาวที่เรามองเห็นแสงกะพริบอยู่บนท้องฟ้า นั้น เรียกว่าดาวฤกษ์ คำว่ากะพริบ พยางค์แรกไม่มีตัว ร ควบ

กัลปาวสาน

กัลปาวสาน แปลว่า ที่สุดแห่งกัป ที่สุดแห่งระยะเวลาอันยาวนาน แล้วใช้ความหมาย ระยะเวลาอันยาวนาน เช่น ชื่อเสียงของท่านจะคงอยู่คู่ประเทศไทยไปจนกัลปาวสาน ผลงานของท่านจะคงอยู่จวบจนกัลปาวสาน ฉันจะมันคงต่อเธอตราบจนกัลปาวสาน

คำว่า กัลปาวสาน เกิดจากคำว่า กัลป กับคำว่า อวสาน เข้าสมานกัน ด้วยวิธีเชื่อมเสียง กัลป เป็นคำมาจากภาษาสันสกฤต กल्प ซึ่งตรงกับคำในภาษาบาลีว่า กปป์ แปลว่า ระยะเวลาที่เป็นช่วงอายุของโลก เวลาตั้งแต่เริ่มมีโลก จนถึงโลกถูกไฟพรลัยกัลป์ไหม้จนหมด นับเป็นกัปหนึ่งหรือกัลป์หนึ่ง คำว่า อวสาน แปลว่า ที่สุด จบ สิ้นสุด มาจากคำภาษาสันสกฤตว่า อวสาน กัลปาวสาน แปลว่า ที่สุดแห่งกัป ที่สุดแห่งกัลป์ ซึ่งเป็นระยะเวลาที่ยาวนานมาก แล้วเลยมาใช้หมายถึงระยะเวลาที่นานแสนนาน

คำนี้มีมักจะมีผู้ออกเสียงเป็น (*กา-ละ-ปา-วะ-สาน) คงเข้าใจว่า พยางค์แรกเป็นคำเดียวกับ กาล ซึ่งแปลว่า เวลา ที่ถูกนั้นออกเสียงว่า (กัน-ละ-ปา-วะ-สาน)

การ-การณ

การ มีความหมายว่า กิจ งาน อูระ หน้าที่ เช่น ผู้ประกอบการ ดำเนินการ การ อาจใช้นำหน้าคำนาม เช่น การเงิน การบ้าน หรือนำหน้าคำกริยา เช่น การกระทำ การกินการอยู่

คำว่า การ อาจให้เป็นคำซ้อน เช่น งานการ และ อาจใช้ประกอบศัพท์อื่นปรากฏเป็นส่วนท้ายของศัพท์ เช่น ราชการ หมายถึง งานของรัฐหรือของพระเจ้าแผ่นดิน

หลักการ หมายถึง หลักของงานหรือกิจการที่ทำ

แผนการ หมายถึง แผนกำหนดไว้สำหรับงานที่จะทำ

วิธีการ หมายถึง วิธีที่ใช้ในการทำงาน

การที่ประกอบท้ายศัพท์ อาจใช้ในความหมายว่า ผู้ทำ ก็ได้ เช่น กรรมการ หมายถึง ผู้กระทำ โดยทั่วไปใช้ในความหมายว่า บุคคลที่ได้รับเลือกหรือแต่งตั้งเข้าเป็นคณะร่วมทำกิจกรรมซึ่งได้รับมอบหมาย

การ มาจากคำว่า การ ในภาษาบาลีสันสกฤต แปลว่า กระทำ การทำ ส่วน

การณ มาจาก การณ ในภาษาบาลีสันสกฤต แปลว่า เหตุ เค้า มูล เช่น ยามรักษา
การณ หมายถึง ยามคอยระวังเหตุการณ์ อาจใช้ประกอบศัพท์อื่น ปรากฏเป็น
ส่วนท้ายของศัพท์ มีความหมายว่า เหตุ หรือ เรื่องราว เช่น

เหตุการณ์ หมายถึง เหตุหรือเรื่องราวก่เกิดขึ้น

ปรากฏการณ หมายถึง เหตุการณที่ปรากฏขึ้น

ประสบการณ หมายถึง ความเจเนจัดที่เกดจากเหตุหรือเรื่องราวที่ได้กระทำ
หรือได้พบได้เห็นมา

สถานการณ หมายถึง เหตุการณที่กำลังเป็นไป

วิกฤตการณ หรือ วิกฤตการณ หมายถึง เหตุที่อยู่ในขันอันตราย อยู่ใน
ระยะหัวเลี้ยวหัวต่อว่าจะไปทางดีหรือทางร้าย

กำเหน็จ

กำเหน็จ เป็นค่านาม แปลว่า ค่าจ้างทำเครื่องเงินหรือทองรูปพรรณ เรียกว่า
ค่ากำเหน็จ คนขายทองรูปพรรณจะคิดค่ากำเหน็จรวมอยู่ในราคาทองรูปพรรณ
นั้นด้วย

กำเหน็จ เป็นคำที่แผลงมาจากคำว่า เก็จ ที่แปลว่า แก้วประดับ มีบาง
คนใช้คำว่า บำเหน็จ แทนคำว่า กำเหน็จ ทำให้ผิดความหมาย เพราะ บำเหน็จ
แปลว่า รางวัล ค่าเหน้อย หรือค่าความชอบเป็นพิเศษ เช่น เงิน บำเหน็จบำนาญ
บำเหน็จรางวัล เป็นต้น คำว่า บำเหน็จ ไม่มีความหมายเกี่ยวกับประดับแต่
อย่างใด

กิตติศัพท์

กิตติศัพท์ ประกอบด้วยคำว่า กิตติ และ ศัพท์

กิตติ มาจากภาษาบาลีว่า **กิตติ** ซึ่งแปลว่า ชื่อเสียง เสียงเล่าลือ คำ
สรรเสริญ ศัพท์ มาจากภาษาสันสกฤตว่า **ศพท** แปลว่า เสียง เมื่อรวมเป็น กิตติศัพท์
ในภาษาไทย แปลว่า เสียงเล่าลือ คำยกย่อง การสรรเสริญ ใช้แก่บุคคล องค์กร
หรือสถาบัน ใช้ในทางดีหรือไม่ดีก็ได้

กิตติศัพท์ ที่ใช้ในทางดี เช่น กิตติศัพท์ของแพทย์ที่โรงพยาบาล
จุฬาลงกรณระบือไปไกลถึงต่างประเทศ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยมีกิตติศัพท์เป็นที่เชื่อถือได้ทั้งในประเทศและต่างประเทศ

กิตติศัพท์ ที่ใช้ในทางไม่ดี เช่น โรงเรียนนี้มีกิตติศัพท์ว่าเก็บค่าบำรุงแพง
คุณนายล้นจิ้นนี่ใครๆ ก็รู้กิตติศัพท์ว่าตระหนี่ เหนียวแน่น
กิตติศัพท์ เขียนด้วย ต 2 ตัว

เกร็ด

เกร็ด หมายถึง ส่วนย่อย ส่วนเบ็ดเตล็ด เช่น เกร็ดความรู้ หมายถึง ความรู้เบ็ดเตล็ด ตำรายาเกร็ด หมายถึง ตำรายาเบ็ดเตล็ด ไม่ใช่ยารักษาโรคสำคัญๆ เช่น ยาแก้ไข้หวัด เป็นต้น

เกร็ดพงศาวดาร หมายถึง เรื่องปลีกย่อยในพงศาวดารที่มีผู้นำมาแต่งขยายออกไปเป็นเรื่องสนุก เช่น เกร็ดพงศาวดารจีนเรื่องอ้วนเจียงกุน นอกจากนั้น เกร็ด ก็หมายถึง ลำน้ำเล็กที่เป็นทางลัดเชื่อมลำน้ำใหญ่สายเดียวกัน เช่น ลัดเกร็ดใหญ่ หรือ ลัดเตร็ดใหญ่ เป็นชื่อคลองลัดซึ่งสมเด็จพระเอกาทศรถโปรดให้ขุดขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2151 ตั้งแต่ปากคลองลาดพร้าวที่หน้าวัดไถ่เตี้ยไปทะลุออกที่หน้าวัดมะขามเหนือ ในเขตจังหวัดปทุมธานีในปัจจุบัน ปากเกร็ดเป็นชื่ออำเภอในจังหวัดนนทบุรี สมเด็จพระเจ้าฟ้ากรมพระยานริศรานุวัดติวงศ์ทรงสันนิษฐานไว้ในหนังสือบันทึกเรื่องความรู้ต่างๆ ว่า ปากเกร็ด หมายความว่า ปากคลองเล็ก

เกล็ด

เกล็ด เป็นคำนาม หมายถึง ส่วนที่เป็นแผ่นๆ ซ้อนเหลื่อมกันห่อหุ้มตัวปลา และสัตว์เลื้อยคลานบางชนิด เช่น เกล็ดปลา เกล็ดงู

สิ่งที่มีลักษณะเป็นแผ่นคล้ายเกล็ดของสัตว์ เราก็เรียกเกล็ดด้วย เช่น น้ำตาลชั้นเกล็ด เกล็ดพิมเสน หน้าต่างบานเกล็ด เลื่อยตีเกล็ด

นอกจากนี้ เกล็ด ยังใช้เป็นคำกริยาก็ได้ หมายถึง ขบให้เมล็ดแตกเพื่อกินเนื้อใน เช่น เกล็ดเมล็ดแดงโม นกเกล็ดข้าว

.....

ในแวดวง...แพทย์ระบบทางเดินอาหาร

...สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย ได้จัดการสอบประเมินผลการเรียนการสอนในหลักสูตรแพทย์ผู้ช่วยอาจารย์ ประจำปี พ.ศ. 2549 เมื่อวันที่ 6-8 มิถุนายน พ.ศ. 2549 ณ ห้องประชุมบุญยคุปต์ ชั้น 20 โรงพยาบาลวิชัยยุทธซึ่งได้รับการสนับสนุนเป็นอย่างดีจากท่านอาจารย์สมพันธ์ บุญยคุปต์ และอาจารย์กำธร เผ่าสวัสดี



...จากการจัดประชุมวิชาการกลางปี วันที่ 13-15 กรกฎาคม พ.ศ. 2549 ณ โรงแรมอบลบุรีรีสอร์ท จ.อุบลราชธานี ในหัวข้อ “Update in the Management of GI Emergencies” ซึ่งมีผู้เข้าร่วมประชุมรวม 210 คน มีบริษัทยาและเครื่องมือทางการแพทย์เข้าร่วมงานถึง 30 บริษัท 43 บูธ ในการประชุมนี้ทางสมาคม ได้จัดทำหนังสือประกอบการประชุมที่มีเนื้อหาน่าสนใจถึง 15 บท จึงขอเชิญชวนซื้อหนังสือดังกล่าวได้ที่คุณพรทิพย์ เจ้าหน้าที่เลขาสมาคม



.....

จากบรรณาธิการ

สวัสดีครับ ท่านผู้อ่านทุกท่าน

ช่วงเดือนกรกฎาคมและสิงหาคม สมาชิกหลายท่านคงได้ติดตามข่าวในหน้าหนังสือพิมพ์กันอยู่บ้าง หลายท่านคงได้ร่วมถวายพระพรให้พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดชทรงมีพลานามัยแข็งแรงในเร็ววัน และในทางการเมืองก็คงอยากให้ประเทศไทยผ่านปัญหาต่างๆ ไปได้ด้วยดี ในส่วนงานของสมาคมที่ได้มีการจัดการประชุมวิชาการกลางปี ช่วง 13-15 กรกฎาคม พ.ศ. 2549 ณ โรงแรมอูบลบุรีรีสอร์ท จ.อุบลราชธานี ที่ผ่านมาโดยมีท่านนายกสมาคม อาจารย์สถาพร และ อาจารย์ชุตินา รังตำแหน่งนายก รวมทั้งคณะกรรมการสมาคมและสมาชิกเข้าร่วมประชุมกันเป็นอย่างดีโดยมีผู้เข้าร่วมประชุมจำนวน 210 ท่านและได้รับการสนับสนุนจากบริษัทเวชภัณฑ์ทางการแพทย์รวม 30 บริษัท 43 บัญชี รวมทั้งได้รับการต้อนรับเป็นอย่างดีจากทีมงานโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ในการประชุมครั้งนี้ทางสมาคม ได้จัดทำหนังสือประกอบการประชุมที่มีเนื้อหาน่าสนใจถึง 15 บท อันจะเป็นประโยชน์ต่อทั้งสมาชิกและประชาชนต่อไปในอนาคตสามารถติดตามได้ที่คุณพรทิพย์ เจ้าหน้าที่เลขาสมาคม ในส่วนจุลสารยังคงไว้ซึ่งสาระและบันเทิงเช่นเดิม เช่น บทความสมาคมของเรา...เล่าเท่าที่รู้ ก็ต้องขอกราบขอบพระคุณอาจารย์กำธร เผ่าสวัสดิ์ ประธานฝ่ายวิจัยของสมาคมฯ ที่กรุณาให้ข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับการพัฒนางานด้านการวิจัย ส่วน ... ขวนอ่านหนังสือโดย ตติสุข ขอนำเสนอนั่งเรือ รอยพระยุคลบาท โดย พล.ต.อ.วชิษฐ เดชกุญชร ที่ได้เล่าความประทับใจในการติดตามเสด็จพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว

ในพระราชกรณียกิจต่างๆ ในฐานะตำรวจราชสำนัก และท่านได้มีโอกาสเห็นภาพ
ความใกล้ชิดระหว่างในหลวงและประชาชนชาวไทยและปลาบปลื้มทุกครั้งที่ได้
รับใช้อย่างใกล้ชิด จึงถ่ายทอดความประทับใจมาสู่ผู้อ่าน จึงหวังว่าผู้อ่านจะได้
รับความสุขใจจากการอ่านหนังสือเล่มนี้ นะครับและขอเชิญสมาชิกสมาคมและผู้
สนใจติดตามอ่านบทความต่างๆ ได้โดยพลันครับ

สมบัติ ศรีประเสริฐสุข

battan5410@yahoo.com

battan5410@hotmail.com

ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิกตลอดชีพ สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้าขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกตลอดชีพของ “สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหาร
แห่งประเทศไทย”

โดยรับรองว่าจะปฏิบัติตามกฎข้อบังคับและระเบียบของสมาคมฯ ทุกประการ รายละเอียดของข้าพเจ้ามีดังนี้

กรุณาเขียนด้วยตัวบรรจง [] นายแพทย์ [] แพทย์หญิง

1. ชื่อ-สกุล

First Name/Last Name

ตำแหน่งทางวิชาการ.....

เกิดวันที่ เดือน พ.ศ. เชื้อชาติ สัญชาติ

คุณวุฒิ

2. ท่านปฏิบัติงานด้านโรกระบบทางเดินอาหาร

[] น้อยกว่า 50% ของเวลาทำงาน [] มากกว่า 50% ของเวลาทำงาน

3. ที่อยู่ปัจจุบัน (ที่สามารถติดต่อและส่งจดหมายถึงได้)

บ้านเลขที่ ตรอก/ซอย ถนน

ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด

โทรศัพท์ E-mail

4. ที่ทำงาน.....

..... โทรศัพท์ โทรสาร

5. การติดต่อทางไปรษณีย์ กรุณาส่งไปที่ [] บ้าน [] ที่ทำงาน

6. ผู้รับรองในการสมัครสมาชิกของสมาคมฯ ครั้งนี้ คือ

1.)

2.)

การสมัครสมาชิกสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

1. ใบสมัครสมาชิก
2. ค่าสมัครสมาชิก จำนวน 1,000.00 บาท (ตลอดชีพ)

สถานที่รับสมัคร

สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

ตึกผะอบ ชั้น 1 สาขาวิชาโรคระบบทางเดินอาหาร

โรงพยาบาลศิริราช บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700 โทร. 0-2419-7283 ต่อ 104

โทรสาร 0-2412-0586

หมายเหตุ : ในการสมัครสมาชิกจะสมบูรณ์ต่อเมื่อได้ผ่านมติที่ประชุมของกรรมการสมาคมฯ แล้วเท่านั้น

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

[] เงินสด [] เช็คธนาคาร สาขา

เลขที่ ลงวันที่

ลงชื่อ

(.....)