

จุดสาร

สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหาร
แห่งประเทศไทย

ปีที่ 4 ฉบับที่ 14 กรกฎาคม 2539 ISSN 0857-6351



จุลสารสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

ปีที่ 4 ฉบับที่ 14

กรกฎาคม 2539

สารบัญ

รายนามคณะกรรมการอำนวยการ

สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย 4

สารจากนายกสมาคมฯ 9

รายงานการประชุมคณะกรรมการอำนวยการ

สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย ครั้งที่ 4/2539 21

บทความพิเศษ "สมาคมของเรา" 27

Interhospital GI Conference

รายที่ 1 Progressive dysphagia in a 50 years old
diabetic woman 35

รายที่ 2 A right lower quadrant mass in a 42 years old
Thai male 39

Interesting Topic Review

Esophageal perforation and lymphoma of esophagus 43

Right-sided colonic diverticular disease 49

Gastroenterology in HIV and AIDS 59

Fatty liver / Hepatic steatosis 79

Escherichia coli 0157:H7 87

บรรณาธิการแถลง 93

**รายนามคณะกรรมการอำนวยการ
สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย
วาระ 2538-2540**

1. นายกสมาคมฯ	นพ.พินิจ	กุลละวณิชย์
2. อุปนายก	พญ.กรรณิการ์	พรพัฒน์กุล
3. เลขาธิการ	นพ.อุดม	คชินทร
4. เภรัญญิก	นพ.ประวิทย์	เลิศวีระศิริกุล
5. ปฎิคม	พ.อ.นพ.สุรพล	ซีนรัตน์กุล
6. ประธานฝ่ายวิเทศสัมพันธ์	นพ.นุสนธิ์	กลัดเจริญ
7. ประธานฝ่ายวิจัย	นพ.พิศาล	ไม้เรียง
8. ประธานฝ่ายวิชาการ	พญ.วโรชา	มหาชัย
9. ประธานฝ่ายโรคตับ	นพ.เต็มชัย	ไชยนวัติ
10. ประธานฝ่ายเอ็นโดสโคปี	นพ.ไพโรจน์	เหลื่องโรจนกุล
11. ประธานฝ่ายวารสาร	นพ.สิน	อนุราษฎร์
12. ประธานฝ่ายการศึกษาหลังปริญญา	นพ.สถาพร	มานัสสถิตย์
13. กรรมการกลาง	นพ.กำธร	เผ่าสวัสดิ์
14. กรรมการกลาง	พญ.เกษร	วัชรพงศ์
15. กรรมการกลาง	นพ.ชาญวิทย์	ตันติพิพัฒน์
16. กรรมการกลาง	พญ.ชุดิมา	ประมูลสินทรัพย์
17. กรรมการกลาง	นพ.ทองดี	ชัยพานิช
18. กรรมการกลาง	นพ.บัญญัติ	โอวาทหารพร
19. กรรมการกลาง	นพ.พงษ์พีระ	สุวรรณกุล
20. กรรมการกลาง	น.อ.นพ.ไพฑูรย์	จ้วงพานิช
21. กรรมการกลาง	นพ.มานิต	ลีโทชวลิต

22. กรรมการกลาง	พ.ต.อ.นพ.วรพันธุ์ เสาวรส
23. กรรมการกลาง	นพ.วิกิจ วิจารณ์วัตต์
24. กรรมการกลาง	พญ.วิณา วงศ์พานิช
25. กรรมการกลาง	นพ.สวัสดี พองวัฒนานนท์
26. กรรมการกลาง	นพ.สวัสดี ทิตะนันท์
27. กรรมการกลาง	พ.ท.นพ.อนุชิต จุฑะพุกิธิ
28. ที่ปรึกษา	นพ.จินดา สุวรรณรักษ์
29. ที่ปรึกษา	พล.ต.นพ.วิชัย ชัยประภา
30. ที่ปรึกษา	นพ.สมหมาย วิไลรัตน์
31. ที่ปรึกษา	นพ.สัจพันธ์ อิศรเสนา
32. ที่ปรึกษา	พล.อ.ต.นพ.สุจินต์ จารุจินดา
33. ที่ปรึกษา	นพ.สุชา คุระทอง

รายนามคณะกรรมการฝ่ายต่างๆของ สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

รายนามคณะกรรมการฝ่ายวิชาการ

1. พญ.วโรชา	มหาชัย	ประธาน
2. นพ.กำธร	เผ่าสวัสดิ์	อนุกรรมการ
3. พญ.ชุดิมา	ประมุสลินทรัพย์	อนุกรรมการ
4. นพ.บัญญัติ	โอวาทสารพร	อนุกรรมการ
5. พญ.บุษนา	วิวัฒน์เวคิน	อนุกรรมการ
6. นพ.ไพโรจน์	เหลือืองโรจนกุล	อนุกรรมการ
7. พ.ท.นพ.อนุชิต	จตุระพุทธิ	อนุกรรมการ

รายนามคณะกรรมการฝ่ายวิจัย

1. นพ.พิศาล	ไม้เรียง	ประธาน
2. นพ.องอาจ	ไพรสถาวรังกูร	อนุกรรมการ
3. นพ.บัญญัติ	โอวาทสารพร	อนุกรรมการ
4. นพ.กำธร	เผ่าสวัสดิ์	อนุกรรมการ
5. นพ.พลรัตน์	วิไลรัตน์	อนุกรรมการ
6. นพ.สิริวัฒน์	อนันต์พันธุ์พงศ์	อนุกรรมการ
7. นพ.สมพนธ์	บุญยคุปต์	ที่ปรึกษา
8. นพ.เกรียงไกร	อัศววงศ์	ที่ปรึกษา
9. นพ.สิน	อนุราษฎร์	ที่ปรึกษา

รายนามคณะกรรมการฝ่ายการศึกษาหลังปริญญา

1. นพ.สถาพร	มานัสสถิตย์	ประธาน
2. นพ.สัจพันธ์	อิศรเสนา	อนุกรรมการ
3. นพ.อุดม	คชินทร	อนุกรรมการ
4. นพ.กำธร	เผ่าสวัสดิ์	อนุกรรมการ
5. พ.ต.อ.นพ.วรพันธุ์	เสาวรส	อนุกรรมการ
6. นพ.มานิต	ลีโทชวลิต	อนุกรรมการ
7. พ.อ.นพ.สุรพล	ซีนรัตนกุล	อนุกรรมการ
8. นพ.สุรพล	สุรางค์ศรีรัฐ	อนุกรรมการ
9. นพ.นุสนธิ์	กัลดเจริญ	อนุกรรมการ
10. นพ.ประวิทย์	เลิศวีระศิริกุล	อนุกรรมการ
11. นพ.สิริวัฒน์	อนันต์พันธุ์พงศ์	อนุกรรมการ
12. พญ.ภาวิณี	สุวรรณกุล	อนุกรรมการ
13. นพ.พงษ์พีระ	สุวรรณกุล	อนุกรรมการ
14. พญ.นฤมล	ศรีสุพรรณ ฮาร์โทรฟ	อนุกรรมการ
15. พญ.เกษร	วัชรพงษ์	อนุกรรมการ

รายนามคณะกรรมการฝ่ายการศึกษาหลังปริญญาเพิ่มเติม

1. นพ.พินิจ	กุลละวณิชย์	ที่ปรึกษา
2. นพ.เติมชัย	ไชยนุวัติ	ที่ปรึกษา
3. นพ.สิน	อนุราษฎร์	ที่ปรึกษา
4. นพ.อนุชิต	จู่ทะพุทธิ	อนุกรรมการ
5. นพ.พิศาล	ไม้เรียง	อนุกรรมการ
6. นพ.บัญชา	โอวาทพารพร	อนุกรรมการ

รายนามคณะกรรมการฝ่ายวารสาร

1. นพ.สิน	อนุราษฎร์	ประธาน
2. นพ.ไพโรจน์	เหลือองโรจนกุล	อนุกรรมการ
3. นพ.สิริวัฒน์	อนันต์พันธุ์พงศ์	อนุกรรมการ
4. นพ.เต็มชัย	ไชยนิติ	อนุกรรมการ
5. นพ.วีระศักดิ์	ว่องไพฑูรย์	อนุกรรมการ
6. นพ.สถาพร	มานัสสถิตย์	อนุกรรมการ
7. นพ.บัญชา	โอวาทสารพร	อนุกรรมการ
8. นพ.นุสนธิ์	กลัดเจริญ	อนุกรรมการ
9. นพ.พิศาล	ไม้เรียง	อนุกรรมการ
10. พญ.วโรชา	มหาชัย	อนุกรรมการ
11. พญ.กรรณิการ์	พรพัฒน์กุล	อนุกรรมการ
12. นพ.สุชา	คุระทอง	อนุกรรมการ
13. พ.อ.นพ.สุรพล	ชื่นรัตน์กุล	อนุกรรมการ
14. นพ.สุริยะ	จ๊กกะพาก	อนุกรรมการ
15. พ.ท.นพ.อนุชิต	จุกะพุกธิ	อนุกรรมการ
16. นพ.กำธร	เผ่าสวัสดิ์	อนุกรรมการ
17. นพ.ทองดี	ชัยพานิช	อนุกรรมการ

สารจากนายกสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

เรียน ท่านสมาชิกและเพื่อนแพทย์ที่เคารพรักทุกท่าน

เมื่อวันที่ 19 กรกฎาคม 2539 ท่านเลขาธิการคุณหมอดมได้ขอให้ผมเขียน "สารจากนายก" ให้เสร็จภายใน 5 วัน เพื่อจะเอาจุลสาร GI ออกให้ทันการประชุมกลางปีของสมาคมระหว่างวันที่ 7 - 9 สิงหาคม 2539 ที่ โรงแรม Regent ซะอำ ความจริงจุลสารฉบับสุดท้ายเพิ่งออกในวันที่ 19 นั้นเอง ผมรู้สึกว่าเป็นเพียงเขียน "สารจากนายก" และ "สารจากเลขาธิการ" (ของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ฯ) ไปหยกๆ แต่ก็ไม่เป็นไร ชอบเขียนอยู่แล้ว! ถือว่าเป็นเกียรติ และเป็นโอกาสอันดีที่จะเสนอข้อคิดเห็น ให้ข้อมูล ให้ความรู้รอบตัว รวมทั้ง brainwash ! ในทางที่ดี! แก่ท่านสมาชิก และเพื่อนแพทย์ทั้งหลายด้วย ความจริงถ้ามีอารมณ์เขียนวันเดียวก็เสร็จ ข้อเสียคือบางทีไม่มีอารมณ์! หรือมีอารมณ์แต่ไม่มีเวลา ! แต่ผมเวลานั่งๆ นอนๆ ขับรถหรือทำอย่างอื่น สมองก็คิดไปได้เรื่อยๆ คิดถึงข้อที่จะเขียนได้พอสมควรเอาปากกากระดาษมาก็มีย่อสรุปพร้อมเสร็จ เช่น ที่ทำในขณะนี้

แต่อย่างที่ผมเคยเขียนไว้ (ไม่ใช่ในจุลสาร GI ก็ของราชวิทยาลัย) ผมชอบเขียนแล้ว sleep on it ไม่ชอบส่งโรงพิมพ์เลย ชอบให้เจ้าหน้าที่พิมพ์ แล้วมาตรวจแก้ไขความผิดถูกของความหมาย ของตัวสะกด ความเหมาะสม เว้นวรรค ฯลฯ พิมพ์ แก้ เขียนเพิ่ม พิมพ์ แก้ เขียนเพิ่ม ทำแบบนี้หลาย ๆ ครั้งจึงจะพอใจ เพราะการที่ผมเขียนเร็ว ๆ หลายหน้าในเวลาอันสั้นนิดเดียว ถ้าส่งโรงพิมพ์เลย ถึงแม้จะสะกดถูกต้องแต่เนื้อหาที่ออกมาอาจ aggressive เกินไป อาจจกวน อาจไม่สุภาพ (ไม่ว่าจะเขียนอย่างไร style ผมคงไม่สุภาพอยู่แล้วสำหรับสุภาพบุรุษและสุภาพสตรีบางท่าน!) จึงใช้วิธีพิมพ์ แก้ เขียนเพิ่ม พิมพ์ แก้ไปเรื่อยๆ โชคดีที่มี computer มิฉะนั้นเลขา คงร้องไห้ หรือไม่ก็ลาออกไปนมนานแล้ว แต่หลังจากที่เขียนให้ราชวิทยาลัย

มา 10 ปี ผมซักมีประสบการณ์มากขึ้น (ไม่น่าเชื่อว่าเป็นเลขาคิการได้ถึง 10 ปี คงไม่มีใคร break record นี้ได้ ไม่ใช่ว่าจะไม่มีใครมีความสามารถ แต่ว่า คงไม่มีใครทนได้นานเท่านี้ แต่ผมก็ภูมิใจมากที่ได้ serve President ถึง 4 ท่าน คือท่านอาจารย์วิกิจ ท่านอาจารย์กมล ท่านอาจารย์อรรถสิทธิ์ ท่านอาจารย์วิศิษฐ์ อย่างนี้จะเรียกว่า 4 แผ่นดินไหมครับ ?!) ใน 10 กว่าปีที่ ผ่านมาสำหรับราชวิทยาลัยและ 2 ปีหลังสำหรับสมาคม GI ผมได้ใส่ความเห็น กระตุ้นความคิด ใส่ความรู้รอบตัวลงไปในจุลสารทั้ง 2 เล่ม ถ้าท่านใดติดตามอ่านอย่างตลอดเวลา คงเกือบจะรู้จักนิสัย กิจวัตรประจำวันผมได้ เป็นอย่างดี จะเข้าใจ จะรู้จักความคิดของผมสำหรับราชวิทยาลัย สำหรับสมาคม GI สำหรับประเทศไทยเป็นอย่างดี

ระยะแรกๆ ที่ผมเขียน "สาร" ต่างๆ ผมไม่แน่ใจว่ามีใครอ่านบ้างหรือไม่ อ่านแล้วชอบหรือไม่ แต่ต่อมาก็รู้สึกดีใจ โลงอกที่มีพี่ๆ เพื่อนๆ น้องๆ เขียนมาให้กำลังใจเป็นระยะๆ บางท่านผมไม่รู้จักเป็นการส่วนตัวด้วยซ้ำไป เขียนมาชม หรือเรียกว่าให้กำลังใจจะดีกว่า บอกว่าผมสามารถพูดเรื่องยากให้เป็นง่าย เขียนเข้าใจง่าย สนุกดี ได้ความรู้ ฯลฯ การทำเรื่องยากให้เป็นเรื่องง่ายผมคิดว่าประเด็นมีอยู่ว่าเรารู้หัวข้อนั้นจริงหรือไม่ ถ้ารู้จริงก็จะพูดแล้วฟังง่าย ผมพยายามสอนลูกศิษย์ที่กำลังเรียนเพื่อสอบ Board Med. เสมอว่าถ้าจะอ่านอะไร ต้องอ่านในคราวเดียวให้รู้เรื่อง (อ่านหลายครั้งก็ได้) เพราะอาจไม่มีเวลากลับมาอ่านเรื่องนั้นอีกแล้ว เพราะมีเรื่องที่จะต้องอ่านอีกมาก อ่านเสร็จ (หรือก่อนอ่าน) ต้องตั้งหัวข้อไว้สำหรับทุกโรคก็คงมีไม่เกิน 10 หัวข้อ เช่น epidemiology, pathophysiology, clinical features, differential diagnosis, diagnosis, treatment, prognosis, prevention, etc. อ่านแล้วต้องตอบคำถามตามหัวข้อนี้ให้ได้ อย่าอ่านเสร็จ (ถึงแม้จะเป็น 2-3 เทียว) แล้วผ่านไปเลยโดยไม่รู้จักจริงตามหัวข้อที่ตั้งไว้ อ่านเสร็จจนเข้าใจดีแล้วจึงเขียน note ย่อๆ จากสมอง (จะได้สั้น กระทัดรัด) note นี้เก็บไว้อ่านเวลา revise เพราะก่อนสอบถ้าจะท่อง

จาก Harrison's คงใช้เวลามากสำหรับแต่ละโรค ดีไม่ได้อ่านแทบตายได้ไม่กี่โรค ซ้ำยังไม่ค่อยชอบออกตรงที่อ่านอีกด้วย แต่ถ้าอ่าน note ของเราที่สั้นแต่ได้ใจความ จะอ่านได้มากในระยะเวลาอันสั้น อ่านแค่นี้ก็ชอบผ่านแล้ว เพราะจะจำได้ทั้งหมดถึงตอนที่ได้อ่านอย่างละเอียดจาก text ด้วย แต่ note นี้ต้องคอย correct, update กับอาจารย์ วิทยากรต่างประเทศ journal etc, ถ้ามีใครมา lecture พยายามอ่านก่อนไปฟัง และคอยถามในสิ่งที่ไม่เข้าใจหรือยังสงสัย การอ่านอะไรในเรื่องอื่นๆ ถึงแม้ไม่ใช่เรื่องทางการแพทย์ก็เหมือนกัน ต้องอ่านจนเข้าใจทะลุปรุโปร่ง อ่านหลายๆ ที่ อ่านจากหนังสือหลายๆ เล่ม จะได้เป็นการดูปัญหาจากหลายมุม จะได้มองเห็นเป็นสามมิติ จะได้เข้าใจง่าย ถ้ารู้เรื่องจริงๆ อย่างลึกซึ้งก็พูดได้ง่าย ถ้ารู้ไม่จริงจะพูด จะอธิบาย จะ lecture ก็ยาก ผมเคยรู้ไม่จริง รู้แบบท่องจำมากกว่าเข้าใจ เพราะไม่มีเวลา เวลาพูดหรือประชุมอีตอัดมาก ถ้ารู้จริงมันง่ายกว่ากันเยอะเลย ถ้าทำอย่างนี้ได้ เวลาพูดอะไร สอนอะไร ถึงแม้เป็นเรื่องยากก็จะกลายเป็นเรื่องง่าย นี่คือ secret ของผม แต่ก็ต้องลงทุนเยอะ คือใช้เวลามาก ! ฉะนั้นเวลาจะเรียนรู้อะไรต้องรู้ให้ละเอียด ต้องตีบทให้แตก ด้วยการจับประเด็นที่สำคัญให้ได้

เมื่อเร็วๆ นี้ผมไป Kuala Lumpur มา พวกเราหลายคนยังกรุณาถามถึงเรื่องน้ำหนักตัวผม lipid ในเลือด etc, ว่าลงหรือยัง ? และกำลังรอตอนต่อไป! แสดงว่าท่านได้กรุณาอ่านและให้ความสนใจเกี่ยวกับบทความในจุลสารของผม ยิ่งกับติดตามละครน้ำเน่าใน TV ! อ่านต่อเป็นฉบับๆ ! (แต่บางเรื่องผมเขียนแล้วไม่จบ แต่ไม่เขียนต่อ ต้องขอภัยเพราะกลัวท่านอื่นจะรำคาญ แต่บางครั้งผมย่ำบางข้อมูลเพราะเห็นเป็นเรื่องสำคัญ เช่นเรื่องออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ โภชนาการ ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเส้นเลือดหัวใจตีบและอุดตัน จึงเขียนย่ำบ่อยๆ เพราะข้อมูลเหล่านี้เป็น preventive medicine, cost effective มาก ถูกและได้ผล)

ฉะนั้นเมื่อท่านเลขาธิการขอให้ผมเขียนเพื่อให้จุลสารออกทันการ
ประชุมกลางปีของพวกเรา ผมจึงต้องพูดเกี่ยวกับการประชุมกลางปีก่อน
ก่อนอื่นผมขอต้อนรับและขอขอบคุณท่านสมาชิก เพื่อนแพทย์ เจ้าหน้าที่
บริษัทต่างๆ รวมทั้งครอบครัวด้วยที่กรุณาให้การสนับสนุนการประชุมของ
เราด้วยการมาร่วมประชุม ด้วยการช่วยsponsorวิทยากรหรือการประชุม
ผมมีความภูมิใจมากที่ every body does his (or her) bit ! นี่ก็สอน
ภาษาอังกฤษวันละประโยค! (ขออนุญาตนะครับ ไม่ใช่สอนหรือก แต่เรียน
ศัพท์จาก TV มา) ซึ่งเป็นภาษา slang แปลว่า ทุกท่านต่างก็ทำหน้าที่
ตอนผมไป KLประมาณวันที่ 2 กรกฎาคม ที่ดอนเมืองอาจารย์อุดมบอกผม
ด้วยความแปลกใจว่ามีคนจองห้องพักแล้ว 178 ห้อง และจ่ายดังกแล้วด้วย
ซึ่งเราจองห้องพักโรงแรมทั้งหมดไว้เพียง 200 ห้อง และที่จองไปแล้ว 178
ห้องเป็นการจองที่เร็วมาก เมื่อเปรียบเทียบกับอดีต (ทุกอย่างต้อง
comparative หรือ relative แต่ต้องเทียบกับของเราเอง ไปเทียบกับของ
America (AGA) ไม่ได้ อาจารย์อุดมแปลกใจมากที่บริษัทห้างร้านจองเร็ว
กว่าปกติมาก (และ ณ วันที่ 18 กรกฎาคม 2539 มีคนจองห้องพักแล้ว
218 ห้อง !) แต่ผมเองไม่แปลกใจ ! ทำไม? ที่ไม่แปลกใจไม่ใช่เพราะว่า
อดีต แต่เราทำงานต่อเนื่องมา 2 ปีแล้ว ! จุลสารออกมา (รอบที่สอง) เกือบ
2 ปีแล้ว ทุก 2 เดือน ผมพยายามกระตุ้น ประชาสัมพันธ์กิจกรรมของ
สมาคมแก่พวกเรา บริษัทขาดตลอดเวลา ในจุลสาร ในการประชุมกลางปี
ปลายปี interhospital GI conference ฯลฯ สำหรับการประชุมต่างๆ
ของสมาคมฯ ถ้าบอกเวลาของการประชุมล่วงหน้าได้ก็บอก บอกสถานที่ซึ่ง
ไม่ได้ก็ยังไม่บอก เช่นขณะนี้บอกล่วงหน้าไปแล้วว่าจะมีการประชุมประจำปี
2539 ระหว่างวันที่ 29- 30 -31 มกราคม 2540 ใน กทม. แน่ๆ และข้อมูล
ล่าสุดก็คือจะประชุมที่โรงแรม Siam Intercontinental หรือที่ Hilton
ฉะนั้นบริษัทฯ พวกเรา โปรดกรุณาวางแผนได้แต่เนิ่นๆว่าจะเอาวิทยากร
มาได้หรือไม่ จะมาประชุม จะออก booth หรือไม่จะ sponsor แพทย์มา

กรรมการเองก็จะได้ประโยชน์ และ standard ทางด้าน GI และแพทย์ทั่วไป
ไปของประเทศจะดีขึ้นมาก

สำหรับการวิจัยคงไม่ต้องพูดถึง มีความสำคัญมาก ผมจึงพยายาม
สนับสนุนการทำ research มากๆ จัดการสัมมนาเรื่องการทำ research
บ่อยๆ ให้ทุนผู้ที่ต้องการทำ research หาวิธีการสนับสนุนทุกวิถีทาง ซึ่ง
ในอดีตเราก็ได้บริษัท Roche บริษัท Astra ช่วยสนับสนุนการประชุมทาง
ด้านนี้ และเร็วๆ นี้ทางสมาคมฯ ก็จะจัด Introduction to Clinical Research
โดยความร่วมมือของ บริษัท Roche ระหว่างวันที่ 22-23 สิงหาคม 2539 ที่
โรงแรมตะวันนา รามาดา ซึ่งทางสมาคมฯ จะรับท่านที่สนใจได้ 40 ท่าน มี
หัวข้อดีๆ ทั้งนั้น 1) How to identify clinical trial questions 2) How to
answer appropriately your research questions? 3) How to conduct
clinical trials according to Good Clinical Practice 4) How to organize
a multi centre trial 5) How biostatistics can help etc ผมว่ามีประโยชน์
และน่าสนใจมากครับ ผมขอเรียนเชิญท่านที่สนใจเข้าร่วม workshop ได้
เลยครับ โปรดโทรติดต่อได้ที่ อ.อุดม คชินทร โทร.419-7280-3 ผมเอง
พยายามผลักดันมากเรื่องการศึกษา จึงได้มีส่วนช่วยในการทำ multicentre
trial สำหรับเรื่อง hepatitis B, pancreatitis ฯลฯ โดยเฉพาะอย่างยิ่งใน
โรคที่พบได้ไม่ค่อยบ่อย เช่น pancreatitis จะต้องเป็น multicentre trial มิ
ฉะนั้นอาจจะใช้เวลา 5 ปีก็ยังไม่จบการศึกษา ผมจึงเอาสมาคมฯ เป็นแกน
กลาง

วิธีการที่ดีที่สุดอันหนึ่งที่จะทำให้เกิดการวิจัยมากขึ้นในประเทศไทย
คือ อาจารย์(โดยเฉพาะใหม่ๆ) ต้องทำวิจัย ผมจึงมีเป้าหมายว่าอาจารย์
ใหม่ที่จุฬาฯ ที่จะมาอยู่กับผมต้องรู้สึกคือ ไปนอก 3-5 ปี ทำวิจัยให้เป็น
ถ้าอาจารย์ทำวิจัยเป็น กลับมาลูกศิษย์ก็ทำเป็นไปด้วย ส่วนวิธีอื่นๆ คือต้อง
ส่งเสริมให้มีการเรียน การสอนเรื่องวิจัยสำหรับนิสิตแพทย์ สนับสนุนให้มี
การวิจัยในหมู่ แพทย์ประจำบ้าน Fellow อาจารย์ด้วย มีการกระตุ้นด้วย

ที่น่าดีใจมากคือเราได้ the immediate past President ของ AGA (American Gastroenterological Association) Professor James Freston มาเป็นวิทยากรด้วย และเป็น extra หรือ bonus ด้วย เพราะเราพยายาม ติดต่อเชิญเขามานานแล้ว แต่เขาไม่ได้ตอบเราจนกระทั่งโปรแกรมเราเต็มหมดแล้ว! ฉะนั้นพอเขาตอบว่ามาได้จึงเป็นส่วนเกิน แต่วิทยากรระดับนี้แล้ว เมื่อตอบว่ามาบริษัทที่เชิญและพวกผมจึงต้องหาที่ลงให้ได้! ก็โชคดีไป เพราะ เดิมสมาคมฯ ไม่ได้กะจัดเลี้ยงอาหารค่ำด้วย! โชคดี 2 ต่อ ได้ฟังวิทยากรผู้ โด่งดังและยังได้ทานอาหารค่ำ ก่อน lecture ก็จะมี cocktail reception (แต่ ขอร้องไม่ให้มี alcohol ในช่วงนี้) หลัง lecture จะมี BAR BQ Seafood Dinner คราวนี้ก็เต็มที่ เพราะมีฉะนั้นบริษัท Takeda จะชวยหน้า Professor James Freston Dinner นี้ขอเชิญบริษัทต่างๆ ผู้ติดตามด้วยนะครับเพราะ เป็น หลักการของผมว่าทุกๆ คนคือแขกของสมาคมฯ No Problem!

เวลาผ่านไปเร็วมากเลยครับ กรรมการชุดนี้ก็เดินทางมาได้ 75% แล้ว เราก็ทำงานตามที่ได้วางแผนไว้ไปได้มากพอสมควร ผมพอใจมากอยู่หลายอย่าง แต่ที่คนชอบมากรู้สึกว่าจะจะเป็น จุลสารเพราะเป็นสื่อที่ดีมาก ระหว่างสมาคมฯ กับสมาชิก กับแพทย์ กับห้างร้าน ผมเองชอบ Interhospital GI Conference มาก เพราะได้พบ case แปลกๆ มาก ได้ทราบเกี่ยวกับการ review case ด้วย ซึ่งถ้าดูเฉพาะคนไข้ที่รพ.ของตนเองจะ ไม่มีโอกาสเห็น case ต่างๆ เหล่านี้ ผมจึงขอ urge คุณหมอ Resident, Fellow GI etc ทั้งหลายให้มาร่วมประชุมกันมากๆ ได้ประโยชน์มากมาย เหลือเกิน ที่ผมให้ความสนใจเป็นพิเศษคือ เกี่ยวกับการสอบ Board GI และเกี่ยวกับการทำ research ผมถือว่า 2 อันนี้เป็นนโยบายอันสำคัญของผม เราต้องหาวิธีการวัดความรู้ที่ดีอยู่เรื่อยๆ ต้องดีวอาจารย์ถึงสิ่งต่างๆ เหล่านี้ การออกข้อสอบที่ดี การให้คะแนนที่ดี การเลือก case, slides, X-ray ที่ดี การสอบ oral ที่ดี etc ถ้าทำได้จะเป็นประโยชน์ไม่ใช่เฉพาะผู้เข้าสอบ

ที่ break record เป็นว่าเล่น ปัญหาที่พรรคพวกกลัว (ไม่ใช่ผม) คือกลัวคน
ไปน้อย แต่ผมกลัวไม่มีที่ให้เขาพัก ! (ในขณะนี้กำลังเจรจาดอรองโรงแรมให้
เขาเพิ่มห้องให้เราเป็น 230 ห้องให้ได้) ฉะนั้นผมจึงต้องขอขอบคุณทุกท่าน
จริงๆ ที่มาร่วมการประชุมของเรา การประชุมของเราในขณะนี้ถือว่าดีกว่า
ของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์เสียอีก สำหรับการประชุมกลางปี เพราะเราจัด
2 วัน RCP จัด 1 วัน เรามีคนมา 100-200 ของเขา (ความจริงก็เป็นของ
ผมด้วย !) มี 50-100 คนเท่านั้น ความจริงไม่ใช่เราเก่งอะไรหรอก เพียงแต่
ของเราเป็นสมาคมเล็กๆ ตกลงกันง่าย นโยบายก็มาจากคนไม่กี่คน และ
บริษัทยาก็กลุ่มน้อย คนกลุ่มน้อยก็พูดกันง่าย เอาอะไรก็เอากัน กลางปีของ
เรามีวิทยากรจากต่างประเทศถึง 3 คน ของ RCP ไม่มีเลย นี่คือข้อดีของ
สังคมเล็กๆ ทำอะไรก็ง่าย สะดวก ถ้าวักใคร มีความสามัคคีกัน

การประชุมวิชาการกลางปีนี้ถึงแม้ยังไม่ได้ผ่านไป แต่ดูหัวข้อและ
จำนวนห้องพักที่จองแล้วผมถือว่าเราประสบความสำเร็จมากพอสมควร
ในการนี้ต้องยก credit ให้แก่อาจารย์วโรชา (ผู้เคยเขียนหนังสือ
Text หรือ คัมภีร์ของพวก GI คือ Bockus มาแล้ว !) อาจารย์วโรชา กว้าง
ขวางมาก เพราะอยู่ Canada, USA มานาน มีเพื่อนเป็นฝูงเลย ! (น่าจะ
เขียนว่ามีเพื่อนฝูงมากกว่า เขียนอย่างนี้น่าเกลียด!) ในการจัดแต่ละครั้ง
อาจารย์มีวิทยากรต่างประเทศมาอยู่เรื่อยๆ ไม่ซ้ำหน้าเลย ไม่น่าเชื่อ เหมือน
คนเล่นกล ดึงกระดาษออกมาได้เรื่อยๆ จากหมวกใบเล็กนิดเดียว! การ
ประชุมปีนี้มีหัวข้อหลากหลายมาก มีทั้งทางศัลยกรรม ทั้งเอ็กซเรย์ทั้ง
patho ทั้งโรคติดเชื้อ ฯลฯ ที่ผมตั้งใจมาก ๆ คือท่านอดิตนายก อาจารย์
สมพันธ์ บุญยคุปต์ จะมาร่วมประชุมกับเราอีกครั้งหนึ่ง โดยจะเป็นวิทยากร
บรรยายเรื่อง Hepatobiliary Infection อาจารย์เป็นผู้ที่มีความรู้ all round
มาก เป็นทั้ง GI man และ Infectious man (เป็นนายกสมาคมโรคติดเชื้อ
ด้วย!) อาจารย์มีเหตุ มีผล มี logic ที่ดีมาก สอนเก่ง ผมได้เรียนจาก
อาจารย์ทุกครั้งที่ได้พบกัน

ประชุมที่ท่าน จะมี gimmick ในการดึงดูดพวกแพทย์เข้าร่วมฟังการประชุม(และโดยเฉพาะของบริษัทตนเองถ้ามี) อย่างไร จะมี gimmick ในการออก booth ในการดึงคนไป booth อย่างไร gimmick ในที่นี้ก็คือ กุศโลบายนี้ผมแปลด้วยตัวเอง ไม่ได้อ้าง Oxford dictionary แต่ประการใด! แปลจากการที่ใช้ภาษามาหลายสิบปี คงไม่ต้องอ้างดิกแด็ก! ผมก็เลยถือโอกาสนี้ประชาสัมพันธ์อีกด้วยเลยนะครับว่าปีหน้าชมรมโรคตับโดยอาจารย์เด็มชัย (ประธาน) จะจัด International Conference on Viral Hepatitis, ระหว่างวันที่ 10 - 11 - 12 กันยายน 2540 ที่ กทม. แต่เป็นที่ไหนยังไม่ทราบ ! แต่รับรองได้ว่าเยี่ยมมาก จะมี international speakers 6 - 10 ท่าน ผมไปร่วมประชุมวางแผนด้วย รับรองท่านต้องนำสายหกแน่ๆ (ไม่ใช่เพราะเป็นโรค rabies นะครับ !) เพราะหัวข้อแจ่มๆ ทั้งนั้น ก็อีกนั่นแหละ ท่านที่เป็นแพทย์ทั้งหลายต้องทำตัวให้ว่าง ลาลูกภรรยาไว้แต่เนิ่นๆ (แต่ลาแล้วต้องมานะครับ อย่าเอาวิชาไปเที่ยวที่อื่น!) บริษัทต่างๆ ก็เตรียมแผนตั้งงบประมาณไว้ได้เลย เพื่อนำวิทยากรต่างๆ มา เพื่อออก booth เพื่อจัดหาทาง(gimmick!) เพื่อที่จะดึงดูดคุณหมอทั้งหลายให้เข้าร่วมประชุม(โดยเฉพาะในรายการที่ท่านจัด!)

เพราะเหตุนี้เองผมจึงไม่แปลกใจที่มีผู้จองห้องไปแล้ว 178 ห้อง ณ วันที่ 2 กรกฎาคม 2539 และ 218 ห้อง ณ วันที่ 18 กรกฎาคม 2539 ถ้าแปลกใจก็แสดงว่า efficiency ของการทำงานของผมและทีมต่ำมาก คือลงทุนไปมาก แต่ได้ผลน้อย (cost effectiveness แย่) ถ้าเป็น Product Manager หรือ Manager ของบริษัทคงโดนไล่ออกไปแล้ว เราประชาสัมพันธ์ล่วงหน้าตลอดเวลา และผลงานในการจัดในอดีตของเราดีมาก เช่นที่ภูเก็ต เชียงราย แพทย์และบริษัทยาต้องมานั่งๆ ถ้าคนมาน้อยเราก็ต้องพิจารณาตนเองแล้ว ไม่ต้องรอให้เขาไล่ออกหรอกครับ

การประชุมนี้จึงจะมีผู้เข้าร่วมประชุมมากเป็นประวัติศาสตร์อีกแล้ว เรา break record อยู่เรื่อย ๆ เลยครับ ยิ่งกับนักกระโดดค้ำถ่อ ของ Russia

วิธีต่างๆ ให้ทุน ให้เครื่องช่วย จ้างคนช่วยคิด จ้างนักสถิติ นักวิจัย เจ้าหน้าที่ธุรการ มาช่วยพิมพ์ ช่วยคิด ฯลฯ ก่อนที่จะทำวิทยาระดับPhD จะต้องอ่าน literature 6 เดือน! จะต้องรู้ where we are จะได้ก้าวเข้าไปในทางที่ถูก จะได้ไม่ทำผิด ไม่ทำซ้ำ จะได้ตอบคำถามที่ถูกต้อง ที่ต้องการจะรู้ ที่รู้แล้วจะมีประโยชน์ สมามคมฯ โดยอ.พิศาล ไม้เรียง(ประธานฝ่ายวิจัย) จึงต้องการผู้ที่จะทำ commission research ในหัวข้อต่างๆ ประมาณ 10 หัวข้อ เช่น H.pylori, liver abscess ฯลฯ โดยมีเป้าหมายว่า ข้อมูลเกี่ยวกับโรคต่างๆ เหล่านี้ในเมืองไทยถ้ามี มีอะไรบ้าง เป็นอย่างไร เพราะข้อมูลต่างๆ เหล่านี้ของไทยยังมีน้อยหรือไม่ได้รวบรวมเอาไว้ เวลาไปประชุมต่างประเทศมีคนถามเราก็ตอบไม่ได้ เช่น oesophageal reflux หรือ GERD มีน้อย มีน้อยแค่ไหน จริงหรือเปล่า และ inflammatory bowel disease, diverticula, etc ฉะนั้นความคิดของคุณหมอพิศาลดีมาก คือถามว่าข้อมูลของไทยในขณะนี้มีความแค่ไหน อยู่ที่ไหน จะได้รวบรวมเอาไว้ด้วยกัน เมื่อรู้แล้วจะได้เดินไปข้างหน้าอย่างมั่นคง สะดวก และถูกต้องทาง

ฉะนั้นท่านที่สนใจ (หรือถ้าไม่สนใจก็โปรดกรุณาให้ความสนใจด้วยครับ!) โปรดกรุณาติดต่อ อ.พิศาล ไม้เรียง ได้เลยครับ โทร(043) 242343-6 ต่อ 3664, 3203 FAX (043) 243063 หรือจะติดต่อที่ผม โทร 256-4265, 256-4392 FAX 2538272) หรือ อ.อุตม (โทร 419-7280-3 FAX 411-5013) นอกจากนั้นเรายังมีงบประมาณสำหรับการวิจัยอีกหลายแสนบาท เราต้องการสนับสนุนจริงๆ ครับ และผมก็ได้ขอร้อง อ.พิศาล และคณะกรรมการผู้เกี่ยวข้องไว้ด้วยว่าในระยะแรกๆ อย่าไปหวังอะไรมาก ขอให้มีความตั้งใจทำ ทำจริงๆ แต่ผลออกมาอย่างไรอย่าไปสนใจมาก ขอให้ honest ทำเต็มที่ก็แล้วกัน เราจะได้ก้าวไปข้างหน้าเสียที อีกหน่อยก็จะดีเอง

ตอนนี้สมามคมฯ ก็ได้มีชมรมขึ้นมารวมทั้งหมด 3 ชมรมแล้วครับ คือชมรมโรคตับโดยอ.เติมชัยเป็นประธาน จะจัด Inter Meeting ตามที่ได้กล่าวไว้แล้วในปีหน้า ชมรมEndoscopy โดย อ.ไพโรจน์ เป็นประธาน ได้

จัด Endoscopy Workshop ไปแล้ว 2 ครั้ง ชมรม Motility โดย อ.สิน เป็นประธาน เป็นชมรมใหม่เอี่ยม มีการประชุมทางวิชาการทุก 2-3 เดือน ได้จัด Conference ไปแล้ว 1-2 ครั้ง จะมีการเขียนตำราภาษาไทยในเร็วๆ นี้ เป็นชมรมที่ค่อนข้างจะคึกคักมาก มีบริษัท Janssen เป็น back ที่สำคัญจะสนับสนุนแพทย์ไทยไปดูงานที่ Australia ทุกปี ละ 1 ท่าน คราวละ 2-3 เดือน และขณะนี้พวกเรากำลังที่จะคิดจัดตั้ง ชมรม Stomach อีกด้วย ซึ่งจะเป็นการประชุมของผู้ที่สนใจโรคกระเพาะทั้งหลาย เช่น peptic ulcer, H.pylori etc. แต่ยังไม่ค่อยแน่ใจว่าจะเรียกชมรมนี้ว่า Stomach, Peptic Ulcer, Helicobacter pylori Study Group, DU, GU etc. ใครมี idea ก็ช่วยบอกด้วยครับ

การที่มีชมรมหลายๆ เป็นการดี (ถ้ามีไม่มากเกินไป และถ้าไม่แยกออกขาดจากสมาคมฯ) เพราะจะมีการรวมตัวกันที่สนใจ เป็นการกระตุ้นเป็นการแชร์ความรู้ แต่เนื่องจากเรามี GI man and woman น้อยมากก็จะลำบาก ถ้ามีมากไป เพราะจะเป็นหน้าเก่าๆ แต่หลักการของผมมีอยู่ว่าทุกคนรู้ทุกอย่างไม่ได้ ถ้าสถาบันใดมี GI 4 คน แต่ละคนต้องทำอะไรซ้ำกัน หรือซ้ำกันได้คนละเรื่อง โดย 1 คน ทำ 2 เรื่อง (คือยกตัวอย่างว่าต้องทำอะไรอย่างอยู่แล้ว แต่เล่นโดยเฉพาะ HP และ hepatitis และอีกคนทุกอย่างบวก hepatitis และ diarrhoea ที่ทำซ้ำกันจะได้ช่วยคิด ช่วยแทนกันได้ แต่อาจไม่ซ้ำกันก็ได้ เพราะคนอื่น ๆ ก็คงทำทุกอย่างพอได้อยู่แล้ว) หลักการก็คือว่าไม่ใช่ 4 คน อยากทำอะไรก็ทำ ต้องมีนโยบายเป้าหมายที่ชัดเจนว่าแต่ละคนจะทำอะไร เนื่องจากเรามี GI man น้อยจะ cover ทุกอย่างๆ deep ไม่ได้หมด จึงคงไม่ไปสนใจที่จะ cover ทุกอย่างให้ได้หมด ประเด็นที่สำคัญคือทุกคนต้องเดินไปในคนละ field เพราะถ้าโรงพยาบาลหนึ่งจะเดินในทุก field ของ GI และ liver จะต้องมี GI man เป็นหลายสิบคน ชมรมที่อาจมีในอนาคตเมื่อมีความเหมาะสมคือ Pancreatic Club, Diarrhoea Club, Inflammatory Bowel Disease Club etc แต่ต้องค่อยเป็นค่อยไป ต้องให้มีคนมากกว่านี้ ใจผม

อยากให้มี "ศูนย์โรคทางเดินอาหาร" หรือ "สถาบันโรคทางเดินอาหาร" มีแพทย์ GI 50 คน นักวิทยาศาสตร์ PhD 30 คน นักสถิติ ฯลฯ การแพทย์ทางด้าน GI จะได้เจริญเต็มที่ ผมเองมีความคิด มีนโยบายที่จะทำให้ประเทศไทยเป็น authority ในโรคต่างๆ ที่เรามีมาก เช่น hepatitis B, hepatitis C, TB, amoebiasis, hepatocellular carcinoma, cholangiocarcinoma, cirrhosis, upper GI bleeding จาก varices etc เพราะในขณะนี้เราต้องอ่านหนังสือจากประเทศที่มีโรคน้อยกว่าเรา! ความจริง GI man ของเขาก็มีไม่มากกว่าเรา แต่ระบบเขาดีกว่าเรา มีงบมากกว่า บุคลากรระดับนักวิทยาศาสตร์ นักวิจัย มากกว่าเรา technology เขาดีกว่าเรา แต่ถ้าเรามีเป้าหมายชัดเจน เราสู้ เราร่วมมือกัน อย่าทะเลาะกัน อิจจากัน (ซึ่งสมาคมฯ เรายอดอยู่แล้วในเรื่องนี้ ขอโทษครับ เรื่องไม่ทะเลาะกัน ไม่อิจจากันนะครับ!) ผมว่าภายใน 10 ปีข้างหน้าฝรั่งจะต้อง refer มาถึงงานบ้านเราบ่อยๆ

ฉะนั้นสมาคมจึงมีเป้าหมายที่ชัดเจน เรื่องการสอบ เรื่องการวิจัย ผมได้มอบนโยบายให้สมาคมฯ แล้วว่าเรามีเงินพอสมควร เราต้องใช้(แต่ต้องถูกต้องและรอบคอบ) ยิ่งใช้มากก็จะยิ่งได้เงินกลับมา มีเงินแล้วห้ามซีเหินยิว ผมยังไม่เห็นเงินมันหุดหายเสียที มีแต่เพิ่มมากขึ้นหรือยัง เราเก่งเราดังก็จะยิ่งหาเงินได้ง่าย ยิ่งถ้ามีการประชุมต่างประเทศก็ยิ่งมีรายได้มากขึ้น ฉะนั้นต้องลุย ใครอยากทำอะไรก็ทำ ขอให้ทำจริงเท่านั้น ในขณะนี้สมาคมฯ ก็ได้ซื้ออุปกรณ์ต่างๆ ที่เป็นประโยชน์มากมาย

ครับ เราได้ทำไปเยอะ แต่ก็ยังไม่ได้อีกเยอะ Topics in Gastroenterology 7,8 ก็ใกล้จะออก ผมก็โดนต่อว่าเหมือนกันที่ออกช้า ผมก็เข้าใจและเห็นใจท่านที่ต่อว่าเพราะให้บทความมานานแล้ว แต่จริงๆ แล้วเป็นความผิดของผมเองที่ขอ date line เร็วมาก ทั้งๆ ที่รู้ว่าออกไม่ทัน แต่ขอไปอย่างนั้นเพราะถ้าไม่มี date line ยิ่งจะไม่ได้บทความ มี date line จะได้ออกได้เร็วขึ้น เพราะงานสมาคมฯ เรามีเยอะมาก (มีเยอะถ้าอยากจะทำ

และน้อยมากถ้าไม่อยากจะทำ!) และเราก็มีเวลา มีคนเท่านั้น จึงขอภัยด้วย
ครับ ยังอยากทำแผ่นพับสำหรับประชาชนทั่วๆ ไป อยากทำ guideline ให้
แพทย์รู้จักวิธี approach โรคต่างๆ อย่างถูกต้อง เช่น การรักษา peptic
ulcer, การใช้ interferon (อ.เดิมชัย เจ้าของตำหรับ!) การรักษา diarrhoea
 ฯลฯ การที่จะมี endoscopy unit ควรจะมีอะไรบ้างอย่าง minimum จะได้
เป็นเครื่องต่อรองกับผู้บริหารโรงพยาบาล หรือประเทศ อยากทำทำเนียบ
สมาชิก GI ทั่วประเทศ อยู่จังหวัดไหนบ้าง ใครเล่นอะไรบ้าง(นอกเหนือจาก
ไฮโล!) จะได้เก็บข้อมูลไว้ อยากเห็นสมาคมฯ ออก TV ปิละ 1 ครั้งเพื่อ
ประชาชน ทำ tape, video cassette etc.

ครับ ผมก็รำยมายาวมาก ยิ่งเขียนก็ยิ่งมัน ยังมีเรื่องเขียน เรื่อง
อยากที่จะพูดอีกมาก แต่คงต้องขอจบเพียงแค่นี้ ท่านที่อ่านจนจบก็ขอชมว่า
เก่งมาก ต้องให้เหรียญดี้อ ต้องขอภัยที่เขียนยาวไปหน่อย ผมอยากให้
เพื่อนๆ ทั้งหลายแสดงความคิดเห็นต่างๆ บ้างเกี่ยวกับสมาคมฯ ว่าอยาก
เห็นสมาคมฯ ทำอะไร อย่างไร คณะกรรมการบริหารจะได้มีข้อมูลที่จะทำให้
สมาคมฯ ของเรดีขึ้นเรื่อยๆ

สุดท้ายนี้ก็หวังว่าทุกๆ ท่าน จะได้รับความสนุกสนานจากการมา
ร่วมประชุมวิชาการกลางปีในครั้งนี้ ได้รับทั้งความรู้ ทั้งการ relax ผมเคย
บอกไว้ว่าใครที่ชนะ tennis ผมเดียวผมจะเลี้ยง beer แต่ผมคงไม่เลี้ยง beer
เป็นเด็ดขาด เพราะไม่มีโอกาสแพ้อย่างแน่นอน ไม่ใช่เพราะเล่นเก่งนะครับ
เนื่องจากว่าดูแล้วไม่มีโอกาสที่จะได้เล่นเลย!

Enjoy your stay ที่ชะอำ แล้วก็ Bon Voyage ตอนเดินทางกลับ
บ้านครับ

ด้วยความปรารถนาดี

รศ.นพ.พินิจ กุลละวณิชย์
นายกสมาคมฯ

รายงานการประชุมคณะกรรมการอำนวยการฯ (2538-2539)

ครั้งที่ 4/2539 ณ โรงแรมโซลทวินทาวเวอร์ กรุงเทพฯ

วันศุกร์ที่ 19 กรกฎาคม 2539 เวลา 10.00-12.00 น.

รายนามผู้เข้าร่วมประชุม

1. นายแพทย์พินิจ	กุลละวณิชย์	นายกสมาคมฯ
2. แพทย์หญิงกรรณิการ์	พรพัฒน์กุล	อุปนายก
3. นายแพทย์อุดม	คชินทร	เลขาธิการ
4. นายแพทย์ประวิทย์	เลิศวีระศิริกุล	เหรัญญิก
5. พ.อ. นพ. สุรพล	ชินรัตน์กุล	ปฏิคม
6. นายแพทย์นุสนธิ์	กลัดเจริญ	ประธานฝ่าย วิเทศสัมพันธ์
7. นายแพทย์พิศาล	ไม้เรียง	ประธานฝ่ายวิจัย
8. แพทย์หญิงวโรชา	มหาชัย	ประธานฝ่ายวิชาการ
9. นายแพทย์เต็มชัย	ไชยนวัติ	ประธานฝ่ายโรคตับ
10. นายแพทย์สิน	อนุราษฎร์	ประธานฝ่ายวารสาร
11. นายแพทย์สถาพร	มานัสสถิตย์	ประธานการศึกษา หลังปริญญา
12. แพทย์หญิงชุติมา	ประมูลสินทรัพย์	กรรมการกลาง
13. นายแพทย์พงษ์พีระ	สุวรรณกุล	กรรมการกลาง
14. นายแพทย์มานิต	ลีโทชวลิต	กรรมการกลาง
15. นายแพทย์วิกิจ	วีรานูวัตต์	กรรมการกลาง
16. แพทย์หญิงวิณา	วงศ์พานิช	กรรมการกลาง
17. พ.ท. นพ. อนุชิต	จุกะพุทธิ	กรรมการกลาง
18. พล.ต. นพ. วิชัย	ชัยประกา	ที่ปรึกษา
19. นายแพทย์สมหมาย	วิไลรัตน์	ที่ปรึกษา
20. พล.อ.ต. นพ. สุจินต์	จารุจินดา	ที่ปรึกษา

รายนามผู้ไม่สามารถเข้าร่วมประชุมได้

1. นายแพทย์ไพโรจน์	เหลืองโรจนกุล	ประธานฝ่ายเอ็นโดสโคปีย์
2. แพทย์หญิงเกษร	วัชรพงศ์	กรรมการกลาง
3. นายแพทย์กำธร	เผ่าสวัสดิ์	กรรมการกลาง
4. นายแพทย์ชาญวิทย์	ตันติพัฒน์	กรรมการกลาง
5. นายแพทย์ทองดี	ชัยพานิช	กรรมการกลาง
6. นายแพทย์บัญชา	โอวาทสารพร	กรรมการกลาง
7. น.อ.นพ.ไพฑูรย์	จ้วงพานิช	กรรมการกลาง
8. พ.ต.อ.นพ.วรพันธุ์	เสาวรส	กรรมการกลาง
9. นายแพทย์สวัสดิ์	ฟองวัฒนานนท์	กรรมการกลาง
10. นายแพทย์สวัสดิ์	หิเดะนันท์	กรรมการกลาง
11. นายแพทย์จินดา	สุวรรณรักษ์	ที่ปรึกษา
12. นายแพทย์สัจพันธ์	อิศรเสนา	ที่ปรึกษา
13. นายแพทย์สุชา	คุระทอง	ที่ปรึกษา

เปิดประชุม เวลา 10.15 น. นายแพทย์พินิจ คุลละวณิชย์
เป็นประธานในการประชุม

วาระที่ 1 เรื่องที่ประธานแจ้งให้ทราบ

1. จะมีการจัดประชุม International Symposium on Viral hepatitis and Perspectives from The ASEAN Region ระหว่างวันที่ 10-12 กันยายน 2540 โดยฝ่ายโรคตับจะมีการวิทยากรจากต่างประเทศหลายท่านร่วมด้วย

2. ในวันที่ 7 สิงหาคม 2539 จะมีการสัมมนาเรื่องการออกข้อสอบ ณ โรงแรมริเจนท์ ซะอ่ำ, จังหวัดเพชรบุรี จึงขอเรียนเชิญท่านกรรมการที่สนใจทุกท่านเข้าร่วมสัมมนาด้วย

3. ได้เดินทางพร้อมกับนายแพทย์สุรพล ชื่นรัตนกุล, นายแพทย์อุดม คชินทร และแพทย์หญิงวโรชา มหาชัย ไปดูเรื่องสถานที่ในการเตรียมจัดประชุมวิชาการประจำปี 2539 ที่โรงพยาบาลพระมงกุฎฯ ซึ่งดูแล้วมีห้องสำหรับผู้ประชุมได้ 480 ท่าน ซึ่งสวยและมีอุปกรณ์ AV ครบครัน แต่จะใหญ่เกินไปสำหรับการประชุมวิชาการประจำปี ซึ่งต้องการประมาณ 250 ที่นั่ง จึงคิดว่าน่าจะจัดที่โรงแรมมากกว่า

4. ได้เดินทางไปร่วมสัมมนาวิชาการสัญจรที่โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เมื่อเดือนมิถุนายนที่ผ่านมา

วาระที่ 2 รับรองรายงานการประชุมครั้งที่ 3/2539

หน้า 2 ข้อ 3.2 บรรทัดที่ 3

แก้จาก ส่วนที่สองฝากที่เงินทุนหลักทรัพย์

แก้เป็น ส่วนที่สองซื้อกองทุนรวมไทยพาณิชย์ทวีทรัพย์ 3

หลังจากแก้ไขแล้ว ที่ประชุมมีมติรับรองรายงานการประชุมครั้งที่ 3/2539

วาระที่ 3 เรื่องสืบเนื่อง

1. พ.อ.นพ.สุรพล ชื่นรัตนกุล ประธานฝ่ายปฏิคม ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบเกี่ยวกับการเตรียมงานการประชุมวิชาการกลางปี 2539 ในวันที่ 8-9 สิงหาคม 2539 ดังนี้

1.1 วันที่ 7 สิงหาคม 2539 จะมีการสัมมนาเรื่องการออกข้อสอบ

1.2 ขณะนี้มีผู้จองห้องมาแล้ว 212 ห้อง ซึ่งทางสมาคมได้จองห้องไว้จำนวน 200 ห้อง ซึ่งขณะนี้กำลังต่อรองกับทางโรงแรมเพื่อขอห้องเพิ่มเป็น 230 ห้อง

1.3 ช่วงเย็นของวันที่ 8 สิงหาคม 2539 จะมีการจัด Symposium โดยบริษัท ทาเคดา หลังจากนั้นต่อด้วย dinner

1.4 สำหรับการประชุมวิชาการประจำปี 2539 จะจัดระหว่างวันที่ 29-31 มกราคม 2540 ในเรื่องสถานที่นั้น กำลังอยู่ในระหว่างการดำเนินการพิจารณา

2. นายแพทย์อุดม คชินทร ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบเกี่ยวกับการเสนอชื่อ Young Clinicians Program 1998 ซึ่งขณะนี้มิจุฬาลงกรณ์แห่งเดียวที่ส่งชื่อมา จึงขอความกรุณาช่วยกันส่งชื่อมาด้วย ภายในวันที่ 31 สิงหาคม 2539

วาระที่ 4 รายงานความคืบหน้าการดำเนินงานของฝ่ายต่าง ๆ

1. นายแพทย์พิศาล ไม้เรียง ประธานวิจัย ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

1.1 ระหว่างวันที่ 22-23 สิงหาคม 2539 จะมีการประชุมเกี่ยวกับเรื่อง Introduction to Clinical Research ณ โรงแรมตะวันนารามาตา โดยความร่วมมือระหว่างสมาคมฯกับบริษัทโร และขอความร่วมมือจากอาจารย์ทุกท่านแนะนำให้ fellow เข้าร่วมการประชุมครั้งนี้ด้วย

1.2 ตามที่ฝ่ายวิจัยได้เคยเสนอโครงการ Commission Research ซึ่งเป็นการวิจัยแบบ Retrospective โดยจะให้ทุนวิจัยโครงการละ 20,000 บาท ซึ่งยังไม่มีผู้ใดเสนอมาเลยและขอความคิดเห็นจากที่ประชุมว่าจะดำเนินการต่อไปอย่างไร

ที่ประชุมเสนอแนะให้ทำจดหมายแจ้งไปอีกครั้งเพราะบางท่านอาจจะยังไม่ทราบและถ้ายังไม่มีใครส่งมาก็อาจจะต้องมีการขอร้องบางสถาบันให้ช่วยกันทำ ในส่วนของเงินค่าวิจัยอาจจะเพิ่มขึ้นเป็น 30,000 บาท หรืออาจจะเปลี่ยนหัวข้อการวิจัย

2. นายแพทย์ประวิทย์ เลิศวีระศิริกุล เทรญญิก ได้แจ้งเกี่ยวกับ รายรับ-รายจ่ายของสมาคมฯจากการประชุมวิชาการประจำปี 2538 ที่ จังหวัดเชียงราย และสถานะการเงินของสมาคมฯให้ที่ประชุมรับทราบ

วาระที่ 5 ประธาน APAGE รายงานความคืบหน้าของการดำเนินงาน

นายแพทย์วิกิจ วีรานวัตต์ ประธาน APAGE ได้แจ้งให้ที่ประชุม ทราบเกี่ยวกับการเดินทางไปประชุม OMGE ที่ San Francisco, USA สรุป ได้ดังนี้

1. นายแพทย์เต็มชัย ไชยนุวัตติ ได้รับการเสนอชื่อให้เป็น Vice President และนายแพทย์พินิจ กุลละวณิช ได้ได้รับการเสนอชื่อให้ เป็นประธานของ Ethics committee

2. ในการเดินทางไปประชุม APCGE ที่ Yokohama, Japan ได้รับการมอบหมายจากทางญี่ปุ่นให้บรรยายเรื่อง "Medical Education in Thailand, Present issue and Future design in Gastroenterology"

3. ได้ค้นพบรายงานการประชุมครั้งแรกของ Asian Gastroenterology Society ซึ่งอยากจะให้ทราบถึงความเป็นมาในการ ประชุมครั้งนั้น และขอเสนอให้นำลงในวารสารของสมาคมฯด้วย

4. ในการประชุม APAGE ที่ Yokohama, Japan ที่จะมี ขึ้นในวันที่ 19 กันยายน 2539 นี้ มีประเทศซึ่งเสนอชื่อมาเป็นเจ้าภาพใน ครั้งต่อไป 3 ประเทศคือ ฮองกง, สิงคโปร์ และฟิลิปปินส์

วาระที่ 6 การดำเนินงานของฝ่ายการศึกษาหลังปริญญา

6.1 สรุปการสอบ GI Fellow ประจำปี 2538-2539 ผลสอบผ่านทั้ง 6 ท่าน

6.2 นายแพทย์สถาพร มานัสสถิตย์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าในวันที่ 7 สิงหาคม 2539 จะมีการสัมมนาเรื่องการออกข้อสอบ ซึ่งขณะนี้ได้มีผู้แจ้งเข้าร่วมสัมมนาประมาณ 26 ท่าน

วาระที่ 7 เรื่องอื่นๆ

1. นายแพทย์พงษ์พีระ สุวรรณกุล ได้แจ้งให้ที่ประชุมเกี่ยวกับการครบรอบ 50 ปีของแพทย์จุฬาลงกรณ์ โดยจะมีการจัดกิจกรรมวิชาการ ซึ่งขอความคิดเห็นจากคณะกรรมการว่าจะมีส่วนในกิจกรรมส่วนนี้หรือไม่

ที่ประชุมยินดีที่จะเป็น Co-host และขอให้เสนอแผนการดำเนินงานมาให้ทราบด้วย

2. นายแพทย์อุดม คชินทร เลขาธิการ ได้แจ้งให้ทราบดังนี้

2.1 มีผู้สมัครสมาชิกสมาคมฯ ใหม่ 4 ท่านคือ แพทย์หญิง วรนุช จงศรีสวัสดิ์, นายแพทย์สุรพล พึ่งวงศ์สำราญ, นายแพทย์จรัส โชคสุวรรณกิจ และนายแพทย์สมพงษ์ ลิ้มสุกวานิช

ที่ประชุมมีมติรับรองสมาชิกใหม่

2.2 ขออนุมัติวุฒิบัตรให้กับนายแพทย์ศตวรรษ ทองสวัสดิ์ และนายแพทย์ธีระ พิรัชวิสุทธิ์ เนื่องจากตกสำรวจ

2.3 ขออนุมัติซื้อ projector สำหรับฉาย slide จาก computer และใช้ฉาย Video ได้ด้วย ในราคาประมาณ 260,000 บาท และขออนุมัติซื้อเครื่อง copy CD ROM ประมาณ 25,000 บาท

ที่ประชุมมีมติอนุมัติตามที่เสนอ

ปิดประชุมเวลา 12.10 น.

นายแพทย์อุดม คชินทร
บันทึกการประชุม

สมาคมของเรา

ศาสตราจารย์นายแพทย์วิกิจ วีรานวัตต์

รพ.ศิริราช

ข้าพเจ้าเป็นคนชอบอ่านและชอบเก็บ โดยเฉพาะเอกสาร รูป หนังสือ สมุดบันทึกการเรียน ได้เก็บสะสมไว้แทบทุกอย่างตลอดเวลาของชีวิตที่ผ่านมา เพราะเป็นหลักฐานที่หาค่ามิได้ในปัจจุบันและอนาคต สำหรับสมาคมโรคทางเดินอาหารที่ข้าพเจ้าและคณะได้มีโอกาสก่อตั้งมานั้น นับวันแต่คนรุ่นหลังจะไม่ทราบถึงอดีตว่าเป็นอย่างไร ก่อตั้งขึ้นเพราะใครบ้าง กรรมการชุดแรกเป็นอย่างไร ประกอบด้วยใครบ้าง ประชุมครั้งแรกเมื่อใด เรื่องที่บรรยายมีอะไรบ้างในการประชุมประจำปีครั้งแรกของสมาคม, กรรมการของสมาคมมีกี่คน, ชื่ออะไรบ้าง, ใครเป็นกรรมการบริหารในชุดแรก สิ่งต่างๆเหล่านี้มีปรากฏในจดหมายเหตุทางแพทย์แห่งประเทศไทย ซึ่งข้าพเจ้าขอจากสมาคมให้มี "ฉบับโรคทางเดินอาหาร" เป็นครั้งแรกและเล่มเดียวเท่านั้นในประเทศไทย หลังจากนั้นก็ไม่มีผู้ใดทำอีก จนเวลาผ่านไปร่วม 40 ปี ทั้งๆที่ข้าพเจ้าสนับสนุนให้มีจดหมายเหตุของสมาคมเราตลอดเวลาที่ผ่านมาแต่ก็ไม่สำเร็จจนกระทั่งได้ คุณหมอสิน อนุราษฎร์ เป็นคนแรกที่ทำจดหมายเหตุของแพทย์ระบบโรคทางเดินอาหาร เป็นผลสำเร็จและจะมีต่อไป นับเป็นที่น่ายินดีเป็นอย่างยิ่ง บังเอิญข้าพเจ้าได้พยายามค้นหาหนังสือเล่มแรกที่ข้าพเจ้าเป็นบรรณาธิการเองฉบับ GI Number ในห้องทำงานที่ข้าพเจ้าเก็บมาได้ร่วม 40 ปีมาแล้ว จึงเห็นว่าควรจะมาลงพิมพ์ เป็นเกียรติประวัติของสมาคมฯ ให้คนรุ่นหลังได้ทราบถึงความพยายามในอดีต จะเห็นได้เป็นอย่างดีว่าคนรุ่นเก่าได้ทำอะไรไว้บ้าง สมาชิกของสมาคมฯ รุ่นแรกที่ปรากฏอยู่ในหนังสือเล่มนี้มี 28 ท่านซึ่งท่านทั้งหลายจะเห็นได้ว่ามาจากหลายแผนกแตกต่างกันเช่นเป็นแพทย์โรคผิวหนัง ศ.สุนิตย์ เจิมศิริวัฒน์, ศัลยแพทย์ทรวงอกชื่อดัง ศ.สมาน มันทาภรณ์ และ ศ.กษาน จาติกวิชัย, อาจารย์ประสาทศัลยศาสตร์ เช่น ศ.อุดม โปษะกฤษณะ ซึ่งท่านทำด้าน

ศัลยศาสตร์ทั่วไป และเขียนรายงานรายแรกของโลก และเป็นรายเดียวจนถึงปัจจุบันนี้ คือ Vesical Taeniasis, ศ.สวัสดิ์ สกุลไทย หัวหน้าแผนกเด็กของจุฬาลงกรณ์, ศ.มุกดา ตฤณานนท์ หัวหน้าแผนกเวชศาสตร์ป้องกันฯลฯ ซึ่งเป็นเพื่อนฝูงของข้าพเจ้า ซึ่งได้เชิญมาเป็นสมาชิกให้สมาคมของเรา เพื่อที่จะได้มีคนสนใจมากขึ้น และยังได้เงินค่าบำรุง รวมทั้งมีการเผยแพร่ผลงานทางวิชาการออกไปหลายสาขา ในครั้งนั้นเราขยันมาก มีการประชุมทางวิชาการการเผยแพร่ความรู้แก่ประชาชนทางวิทยุ และต่อมาทางโทรทัศน์ด้วย ซึ่งปัจจุบันนี้แทบไม่มีและเราได้เป็นผู้ก่อตั้ง Asian Gastroenterological Association (ชื่อขณะนั้น) เป็นครั้งแรกและรวมทั้งเป็นสมาชิกของแพทย์สมาคมของทางเดินอาหารของโลก(O.M.G.E) ซึ่งข้าพเจ้าต้องจ่ายเงินค่าบำรุงเองในฐานะเป็นนายกปีละสองดอลลาร์ ต่อสมาชิก 1 คน คือ หนึ่งดอลลาร์แก่สมาคมโลก และหนึ่งดอลลาร์ ต่อสมาคมเอเชีย มาหลายปี เพิ่งสังเกตจากรายงานของข้าพเจ้า ต่อท่านประธานการประชุม คือ ศาสตราจารย์ หลวงพิณพากย์พิทยาภท ซึ่งท่านเคยเป็นคณบดี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล และต่อมาเป็นปลัดกระทรวงสาธารณสุขด้วย นอกจากนั้นท่านเป็นผู้ร่วมก่อสร้างสมาคมจากการชี้แนะของ Professor H.L. Bockus แห่ง Philadelphia เพราะท่านจบแพทย์จาก Philadelphia ด้วยกัน ขณะนั้นรายงานการเงินสิ้นปีเหลือเงินอีก 2,270 บาทเท่านั้น 40 ปีผ่านมารวมเงินถึง 20 ล้านบาท เป็นความก้าวหน้าที่เหลือเชื่อและเป็นไปแล้ว

บทความและความดีที่มีขึ้นทั้งหมดนี้ ขอมอบให้แก่ผู้ร่วมงานของข้าพเจ้าทุกท่านในอดีตและปัจจุบัน ที่ช่วยเหลือทำงานร่วมมือกันมาและข้าพเจ้าจะนำเหตุการณ์ต่างๆในอดีตมานำเสนอเป็นตอนๆไปในจดหมายเหตุของเรา

ขอบคุณยิ่ง

ศาสตราจารย์นายแพทย์วิจิตร วีรานุกต์

ฉบับพิเศษ - สหสมาคมโรคทางเดินอาหาร

จดหมายเหตุทางแพทย

ของแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย

Journal of the Medical Association of Thailand

เล่ม ๔๔ ตอน ๓, มีนาคม ๒๕๐๔



Vol. 44, No. 3: March 1961

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปล้องงของพยาธิวุ้นแบบไม่มีสถานะ
อุดม โปษะภุณณะ

โรคแทรกพยาธิใบไม้ในตับ
ประวัติ อูรจีน

การตรวจถุงน้ำดี
คุณฉวี ประภาสรวดี

การรักษาพยาธิใบไม้ในตับ
อุกฤษณ์ เป็งงวานิช
จำลอง หาริมสุต

การตรวจสมรรถภาพของตับในโรคบิดในตับ
วิกิจ วิรานูวัตต์ และคณะ

การตรวจสมรรถภาพของตับโดยใช้ไอโอดีน (ต่อ)
วิกิจ วิรานูวัตต์ และคณะ

นิวมานอสซิส ซิสตอยด์ซิส อินเทสไตน์นาลิส
ปราโมทย์ วิรานูวัตต์, เกษม อารยางกูร

วิจารณ์การพยากรณ์โรค

การตรวจระบบทางเดินอาหารโดยเอ็กซเรย์
กฤษณา สุนทรเวช

ข่าว

บทบรรณาธิการ

ORIGINAL ARTICLES

Vesical Taniasis
Udom Poshakrisna 143

Opisthorchiasis
Pravit Ujjan 151

Cholecystography
Dusdi Prabhasawat 160

Treatment of Opisthorchiasis
Ukrit Plengvanit,
Chamlong Harinasuta 168

Liver Function Test in Hepatic Amabiasis
Vikit Viranuvatti et al 176

Further Study on Iodine Test
Vikit Viranuvatti et al 179

Pneumatosis Cystoides Intestinalis
Pramote Viranuvatti, Kasem Arayankura 182

DIAGNOSTIC NOTE

G.I. X-rays Techniques
Kunthol Sunthorvej 189

NEWS 196

EDITORIAL COMMENTS 200

ข่าวแพทย์

คำกล่าวของนายกสมาคมในการเปิดประชุมใหญ่ประจำปี ครั้งที่ 1

ของ

สมาคมโรคทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

ท่านปลัดกระทรวงสาธารณสุข และเพื่อนแพทย์ทั้งหลาย

วันนี้เป็นวันมงคลวันหนึ่งในการที่สมาคมโรคทางเดินอาหารแห่งประเทศไทยได้มีอายุยืนยาวมาครบรอบปีแรก ตามความจริงแล้ว สมาคมนี้เป็นสมาคมที่มีอายุน้อยที่สุดในสมาคมสาขาเฉพาะวิชาด้วยกัน และวาระนี้ก็เป็นวาระแรกของการประชุมใหญ่ทางวิชาการประจำปีที่ได้จัดให้มีขึ้น กระผมในนามของนายกสมาคม จึงขอเรียนแถลงกิจการของสมาคมที่ได้ดำเนินงานมาในระยะขวบปีนี้แล้ว ดังต่อไปนี้:-

1. การก่อตั้งสมาคม

สมาคมนี้ได้รับความสนับสนุนจากท่านปลัดกระทรวงสาธารณสุข กับนายแพทย์ H.L. Bockus นายกสมาคมแพทย์ทางระบบทางเดินอาหารของโลก ได้ให้ความเห็นว่าทางแพทย์ไทยที่สนใจโรคแขนงนี้ ควรจะจัดจัดการตั้งสมาคมแห่งชาติขึ้นเป็นของตนเอง เพื่อรวบรวมผู้สนใจให้มาทำการแลกเปลี่ยนความรู้ซึ่งกันและกัน ทำการค้นคว้าในแขนงวิชานี้ เผยแพร่ความรู้และการป้องกันโรคแก่ประชาชน ทำการติดต่อกับสมาคม และองค์การแพทย์ต่างประเทศ เพื่อเผยแพร่ความรู้และขยายงานการค้นคว้าให้กว้างขวางออกไป จึงได้ทำการประชุมแพทย์ไทยจากสถาบันการแพทย์ต่าง ๆ ขึ้น เพื่อดำเนินการก่อตั้งสมาคม โดยยึดถือวัตถุประสงค์และความมุ่งหมายดังกล่าว การประชุมครั้งแรกได้มีขึ้นวันที่ 9 มีนาคม 2503 การประชุมลงมติเป็นเอกฉันท์ ในการจัดตั้งสมาคมโรคทางเดินอาหารแห่งประเทศไทยขึ้น

โดยให้มีสำนักงานอยู่ที่ ร.พ.ประสาธ พญาไทย โดยมีท่านปลัดกระทรวง เป็นประธานที่ประชุม ที่ประชุมได้มีมติตั้งคณะกรรมการ อำนวยการขึ้น 7 นาย ด้วยกัน ดังมีรายนามดังต่อไปนี้

นายกสมาคม	นายแพทย์วิกิจ วีรานูวัตต์
อุปนายก	ศาสตราจารย์ น.พ. อุดม โปษะกฤษณะ
เลขาธิการ	นายแพทย์ ประวิตร อุชชิน
เหรัญญิก	นายแพทย์ อุกฤษต์ เปล่งวานิช
ปฎิคม	นายแพทย์ประสพ รัตนากร
นายทะเบียน	นายแพทย์ ประณต โพธิทัต
บรรณารักษ์	นายแพทย์ อาจินต์ บุญยะเกตุ

ในวันที่ 8 เมษายน 2503 มีการประชุมคณะกรรมการอำนวยการ ครั้งที่ 1 และได้พิจารณาร่างระเบียบข้อบังคับของสมาคมแพทย์ ทางระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทยขึ้นเมื่อ วันที่ 25 พฤษภาคม 2503 คณะกรรมการได้รับการสอบสวนเป็นรายบุคคลเพื่อการต้อนรับอนุมัติตั้งสมาคมขึ้น และต่อมาได้รับอนุญาตจากทางการให้ตั้งเป็นสมาคมได้เมื่อ วันที่ 19 กรกฎาคม 2503 และนับเป็นวันแรกที่สมาคมนี้ได้มีกำเนิดขึ้นในประเทศไทย

2. การโฆษณาความรู้เรื่องโรคทางระบบทางเดินอาหารแก่ประชาชน

สมาคมได้รักษานโยบาย และวัตถุประสงค์ของสมาคมอยู่เสมอ โดยการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับโรคทางเดินอาหารทางวิทยุกระจายเสียงแก่ประชาชน ที่ทำมาแล้วทุกเดือน 6 ครั้งด้วยกัน โดยคณะกรรมการอำนวยการของสมาคมแต่ละท่าน เมื่อวันที่ 8 กรกฎาคม, 5 สิงหาคม, 2 กันยายน, 7 ตุลาคม, และ 2 ธันวาคม 2503

3. การประชุมวิชาการ แลกเปลี่ยนความรู้โรคทางระบบทางเดินอาหาร

ทางสมาคมได้จัดการให้มีการประชุมวิชาการประจำเดือน ผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนไปตาม ร.พ.ต่าง ๆ 5 ครั้งด้วยกัน เริ่มต้นเมื่อวันที่ 2 กรกฎาคม ที่ ร.พ.ประสาท พญาไท, 19 สิงหาคม ที่ ร.พ.จุฬาลงกรณ์, 2 กันยายนที่ ร.พ.พระมงกุฎเกล้า, 14 ตุลาคม ที่ ร.พ. ศิริราช, และ 18 พฤศจิกายน 2503 ที่ ร.พ.สงฆ์ ได้เชิญแพทย์ผู้สนใจเข้าประชุมร่วมด้วยทุกครั้ง และในครั้งนี้นักเป็นการประชุมวิชาการประจำปีของสมาคมอีกเช่นกัน

4. สมาชิก

มีสมาชิกสามัญ ของสมาคมในปัจจุบันทั้งสิ้น 34 คน รวมทั้งคณะกรรมการสมาชิกสามัญ มีรายนามต่อไปนี้:- รายนามสมาชิกสามัญ

- | | |
|--------------------------------|------------------------------|
| 1. น.พ. ร่มไทร สุวรรณิก | 2. นพ. กษาน จาติกวณิช |
| 3. น.พ. สมโพธิ์ พุคะเวช | 4. น.พ. บัญญัติ ปรัชญานนท์ |
| 5. น.พ. จินดา บุญศรี | 6. น.พ. สนวน บุรณวงค์ |
| 7. น.พ. ทอกนอก นิตยสุทธิ์ | 8. น.พ. เปรม บุรี |
| 9. น.พ. เกษม จิตตยะโสธร | 10. น.พ. เวช วุฒิมิ |
| 11. พญ. อนงค์ นนทสุด | 12. น.พ.สมหมาย ทองประเสริฐ |
| 13. น.พ. ประกอบ สันศสุข | 14. น.พ. สวัสดิ์ สกุลไทย |
| 15. น.พ. ลี้ม คุณวิศาล | 16. น.พ. ทวี สุดบรรทัด |
| 17. พญ. มาลี ปักมพล | 18. น.พ. ทรวง เดชกำแพง |
| 19. น.พ. สุนิตย์ เจิมศิริวัฒน์ | 20. น.พ. วิกุล วีรานวัตต์ |
| 21. น.พ. มุกดา ดุขณานนท์ | 22. น.พ. ทองน่าน วิภาคะวณิช |
| 23. น.พ. สมาน มั่นตาภรณ์ | 24. พญ. ตวัน สุริวงค์ บุณนาค |
| 25. น.พ. วิรุฬห์ ชาวบริสุทธิ์ | 26. น.พ. ชัญญู เพ็ญชาติ |
| 27. น.พ. สมหมาย วิไลรัตน์ | 28. น.พ. ยุคนธ์ เหมะจุกา |

การเงิน

สมาคมได้รับเงินค่าบำรุงจากสมาชิกในปีนี้คนละ 100.00 บาท รวมเป็นเงินทั้งสิ้น 3,400.00 บาท ค่าใช้จ่ายในปีนี้ ได้รับความอนุเคราะห์จากโรงพยาบาลต่างๆ โดยเฉพาะที่สำคัญก็คือ ร.พ.ประสาธน์ ได้กรุณาเลี้ยงอาหารกลางวันแก่คณะกรรมการที่มาประชุมทุกครั้ง โดยไม่คิดมูลค่าๆ ใช้จ่ายอื่น ๆ ก็คือ

1. ค่าป้ายสมาคม 850 บาท
2. ค่ากระดาษจดหมาย 80 บาท
3. ค่ากระดาษจดหมาย บล็อก 115 บาท
4. ค่าใบเสร็จรับเงิน 10 เล่ม 85 บาท

รวมจ่ายทั้งสิ้นเป็นเงิน 1,130.00 บาท ยังคงเหลือเงินอีก 2,270.00 บาทถ้วน

เนื่องจากสมาคมยังอยู่ในระยะเริ่มต้น การเงินของสมาคมจึงยังไม่อยู่ในเกณฑ์สมบูรณ์นัก สมาคมขอแสดงความขอบคุณแก่ท่านสมาชิกทุกท่านที่มาร่วมประชุมในวันนี้ และโดยเฉพาะอย่างยิ่งสมาชิกต่างจังหวัด ซึ่งในขณะนี้ทางสมาคมยังไม่มีสิ่งใดตอบแทนให้แก่ท่านทั้งหลายได้เท่าที่ควรและกระผมขอขอบคุณท่านคณะกรรมการดำเนินงานที่เสียสละเวลาอันมีค่าของท่าน มาช่วยจรรโลงสมาคมของเราให้มั่นคงและถาวรอยู่ได้ และท้ายที่สุดท่านปลัดกระทรวงสาธารณสุข ศาสตราจารย์ หลวงพิณพากย์พิทยาภท ที่กรุณามาเป็นเกียรติ เปิดประชุมประจำปี ในวันนี้ ขอขอบคุณ

ขอเชิญชวนท่านสมาชิกทุกท่าน

โปรดส่ง

1. บทความทางวิชาการ ในรูปแบบต่างๆ มาตีพิมพ์ในจุลสารของสมาคมฯ
2. คำแนะนำ ดิขม เพื่อปรับปรุงให้จุลสารสมาคมฯ น่าอ่าน และมีคุณภาพ

มาที่

บรรณาธิการ

จุลสารสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

ตึกผะอบ ชั้น 1 โรงพยาบาลศิริราช

ถนนพราณนถ บางกอกน้อย

กรุงเทพฯ 10700

โทร 419-7280-9 โทรสาร 411-5019

Interhospital GI Conference
19 กรกฎาคม 2539
โรงแรมโซลทวินทาวเวอร์ กรุงเทพฯ

พญ.อภิสมัย ไสภณสฤกษ์สุช

นพ.สุชา คุระทอง

รพ.รามธิบดี

Case 1 ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 50 ปี อาชีพ งานบ้าน จ.สุรินทร์

CC : กลืนลำบากก่อนมารพ. 1 เดือน

PI : 1 เดือนก่อนสังเกตว่ามีอาการกลืนลำบากเป็นของแข็งมากกว่าของเหลว อาการเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ มีเบื่ออาหาร น้ำหนักลดไป 5 กก. ใน 1 เดือน ไม่มีประวัติกลืนแล้วเจ็บ ไม่มีไข้ ไม่ปวดท้องหรือเจ็บหน้าอกไม่มีประวัติกินกรดต่าง

1 อาทิตย์ก่อนมารพ. ผู้ป่วยมีอาการปวดหลังบริเวณกลางสะบัก อาการปวดเป็นมากต้องมาตรวจที่ห้องฉุกเฉินหลายครั้งและทุกครั้งได้ NSAIDS ฉีด อาการปวดหายไปชั่วคราว

PH : เป็นเบาหวาน วินิจฉัยเมื่อปี 38 ได้ oral hypoglycemic drug

: เป็น DI วินิจฉัยเมื่อ 40 ปีก่อน ได้ intranasal DDAVP

Discussion & Clinical Course

จาก CXR พบมี Bilateral pleural effusion, มีเงา soft tissue density อยู่หลังหัวใจ widening ของ mediastinum และ ผล barium swallowing พบมี ulcerative mass ยาว 10 cm. ที่ middle และ lower esophagus แพทย์เจ้าของไข้จึงได้ปรึกษาหน่วยทางเดินอาหารซึ่งได้ทำ Esophagogastroscope พบมี ulcerative lesion ที่บริเวณ middle และ

lower part ของ esophagus ที่ผิวของ ulcer มี food content และ fibrin exudate คมอยู่อย่างหนามาก ได้ใช้ Brush ขูดผิว พบว่า mucosa ใต้ผิวมี erosive lesion ยาวตลอดโดยไม่ involve LES junction และ stomach เมื่อนำสิ่งที่ได้จากการ brush ย้อม KOH พบว่า (-) และได้ Biopsy Esophageal mucosa ส่งตรวจ ทางพยาธิวิทยา พบว่ามี many fungal mycelium และ highly suspicious of malignant lymphoma

4 วันหลังทำ Esophagogastroscope ผู้ป่วยมีอาการไข้หอบ CXR มี Bilateral pleural effusion เพิ่มขึ้นมาก ได้ใส่ Endotracheal tube ย้ายผู้ป่วยเข้า ICU และเจาะ pleural effusion พบมีสีเขียวขุ่น มี WBC 2,000/mm³ (lymphocyte 80%), prot 4 gm/dl, Triglyceride 394.8 mg/dl, amylase 30 u/dl, culture (-) เข้าได้กับ chylothorax ได้ส่ง Cytology และ cytopsin ไม่พบ lymphoma cell จากผล Esophageal mucosa Bx และผล pleural effusion เข้าได้กับ lymphoma จึงได้ทำการ staging โดยทำ BM aspiration ไม่พบ lymphoma cell และทำ CT scan chest พบมี posterior mediastinum abscess extend เข้าไปใน pleural cavity 2 ซ้ำง (เป็นสาเหตุทำให้ปวดหลังมาก) และ pneumonia จึงได้ปรึกษา CVT ได้ทำการผ่าตัด Operative finding : esophageal perforation with abscess formation, extensive esophageal necrosis from aortic arch to diaphragm, foul-smell necrotic tissue, and small pieces of bone Operation : Thoracotomy with drainage, Esophageal diversion (Cervical esophagostomy + EGJ ligation) ในระหว่างผ่าตัดผู้ป่วยมีปัญหาความดันโลหิตต่ำ หลังจากออกจาก OR อาการ septic shock ไม่ดีขึ้น Antibiotic และ Antifungal ได้เริ่มให้ตั้งแต่ก่อนย้ายผู้ป่วยเข้า ICU และได้ถูกเปลี่ยนจนในที่สุดเป็น piperacillin, metronidazole และ Amphotericin B ผล pus culture ทั้ง Bacteria, fungal จาก OR ไม่ขึ้น (อาจเป็นเพราะได้ยารักษา ก่อนส่ง culture) อาการไม่ดีขึ้นและ Expire ในที่สุด ผลชันเนื้อที่ได้จากการ

ผ่าตัดเป็น necrotic tissue with small lymphocyte ไม่พบ lymphoma cell เป็นที่น่าเสียดายที่ case นี้ไม่สามารถทำ autopsy ได้ใน interhospital GI conference (19/7/39) อาจารย์ประวัติ นิธิยานันท์ pathologist ได้ review slide ทั้ง 2 ครั้ง และพบว่าครั้งแรก เข้าได้กับ malignant lymphoma ซึ่งจะ correlate กับ presentation และ clinical course ของผู้ป่วย สำหรับใน case นี้ได้มีการถกเถียงกันว่ากรณีที่ foreign body ไปติด esophagus และทำให้เกิด perforation --> Esophageal abscess นั้นจะมี underlying pathology ของ esophagus (คือ lymphoma ร่วมอยู่ด้วย) หรือไม่ หรือเป็น Normal esophagus ที่เกิด perforation โดยกระดูก (ไก่) เพียงอย่างเดียว

สมาชิกท่านใดที่ย้ายที่อยู่ หรือไม่ได้รับจุลสารสมาคมฯ

กรุณาแจ้งที่

ฝ่ายเลขานุการสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

สาขาวิชาโรคระบบทางเดินอาหาร

ตึกผะอบ ชั้น 1 โรงพยาบาลศิริราช

ถนนพหลโยธิน บางกอกน้อย

กรุงเทพฯ 10700

โทร 410-7280-3 โทรสาร 411-0040

Interhospital GI Conference

นพ.พรชัย ตั้งลัคณวณิชย์

นพ.สมชาย ลีลากุลศลวงค์

รพ.ศิริราช

Case 2

- ภูมิลำเนา ผู้ป่วยชายไทย อายุ 40 ปี
บางพลัด กรุงเทพฯ อาชีพ นักธุรกิจ
ปวดท้องน้อยด้านขวา 4 วัน
อ.ส. - 4 วัน ปวดท้องน้อยด้านขวา ปวดแน่นๆไม่ร้าวไปที่ใด
ปป. มีไข้ต่ำๆ อยู่ 2-3 วัน ก็หายไปเอง ถ่ายอุจจาระ
- 4 วัน ปวดท้องน้อยด้านขวา ปวดแน่นๆไม่ร้าวไปที่ใด
มีไข้ต่ำๆ อยู่ 2-3 วัน ก็หายไปเอง ถ่ายอุจจาระ
ปัสสาวะปกติ ไม่มีถ่ายดำ หรือถ่ายเป็นเลือด ไม่มีคลื่นไส้
อาเจียน
- น้ำหนักลดประมาณ 1 ก.ก. ใน 2 เดือน
- ไม่มี bowel habit change
ปอ. - 2 เดือนก่อนมีถ่ายมูกปนเลือดเล็กน้อย หายไปเอง
- ปฏิเสธโรคประจำตัวอื่น, ทุกคนในบ้านแข็งแรงดี
- ไม่ได้กินยาอะไรประจำ
PE: T 37 °C P 80/min R 20/min BP 120/80 mmHg
GA - not pale, no jaundice, no dyspnea, no edema,
no clubbing of finger,
Skin - no hyperpigmentation, no subcutaneous nodule
or mass
LN - no superficial lymphadenopathy, other WNL
HEART - WNL
RS - WNL
ABD - soft, no distension

Liver and spleen not palpable
mass 4 x 6 cm at Rt lower quadrant, firm in
consistency, movable, mild tenderness

CVA - WNL

PR - no rectal shelf, no mucous bloody stool

Investigation

CBC - Hb 13.5 gm%., Hct 40%, WBC 10,300,
PMN 58%, L 36%, M 4%, Eo 2%, Plt adequate

U/A - Sp.gr. 1.010, WBC 0/HD, RBC 0-2/HD

Stool exam - negative

FBS 97 mg%, BUN 93 mg%, CT 1.0 mg%, Na 140, K 4.1, Cl 109,
HCO₃ 26

LFT - SGOT 28 U/L, SGPT 28 U/L, Alb 4.4 gm%,
Glob 3.1 gm%, TB 0.3 mg%, DB 0.2 mg%,
Alk.phos 96 U/L (39-117)

Plain: Haziness at Rt psoas shadow, suggest retroperitoneal
soft tissue mass

Ba enema: apple core appearance at ascending colon, length 8
cms.

U/S: Rt lower quadrant soft tissue mass size 6 x 8 cms.

Colonoscopy: Diverticulosis of ascending colon

CT-Scan: Inflammatory mass attach to medial wall of ascending
colon

Colonic biopsy: Non-specific colitis

Discussion and Clinical course

Case นี้ ครั้งแรกที่ดูแลผู้ป่วย จากประวัติตรวจร่างกาย และผล investigation จากการทำ CBC, Ba enema คิดถึงกลุ่มของ Malignancy บริเวณ ascending colon มากที่สุด แม้ว่าประวัติจะค่อนข้างสั้น, ไม่มี history ของ bowel habit change, weight loss ไม่ชัดเจน ร่วมกันกับ Tumor marker คือ CEA ที่ปกติ ก็ตาม ส่วน differential diagnosis อื่นที่คิดถึงคือในกลุ่มของ Infection เช่น TB, Amoeba, Actinomycosis หรือ Inflammatory process เช่น Crohn's disease, Diverticulitis หรือ hematologic malignancy group เช่น Lymphoma ก็อยู่ใน differential เช่นกัน จึงได้ส่ง investigation ทำ Colonoscopy เพิ่มเติม ซึ่ง finding ไม่พบ abnormal mass แต่พบว่ามี fold หนาตัวขึ้นมาในส่วนของ ascending colon ร่วมกับพบว่ามี Diverticulosis บริเวณ ascending colon finding ที่พบขณะนั้นคิดถึง Diverticulitis with complication มากที่สุด โดย rule out malignancy ไปด้วย ได้ทำ biopsy ไว้ที่ lesion

ระหว่างที่รอผล histology นั้น ได้นัด follow up คนไข้ ปรากฏว่า mass ที่เคยคลำได้นั้นขนาดเล็กลง จากเดิม 4 x 6 cm เหลือเป็น 2 x 4 cm หลังจากคลำได้ครั้งแรกประมาณ 1 สัปดาห์ ร่วมกับผู้ป่วยไม่มีอาการ ขณะนั้นคิดว่า case นี้ mass เล็กลง น่าจะคิดถึง Inflammatory process มากกว่ากลุ่มของ tumor ซึ่งไม่ควรจะเล็กลง ยกเว้นว่าเป็น Tumor ร่วมกับมี complication ก็ยังคงอาจเป็นไปได้ ผล histology ออกมาเป็น nonspecific colitis ร่วมกับ finding จาก colonoscopy, CT-scan ซึ่งคิดถึง diverticulitis with complication จึงได้ให้ antibiotic เป็น Metronidazole (250 mg) 2 เม็ด วันละ 3 ครั้ง เป็นเวลา 7 วัน กินแล้ว follow up ปรากฏว่าหลังจากนั้น 2 สัปดาห์ ไม่สามารถคลำก้อนได้เลย จึงได้ให้ผู้ป่วยทำ Ba enema ซ้ำ ปรากฏว่า lesion บริเวณ ascending colon ที่เคยตีบ แบบ apple core appearance ได้หายไปหมดร่วมกับพบว่ามี multiple diverticulum จำนวน

มากบริเวณ ascending colon พยายามจะทำ colonoscopy follow up แต่ผู้ป่วยปฏิเสธ case นี้ เจาะ serum หา E.hist titer ไว้ ผลปรากฏว่า negative จึงได้ให้ diagnosis ว่าเป็น Diverticulitis of ascending colon with complication อย่างไรก็ตามในรายนี้มี chance ที่จะเป็นซ้ำได้อีก จึงได้แนะนำผู้ป่วยให้ทำ surgery ซึ่ง final diagnosis คงได้นำเสนออีกครั้งหนึ่ง

Esophageal perforation and lymphoma of esophagus

พญ.อภิสมัย โสภณสฤกษ์สุข

โรงพยาบาลรามารินทร์

Esophageal perforation

สาเหตุที่พบบ่อย ได้แก่

1. Spontaneous หรือ Boerhaave Syndrome คือ Perforation ตลอดทั้ง wall ของ Esophagus จากการอาเจียนแรง ๆ แล้วมี intraluminal pressure สูงขึ้น

2. Iatrogenic จากการทำ - Endoscopy - cricopharyngeus muscle เป็น part ที่จะ perforated ได้มากที่สุดเพราะว่าเป็น part ที่แคบที่สุด American Society for GI endoscope เคย review ไว้พบ incidence 0.13%

- Esophageal dilation - ใน case ที่มี stricture

- Senkstacken - Blakemore tube

3. Foreign Body

4. Trauma พบใน penetrating > Blunt trauma

5. Complication จาก operation : Repaired hiatal hernia

80% Foreign Body ที่ผ่าน esophagus จะผ่านได้ตลอด ในเด็ก FB ที่ติด ได้แก่ coins และในผู้ใหญ่ ได้แก่ bone และ food bolus มี Review ผู้ป่วย 2394 คน ลงใน Br.J.surg พบว่า FB ที่ติดใน Esophagus ส่วนใหญ่ (88%) เป็น Bone (ปลา, ไม้, หมู) และส่วนใหญ่ติดที่ cricopharyngeus > bronchio - aortic part > hiatal part (ใกล้ LES) ซึ่งพบเพียง 1-12% ของ case อาจพบ underlying pathology ของ Esophagus อยู่ก่อน เช่น peptic stricture, lye stricture, hiatal hernia, Achalasia, CA Esophagus (พบ

9/2394) FB ที่ทำให้เกิด perforation มีเพียง 1% โดยมักเป็น sharp FB ที่ยาว > 6.5 cm. โดย perforation มักเกิดหลัง 24 ชม. อธิบายจากการเกิด transmural inflammation, pressure necrosis จนทำให้ FB ผ่านตลอดเกิด perforation

เชื้อที่พบได้แก่ polymicrobials ทั้ง aerobic, anaerobic และ fungus ในผู้ป่วยที่รู้สึกตัวมักจะได้ประวัติกลืน FB ติดและเจ็บเสมอ ต่อมาจึงเกิด complication

Symptom

1. Acute : chest pain, Back pain, fever, dyspnea
2. Chronic : dysphagia, mediastinal & cervical abscess

Investigation

1. Soft tissue X- ray of neck อาจพบเงา opaque FB, pneumothorax,
2. CXR อาจพบ pneumoperitoneum, pleural effusion, widening mediastinum
3. Barium swallowing or gastrograffin จะเห็น extravasated ของ contrast

Treatment ได้แก่ primary suture, debridement, drainage

การเลือกวิธีการรักษาและผ่าตัด ขึ้นกับ

1. Esophageal part ที่ perforated cervical part จะมี prognosis ดีถ้า primary suture ได้
2. Timing ที่เกิด perforated ถึงเวลาที่เริ่มรักษา ถ้าเป็นภายใน 24 ชม. ได้ผลดี
3. อายุ
4. underlying pathology ของ esophagus
5. Co-morbid ของผู้ป่วย

Absolute Indication ในการทำ emergency operation ได้แก่ sepsis, shock, pneumothorax, pneumoperitoneum, Respiratory failure

Poor prognostic factor of rupture esophagus

1. female
2. มี underlying ds.or CA
3. perforated by endoscope (แต่บางรายงานบอกว่า เป็น spontaneous เพราะว่าผู้ป่วยไม่รู้ว่า onset เริ่มมานานเท่าใด)
4. delay Dx เกิน 24 ชม.
5. persisted mediastinum contamination
6. mediastinitis
7. post operation

Cause of death : Multiple organ failure จาก sepsis

Esophageal Lymphoma

Lymphoma involved GI พบได้ไม่บ่อย ประมาณ 10% site ที่พบมากที่สุดคือ stomach (48-50%), small intestine (30-37%), ileocecal valve (12-13%) โดยที่ lymphoma involve Esophagus พบ rare มาก เมื่อพบ lymphoma ที่ Esophagus มักจะเป็นส่วนที่ involved ติดต่อมาจาก fundus, cervical node, mediastinal lymph node compression หรือ late manifestation ของ advanced disease Histology ส่วนใหญ่ เป็น Non-Hodgkin's lymphoma ชนิด B cell type อาการนำที่พบมากที่สุด คือ Dysphagia, weight loss

Radiologic findings ; involvement พบมากที่สุดบริเวณ distal part ของ esophagus อาจทำให้เกิดลักษณะแคบบริเวณ distal part โดยไม่มี mucosa abnormality คล้าย achalasia, บางครั้งอาจติดต่อกับ fundus แยกไม่ได้จาก CA stomach, อาจมีลักษณะเป็น polypoid mass, ulcerated stenosis, large intramural mass คล้าย Esophageal varice หรือ CA esophagus หรืออาจเป็น multiple mucosal nodule จากการทำ Barium study

Complication ที่พบบ่อยจากการที่มี lymphoma involved esophagus คือ hemorrhage, obstruction, perforation with fistular formation

Management ขึ้นกับ presentation, histology, staging, clinical และ complication ที่เกิดขึ้นการรักษาประกอบด้วย chemotherapy, radiotherapy และ surgery แต่การรักษาหลักคือ chemotherapy

References:

1. Pramod K et al. Foreign body in the Esophagus mimicking Esophageal CA. *AJB* 1996;91:397.
2. Gregory B. Barber et al. Esophageal Body perforation ; Report of on unusal case and Review of the literature. *AJG* 1984;79:509.
3. Mark R. Bladergroen Diagnosis and Recommended Management of esophageal perforation and rupture. *Ann Thoracic Surg* 1986;42:235.
4. P. Nandi and G.B ONG. Foreign body in the esophagus : review of 2394 case. *Br. J. Surg* 1978;65;5.
5. Lue Michel et al. Esophageal perforation. *The Annals of thoracic Surgery* 1982;33:203.
6. Peter G. Isaacson. Gastrointestinal lymphoma. *Hinn Pathol* 1994;25;1020.
7. Tankada T, Ohno T et al. Primary esophageal Non-Hodgkin's lymphoma. *Intern Med* 1992;31:569
8. Mengali et al. Primary NHL of the esophagus. *Am J. Gastroenterol* 1990;85:737.
9. Maipang et al. primary lymphoma of the esophagus : a case report *J Med Assoc. Thai* 1992;75:299
10. Laura J. orvidas et at. Lymphoma involving the esophagus. *Ann Otol Rhinol laryngol* 1994;103:843.
11. Hiroshi Matsuura etal. Non-Hodgkin's Lymphoma of the esophagus. *Ann J Gastroenterol* 1985;80:941.

12. Richard Carnovale, Radiologic manifestation of Esophageal lymphoma. Ann J Roentgenol 1977;128:751.
13. Jesus Zomosa. Lymphoma of the Gastrointestinal Tract. Seminar in Roentgenol 1980; val XV, No.4:272.

RIGHT-SIDED COLONIC DIVERTICULAR DISEASE

นพ.พรชัย ตั้งถันวณิชย์

รพ.ศิริราช

Diverticular Disease เป็นโรคที่พบบ่อยในประเทศไทยเมื่อเทียบกับประเทศแถบตะวันตก¹ บางครั้งจึงเป็นปัญหาในการวินิจฉัยและให้การรักษา หรือแม้แต่ประเทศในแถบตะวันตกเองก็ยังมีวินิจฉัยผิดพลาดบ่อยครั้ง เพราะโรคนี้มีลักษณะทางคลินิกคล้ายกับโรคอื่นๆ ได้หลายโรคโดยเฉพาะมะเร็งลำไส้ใหญ่ ทำให้ผู้ป่วยหลายรายต้องถูกผ่าตัดโดยไม่จำเป็น ดังนั้นการพยายามมองหาและคิดถึงก็อาจช่วยลดปัญหานี้ได้บ้าง

Diverticular Disease อาจแบ่งเป็น 4 แบบ² ตามการกระจายของ Diverticula คือ

1. Right-sided type = Diverticula ใน cecum, ascending colon และ proximal transverse colon
2. Transverse colon type = diverticula เฉพาะใน transverse colon
3. Left-sided type = diverticula ใน sigmoid และ descending colon
4. Bilateral type = diverticula ทั้ง right-sided และ left-sided หรือ entire colon

บทความนี้จะขอ Review เฉพาะ Right-Sided colonic diverticular disease เพราะมีอุบัติการณ์สูงในชาวเอเชียมากกว่าแบบอื่น จากการศึกษาของ Sugihara ในชาวญี่ปุ่นพบ Right-Sided diverticula ถึง 70% ซึ่งต่างจากในประเทศตะวันตกพบน้อยกว่า 10%

Etiology

แบ่งตามสาเหตุเป็น 2 กลุ่ม ดังตารางที่ 1³

ตารางที่ 1

	I True (Congenital)	II False (Acquired)
Incidence	Infrequent	More common
Diverticular wall	all layers of colon	No muscular layer
Number	Usually solitary	Usually multiple
Pathogenesis	Developmental abnormality from clefts in the bowel wall	Increased colonic pressure ⁴ Arise from weakness in wall where terminal branches of the ileocolic artery penetrate the wall

Pathology

- site Lauridson และ Ross⁵ พบว่า 79% จะอยู่ 5 ซม.เหนือ และ 2 ซม. ใต้ต่อ ileocaecal valve และ 70% ที่ ascending colon

Gouge et al⁶ พบร่วมกับ left-sided diverticular disease ประมาณ 1/3-1/2 ของผู้ป่วย

- operative pathology ส่วนใหญ่จะมีลักษณะเป็น inflammatory mass ที่เกาะติดกับ omentum, small bowel หรือ right ovary และ fallopian tube หรือ diverticulum ที่อักเสบไปเกาะติดกับ psoas muscle หรือ lateral peritoneum อาจพบเป็น abscess ซึ่งถ้าแตกก็จะเกิด local peritonitis ได้ แต่ free peritonitis พบน้อย

- Age incidence จากการศึกษาหลายแห่งพบว่าอายุเฉลี่ยของ right-sided diverticulitis น้อยกว่า left-sided diverticulitis ประมาณ 15-20 ปี พบ peak age ของ right-sided type = 40-49 ปี และ left-sided type = 60-69 ปี²

ข้อเปรียบเทียบในแง่ต่างๆของ right และ left sided diverticular disease (ในประเทศญี่ปุ่น โดย Sugihara et al, 1984)²

ตารางที่ 2

	Right (N=429)	Left (N=98)
Mean age (years)	52	65
Male:Female	2.1	1.2
Solitary diverticula (%)	31	13
Asymptomatic (%)	55	59
Pain and Altered bowel habit (%)	30	26
Complications (phlegmon, peritonitis fistulas) (%)	12	12
Hemorrhage (%)	1	1

Clinical Features

1. Asymptomatic ~ 55%
2. Abnormal bowel function ~ 30%
3. Inflammation (diverticulitis) 12.5% อาการและอาการแสดง

ดังตารางที่ 3

4. Hemorrhage ~ 1% มักมาด้วยอาการเลือดออกเฉียบพลันโดยไม่มีอาการอื่น ๆ มาก่อน และมีแนวโน้มจะเกิดซ้ำได้

Symptoms and signs of diverticulitis (%)

ตารางที่ 3

Findings	Schapira et al (1958) ⁷	Arrington et al (1981) ⁸	Gouge et al (1983) ⁶
Rt iliac fossa pain	94	85	100
Anorexia	27	30	86
Nausea	11	15	50
Fever	-	21	50
Vomiting	16	6	7
Tenderness in Rt iliac fossa	94	91	100
Mass Palpable	67	18	14

Complication of Diverticulitis

1. Inflammatory mass เกิดจากการอักเสบ ทำให้มีการหนาตัวของ muscle และ fibrofatty ใน appendices epiploicea ซึ่งถูก taenia coli ดึงให้เกาะกันเป็นก้อน โดยมี omentum มาเกาะติดรวมกันด้วย ถ้ามีการอักเสบหลายๆครั้งอาจมีการเกาะติดกันของเนื้อเยื่อจนกลายเป็น pseudotumor ได้

2. Pericolic abscess เกิดจากการอักเสบที่รุนแรง ทำให้มี necrotizing และมี local perforation แล้ว form เป็น abscess

3. Diffuse peritonitis พบได้น้อยมาก จากการมี perforation แล้วไม่สามารถ wall off ได้

4. Fistula ส่วนใหญ่เป็น Iatrogenic ตามหลังการผ่าตัด อาจเกิด fistula ระหว่าง diverticula กับ bladder หรือ small bowel

Differential diagnosis

1. Acute appendicitis เป็นโรคที่ได้รับการวินิจฉัยผิดพลาดบ่อยที่สุด เพราะมีอาการและอาการแสดงใกล้เคียงกัน และพบได้บ่อยกว่า แต่มีข้อสังเกตที่อาจพอจะช่วยแยกโรคได้ โดย diverticulitis อาจมีประวัติของอาการที่นานกว่าจะมาพบแพทย์ มีรายงานว่าไม่มีผู้ป่วยรายใดมาก่อน 48 ชม.เลย อาการปวดท้องเริ่มที่ท้องน้อยด้านขวาเลย ไม่มีอาการคลื่นไส้, อาเจียน หรือมีเส็กน้อย เคยมีประวัติผ่าตัดไส้ติ่งมาแล้ว หรือเคยทำ Ba enema พบ diverticulosis

2. Caecal carcinoma เพราะตรวจพบ mass ที่ right iliac fossa ได้เหมือนกัน แต่ diverticular disease ไม่มีน้ำหนักลด ไม่ซีดจาก chronic blood loss จะเป็น acute bleeding ให้เห็นชัดเจนมากกว่า การตรวจทางรังสีช่วยวินิจฉัยแยกโรคได้

การวินิจฉัยแยกโรคอื่นๆ ได้แก่ crohn's disease, TB of Rt colon, FB, carcinoid tumor, Amoebiasis, Actinomycosis, acute cholecystitis

Preoperative diagnosis of right-sided diverticulitis : review since 1961⁹

Presumed diagnosis	Number
Acute appendicitis	197 (60%)
Caecal diverticulitis	60 (23%)
Caecal carcinoma	14 (5%)
GI bleeding	9 (3%)
Cholecystitis	5 (5%)
Others	19 (5%)

Investigation

- CBC-WBC > 10,000/mm³ ~ 50-70%

- Plain abdomen - loop ของ small bowel ใน Rt iliac fossa, distended with gas จาก localized ileus

- เห็น fecaliths ถ้ามี calcification

- Ba enema มีประโยชน์ในการวินิจฉัย Diverticula (89%), Diverticulitis (84%)¹⁰ และภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น Fistula, colonic obstruction ได้ แต่บอกข้อมูลเกี่ยวกับ inflammatory mass หรือ abscess ได้ไม่ดีเท่า CT-Scan เพราะว่าเป็น extraluminal lesion นอกจากนี้ต้องระมัดระวังในการทำขณะที่มีการอักเสบของลำไส้ค่อนข้างมากเพราะอาจเกิด perforation ได้ กรณีที่มี diverticulitis บริเวณ neck จะบวม และมี spasm ของลำไส้ ฉะนั้น contrast media จะไม่ผ่านเข้า Diverticulum ทำให้เห็นไม่ชัด อาจเห็นเพียงเส้นบางๆ ผ่านเข้าตรง Diverticulum เท่านั้น

ลักษณะของ Diverticulitis จาก Ba enema

1. Discrete eccentric intramural filling defect

2. Long extramural filling defect ร่วมกับมีลักษณะ Rigid non-distensible bowel wall

- Colonoscopy ไม่ควรทำขณะที่มีการอักเสบมาก หรือมีลักษณะของ localized peritonitis เพราะโอกาสเกิดผลแทรกซ้อนสูง และไม่ช่วยในการวินิจฉัยโรคเท่าใด เนื่องจาก lesion ของ Diverticulitis จะเป็น extraluminal lesion

- CT-Scan มีประโยชน์ในการวินิจฉัย Diverticula (84%), Diverticulitis (98%)¹⁰ และมีประโยชน์อย่างมากในการวินิจฉัยภาวะแทรกซ้อน

ต่างๆของ Diverticulitis โดยเฉพาะลักษณะขอบเขตของ inflammatory mass หรือ abscess , bladder involvement, ureteral obstruction, subphrenic space (อาจมี fluid collection), psoas muscle และ liver (อาจเกิด abscess ได้) นอกจากนี้ยัง invasive น้อยกว่า

ลักษณะของ Diverticulitis จาก CT-Scan¹⁰

1. Bowel wall หนาตัวขึ้น
2. Inflammation ของ Pericolic fat ซึ่งอาจเห็นเป็น soft-tissue density ที่มีขอบเขตไม่ชัด และมี fine linear strands ภายในไขมันที่อยู่รอบๆลำไส้ใหญ่

การรักษา

1. Medical treatment ในกรณีที่มี Diverticulitis หรือเป็น Inflammatory mass พบว่าการให้ antibiotic ที่ครอบคลุมเชื้อ enterobacteriaceae, Bacteroides fragilis, enterococci ได้ผลในการรักษา เป็นส่วนใหญ่ โดยไม่มี Recurrence

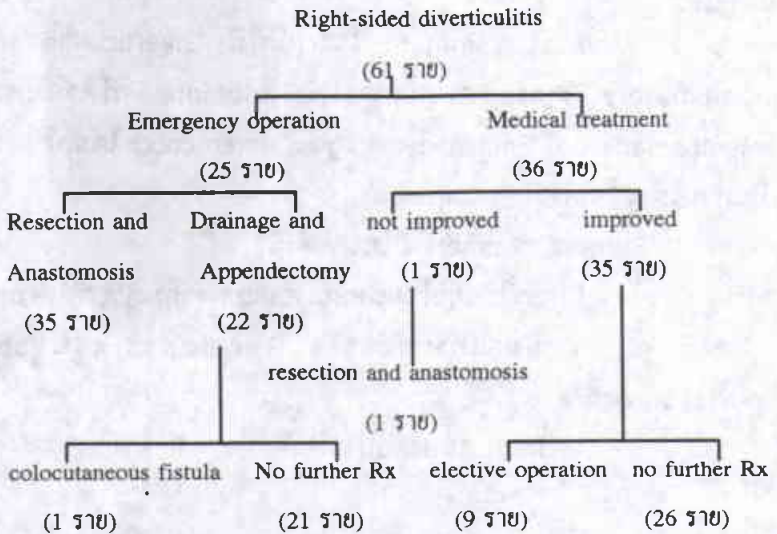
2. Surgical treatment มีข้อบ่งชี้ดังนี้⁶

- การวินิจฉัยไม่แน่นอน เช่นแยกจากมะเร็งลำไส้ใหญ่ไม่ได้
- มีผลแทรกซ้อนของ Diverticulitis เช่น abscess, perforation, fistula
- ไม่ตอบสนองต่อการรักษาทาง Medical

การผ่าตัดแบบใดก็ได้แล้วแต่ปัญหาที่พบเช่น

- Drainage with appendectomy กรณีที่มี abscess หรือ localized perforation ที่แนะนำ appendectomy เพื่อป้องกันความสับสนในการวินิจฉัยในภายหลัง
- Segmental resection กรณีที่การวินิจฉัยไม่แน่นอน แยกจากมะเร็งลำไส้ใหญ่ไม่ได้
- Right Hemicolectomy กรณีที่มี free perforation ที่มี inflammatory reaction อย่างมาก หรือกรณีแยกจากมะเร็งลำไส้ใหญ่ไม่ได้

Outcome of right-sided diverticulitis ²



References:

1. Vajrabukka T, Saksornchai K, Jimakorn P. Diverticular disease of the colon in a far-eastern community. *Dis. Colon Rectum* 1980;23:151-4
2. Sugihara K, Muto T, Morioka Y, Asano A, Yamamoto T. Diverticular disease of the colon in Japan: A review of 615 cases *Dis. colon rectum* 1984;27:531-7
3. Keighley M, Williams M. *Surgery of the anus, rectum and colon* 1993:1212-20
4. Sugihara K, Muto T, Morioka Y. Motility study in right-sided diverticular disease of the colon. *Gut* 1983;24:1130-4
5. Lauridson J, Ross F. Acute diverticulitis of the celum. *Arch Surg* 64:320-31
6. Gouge TH, Coppa GE, Eng K, Ranson JH, Localio SA. Management of diverticulitis of the ascending colon. *Am J Surg* 45:387-91
7. Schapira A, Leightling J, Wole B, Marshak R, Janowite H. Diverticulitis of the cecum and right colon: clinical and radiographic features. *Am J Dig Dis* 3:351-83
8. Arrington P, Judd CS. Caecal diverticulitis. *Am J Surg* 142:56-9
9. Fischer MG, Farkas AM. Diverticulitis of the cecum and ascending colon. *Dis colon rectum* 1984;27:454-8
10. Hulnick D, Megibow A, Balthazar E, Naidich D, Bosniak M. Computed tomography in the evaluation of diverticulitis. *Radiology* 1984;152:491-5

ตั้งจองควาน I

หนังสือวิชาการของโรครระบบทางเดินอาหาร เล่ม 7

(Topics in Gastroenterology Vol. 7)

บรรณาธิการ นพ.พิบิจ กุลละวณิชย์
พญ.วโรชา มหาชัย
พญ.ชุติมา ประมูลสินทรัพย์
นพ.ไพโรจน์ เหลืองโรจนกุล

เนื้อเรื่องน่าสนใจ ทันสมัย รวมทั้งหมด 19 เรื่อง

สนใจ สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมหรือสั่งจองได้ที่
ฝ่ายเลขานุการ
สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย
ตึกคณะอักษร 1 โรงพยาบาลศิริราช ถนนพรมานก
บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700
โทรศัพท์ 419-7280-3 โทรสาร 411-0040

GASTROENTEROLOGY IN HIV AND AIDS

นพ. สถาพร มานัสสถิตย์

รพ.ศิริราช

เชื่อว่าประมาณ 50-90 % ของผู้ป่วยเอดส์จะแสดงอาการผิดปกติในระบบทางเดินอาหารในช่วงใดช่วงหนึ่งของชีวิต^{1,2,3} โดยคนไข้เหล่านี้อาจมาหาแพทย์ด้วยอาการของระบบทางเดินอาหารโดยทราบมาก่อนหรือไม่ทราบมาก่อนว่าเป็นเอดส์ก็ได้ สำหรับปัญหาในระบบทางเดินอาหารที่พบได้บ่อยเรียงตามลำดับความสำคัญมีดังนี้คือ^{4,5}

1. อุจจาระร่วงเรื้อรัง (Persistent diarrhoea)
2. เจ็บในปากและลิ้น (Sore mouth/tongue)
3. กลืนเจ็บกลืนลำบาก (Dysphagia/Odynophagia)
4. ปวดท้อง คลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร (Abdominal pain

Nausea/Vomitting)

5. อาการเลือดออกในทางเดินอาหาร (Upper/Lower GI bleeding)
6. เจ็บทวาร และท้องผูก (Proctitis/Constipation)
7. น้ำหนักลดและขาดอาหาร (Weight loss and malnutrition)
8. ตัวเหลืองตาเหลือง และตับโตม้ามโต (Jaundice and

hepatosplenomegaly)

1. อุจจาระร่วงเรื้อรัง (Persistent diarrhoea)

อาการอุจจาระร่วงเป็นอาการที่พบบ่อยมากที่สุดในผู้ป่วยเอดส์ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เมื่อเข้าสู่ระยะท้ายของโรคมักจะมีอาการอุจจาระร่วงร่วมด้วยเสมอ สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการติดเชื้อในระบบทางเดินอาหาร ซึ่งอาจจะเป็นการติดเชื้อแบคทีเรีย ไวรัส เชื้อรา หรือปรสิตก็ได้ อาการท้องเสียมักจะเป็นติดต่อกันหรือเป็นๆ หายๆ และมักเป็นเรื้อรัง โดยส่วนใหญ่มักเป็นนานกว่า 3 เดือน อาจจะเป็นสาเหตุให้คนไข้มีน้ำหนักลดได้มากๆ จาก

malabsorption ลักษณะอุจจาระส่วนใหญ่มักจะเหลว หรือเป็นน้ำปนเหลว ครั้งละไม่มาก บางครั้งอาจจะมีมูกเลือดได้ ส่วนใหญ่มักจะถ่ายวันละ 3-4 ครั้งหรือมากกว่า มักทำให้คนไข้มีภาวะ dehydration ปานกลาง ไปจนถึงรุนแรงได้

ในการสืบค้นหาสาเหตุถ้าทำการตรวจอย่างเต็มที่เช่นที่ NIH ของอเมริกาก็จะหาสาเหตุได้ถึง 68-85%⁶ (ในจำนวนนี้ประมาณ 10-40% เป็นการติดเชื้อมากกว่า 1 ชนิดในเวลาเดียวกัน) คือหมายความว่า จะต้องทำการสืบค้นอย่างละเอียดจริงๆ ซึ่งจะต้องทำตามตารางการสืบค้นดังแสดงให้ดูในตารางที่ 1⁶

ตารางที่ 1 Diagnostic evaluation of patients with AIDS who have diarrhea

- Step 1** - Stool cultured for Salmonella, Shigella, Campylobacter at least 3 times and assayed for Clostridium difficile toxin
- Stool examination (direct, concentrated or both) for parasites using saline, iodine, trichrome, acid-fast stains
- Step 2** - Gastroduodenoscopy and colonoscopy to inspect tissue and to obtain biopsy specimens and luminal material
- Duodenal biopsy specimens cultured for CMV and mycobacteria
 - Colonic biopsy specimens cultured for CMV, adenovirus, mycobacteria, and herpes simplex
 - Biopsy specimens stained with hematoxylin-eosin for protozoa and viral inclusion, with methenamine silver or giemsa for fungi, and with Fite for mycobacteria
 - Duodenal fluid specimen examined as above for parasites

Kaposi's sarcoma

TB abdomen with TB retroperitoneal node

5. อาการเลือดออกในทางเดินอาหาร (Upper/lower GI bleeding)

ปัญหานี้พบได้ไม่บ่อยนัก คือ น้อยกว่า 1% ในคนไข้เอดส์ และสาเหตุอาจจะไม่แตกต่างไปจากคนไข้ที่ไม่ได้เป็นเอดส์มากนัก คืออาจจะมี bleeding จากสาเหตุต่างๆ เช่น peptic ulcer, esophageal varices, diverticulitis, colonic polyps เป็นต้น³⁰

ส่วนสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับเอดส์อาจจะมี Upper GI bleeding ได้แก่

Peptic ulcer diseases

Candida esophagitis

CMV esophagitis/gastritis

Herpes esophagitis/gastritis

Kaposi's sarcoma

Lymphoma

สำหรับสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับเอดส์ที่ทำให้มี Lower GI bleeding ได้แก่

CMV colitis

Salmonella enteritis

Shigella enteritis

E histolytica colitis

Kaposi's sarcoma

Lymphoma

การวินิจฉัยและสืบค้นหาสาเหตุก็ทำเช่นเดียวกับผู้ป่วยที่ไม่ได้เป็นเอดส์ทั่วไป แต่ถ้าพบสาเหตุที่จำเพาะที่เกี่ยวข้องกับเอดส์ก็ให้การรักษาตามสาเหตุต่อไป

6. อาการเจ็บทวาร และปวดเบ่ง Proctitis/Constipation

เป็นอาการที่พบได้บ่อยมากโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่เป็นชายรักร่วมเพศ Wexner และคณะพบว่า 34% ของคนไข้เอดส์ที่เป็นชายรักร่วมเพศมีปัญหาของ anorectal disorders³¹ และส่วนใหญ่เป็นการติดเชื้อที่เป็นโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ เช่น Gonorrhoea, Syphilis, Herpes, Lymphogranuloma venereum, Condyloma acuminata เป็นต้น โรคติดเชื้ออื่นๆ ที่อาจพบได้บริเวณใกล้กับทวารหนักที่อาจจะเกี่ยวหรือไม่เกี่ยวกับโรคทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่ E histolytica, Giardia, Chlamydia, Salmonella, Shigella, TB, Histoplasmosis, CMV เป็นต้น นอกจากนี้คนไข้ที่เป็นชายรักร่วมเพศยังมีโอกาสเกิด anorectal diseases อื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวกับเอดส์ เช่น anal fissure, fistula, perianal abscess, haemorrhoids เป็นต้น รวมทั้งพบว่ามีโอกาสเพิ่มขึ้นที่จะเกิดมะเร็งของทวารหนักจาก rectal carcinoma, lymphoma, และ Kaposi's sarcoma ด้วย

Herpes ที่ perianal region มีอาการที่สำคัญคือ severe anorectal pain, urinary hesitancy และ sacral paresthesiae. ในรายที่เป็นใน rectum หรือ colon ถ้าทำ proctoscopy หรือ sigmoidoscopy ดู ส่วนใหญ่จะพบเป็น punctate vesicular lesions หรือเป็น friable, haemorrhagic, necrotic ulcer ใน rectum ช่วงระยะ 5-10 cm. โอกาสที่จะลุกลามไปถึงอวัยวะภายใน เช่น ตับ ตับอ่อน ลำไส้เล็ก ก็อาจเป็นได้แต่น้อยมาก³²

7. อาการน้ำหนักลดและขาดอาหาร

ตามปกติในทางเดินอาหารจะมีเชื้อโรคผ่านเข้ามาเป็นจำนวนมาก ถึงแม้ส่วนใหญ่จะเป็นเชื้อที่ตามปกติไม่ทำอันตรายต่อลำไส้ แต่เมื่อภูมิคุ้มกันของลำไส้เสียไป เชื้อเหล่านี้ก็อาจจะทำอันตรายต่อลำไส้ได้ง่ายขึ้น รวมทั้งอาจจะรบกวน physiology ของระบบทางเดินอาหารทำให้เกิดมี อาการผิดปกติต่างๆ ได้มากขึ้นด้วย เช่น อาจเกิด bacterial overgrowth syndrome, malabsorption syndrome, protein losing enteropathy

เป็นต้น โดยเฉพาะถ้าเป็นเชื้อที่สามารถทำอันตรายต่อระบบทางเดินอาหาร ได้อยู่แล้วในคนปกติ เมื่อผ่านเข้ามาในคนไข้เอดส์ก็จะยังสามารถทำอันตรายต่อระบบทางเดินอาหารได้มากขึ้น อาการผิดปกติต่างๆ ที่พบในคน ไข้ HIV จึงไม่จำเป็นต้องเกิดจากตัวเชื้อ HIV โดยตรงแต่เพียงอย่างเดียว และความจริงแล้วส่วนใหญ่เกิดจากเชื้อโรคที่เข้ามาแทรกซ้อนนั้นๆ แล้วแต่ ว่าเชื้อที่เข้ามาแทรกซ้อนนั้นเป็นเชื้ออะไร เป็น opportunistic infections หรือไม่ มีความรุนแรงในการทำให้เกิดโรคต่อระบบทางเดินอาหารได้มาก น้อยเพียงใด อาการและอาการแสดงก็จะเป็นไปตาม opportunistic infection นั้นๆ โดยคนไข้เหล่านี้อาจพบว่ามีอาการท้องเสียเรื้อรัง มี abnormal Schilling test, villous atrophy และ malnutrition โดยไม่ทราบสาเหตุ

HIV-related enteropathy คือมีอาการท้องเสียเรื้อรังโดยไม่มี สาเหตุการติดเชื้ออื่นๆ อาจมี fat malabsorption ร่วมด้วย ทำให้เป็น สาเหตุของน้ำหนักลดได้^{33,34,35}

KS อาจมี protein losing enteropathy จาก mesenteric lymphatic obstruction ได้

8. ตัวเหลืองตาเหลือง และตับโตม้ามโต (Jaundice/hepatosplenomegaly)

อาการตาเหลืองตัวเหลืองพบได้บ่อยพอสมควรในคนไข้เอดส์ ส่วน ใหญ่มักไม่ใช่อาการนำแต่เป็นอาการที่พบร่วมมากกว่า ในรายที่มีอาการ ตาเหลืองตัวเหลืองเป็นอาการนำก็ควรทำการสืบค้นหาสาเหตุเช่นเดียวกับผู้ ป่วยทั่วไป แต่ส่วนใหญ่การวินิจฉัยที่จำเพาะมักได้จากการทำ liver biopsy(ดังแสดงไว้ในตารางที่ 7)³⁶ ในบ้านเราผู้ป่วยที่มีไข้สูงเรื้อรังโดยไม่ ทราบสาเหตุและมีความผิดปกติของหน้าที่ตับร่วมกับตับโตโดยเฉพาะถ้ามี alkaline phosphatase สูงค่อนข้างมาก ถ้าทำ liver biopsy มักจะได้เป็น poorly formed granuloma ที่มีสาเหตุมาจาก TB สำหรับคนไข้ที่มาด้วย jaundice ในขณะที่กำลังรักษา TB อยู่ นั้น ส่วนใหญ่เกิดจากการแพ้ยา antiTB

drugs เนื่องจากคนไข้เหล่านี้มีอุบัติการณ์การแพ้ยา antiTB drugs สูงกว่าคนปกติด้วย

ในรายที่มีตาเหลืองตัวเหลืองอาจเกิดจากพยาธิสภาพในตับอันหนึ่งที่น่าสนใจมากคือ sclerosing cholangitis ซึ่งอาจพบร่วมกับ papillary stenosis สาเหตุส่วนใหญ่เชื่อว่าอาจเกิดจากการติดเชื้อ CMV แต่ Cryptosporidium และ MAI ก็อาจเป็นสาเหตุได้ คนไข้ CMV ถ้าทำ ultrasound หรือ ERCP ทุกราย จะพบว่าประมาณ 10% จะมี biliary dilation ร่วมด้วย ถ้าตรวจ liver function จะพบว่า 30-40% มีลักษณะเป็น cholestatic สำหรับรายที่มี bile duct dilatation อาจมีอาการไข้ ปวดท้องได้ชายโครงขวา และอาจมีเพียง alkaline phosphatase ขึ้นสูงอย่างเดียวก็ได้ การให้การรักษาด้วย ganciclovir มักจะไม่ทำให้อาการเหลืองลดลง แต่มักต้องทำ sphincterotomy จึงจะทำให้เหลืองลดลงได้

cryptosporidium อาจจะเป็นสาเหตุของ sclerosing cholangitis-like syndrome ที่พบในผู้ป่วยเอดส์บางรายด้วย

โรคติดเชื้อตับอักเสบบี ก็เป็นอีกโรคที่พบร่วมกับคนไข้ที่ติดเชื้อเอดส์ได้บ่อย ในต่างประเทศประมาณ 70-80% ของคนไข้ที่ติดเชื้อเอดส์พบมี HBsAg หรือมี antibody ต่อเชื้อตับอักเสบบี ซึ่งแสดงว่าครั้งหนึ่งเคยติดเชื้อนี้มาแล้ว ดังได้กล่าวมาแล้วว่าคนไข้เอดส์มีโอกาสพบ liver function ผิดปกติได้สูง ดังนั้นถ้าพบความผิดปกติของ liver function test ในคนไข้ HIV ที่มี HBsAg positive ก็ไม่สามารถบอกได้ว่าเป็นภาวะ chronic hepatitis จากเชื้อตับอักเสบบีหรือไม่ ปัจจุบันยังไม่มีหลักฐานแน่ชัดว่า HBV กับ HIV มีความสัมพันธ์กันอย่างไร แต่เชื่อว่าคนไข้ HIV ถ้าต่อมามีการติดเชื้อ HBV ภายหลังจะมีโอกาสเป็น chronic carriers ได้สูง และจากการศึกษาในคนไข้ชายรักร่วมเพศที่เป็น Chronic hepatitis อยู่แล้ว เมื่อมาติดเชื้อ HIV ภายหลัง พบว่า seroconversion rate ของ HBeAg และ HBeAb ไม่

เปลี่ยนแปลงไปจากคนปกติธรรมดาแต่อย่างไร รวมทั้งถ้ามี delta infection ร่วมด้วยก็จะมีอาการรุนแรงเพิ่มขึ้นแต่อย่างไร

ตารางที่ 7: HEPATIC HISTOLOGICAL ABNORMALITIES IN AIDS

Granulomas (MAI, M tuberculosis, CMV, Cryptococcosis, Drugs others)

Fatty liver

Acute hepatitis

Peliosis hepatitis/sinusoid dilatation/Kupffer-cell hyperplasia

Kaposi's sarcoma

Lymphoma

Chronic hepatitis/Cirrhosis

Granulomas ที่พบบ่อยในระดับมักมีสาเหตุจาก MAI หรือ M tuberculosis โดยอาจจะย้อมพบ AFB จากเนื้อเยื่อที่ตัดออกมา ในรายที่เป็น CMV ที่ตับอาจพบ characteristic inclusion bodies หรือเป็น non specific hepatitis หรือเป็น granuloma ก็ได้ ส่วนพวก Kaposi's sarcoma, Lymphoma และ Hepatitis B ลักษณะที่พบทางพยาธิในระดับจะค่อนข้าง diagnostic³⁷

นอกจากนี้ยังมีสาเหตุอื่นๆ อีกมากที่ทำให้ liver function test ผิดปกติในคนไข้ HIV เช่น การติดเชื้อตับอักเสบบี (HAV) เชื้อตับอักเสบซี (HCV) และ เชื้อ Epstein-Barr virus นอกจากนี้ยาต่างๆ หลายตัวที่ให้แก่คนไข้เอดส์ก็อาจมีผลทำให้ liver function ผิดปกติได้ เช่น high-dose cotrimazole, ketoconazole, pentamidine, sulphadimidine-pyrimethamine, ansamycin, clofazamine, isoniazid, ethambutol เป็นต้น

มีรายงานว่า cryptococcus สามารถทำให้เกิดเป็น liver granulomata

REFERENCES:

1. Quinn TC, Piot p, McCormick JB, et al. Serologic and immunologic studies in patients with AIDS in North America and Africa. *JAMA* 1987;257:2617-2621.
2. Lane et al. *Med J Aust* 1989;150:139-143.
3. Girade et al. *Ann Med Interne [paris]* 1987;138:411-415.
4. Cello JP, Gastrointestinal manifestations of HIV infection. *Infect Dis Clin North Am* 1988;2(2):387-96.
5. Fodgers VD, Kagnoff MF. Gastrointestinal Manifestations of the Acquired Immuno-deficiency Syndrome. *West J Med* 1987;146-57-67.
6. Janoff EN, Smith PD. Perspectives on gastrointestinal infections in AIDS. *Gastroenterol Clin North Am* 1988;17(3):451-63.
7. Whiteside ME, Barkin Js, May RG, Weiss SD, Fischl MA, MacLeod CL. Enteric coccidiosis among patients with the acquired immunodeficiency syndrome. *Am J Trop Med Hyg* 1984;33(6):1065-1072.
8. Hawkins CC, Gold JWM, Whimbey E, et al. *Mycobacterium avium* complex infections in patients with the acquired immunodeficiency syndrome. *Ann intern Med* 1986;105:184-188.
9. Sperber SJ, Schlepupner CJ. Salmonellosis durine infection with human immuno-deficiency virus. *Rev Inf dis* 1987;9:925-934.

Step 3 – Biopsy specimens examined by electron microscopy for microsporidia (duodenal tissue) and adenovirus (colonic tissue)

แต่ในความเป็นจริงสำหรับที่อื่นๆ ที่ไม่สามารถสืบค้นอย่างละเอียด เช่นเดียวกับที่ NIH ของอเมริกาก็จะพบสาเหตุได้เพียงครั้งหนึ่งหรือไม่ถึงครึ่งหนึ่งของคนไข้ที่มีอาการ โดยในต่างประเทศโรคติดเชื้อของระบบทางเดินอาหารที่พบได้บ่อยว่าเป็นสาเหตุของอาการท้องเสียเรื้อรังได้แสดงไว้ในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 : Pathogens causing diarrhoea in AIDS patients in developed countries^{7,8,9,10}

Protozoa

Cryptosporidium	15-23 %
Isospora	2 %
Microsporidia	20-30 %
Cyclospora	7 %
E. Histolytica	5 - 10 %
Giardia	? %

Virus

Cytomegalovirus	12 %
H. Simplex	5 - 10 %

Bacteria

Salmonella	5 %
Shigella	5 %
Campylobacter	10 %
C. Difficile	0 - 7 %
Mycobacterium	? %
MAI	6 %

Chlamydia	10 %
Multiple pathogens	10 – 40 %
No pathogen	5 – 30 %

สำหรับไวรัสอื่นๆ ที่อาจทำให้เกิดโรคได้ในคนไข้เอดส์ได้แก่ Rotavirus, Adenovirus ซึ่งอาจเป็นสาเหตุของ diarrhoea ได้ จากการศึกษพบว่าสามารถตรวจพบไวรัสเหล่านี้ในผู้ป่วยเอดส์ถึง 50% โดยไม่พบสาเหตุอื่นของ diarrhoea เลย¹¹ สำหรับในบ้านเราการสืบค้นหาสาเหตุมักจะทำได้ยากกว่า เนื่องจากการตรวจอุจจาระเพื่อจะดู parasite บางตัวโดยเฉพาะ cryptosporidium, microsporidia ต้องอาศัยประสบการณ์ (ต้องย้อมพิเศษ เช่น Modified acid fast stain, Fite stain เป็นต้น) ประกอบกับการทำ culture เช่น Campylobacter หรือ Clostridium difficile นั้นทำได้ยากเพราะต้องทำ anaerobic culture รวมทั้งการทำ colonoscopy หรือ gastroduo deoscopy เพื่อหาสาเหตุของ diarrhoea ไม่มีการทำกันเป็นประจำ ดังนั้น persistent diarrhoea ของคนไข้เอดส์ในบ้านเราจึงบอกสาเหตุได้น้อยมาก อย่างไรก็ตามผู้เขียนได้พยายามหาสาเหตุอย่างเต็มที่เท่าที่ทำได้ในประเทศไทยและพบว่ามีส่วนแสดงไว้ในตารางที่ 3¹²

ตารางที่ 3 : Pathogens causing diarrhoea in 45 AIDS patients in Thailand

Cryptosporidium	9 (20.0%)
TB intestine and colon	8 (17.8%)
Salmonella infections	7 (15.5%)
CMV colitis	5 (11.1%)
MAI infection	3 (6.6%)
Strongyloidiasis	2 (4.4%)
Giardiasis	2 (4.4%)
Gastric cryptococcosis	1 (2.2%)

Colonic histoplasmosis	1 (2.2%)
Campylobacter	1 (2.2%)
Cyclospora	1 (2.2%)
Total	29 (64.4%)

อย่างไรก็ตามเมื่อพบคนไข้ HIV ที่มีท้องเสียในบ้านเราก็ควรจะต้องพยายามตรวจหา parasite โดยการนำ concentration method และย้อม special stain ต่างๆ เท่าที่ทำได้ รวมทั้งควรส่ง stool culture เพื่อหาสาเหตุเท่าที่ทำได้ ซึ่งการรอผล culture มักจะต้องใช้เวลานานพอควร ระหว่างนี้อาจทดลองให้การรักษาด้วย broad spectrum antibiotics หรือยาในกลุ่ม quinolones ประมาณ 5-7 วัน¹³ เพื่อหวังว่าอาการอาจจะดีขึ้นได้ ถ้ามีภาวะ bacterial overgrowth อยู่ด้วย ซึ่งจากประสบการณ์ของผู้เขียนพบว่าส่วนหนึ่งของคนไข้มีอาการท้องเสียดีขึ้นชัดเจน (แม้จะไม่หายไปโดยสิ้นเชิง แล้วต่อมาอาจจะมีอาการเป็นมากขึ้นใหม่ภายหลัง) สำหรับในบางรายอาจทดลองให้ empirical treatment ด้วย metronidazole 7-10 วัน ถ้าสงสัยว่าจะมี E. histolytica หรือ Giardia ส่วนในรายที่ไม่แน่ใจว่าจะมี Isospora ร่วมด้วยอาจให้ Cotrimoxazole 2-3 สัปดาห์ก็ได้ ถ้าหากยังไม่ดีขึ้นก็ควรตรวจค้นเพิ่มเติมด้วยการทำ endoscopy ทั้ง gastroduodenocopy และ colonoscopy ร่วมด้วย ถ้าแม้ไม่พบอะไรผิดปกติจาก endoscopy ก็ควรทำ biopsy ไว้ เพราะอาจจะมีโอกาสพบการติดเชื้อของ Cytomegalovirus และ MAI ได้โดยไม่คาดคิด

สำหรับในรายที่ได้ทำการทดลองรักษาและพยายามสืบค้นหาสาเหตุอย่างเต็มที่แล้วก็ยังไม่ดีขึ้น ในต่างประเทศมีผู้ทดลองให้การรักษาด้วย lactose-free diet, หรือ loperamide รวมทั้ง cholestyramine ซึ่งก็พบว่าได้ผลดีขึ้นในบางราย ในระยะหลังพบว่าได้มีการพยายามรักษาด้วย Octreotide ซึ่งเป็น Somatostatin analogue (ซึ่งมีผลยับยั้ง gut hormone

หลายตัว) ก็พบว่าได้ผลดี¹⁴ แต่เนื่องจากมีราคาแพงมากและต้องให้ในรูปฉีด เท่านั้นจึงไม่เป็นที่นิยมให้กัน

2. เจ็บในปากและลิ้น (Sore mouth and tongue)

อาการเจ็บปากและลิ้นเป็นอาการหนึ่งที่พบได้บ่อยมากในผู้ป่วยเอดส์ แต่มักไม่เป็นอาการที่นำคนไข้มาหาแพทย์ มักเป็นเพียงอาการร่วมที่พบร่วมกับอาการอื่น เนื่องจากคนไข้ส่วนใหญ่มักมีอาการอื่นที่เด่นกว่าและรบกวนคนไข้มากกว่า พบได้ทั้งในคนไข้ที่เริ่มมีอาการหรือเป็นเอดส์แล้ว แต่อาการจะพบบ่อยมากขึ้นในคนที่อยู่ในระยะท้าย สาเหตุของอาการเจ็บหรือเป็นแผลในปากมีมากมายดังแสดงไว้ในตารางที่ 4¹⁵

ตารางที่ 4: Causes of sore mouth and sore tongue in AIDS

Oral candidiasis

Oral hairy leukoplakia

Herpes simplex of perioral and oral cavity

Aphthous ulceration

Gingivitis/stomatitis

Dental abscesses

Kaposi's sarcoma of oral cavity

Intraoral warts

พบว่า 60-80% ของคนไข้ HIV ที่มาด้วยอาการของ oral candidiasis หรือ hairy leukoplakia จะกลายเป็นเอดส์ในเวลาสองปีต่อมา^{16,17} ทั้ง oral candidiasis และ hairy leukoplakia นี้เป็น signs ที่ค่อนข้างจำเพาะของ HIV ผู้ป่วยที่เป็น Oral candidiasis จะมีอาการเจ็บปาก เจ็บคอ กลืนอาหารลำบาก เจ็บหลอดคอเวลากลืน หรืออาจไม่สังเกตพบอาการใดๆ ก็ได้ ถ้าตรวจดูจะสังเกตเห็นฝ้าขาวในปาก ลิ้น กระพุ้งแก้ม uvula และ soft palate เป็นต้น ลักษณะฝ้าอาจเป็นได้หลายแบบ เช่น เป็น

pseudomembranous form, erythematous or atrophic form, hyperplastic form (ซึ่งไม่เหมือน hairy leukoplakia) เป็นต้น บางรายอาจมีลักษณะคล้าย angular cheilitis ก็ได้ ส่วนใหญ่ได้ผลดีกับการรักษา ไม่ว่าจะให้การรักษาด้วย Mycostatin หรือ Ketoconazole ทั้งในรูปของ oral suspension, troache, หรือ เป็นยากินก็ตาม (Ketoconazole ไม่ควรให้ ร่วมกับ H2 antagonist เช่น cimetidine เพราะจะไปรบกวนการดูดซึมของ Ketoconazole ทำให้การรักษาไม่ได้ผล) ในบางรายที่เป็นซ้ำบ่อยๆ อาจจะต้องยาดังกล่าว อาจจำเป็นต้องเปลี่ยนไปให้เป็น Fluconazole หรือ Itraconazole สำหรับในราย esophageal candidiasis ที่ดื้อต่อยาหลาย ๆ ตัว อาจต้องให้ aggressive treatment ด้วย IV amphotericin B เมื่อหายแล้วส่วนใหญ่ก็ต้องให้ maintenance ต่อ เพราะเป็นการยากที่จะ eradicate เชื้อให้หมดไปได้ และมักมีโอกาส recurrent ได้สูง

สำหรับ Hairy leukoplakia ส่วนใหญ่ไม่มีอาการอะไร หรืออาจจะหายเองก็ได้ ถ้ามีอาการเจ็บหรือต้องการรักษาก็อาจจะให้ทำด้วย topical tretinoin หรือให้การรักษาด้วย AZT ในขนาด 800 mg/d นาน 2 อาทิตย์ ก็สามารทำให้ยุบๆ นั้นหายไปได้

Herpes simplex ที่เป็นในปากในคอก็จะมีอาการเจ็บปาก กลืนลำบาก เจ็บเวลากลืน แต่มักจะเป็นนาน เรื้อรัง รุนแรง และรักษายากกว่า คนไข้ธรรมดาที่ไม่เป็นเอดส์

Kaposi's sarcoma เฉพาะในบางตำแหน่งเช่น ในช่องปากที่มีอาการเจ็บปวดมาก อาจให้การรักษาด้วย local radiotherapy เพราะเป็น radiosensitive tumor

3. กลืนเจ็บกลืนลำบาก (Dysphagia and odynophagia)

อาการกลืนลำบาก เจ็บเวลากลืน และ retrosternal pain เป็นอาการที่พบได้บ่อยมากเช่นกันในคนไข้ HIV มีรายงานว่าพบได้ตั้งแต่ในระยะ Acute HIV syndrome กล่าวคือจะพบเป็น focal discrete ulcerations

ขนาด 0.2-1.5 ซม. ที่ลอดอาหาร เป็นอยู่ประมาณ 1-2 สัปดาห์ก็หายไป
ได้เอง^{18,19} เมื่อคนไข้เข้าสู่ระยะ ARC หรือ AIDS เต็มขั้น อาการกลืนลำบาก
และเจ็บเวลากลืนจะพบได้บ่อยมากขึ้น สาเหตุของ dysphagia และ
odynophagia ดังแสดงไว้ในตารางที่ 5²⁰

ตารางที่ 5: Causes of dysphagia and odynophagia in AIDS

FUNGAL:	Esophageal candidiasis
	Esophageal <i>Torulopsis glabrata</i>
	Esophageal Histoplasmosis
VIRAL:	CMV esophagitis
	Herpes simplex esophagitis
	HIV esophagitis
	Ebstein-Barr virus
MYCOPLASMA :	M tuberculosis
	M avium intracellulare
PROTOZOAN:	Cryptosporidia
	Pneumocystis carinii
NEOPLASM:	Kaposi's sarcoma
	Lymphoma
OHTERS:	Idiopathic (Apthous)
	Drug-induced esophagitis eg. AZT
	Acid-peptic eg. Reflux esophagitis

สาเหตุที่พบได้บ่อยที่สุดคือ esophageal candidiasis ซึ่งส่วนใหญ่
จะมีผื่นในปากของ oral candidiasis ให้เห็นด้วยทำให้การวินิจฉัยส่วนใหญ่
ทำได้ไม่ลำบากนัก ส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่มีอาการกลืนลำบากร่วมกับพบ oral
candidiasis ก็สามารถให้การวินิจฉัยว่าเป็น esophageal candidiasis และ
ให้การรักษาไปได้เลยโดยไม่ต้องเสียเวลาตรวจค้นเพิ่มเติม ในรายที่ให้การ

รักษาแบบ esophageal candidiasis แล้วไม่ดีขึ้นจึงควรสืบค้นเพิ่มเติมด้วยการทำ Barium swallow หรือ esophagoscopy และ biopsy ร่วมด้วย เพื่อแยกจาก lymphoma, Kaposi's sarcoma ของ GI tract ด้วย

CMV ที่ทำให้เกิดแผลที่พบในปากหรือหลอดอาหารจะเป็นลักษณะ diffuse esophagitis หรือ superficial ulceration ซึ่งเป็น discrete, single หรือ deep ulcer ก็ได้²¹ ตัว HIV เองยังมีผู้รายงานว่าสามารถทำให้เกิด esophageal ulcer ได้²² ทำให้มีอาการกลืนลำบาก และเจ็บหลอดคอเวลา กลืน ซึ่งแยกยาก esophageal candidiasis และสาเหตุอื่นๆเป็นต้น ในกรณีที่ไม่มีพบสาเหตุอื่นๆ ของ esophageal ulcer และเชื่อว่าอาจมีสาเหตุ จาก HIV โดยตรง อาจลองให้ corticosteroids หรือ thalidomide ซึ่งมี รายงานว่าทำให้มีอาการดีขึ้นได้²³ Herpes อาจทำให้เป็นแผลที่ในช่องปากก็ได้ (แต่มีมักจะไม่พบใน esophagus)

4. ปวดท้อง คลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร (Abdominal pain/nuasea / vomiting)

ส่วนใหญ่อาการปวดท้องคลื่นไส้อาเจียนที่พบได้ในคนไข้ HIV มักไม่ใช่อาการนำและไม่เป็นอาการที่สำคัญนัก²⁴ เพราะมักพบเป็นอาการที่พบ ประกอบรวมมากับอาการอื่น เช่น อาการ persistent diarrhoea, gastritis, esophagitis เป็นต้น แต่ในบางครั้งอาจพบเป็นอาการนำที่สำคัญที่ทำให้คนไข้มาหาแพทย์ได้^{25,26} เช่น คนไข้อาจปวดท้องอย่างรุนแรงจาก cholecystitis, cholangitis, pancreatitis เป็นต้น²⁷ ในบางรายอาจมาด้วยอาการปวดท้องที่รุนแรงมากร่วมกับมี sign ของ peritonitis หรือ sign ของ gut obstruction ได้ เช่นคนไข้ที่มี perforation จาก TB enteritis หรือ CMV colitis²⁸ เป็นต้น ในต่างประเทศพบว่าประมาณ 2-3 % ของผู้ป่วยเอดส์ที่มาด้วยอาการปวดท้องต้องเข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัด ส่วนในประเทศไทยก็พบเช่นกัน จากประสบการณ์ของผู้เขียนได้พบผู้ป่วยเอดส์ที่มาด้วยอาการปวดท้องร่วมกับ sign ของ peritonitis หลายราย ในรายที่ยังไม่เป็น full blown AIDS

ถ้ามีอาการปวดท้องมักเป็นจาก Acute appendicitis ธรรมดา²⁹ ในรายที่เป็นเอดส์แล้วมักเป็นจาก TB perforation และมีอยู่ 1 รายที่ perforate จาก CMV colitis สำหรับ CMV colitis ตำแหน่งจากพยาธิสภาพที่พบบ่อยที่สุดคือที่ลำไส้ใหญ่คือจะเห็นเป็น nonspecific focal erythematous or shallow erosive changes ซึ่งอาจมี perforation และ peritonitis

สำหรับในรายที่ปวดท้องเป็นๆ หายๆ เรื้อรัง โดยไม่มีความผิดปกติใดๆ ที่ตรวจได้จากหน้าท้องสาเหตุส่วนใหญ่มักเป็นจาก Non-Hodgkin's lymphoma, pancreatitis, Acute pancreatitis, CMV enteritis/colitis, MAI enteritis, Cryptosporidial enteritis etc

ตารางที่ 6 : Causes of abdominal pain in AIDS

Recurrent abdominal pain

gastritis/peptic ulcer disease

Pancreatitis

- Drug induced eg. ganciclovir, DDI, pentamidine

- Disseminated infections eg. TB, cryptococcosis, histoplasmosis

Severe abdominal pain with sign of peritonitis

Acute appendicitis

GI perforation from TB, CMV

Acalculous Cholecystitis

Gangrene bowel

Abdominal pain with sign of obstruction

GI Lymphoma

Kaposi's sarcoma

Abdominal pain with mass

Lymphoma

10. Smith PD, Quinn TC, Strober W, Janoff EN, Masur H. Gastrointestinal infections in AIDS. *Ann Int Med* 1992;116:63-77.
11. Smith PD, Janoff EN. Infectious diarrhoea in Human Immunodeficiency Virus infection. *Gastroenterol Clin North Am* 1988;17(3):587-598.
12. Manatsathit S, Tansupasawadikul S, (in press)
13. Guideline for the clinical management of HIV infection in children and adults. AIDS Division, Ministry of Public Health, Thailand 1994.
14. Cello JP, Grendell JH, Basuk P, Simon D, Weiss L, Wittner M, et al. Effect of Octreotide on refractory AIDS-associated diarrhea: A prospective, Multicenter clinical trial. *Ann Intern med* 1991;115:705-710.
15. Farthing CF, Brown SE, Straughton RCD. Oral Cavity disease: In *A color atlas of AIDS and HIV disease* 2nd eds. 1988 Wolfe Publishing Ltd, England; 31-37.
16. Greenspan D, Greenspan JS. The oral clinical features of HIV infection. *Gastroenterol Clin North Am* 1988; 17(3):535-534.
17. Tavitian A, Raufman J-P, Rosenthal LE. Oral candidiasis as a marker for esophageal candidiasis in the acquired immunodeficiency syndrome. *Ann Intern Med* 1986;104:54-55.

18. Rabeneck L, Boyko WJ, McLean DM, et al. Unusual esophageal ulcers containing enveloped virus-like particles in homosexual men. *Gastroenterology* 1986;90:1882.
19. Gaines H, von Sydow M, Pehrson PO, Lundbergh P. Clinical picture of primary HIV-infection presenting as a glandular- fever-like illness. *BMJ* 1988;297:1363-1368.
20. Wilcox CM. Esophageal disease in the Acquired Immunodeficiency Syndrome: Etiology, Diagnosis, and Management. *Amer J Med* 1992;92:412-421.
21. Jacobson MA, Mills J. Serious cytomegalovirus disease in the acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). Clinical findings, diagnosis, and treatment. *Ann Intern Med* 1988; 108:585-594
22. Simon D, Weiss LM, Brandt LJ. Treatment options for AIDS-related esophageal and diarrheal disorders. *Am J Gastroenterol* 1992;87:274-281.
23. Barone JE, Gingold BS, Arvanitis ML, et al. Abdominal pain in patients with acquired immune deficiency syndrome. *Ann Surg* 1986;204:619-623.
24. Wyatt SH, Fishman EK. The acute abdomen in individuals with AIDS. *Radiol Clin North Am.* 1994;32(5):1023-43.
25. Parente F, Cernuschi M, Antinori S, Lazzarin A, Moroni M, Fasan M, Rizzardini G, Rovati V, Morandi E, Molteni P, et al. Severe abdominal pain in patients with AIDS: frequency,

- clinical aspects, causes, and outcome. *Scand J Gastroenterol* 1994;29(6):511-5.
26. Adolph MD, Bass SN, Lee SD, Blum JM, Schreiber H. Cytomegaloviral acalculous cholecystitis in acquired immunodeficiency syndrome patients. *Am Surg*. 1993;59(10):679-84.
 27. Guth AA, Kim U. The reappearance of abdominal tuberculosis. *Surg Gynecol Obstet* 1991;172(6):432-6.
 28. Whitney TM, Macho JR, Russell TR, Bossart KJ, Heer FW, Schechter WP. Appendicitis in acquired immunodeficiency syndrome. *Am J Surg*. 1992;164:467-70.
 29. Cello JP, Wilcox CM. Evaluation and treatment of gastrointestinal tract hemorrhage in patients with AIDS. *Gastroenterol Clin North Am* 1988;17:639-48.
 30. Wexner SD, Smithy WB, Milsom JW, et al. The Surgical management of anorectal diseases in AIDS and pre-AIDS patients. *Dis Colon Rectum* 1986;29:719-723.
 31. Goodell SE, Quinn TC, Mkrtychian E, Scheffler MD, Holmes KK, Corey L. Herpes Simplex virus proctitis in homosexual men: clinical, sigmoidoscopic and histopathological features. *N Eng J Med* 1983;308:898-871.
 32. Ullrich R, Zeitz M, Heise W, L'age M, Hoffken G, Riecke Eo. Small intestinal structure and function in patients infected with human immunodeficiency virus (HIV): Evidence for HIV-induced enteropathy. *Ann Intern Med*. 1989;111:25-21

33. Gillin JS, Shike M, Alcock N, et al. Malabsorption and mucosal abnormalities in the small intestine in the acquired immunodeficiency syndrome. *Ann Intern Med* 1985;102:619-622.
34. DuPont HL, Marshall GD. HIV-associated diarrhoea and wasting. *Lancet*. 1995;346(8971):352-6.
35. Bonacini M. Hepatobiliary complications in patients with Human Immunodeficiency Virus infection. *Am J Med* 1992;92L:404-411.
36. Friedman SL. Gastrointestinal and hepatobiliary neoplasms in AIDS. *Gastroenterol Clin North Am* 1988; 17(3):465-86.

FATTY LIVER / HEPATIC STEATOSIS

พ.ท.นพ.อนชิต จุฑะพุทธิ

รพ.พระมงกุฎเกล้า

Fatty Liver หรือภาวะที่มีไขมันแทรกอยู่ในเนื้อตับ เป็นภาวะที่ดู เหมือนว่าจะพบได้เสมอๆ ในเวชปฏิบัติทั่วไปขณะนี้ เนื่องจากว่าปัจจุบัน การตรวจนับด้วยเครื่อง ultrasonography เป็นการตรวจที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย ทั้งในการตรวจร่างกายประจำปี การตรวจเมื่อพบว่ามี liver function test ผิดปกติ ทั้งนี้ก็เพราะ ultrasound เป็นการตรวจที่สะดวก ราคาไม่แพง ไม่เจ็บตัว และแทบจะไม่มีผลข้างเคียงอะไร แพทย์มักจะแนะนำผู้ป่วยว่าภาวะ fatty liver ไม่มีอันตรายอะไร ความจริงแล้ว fatty liver เป็นความผิดปกติที่มีสาเหตุได้มากมาย และมีการดำเนินของโรคสามารถเป็นได้ทั้งในแง่ที่เป็น benign จนถึง severe form ที่สามารถกลายไปเป็นตับแข็งได้ในที่สุด

Fatty liver หรือ steatosis หมายถึงภาวะที่มีการสะสมของ lipid ใน hepatocyte เป็นพยาธิสภาพอันหนึ่งที่พบได้บ่อยใน liver biopsy specimen โดยทั่วไปแล้ว steatosis แบ่งออกได้เป็น 2 แบบใหญ่ๆ ตามลักษณะของ lipid globlet คือ macrovesicular steatosis (ซึ่งพบได้บ่อยกว่า) และ microvesicular steatosis โดยใน macrovesicular steatosis นั้น lipid จะเป็น globule ขนาดใหญ่แทรกอยู่ใน cytoplasm และเบียด nucleus ไปชิดอีกด้านหนึ่งของ hepatocyte สาเหตุของการเกิด steatosis ทั้ง 2 แบบ ได้แสดงไว้ในตารางที่ 1 และ 2

สำหรับสาเหตุที่พบได้บ่อยในบ้านเราคงเป็นจาก การดื่มสุรา โรคอ้วน การรับประทานยาบางอย่าง ผู้ป่วยที่มีภาวะทุโภชนาการจากสาเหตุใดๆ ก็ตาม และในผู้ที่ได้อาหารทางหลอดเลือดดำ ในปี ค.ศ. 1980 Ludwig และคณะ จาก Mayo Clinic, U.S.A. ได้รายงานผู้ป่วยกลุ่มหนึ่งที่มีลักษณะพยาธิสภาพของ liver biopsy ที่เหมือนกับที่พบในผู้ป่วยที่เป็น alcoholic

hepatitis คือมี macrovesicular fat infiltration in hepatocyte, lobular or portal inflammation, acidophilic bodies, Mallory's hyaline และอาจมี หรือไม่มี fibrosis ในผู้ที่ไม่มีประวัติดื่มสุราซึ่งยืนยันจากครอบคริวและ ผู้ร่วมงานตลอดจนการตรวจเลือดไม่พบมีการเปลี่ยนแปลงที่ว่าจะเป็นผล จากการดื่มสุรา Ludwig พบว่าผู้ป่วยเหล่านี้มักจะเป็นผู้หญิงวัยกลางคน มี น้ำหนักมากหรืออ้วน เป็นเบาหวาน อาจจะมีหรือไม่มี hyperlipidemia ร่วม ด้วย นอกจากนั้นยังอาจพบมี ความดันโลหิตสูง hypothyroidism, coronary artery disease หรือมีประวัติทานยาหลายๆ อย่างร่วมกันเป็นเวลานาน เนื่องจากพบในผู้ที่ไม่ได้ดื่มสุรา และพยาธิสภาพของตับมีการอักเสบร่วม ด้วยมีได้มีแต่เพียง steatosis อย่างเดียว เขาจึงเรียกกลุ่มอาการนี้ว่า Nonalcoholic Steatohepatitis (NASH) มีผู้อื่นที่ใช้ชื่อเช่น non-alcoholic Laennec, Fatty liver hepatitis, steatonecrosis, alcohol like hepatitis, pseudoalcoholic hepatitis, diabetic hepatitis แต่ดูเหมือนว่า NASH จะเป็นชื่อที่ได้รับการยอมรับและใช้กันอย่างแพร่หลายที่สุดในปัจจุบัน

ในปี ค.ศ. 1994 กลุ่มของผู้ป่วย NASH ก็มีการเปิดกว้างออกมากขึ้น เมื่อ Bacon และคณะ ได้ทำการศึกษาผู้ป่วย NASH 33 ราย พบว่า 58% ของผู้ป่วยเป็นผู้ชาย 61% ไม่อ้วนหรือมีน้ำหนักเกิน 79% มีระดับ น้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ 42% มีทั้งระดับน้ำตาลและไขมันในเลือด อยู่ในเกณฑ์ปกติตลอดจนไม่มีน้ำหนักเกินด้วย ในรายงานนี้ผู้ป่วยทุกราย ไม่มี serological evidence ของ hepatitis C virus infection ซึ่งอาจเป็น สาเหตุที่ทำให้มี steatosis ได้ด้วย และได้มีการศึกษาสนับสนุนผลการ ศึกษาของ Bacon โดย Lonardo และคณะจาก Italy ได้รายงานผู้ป่วย ที่ทำการตรวจ ultrasound แล้วพบว่า มีลักษณะ "bright liver" (echogenicity ของตับเป็นสีขาวกว่าปกติ) ซึ่งเป็นลักษณะจำเพาะของ fatty liver อย่างหนึ่ง โดยที่ไม่มีประวัติและการตรวจทางห้องปฏิบัติการบ่งว่าได้รับ heavy alcohol

จำนวน 27 รายพบว่า เป็นผู้ชาย 18 ราย (66%) 10/27 (37.0%) มีน้ำหนัก
ในเกณฑ์ปกติ 9/27 (33.3%) มีความดันโลหิตสูง 8/27 (29.6%)
มี atherosclerosis ที่น่าสนใจคือร้อยละ 80.7 มีการเพิ่มของระดับ Apo B
ในกระแสเลือด

โดยทั่วไปแล้วผู้ป่วย NASH ส่วนใหญ่มักไม่มีอาการอะไรถึงแม้ว่า
จะมีการอักเสบลุกลามของตับก็ตาม บางรายอาจมีอาการ non-specific
abdominal pain ได้ การตรวจร่างกายอาจพบมีตับโต บางรายอาจมี
palmar erythema ร่วมด้วย การตรวจ liver function test มักจะมี
elevation ของ SGOT และ SGPT แต่มักไม่เกิน 200 U/L alkaline
phosphatase อาจปกติหรือเพิ่มไม่เกิน 2 เท่า ส่วน bilirubin และ protein
มักอยู่ในเกณฑ์ปกติ ระดับของ SGOT และ SGPT ไม่มีความสัมพันธ์กับ
ระดับของการอักเสบที่มีอยู่ในตับ แต่ระดับของ SGPT มักจะมากกว่า
SGOT ซึ่งเป็นลักษณะเด่นที่พบและตรงกันข้ามกับ alcoholic hepatitis

สำหรับ Pathophysiology ของการเกิดsteatosis นั้นไม่ทราบแน่
นอนแต่เชื่อว่าเกิดได้จากหลายสาเหตุ การเกิด steatosis โดยที่ไม่มีความ
inflammation เป็นพยาธิสภาพที่พบได้บ่อย เช่น จากภาวะ protein
malnutrition, obesity, acute starvation, carbohydrate overload, การได้รับ
ยา corticosteroid เป็นต้น โดยทั่วไปแล้ว fatty acid และ triglyceride
metabolism มีการเปลี่ยนแปลงที่อยู่ในสมดุลตลอดเวลา เมื่อสมดุลนี้
เสียไปอาจจากสาเหตุเช่น 1) increased free fatty acid delivery to the
liver 2) increased free fatty acid synthesis within the liver 3)
decreased betaoxidation of fatty acids และ 4) decreased VLDL (very
low density lipoprotein) synthesis or secretion จึงทำให้มีการสะสม
ของ triglyceride ใน hepatocyte เกิดขึ้น สำหรับกลไกในการเกิด
steatohepatitis หรือมีการอักเสบร่วมด้วยนั้น ยังไม่เป็นที่ทราบแน่นอน
อาจเกิดจาก triglycerideที่สะสมไว้นานทำให้เกิด hepatitis มีการศึกษาพบ

ว่าการมี triglyceride in hepatocyte ทำให้มีการเพิ่มของ substrate for lipid peroxidation ทำให้เกิด active cytotoxic intermediates และเกิดการอักเสบตามมาได้ มีสมมุติฐานเกี่ยวกับ free fatty acid (FFA) ซึ่งเป็น precursors ของ triglyceride อาจเป็นตัวชักนำให้เกิดการอักเสบ เนื่องจาก FFA มีผลเสียโดยตรงต่อ biological membrane นอกจากนี้ยังพบระดับของ FFA สูงขึ้นในผู้ที่ เป็น alcoholic hepatitis, morbid obesity และในผู้ที่เสียชีวิตเพราะตับวายจาก acute fatty liver อย่างไรก็ตามคงต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อให้ทราบถึงกลไกที่แน่นอน ดับที่มี steatosis มากอาจถือได้ว่ามีการทำงานไม่ปกติ ผลจากการปลูกถ่ายตับ (Liver Transplantation) พบว่า ดับของ donor ที่มี steatosis จะมี graft survival น้อยกว่าดับที่ไม่มี steatosis ปัจจุบันจึงถือเป็นข้อห้ามอย่างหนึ่งของการนำดับที่มี steatosis มากไปทำการปลูกถ่าย

สำหรับการพยากรณ์ของโรคนั้น Elizabeth Powell และคณะจาก Australia ได้ทำการศึกษาดูตามผู้ป่วย NASH จำนวน 42 คน โดยมีระยะเวลาเฉลี่ย 4.5 ปี (พิสัย 1.5-21.5 ปี) ผู้ป่วย 13 ราย ได้รับการทำ serial liver biopsy พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีการลุกลามของโรค อย่างไรก็ตามมีผู้ป่วย 1 รายที่ cirrhosis เมื่อเริ่มต้นเข้ารับการศึกษา และเสียชีวิตในปีต่อมาจาก hepatocellular carcinoma ผู้ป่วย 2 รายที่ significant fibrosis เมื่อเริ่มเข้าศึกษากลายเป็น cirrhosis ภายใน 5 ปี Teli และคณะจากอังกฤษได้ศึกษาดูตามผู้ป่วย pure non-alcoholic steatosis ที่ไม่มี hepatitis จำนวน 40 ราย โดยมีระยะเวลาเฉลี่ย 11 ปี ผู้ป่วย 12 ราย ได้รับการเจาะตับติดตามดูการดำเนินของโรคพบว่า ไม่มีรายใดที่กลายเป็น steatohepatitis หรือ cirrhosis มีผู้ป่วยที่อ้วน 1 รายเกิดมี mild fibrosis หลังจากติดตามไปเป็นเวลา 9.8 ปี และไม่มีผู้ป่วยรายใดที่เสียชีวิตเนื่องจากโรคที่อาจเกี่ยวเนื่องจากตับ Teli สรุปว่า steatosis ที่ไม่มี hepatitis หรือ fibrosis ในผู้ที่ไม่ดื่มเหล้าถือเป็น benign condition อย่างหนึ่ง ในทางตรง

กันข้าม Bacon และคณะจาก St. Louis ได้ทำการศึกษาผู้ป่วย NASH 33 รายพบว่า ร้อยละ 39 หรือ 13 รายมีการเกิด fibrosis เพิ่มขึ้น 5 รายเกิดเป็น micronodular cirrhosis, 8 รายเป็นผู้หญิง, 8 รายเป็นโรคอ้วน และ 4 คนเป็นเบาหวาน ซึ่งเหมือนกับที่ Propst และคณะจาก Austria ได้รายงานผู้ป่วย NASH 30 รายพบว่า 5-year และ 10-year survival ประมาณ 67% และ 59% ตามลำดับ ซึ่งต่ำกว่าประชากรที่ไม่ได้เป็นโรคนี้และอยู่ในวัยและเพศเดียวกัน รายงานนี้ช่วยสนับสนุนถึงความสำคัญของ NASH ว่ามิได้ถือเป็น benign disease โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าไปเกิดในผู้หญิงที่อ้วนซึ่งอาจมีหรือไม่มีเบาหวาน และมีโอกาสสูงที่โรคสามารถดำเนินต่อไปจนกลายเป็นตับแข็งได้ในที่สุด

สำหรับการรักษาที่เฉพาะเจาะจงนั้นยังไม่มี เนื่องจากยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่นอน โดยทั่วไปแล้วต้องตัดสาเหตุอื่นๆที่อาจทำให้เกิด steatohepatitis ออกไปก่อน ถ้าสามารถทำ liver biopsy แล้วไม่พบว่ามี hepatitis หรือ fibrosis ชัดเจนก็เชื่อว่ามักจะมีการพยากรณ์ของโรคที่ดี ในพวกที่มี hepatitis หรือ fibrosis ร่วมด้วย มีโอกาสเกิดโรคลูกกลมได้ มักจะแนะนำให้พยายามควบคุมน้ำหนัก ลดอาหารที่มีไขมัน และออกกำลังกายบ้าง การพักผ่อนเฉยๆ และรับประทานแต่น้ำหวาน ไม่พิสูจน์ว่าสามารถลดการอักเสบลงได้และน่าจะทำให้โรคทรุดลงได้

โดยสรุปแล้ว steatosis เป็นภาวะที่พบได้บ่อยและมีสาเหตุได้มากมาย NASH เป็นภาวะที่มี steatosis ร่วมกับมี hepatitis เป็นภาวะที่พบได้บ่อยและมีสาเหตุได้มากมาย NASH เป็นภาวะที่มี steatosis ร่วมกับมี hepatitis โดยที่ไม่มีประวัติดื่มสุรา ซึ่งอาจเป็นผู้หญิง มีน้ำหนักเกิน หรืออาจเป็นเบาหวานร่วมด้วย นอกจากนี้ยังอาจพบได้ในที่ผู้ป่วยชายที่ไม่อ้วนก็ได้ สำหรับกลไกของการเกิดโรคและการอักเสบยังไม่ทราบแน่นอน อย่างไรก็ตามถ้า liver biopsy พบว่ามี hepatitis หรือ fibrosis ร่วมด้วย ก็อาจลูกกลมเกิด cirrhosis ได้ ยังไม่มีการรักษาที่เฉพาะเจาะจง แต่เชื่อว่า

การควบคุมน้ำหนัก การลดอาหารไขมัน และการออกกำลังกายที่ไม่หักโหม อาจทำให้โรคดีขึ้นได้ คงต้องรอการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อให้ได้ข้อสรุปที่แน่นอน

ตารางที่ 1 Etiology of large-Droplet (Macrovesicular) Steatosis

1. Drugs and Toxins

- Ethanol
- Corticosteroids
- Bleomycin
- Methotrexate
- Warfarin
- Estrogen (high dose)
- Amiodarone
- Perhexilene maleate
- Carbon disulphide
- Carbon tetrachloride
- Phosphorus poisoning

2. Acquired or Metabolic

- Adult-onset diabetes
- Obesity
- Kwashiorkor
- Protein-calorie malnutrition, starvation
- Jejunioileal bypass, intestinal resection
- Total parenteral nutrition
- Total parenteral nutrition
- Systemic illness (e.g. tuberculosis, ulcerative colitis)
- Pancreatic disease

Hyperlipidemia

Chronic hepatitis C infection

3. Inherited Disorders

Galactosemia

Tyrosinemia

Homocystinuria

Type I glycogen storage disease

Wilson's disease

Systemic carnitine deficiency

Abetalipoproteinemia

Lmb lipodystrophy

Weber-Christian disease

ตารางที่ 2 Etiology of Microdroplet (Microvesicular) Steatosis

Acute fatty liver of pregnancy

Reye's Syndrome

Salicylate toxicity

Jamican vomiting disease

Alcoholic foamy degeneration

Inherited urea cycle disorders

Wolfman's disease

Cholesterol ester storage disease

References:

1. Powell EE, Cooksley WGE, Hanson R, Searle J, Halliday JW and Powell LW. The Natural history of Nonalcoholic Steatohepatitis: A Follow-up Study of Forty-two Patients for Up to 21 Years. *Hepatology* 1990;11:74-80.
2. Itoh s, Yougel T, Kawagoe K, Comparison between Nonalcoholic Steatohepatitis and Alcoholic Hepatitis. *American Journal of Gastroenterology* 1987; 82:650-654.
3. Clain DJ, Lefkowitz JH. Fatty liver Disease in Morbid Obesity. *Gastroenterology Clinic of North America* 1987; 16:239-251.
4. Bacon BR, Farahvash MJ, Janney CG. Nonalcoholic Steatohepatitis: An Expanded Clinical Entity. *Gastroenterology* 1994; 107:1103-1109.
5. Lee RG. Nonalcoholic Steatohepatitis: Tightening the Morphological Screws on A Hepatic Rambler. *Hepatology* 1995; 21:1742-1743.
6. Lonardo A, Bellini M, Tondelli E, Frazzoni M, Grisendi A, Pulvirenti M, Casa Delta G. Nonalcoholic Steatohepatitis and the "Bright Liver Syndrome": Should a Recently Expanded Clinical Entity be Further Expanded?. *American journal of Gastroenterology* 1995; 90:2072-2073.
7. Teli MR, James OFW, Burt AD, Bennett MK and Day CP. The Natural History of Nonalcoholic Fatty Liver: A Follow-up Study?. *Hepatology* 1995;22:1741-1749.

Escherichia coli O157:H7

นพ.ธงชัย ทางธนกุล

รพ.ธนบุรี

จากในหน้าหนังสือพิมพ์เป็นเวลานานกว่าสัปดาห์ตั้งแต่ 10 กรกฎาคม 2539 ที่เราพบว่ามีการระบาดของเชื้อโรค E.coli O157 เป็นจำนวนมากมายมหาศาลในประเทศญี่ปุ่นโดยเริ่มที่โรงเรียนประถม ในเมืองซาคายิทำให้มีคนเป็นโรคท้องเสียเป็นจำนวนมากถึงแปดพันกว่าคนและในจำนวน ผู้ป่วยเหล่านั้นมีประมาณร้อยละกว่าคนที่เป็โรค hemolytic uremic syndromeและมีผู้ป่วยส่วนน้อยที่ถึงแก่กรรม

ในขณะที่เขียนบทความนี้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของญี่ปุ่นไม่สามารถหาแหล่งที่เป็นสาเหตุของการแพร่กระจายของเชื้อนี้

เชื่อนี้เป็นเชื้ออะไร ปกติเชื้ออีโคโลกัพบในธรรมชาติทั่วไปและในลำไส้คนทุกคน ทำไมถึงได้แพร่กระจายเป็โรคท้องร่วงระบาดอยู่ในขณะนี้

E. coli O157:H7 แยกเชื้อได้เป็นครั้งแรกเมื่อปีคศ.1982 จากผู้ป่วย 47 ราย ในมิชิแกนและโอเรกอน ประเทศสหรัฐอเมริกา ที่มี bloody diarrhea ภายหลัรับประทาน hamburgers ที่มีเชื้อ ในปี 1988 ได้มีการศึกษาย้อนหลังไปตรวจเชื้อ E. coli จากอุจจาระของผู้ป่วยมากกว่า 3000 ราย ที่เก็บไว้ระหว่างปี1973-1982 ได้พบเชื้อ E. coli O157 :H 7 ที่แยกมาจากอุจจาระของผู้ป่วยที่มี acute self-limited,grossly bloody diarrhea

E. coli O157:H7 ทำให้เกิดการระบาดของโรคอุจจาระร่วง ที่มีกมาด้วยอาการที่มีกเป็น bloody diarrhea พบมีรายงานในสหรัฐอเมริกา,แคนาดา,ญี่ปุ่น,อังกฤษและประเทศอื่นบางเล็กน้อย การระบาดมักพบในช่วงอากาศร้อนคือในช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนกันยายน

อาหารที่เป็นสาเหตุของการแพร่กระจายของเชื้อที่พบมากได้แก่เนื้อวัว ซึ่งนำมาทำอาหารประเภท undercooked meat, hamburger, heat-processed meat patties, roast beef, ham , turkey, cheese sandwiches, potatoes, unpasteurized milk , salami , apple cider เป็นต้น เนื่องจาก E. coli O157:H7 ถูกตรวจพบในลำไส้วัวประมาณ 1%. การติดเชื้อจากคนไปสู่คน (direct contact)

E. coli O157:H7 มีระยะการฟักตัว 3-4 วัน (1-8 วัน)

E. coli O157:H7 ได้มีการระบาด ครั้งใหญ่ในอเมริกา มีผู้ป่วยมากกว่า 700 คนและมีเด็กเสียชีวิต 4ราย เป็นเหตุให้แพทย์เกิดความสนใจเกี่ยวกับเชื้อมันนี้

E. coli O157:H7 เป็นชื่อที่เรียกตาม somatic antigen (O) และ flagellar (H) antigens ที่สามารถสร้างสารพิษ (Toxin) หลายชนิด, ในอดีตเรียกเป็น Shiga-like toxins เพราะว่ามีส่วนของ toxin เหมือนกับ cytotoxin ที่สร้างโดย Shigella dysenteriae type 1 หรือเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า verocytotoxins เพราะเป็นพิษต่อ Vero tissue culture cells. ในปัจจุบันเรียกว่า Shiga toxins, นอกจากนี้ยังมี E. coli บางสายพันธุ์ที่สร้าง Shiga toxin-producing E. coli (STEC) ที่ไม่ใช่ E. coli O157:H7 เรียกว่า non-O157 STEC. โดยมีรายงานการระบาดในญี่ปุ่น, อิตาลี, อเมริกา และ ออสเตรเลีย

Pathophysiology ของ E. coli O157:H7

เกิดจากสอง virulence factors โดย factor แรกเชื้อสามารถเกาะติดกับ mucosa และอีก factor หนึ่ง คือเชื้อสามารถสร้าง Shiga toxins 1 และ/หรือ Shiga toxin 2. Toxin ทำให้เกิดพยาธิสภาพเฉพาะที่ในลำไส้หรือในระบบทั่วไป โดยทำให้เกิด hemolytic uremic syndrome (HUS)

การเกิดโรคของ E. coli O157:H7 เกิดจาก Toxin แม้ว่าอาหารจะทำให้สุกหรือสะอาดแต่ถ้ามี toxin ปนเปื้อนก็จะเกิดโรคได้

Clinical Feature

ถ้า E. coli O157:H7 อาจเป็น asymptomatic carrier, nonbloody diarrhea , bloody diarrhea (hemorrhagic colitis), hemolytic uremic syndrome และ thrombotic thrombocytopenic purpura (TTP)

Diarrhea

ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการ severe abdominal cramps และ nonbloody diarrhea มักมี bloody diarrhea ตามมาในวันที่สองหรือสามของโรค ผู้ป่วยประมาณหนึ่งในสามมีอาการอาเจียนและสองในสามตรวจพบ abdominal tenderness มักไม่มีไข้หรือมีไข้ต่ำๆ บางครั้งพบว่ามีอาการคล้ายกับ appendicitis, inflammatory bowel disease ,ischemic colitis หรือ intussusception ได้

การวินิจฉัยแยกโรค

Infectious causes

- Campylobacter
- Clastridium difficile
- Entameba histolytica
- Salmonella
- Shigella
- Yersinia enterocolitica

Noninfectious causes

Appendicitis

Crohn's disease

Diverticulosis

Intussusception

Ischemic colitis

Ulcerative colitis

ในการระบาดของโรคพบของ bloody diarrhea ประมาณ 35- 90% บางรายอาจถ่ายอุจจาระเป็นเลือดสดโดยไม่มีอุจจาระปน อาการท้องเสียจะหายภายในหนึ่งสัปดาห์

Colonoscopic ,pathologic and radiologic findings

Colonoscopic finding edema , erythema , patchy superficial ulceration ,bleeding in severe case most involve caecum and right colon pseudomembranous colitis are uncommon

Histologic features resemble a combination of ischemic and infectious colitis and similar to Clostridium difficile associated colitis

Radiologic features thumbprinting pattern on barium enema examination (edema and submucosal hemorrhage)

Hemolytic uremic syndrome and Thrombotic thrombocytopenic

purpura ประมาณ 6% ของผู้ป่วย E. coli O157:H7 จะเกิด hemolytic uremic syndrome (HUS) มักจะเกิดประมาณวันที่ 2 ถึง 14 ของโรค (เฉลี่ย 6 วัน) hemolytic uremic syndrome เป็นกลุ่มอาการของโรคที่ประกอบด้วย microangiopathic hemolytic anemia , thrombocytopenia , renal failure และมีอาการทางสมอง อาการ HUS มักพบในผู้ป่วยเด็กและผู้สูงอายุ

ภาวะที่มักทำให้เกิด HUS ได้แก่ bloody diarrhea, fever, elevated leukocyte count และได้รับยา antimotility ส่วน Thrombotic thrombocytopenic purpura ผู้ป่วยจะมีอาการทางสมองมากแต่มีอาการได้น้อยและมักพบในผู้ใหญ่ประมาณ 3-5 % ของ HUS จะเสียชีวิต แต่ผู้ป่วยที่เสียชีวิตบางส่วนไม่มีอาการ HUS

การวินิจฉัย

ให้สงสัยในผู้ป่วยที่อุจจาระเป็นเลือดแต่เมื่อนำอุจจาระมาเพาะเชื้อ จะไม่มีเชื้อก่อโรคขึ้นถ้าใช้ culture medium ธรรมดา. เมื่อสงสัยเชื้อ E. coli O157:H7 ให้เพาะใน sorbitol - MacConkey (SMAC) medium จะได้ colourless sorbitol-negative colonies. และใช้ antiserum O157 มหา O157 antigen ส่วน H7 ต้องหาใน reference laboratory เราสามารถตรวจหาระดับ antibodies to E. coli O157 lipopolysaccharide ซึ่งจะมีระดับสูงสุดในสองถึงสามสัปดาห์หลังการติดเชื้อ. ส่วน rapid test สำหรับหาเชื้อ E. coli O157:H7 หรือ Shiga toxin ในอุจจาระกำลังพัฒนา การเพาะเชื้อจากอุจจาระจะไม่พบเชื้อภายหลังการติดเชื้อ 7 วัน

การรักษา

แม้ว่าเชื้อ E. coli O157:H7 จะไวต่อยาปฏิชีวนะหลายชนิดที่ใช้ในการรักษา E. coli ทั่วไป ได้แก่ ampicillin, carbenicillin, cephalothin, chloramphenicol, gentamicin, hanamycin, nalidix acid, norfloxacin, tetracyclin, sulfisoxazole, ticarcillin, tobramycin, cotrimoxazole เป็นต้น แต่การรักษาไม่ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินโรคหรือป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และที่สำคัญคือบางรายงานกล่าวว่า HUS จะเกิดได้บ่อยในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะโดยเฉพาะ trimetho

prim-sulfamethoxazole แต่บางรายงานบอกว่าไม่แตกต่างกันกับกลุ่มที่ไม่ได้รับยาปฏิชีวนะ ห้ามใช้ยา antimotility agent เพราะทำให้เพิ่มอัตราการเป็น HUS

การป้องกันโรค

ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและผู้ปกครองของผู้ป่วยให้ล้างมือด้วยสบู่ ภายหลังผู้ป่วยถ่ายอุจจาระทั้งนี้รวมถึงบุคคลากรทางการแพทย์ที่ให้การพยาบาลรักษาผู้ป่วยด้วย ไม่รับประทานอาหารไม่สุกและนมไม่ผ่านการพาสเจอร์ไลซ์ และให้การเฝ้าระวังโรคเมื่อมีผู้ป่วยที่มีท้องเสียหลายคน โดยเฉพาะที่มีถ่ายอุจจาระเป็นเลือด การทำอาหาร hamburger ทางองค์การ FDA ของสหรัฐแนะนำว่าต้องมีอุณหภูมิภายในเนื้อที่ย่างหรือทอดสูงกว่า 86.1°C

เอกสารอ้างอิง

1. Chinyu Su, Lawrence J. Brandt. Escherichia coli O157:H7 Infection in Humans ;Ann Intern Med,1995;123:698-714
2. Patricia M. Griffin. Escherichia coli O157:H7 in Randal Burt. AGA Postgraduate Course: Latest Advance and Clinical Challenges in Gastrointestinal and Liver Disease;1996:307-316

บรรณาธิการแถลง

อย่าเพิ่งแปลกใจนะครับ สำหรับการออกจลสารฉบับที่ 14 นี้ เพราะจลสารฉบับที่ 13 เพิ่งจะผ่านพ้นสายตาไปหมาดๆ ผมว่าสมาชิกบางท่านอาจจะได้รับฉบับที่ 14 ก่อนฉบับที่ 13 หรือส่วนใหญ่คงได้อ่านทั้ง 2 เล่มพร้อมกันที่ชะอำเลยมากกว่านะครับ

คงอย่างที่นายกฯแถลงไปแล้วนะครับ ว่าต้องออกฉบับนี้ให้ทันในเวลาอันสั้น แต่เนื้อหาของจลสารในฉบับนี้ ยังคงเข้มข้นเหมือนเดิม ไม่ได้ลดน้อยลงไปแต่อย่างใด กลับมีบทความและ review มากขึ้นกว่าฉบับก่อนๆซะด้วยซ้ำไป

ที่ตีใจฉบับนี้ เราได้บทความพิเศษเกี่ยวกับอดีตของสมาคม ของท่านอาจารย์วิกิจ วิจารณ์วัตต์ ซึ่งท่านได้ถอดสำหกรุณาไม่ลืมสมาคมของเรา นอกจากนี้เรายังได้ review จากคุณหมอธงชัย ทางธนกุล จากโรงพยาบาลธนบุรี ซึ่งคุณหมอบอกว่าหลังจากจบ Fellow training program ที่ศิริราชแล้ว อยู่เอกชนค่อนข้างจะว่าง ถ้าไม่หาเรื่องเขียน Review โดยอ่านจาก Journal และ Text books แล้ว อีกหน่อย วิชาความรู้คงหดหายแน่ ได้ฟังและได้บทความก็น่าชื่นใจและยินดีเป็นอย่างยิ่งสำหรับบทความจากสมาชิกท่านอื่นๆในโอกาสหน้าด้วย

ฉบับนี้ ผมคุยกับกองบรรณาธิการ ในเรื่องการจัดวางรูปเล่ม โดยพยายามจัดให้เนื้อหาในแต่ละตอน แต่ละบทให้อยู่ในด้านขวามือให้ได้หมด จะได้รูปเล่มสวยเหมือนหนังสือทั่วไป ซึ่งคุณพรทิพย์ จินแพทย์ ก็ช่วยเรียบเรียงจัดให้ได้เป็นอย่างดี พยายามจะปรับปรุงทั้งเนื้อหาและรูปเล่มให้ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้นะครับ สำหรับสมาชิกถ้าท่านมีข้อเสนอแนะก็เขียนมาแนะนำกันได้
นะครับ

Enjoy meeting at Cha-um ครับ

นพ.สมชาย ลีลากุลศลวงศ์