

จุลสาร
สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหาร
แห่งประเทศไทย

ที่ 7 ฉบับที่ 32

สิงหาคม 2542

ISSN 0857-6351

เฉลิมพระบารมี 72 พรรษา ภูมิพลมหาราช 5 ธันวาคม 2542



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



สมาคมแพทยระบบทางเดินอาหาร แห่งประเทศไทย

จุลสารสมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย จัดพิมพ์
โดยอนุมัติของคณะกรรมการอำนวยการสมาคมแพทยระบบทางเดินอาหาร
แห่งประเทศไทย กำหนดออกทุก 2 เดือน แจกจ่ายโดยไม่คิดมูลค่าแก่สมาชิก
ของสมาคมฯ ตลอดจนห้องสมุดโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลประจำ
จังหวัดทั่วประเทศ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมความรู้โรกระบบทางเดิน
อาหาร และประชาสัมพันธ์กิจกรรมของสมาคมฯ

สำนักงาน:-

ตึกพะออบ ชั้น 1 สาขาวิชาโรกระบบทางเดินอาหาร

รพ.ศิริราช

ถ.พรานนก

บางกอกน้อย

กรุงเทพฯ 10700

โทร 419-7281-3

โทรสาร 412-0586, 411-5013

สมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

ปีที่ 7 ฉบับที่ 32

สิงหาคม 2542

ISSN 0857-6351

รายนามคณะผู้จัดทำจุลสารฯ

ที่ปรึกษา	แพทย์หญิงกรรณิการ์	พรพัฒน์กุล
บรรณาธิการ	นายแพทย์อุดม	คชินทร
กองบรรณาธิการ	แพทย์หญิงโสมศรี	โมยิตชัยวัฒน์
	นาวาอากาศเอกนายแพทย์ณัฐากร	วิริยานุภาพ
	นายแพทย์ทวีศักดิ์	แทนวันดี
	นายแพทย์ธีระ	พิรัชวิสุทธิ์
	นายแพทย์นุสนธิ์	กัตต์เจริญ
	นายแพทย์พิศาล	ไม้เรียง
	นายแพทย์มานิต	ลีโทชวลิต
	พันตำรวจเอกนายแพทย์วรพันธุ์	เสาวรส
	นายแพทย์ศตวรรษ	ทองสวัสดิ์
	นายแพทย์สิริวัฒน์	อนันตพันธุ์พงศ์
	พลตรีนายแพทย์สุวัฒน์	เลขยานนท์
	พันเอกนายแพทย์อนุจิต	จู่ทะพุทธิ
ปก	นายเอนก	เกตุสมพร
พิมพ์ที่	ศุภวณิช	การพิมพ์
จำนวน	1,500	เล่ม

จุลสารสมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

ปีที่ 7 ฉบับที่ 32

สิงหาคม 2542

สารบัญ

	หน้า
รายนามคณะกรรมการอำนวยการ	4
สมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย	
สารจากนายกสมาคม	10
รายงานการประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯครั้งที่5/2542	14
รายงานการประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯครั้งที่6/2542	31
Topics Review	
Dyspepsia: ลักษณะทางคลินิกและการวินิจฉัยแยกโรค	44
Percutaneous Endoscopic Gastrostomy: An Update	62
ประสบการณ์ดำเนินงานด้านระบบทางเดินอาหารในประเทศไทย ๒๐ ปี	104
สารจากเลขานุการจัดประชุม DDW 1999	107
บรรณาธิการแถลง	108
ภาพข่าว	109
ผู้สนับสนุนการจัดพิมพ์จุลสารสมาคม	114
ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิกสมาคม	115

รายนามคณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯ

วาระปี 2542-2543

1. พญ.กรรณิการ์	พรพัฒน์กุล	นายกสมาคมฯ
2. นพ.ประวิทย์	เลิศวีระศิริกุล	อุปนายก
3. นพ.อุดม	คชินทร	เลขาธิการ
4. พญ.ศศิประภา	บุญญพิสิฏฐ์	เหรัญญิก
5. พ.อ.นพ.อนุชิต	จู่ทะพุทธิ	ประธานฝ่ายปฏิคม
6. นพ.กำธร	เผ่าสวัสดิ์	ประธานฝ่ายวิจัย
7. พญ.วโรชา	มหาชัย	ประธานฝ่ายวิชาการ
8. นพ.เดิมชัย	ไชยนุวัตติ	ประธานฝ่ายโรคตับ
9. พ.อ.นพ.สุรพล	ชื่นรัตน์กุล	ประธานฝ่าย เอ็นโดสโคปี่
10. นพ.สุชา	гурทอง	ประธานฝ่ายวารสาร
11. พ.อ.นพ.สุรพล	สุรางค์ศรีรัฐ	ประธานฝ่ายการ ศึกษาหลังปริญญา
12. พญ.ชุติมา	ประมุลสินทรัพย์	ประธานฝ่าย วิเทศสัมพันธ์
13. นพ.จรินทร์	โรจน์บวรวิทยา	กรรมการกลาง
14. นพ.ทองดี	ชัยพานิช	กรรมการกลาง
15. นพ.นุสนธิ์	กัลลัคนเจริญ	กรรมการกลาง

16. นพ.บัญชา	โอวาทพารพ	กรรมการกลาง
17. นพ.พงษ์พีระ	สุวรรณกุล	กรรมการกลาง
18. นพ.พิศาล	ไม้เรียง	กรรมการกลาง
19. นพ.ไพโรจน์	เหลื่องโรจนกุล	กรรมการกลาง
20. นพ.มานิต	ลีโทชวลิต	กรรมการกลาง
21. พ.ศ.อ.นพ.วรพันธุ์	เสาวรส	กรรมการกลาง
22. นพ.วีกิจ	วีรานูวัตดี	กรรมการกลาง
23. พญ.วีณา	วงศ์พานิช	กรรมการกลาง
24. นพ.สถาพร	มานัสสถิตย์	กรรมการกลาง
25. นพ.องอาจ	ไพรสณทรายกูร	กรรมการกลาง
26. นพ.เกรียงไกร	อัครวงศ์	ที่ปรึกษา
27. นพ.จินดา	สุวรรณรักษ์	ที่ปรึกษา
28. นพ.พินิจ	กุลละวมิชย์	ที่ปรึกษา
29. พล.ต.นพ.วิชัย	ชัยประภา	ที่ปรึกษา
30. นพ.สมหมาย	วิไลรัตน์	ที่ปรึกษา
31. นพ.สวัสดิ์	หิตะนันท์	ที่ปรึกษา
32. นพ.สังพันธ์	อิสรเสนา	ที่ปรึกษา
33. พล.อ.ต.นพ.สุจินต์	จารุจินดา	ที่ปรึกษา

รายนามคณะอนุกรรมการฝ่ายวิจัย

1. นพ.กำธร	เผ่าสวัสดิ์	ประธาน
2. นพ.จรินทร์	โรจน์บวรวิทยา	อนุกรรมการ
3. พญ.ชุติมา	ประมุลสินทรัพย์	อนุกรรมการ
4. นพ.นุสนธิ์	กถัดเจริญ	อนุกรรมการ
5. นพ.บัญญัติ	โอวาทหารพร	อนุกรรมการ
6. นพ.ประวิทย์	เลิศวีระศิริกุล	อนุกรรมการ
7. นพ.พงษ์พีระ	สุวรรณกุล	อนุกรรมการ
8. นพ.พลรัตน์	วิไลรัตน์	อนุกรรมการ
9. นพ.พิศาล	ไม้เรียง	อนุกรรมการ
10. นพ.มานิต	ลีโทชวลิต	อนุกรรมการ
11. พ.ต.อ.นพ.วรพันธุ์	เสาวรส	อนุกรรมการ
12. พญ.วโรชา	มหาชัย	อนุกรรมการ
13. นพ.ศตวรรษ	ทองสวัสดิ์	อนุกรรมการ
14. นพ.สถาพร	มานัสสถิตย์	อนุกรรมการ
15. นพ.สิริวัฒน์	อนันตพันธุ์พงศ์	อนุกรรมการ
16. พ.อ.นพ.สุรพล	ชินรัตน์กุล	อนุกรรมการ
17. พ.อ.นพ.สุรพล	สุรางค์ศรีรัฐ	อนุกรรมการ
18. นพ.องอาจ	ไพรสมทรางกูร	อนุกรรมการ
19. พ.อ.นพ.อนุชิต	ภูชะพูทธิ	อนุกรรมการ

20. นพ.อุดม	คชินทร	อนุกรรมการ
21. นพ.อุทัย	แก้วเอี่ยม	อนุกรรมการ
22. พญ.กรรณิการ์	พรพัฒน์กุล	ที่ปรึกษา
23. นพ.เกรียงไกร	อัครวงศ์	ที่ปรึกษา
24. นพ.ทองดี	ชัยพานิช	ที่ปรึกษา
25. นพ.เดิมนชัย	ไชยนุวัตติ	ที่ปรึกษา
26. นพ.พินิจ	กุลละวณิชย์	ที่ปรึกษา
27. นพ.สวัสดิ์	หิตะนันท์	ที่ปรึกษา
28. นพ.สุชา	สุระทอง	ที่ปรึกษา

รายนามคณะอนุกรรมการฝ่ายวิชาการ

1. พญ.วโรชา	มหาชัย	ประธาน
2. นพ.อำนาจ	ศรีรัตนบัลล์	อนุกรรมการ
3. นพ.มานิต	ลีโทชวลิต	อนุกรรมการ
4. พญ.เฟื่องเพชร	เกียรติเสวี	อนุกรรมการ
5. พญ.ชุติมา	ประมุลสินทรัพย์	อนุกรรมการ
6. นพ.ไพโรจน์	เหลือองโรจนกุล	อนุกรรมการ
7. นพ.องอาจ	ไพรสณธารางกูร	อนุกรรมการ
8. นพ.ธีระ	พิรัชวิสุทธิ์	อนุกรรมการ
9. นพ.สังพันธ์	อิสรเสนา	ที่ปรึกษา

รายนามคณะอนุกรรมการฝ่ายวิเทศสัมพันธ์

1. พญ.ชุติมา	ประมุลสินทรัพย์	ประธาน
2. พญ.วโรชา	มหาชัย	อนุกรรมการ
3. พญ.นภาพร	จำรูญกุล	อนุกรรมการ
4. นพ.ธีระ	พีรชวิสุทธิ์	อนุกรรมการ

รายนามคณะอนุกรรมการฝ่ายการศึกษาหลังปริญญา

1. พ.อ.นพ.สุรพล	สุรางค์ศรีรัฐ	ประธาน
2. นพ.เกรียงไกร	อัครวงศ์	อนุกรรมการ
3. นพ.กำธร	เผ่าสวัสดิ์	อนุกรรมการ
4. นพ.ปัญญา	โอวาทพารพร	อนุกรรมการ
5. นพ.องอาจ	ไพโรธมหารางกูร	อนุกรรมการ
6. นพ.พิศาล	ไม้เรียง	อนุกรรมการ
7. นพ.นุสนธิ์	กัณฑ์เจริญ	อนุกรรมการ
8. พ.อ.นพ.อนุชิต	จุฑาทุทธิ	อนุกรรมการ
9. นพ.เสถียร	เดชะไพฑูรย์	อนุกรรมการ
10. พญ. โฉมศรี	โหมยิตชัยวัฒน์	อนุกรรมการ
11. นพ.บุษยามา	ศตวรรษธำรง	อนุกรรมการ
12. นพ.สถาพร	มานัสสถิตย์	ที่ปรึกษา

รายนามคณะกรรมการฝ่ายวารสาร

1. นพ.สุชา	กระทอง	ประธาน
2. พญ.กรรณิการ์	พรพัฒน์กุล	อนุกรรมการ
3. นพ.กำธร	เผ่าสวัสดิ์	อนุกรรมการ
4. นพ.จรินทร์	โรจน์บวรวิทยา	อนุกรรมการ
5. พญ.ชุติมา	ประมุขสินทรัพย์	อนุกรรมการ
6. นพ.นุสนธิ์	กัลลัดเจริญ	อนุกรรมการ
7. นพ.บัญญัติ	โอวาทพารพร	อนุกรรมการ
8. นพ.ประวิทย์	เลิศวีระศิริกุล	อนุกรรมการ
9. นพ.พลรัตน์	วีไลรัตน์	อนุกรรมการ
10. นพ.พิศาล	ไม้เรียง	อนุกรรมการ
11. นพ.ไพโรจน์	เหลื่องโรจนกุล	อนุกรรมการ
12. นพ.มานิต	ลีโทชวลิต	อนุกรรมการ
13. พญ.วโรชา	มหาชัย	อนุกรรมการ
14. นพ.วิกิจ	วีรานูวัตต์	อนุกรรมการ
15. นพ.สถาพร	มานัสสถิตย์	อนุกรรมการ
16. นพ.อุดม	คชินทร	อนุกรรมการ
17. พ.ศ.อ.นพ.วรพันธุ์	เสาวรส	อนุกรรมการ
18. พ.อ.นพ.สุรพล	ชินรัตน์กุล	อนุกรรมการ
19. พ.อ.นพ.อนุชิต	จู่ทะพุทธิ	อนุกรรมการ

สารจากนายกสมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

เรียน ท่านสมาชิกสมาคมฯที่รักเคารพทุกท่าน

การเตรียมการประชุม Digestive Disease Week Thailand 1999 และ The 5th Asia Pacific AGA Conference ซึ่งได้ใกล้เข้ามาแล้ว ทางคณะกรรมการได้เตรียมการอย่างหนัก เนื่องจากมีอุปสรรคหลายอย่างที่เข้ามาโดยเฉพาะปัญหาทางเศรษฐกิจ แต่ท่านประธาน อาจารย์พิณี และคณะกรรมการก็ได้พยายามแก้ปัญหาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งทำให้ทุกคนมีกำลังใจที่จะทำงานให้สำเร็จ แต่ที่แน่ๆแพทย์ไทยทุกท่านจะได้ประโยชน์ต่อการประชุมครั้งนี้ เนื่องจากวิทยากรที่มาบรรยายมีชื่อเสียงระดับโลก ซึ่งถ้าเราไปฟังการบรรยายอย่างนี้ในต่างประเทศจะเสียค่าใช้จ่ายสูงมาก

งานใหญ่ของเดือนที่ผ่านมาคือการสัมมนาเรื่อง “แนวทางในการปรับปรุงหลักสูตรของการฝึกอบรมพลโลว์ สาขาวิชาโรกระบบทางเดินอาหาร 2542” ในวันที่ 12-13 สิงหาคม 2542 โดยมีเป้าหมายหลักคือเป้าหมายในการผลิตพลโลว์, การควบคุมคุณภาพของสถาบัน, ทิศทาง และเป้าหมายของการวิจัย, เกณฑ์การประเมินผล และ core curriculum ซึ่งเป็นการประชุมที่เข้มข้นมาก เนื่องจากประชุมตั้งแต่เช้าถึง 5 ทุ่ม และครึ่งวันของวันต่อมา เสร็จแล้วก็เดินทางกลับบ้าน ผลออกมาดีมาก ได้ข้อสรุปที่เป็นรูปธรรมสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างดี ทำให้คิดค้นซึ่งไม่เคยไปกาญจนบุรีมาก่อน ก็ไม่ได้เห็นอะไรนอกจากห้องประชุม ทางคณะกรรมการฝ่ายการศึกษาหลังปริญญาซึ่งมี

อาจารย์สุรพล สุรางค์ศรีรัฐ เป็นประธาน ได้สรุปแนวทางปฏิบัติและเพื่อ
เสนอกรรมการอำนวยการเพื่อพิจารณา และแจ้งให้สถาบันฝึกอบรมและส่วน
ราชการที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวปฏิบัติต่อไป ดิฉันขอขอบคุณอาจารย์สุรพล
และกรรมการผู้เกี่ยวข้อง รวมทั้งผู้เข้าร่วมสัมมนาทุกท่านที่ได้ลงแรงช่วยกัน
ให้งานนี้ลุล่วงอย่างดี ดิฉันขอกราบขอบพระคุณอาจารย์สมพันธ์ บุญยุพดี
และโรงพยาบาลวิชัยยุทธ ที่ให้ความสะดวกในการจัดที่พักให้แพทย์ต่าง
จังหวัดและเป็นจุดนัดพบก่อนไปสัมมนา

ในการจัดประชุมวิชาการ เนื่องจากเราจะจัดงานประชุมวิชาการใหญ่
ปลายปี ทางคณะกรรมการได้มีมติให้คงจัดการประชุมวิชาการกลางปี โดยให้
มีการประชุมในส่วนภูมิภาคร่วมกับสถาบันอื่นแทน ทางสมาคมฯร่วมกับคณะ
แพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ได้จัดการอบรมวิชาการเรื่อง
“ปัญหาโรกระบบทางเดินอาหารที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติทั่วไป” ในวันที่ 16-17
สิงหาคม 2542 โดยมีอาจารย์อุดม, อาจารย์ทวีศักดิ์ ร่วมเป็นวิทยากรกับอาจารย์
คณะแพทยศาสตร์ ม.สงขลานครินทร์ ได้แก่อาจารย์บัญชา, อาจารย์อุทัย และ
อาจารย์ธีระ

ทางภาคเหนือ, สมาคมฯร่วมกับภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้จัดการอบรมและสอนแสดงเรื่อง “An update of
Management of Hepatocellular carcinoma” เมื่อวันที่ 1-2 กรกฎาคม 2542 ที่
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โดยมีวิทยากรจากประเทศไทย และ
ญี่ปุ่น ให้การฝึกอบรม Prof.Yashiro, อาจารย์เดิมชัย, อาจารย์กรรณิการ์,
อาจารย์ชูศักดิ์ และดร.ไมตรี เป็นวิทยากร และมีการสอนวิธีการทำ Direct

ethanol injection, Superselective chemoembolization และ Intra-arterial-infusion ในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งตับ ซึ่งทำให้แพทย์ผู้เกี่ยวข้องทางภาคเหนือได้รับความรู้อย่างกว้างขวางและสามารถนำไปรักษาผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งตับได้

ในวันที่ 27-28 สิงหาคม 2542 ทางชมรมโรคตับร่วมกับสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย โดยมีอาจารย์เดิมนชัย ไชยนิวัด ประธานฝ่ายโรคตับได้จัดการสัมมนาเรื่อง“แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคตับอักเสบเรื้อรังชนิดบี และซี ในประเทศไทย” เพื่อจะได้ข้อสรุปในการปฏิบัติให้ถูกต้อง ประหยัด และเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยที่เป็นโรคตับอักเสบเรื้อรังต่อไป

กลุ่มวิจัยโรคระเพาะอาหาร ได้จัดสัมมนาร่วมกันเพื่อหาแนวทางปฏิบัติเรื่อง “การวิจัยร่วมสถาบันเรื่องโรคระเพาะอาหารและ Helicobacter pylori” โดยประธานกลุ่มคืออาจารย์อุทุม และกรรมการทั้งหมด เพื่อได้มาซึ่งการวิจัยร่วมสถาบัน ซึ่งครอบคลุมข้อมูลที่ควรจะมีในประเทศไทย ซึ่งจะมีประโยชน์อย่างสูงต่อความก้าวหน้าของวิชาการแพทย์ของบ้านเรา

The Asian Clinical Oncology Society (ACOS) ได้จัด 4th International Meeting ขึ้นที่บาห์ลี อินโดนีเซีย ในวันที่ 4-8 สิงหาคม 2542 ซึ่งดิฉันได้รับเชิญให้ไปบรรยายเรื่อง “Tissue Polypeptide-Specific Antigen (TSA) and Alpha-fetoprotein (AFP) in hepatocellular carcinoma และ Prognostic factors after chemoembolization of hepatocellular carcinoma patients ในงานดังกล่าว คณะกรรมการจัดการประชุมได้รับการค่าใช้จ่ายในการเดินทางให้และก็ได้มีโอกาสพบปะกับผู้เชี่ยวชาญในการรักษาโรคมะเร็งตับและทางเดินอาหารและเป็นแนวทางที่จะแลกเปลี่ยนความรู้ในอนาคต

ดิฉันขอจบรายงานท่านสมาชิกไว้ก่อนและจะพยายามติดตามงานที่
ค้างๆไว้เพื่อจะให้เป็นรูปธรรมนำมาปฏิบัติได้ และขอขอบคุณทุกท่านที่
ความร่วมมือเป็นอย่างดีตลอดมา

ศาสตราจารย์แพทย์หญิงกรรณิการ์ พรพัฒน์กุล
นายกสมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

รายงานการประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯ
ครั้งที่ 5/2542 ณ โรงแรมโซลทวินทาวเวอร์, กรุงเทพฯ
วันศุกร์ที่ 11 มิถุนายน 2542, เวลา 10.00-12.00 น.

รายนามผู้เข้าร่วมประชุม

- | | |
|--------------------------------|------------------------------|
| 1. พญ.กรรณิการ์ พรพัฒน์กุล | นายกสมาคมฯ |
| 2. นพ.ประวิทย์ เลิศวีระศิริกุล | อุปนายก |
| 3. นพ.อุดม คชินทร | เลขาธิการ |
| 4. พญ.ศศิประภา บุญญพิสิฏฐ์ | เหรัญญิก |
| 5. พ.อ.นพ.อนุชิต จุฑะพุทธิ | ประธานฝ่ายปฎิคม |
| 6. นพ.กำธร เผ่าสวัสดิ์ | ประธานฝ่ายวิจัย |
| 7. พญ.วโรชา มหาชัย | ประธานฝ่ายวิชาการ |
| 8. นพ.เดิมชัย ไชยนิวดี | ประธานฝ่ายโรคตับ |
| 9. พ.อ.นพ.สุรพล ชื่นรัตนกุล | ประธานฝ่ายเอ็นโคสโคปี้ |
| 10. นพ.สุชา คุระทอง | ประธานฝ่ายวารสาร |
| 11. พ.อ.นพ.สุรพล สุรางค์ศรีรัฐ | ประธานฝ่ายการศึกษาหลังปริญญา |
| 12. นพ.จรินทร์ โรจน์บวรวิทยา | กรรมการกลาง |
| 13. นพ.ทองดี ชัยพานิช | กรรมการกลาง |
| 14. นพ.บัญญัติ โอวาทพารพร | กรรมการกลาง |
| 15. นพ.พงษ์พีระ สุวรรณกุล | กรรมการกลาง |
| 16. พ.ต.อ.นพ.วรพันธุ์ เสาวรส | กรรมการกลาง |

- | | |
|---------------------------------|-------------|
| 17. นพ.วิกิจ วีรานุกต์ | กรรมการกลาง |
| 18. พญ.วิณา วงศ์พานิช | กรรมการกลาง |
| 19. นพ.เกรียงไกร อัครวงษ์ | ที่ปรึกษา |
| 20. นพ.พินิจ กุลละวณิชย์ | ที่ปรึกษา |
| 21. พล.ต.นพ.วิชัย ชัยประภา | ที่ปรึกษา |
| 22. นพ.สมหมาย วิไลรัตน์ | ที่ปรึกษา |
| 23. พล.อ.ต.นพ.สุจินต์ จารุจินดา | ที่ปรึกษา |
| 24. นพ.สุริยะ จักกะพาก | |

รายนามผู้ไม่สามารถเข้าร่วมประชุม

- | | |
|------------------------------|-------------------------|
| 1. พญ.ชุติมา ประมูลสินทรัพย์ | ประธานฝ่ายวิเทศสัมพันธ์ |
| 2. นพ.นุสนธิ์ กลัดเจริญ | กรรมการกลาง |
| 3. นพ.พิศาล ไม้เรียง | กรรมการกลาง |
| 4. นพ.ไพโรจน์ เหลืองโรจนกุล | กรรมการกลาง |
| 5. นพ.มานิต ลีโทชวลิต | กรรมการกลาง |
| 6. นพ.สถาพร มานัสสติกดิ์ | กรรมการกลาง |
| 7. นพ.องอาจ ไพรสณหารางกูร | กรรมการกลาง |
| 8. นพ.จินดา สุวรรณรักษ์ | ที่ปรึกษา |
| 9. นพ.สวัสดิ์ หิตะนันท์ | ที่ปรึกษา |
| 10. นพ.สังพันธ์ อิศรเสนา | ที่ปรึกษา |

เปิดประชุม เวลา 10.00 น.

วาระที่ 1 เรื่องที่ประธานแจ้งให้ทราบ

- 1.1 ได้เดินทางไปร่วมประชุม AGA ที่ออลัน โค ประเทศสหรัฐอเมริกา ระหว่างวันที่ 16-19 เมษายน 2542 ที่ผ่านมา ซึ่งในการเดินทางไปร่วมประชุมครั้งนี้ได้มีโอกาสพูดคุยกับ Dr.Owyang เกี่ยวกับ AGA ในแง่ส่วนรวม เช่นการประชุม AGA ที่ออลัน โคครั้งนี้ มีผู้เข้าร่วมประชุมมากขึ้นเกือบ 20%
- 1.2 ได้มีโอกาสเข้าพบกับ Prof. Classen ซึ่งได้รับคำชมเชยเกี่ยวกับเรื่องการทำงานของคณะกรรมการ Local Host Committee ของ WCOG 2002
- 1.3 หนังสือ guideline เกี่ยวกับการวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วย dyspepsia ได้จัดพิมพ์และแจกให้กับแพทย์ทั่วประเทศเรียบร้อยแล้ว
- 1.4 ได้รับจดหมายจากราชวิทยาลัยอายุรฯแจ้งเกี่ยวกับรายละเอียดดังนี้
 1. ขอให้สมาคมเสนอชื่ออนุกรรมการฝึกอบรมและสอบฯสาขาอายุรศาสตร์ ดังนั้นจึงได้ส่งพันเอกนายแพทย์สุรพล สุรางค์ศรีรัฐ เป็นตัวแทนของสมาคม
 2. ได้รับแจ้งถึงความคืบหน้าในการรวบรวม Clinical Practice guideline ซึ่งขณะนี้ guideline ของสมาคมที่กำลังอยู่ระหว่างการดำเนินการคือ liver abscess
- 1.5 ได้รับจดหมายตอบขอบคุณในการส่งผลการดำเนินการปรับปรุงคู่มือการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพระบบทางเดินอาหาร

จากสำนักงานประกันสังคม กระทรวงสาธารณสุข โดยมี
นายแพทย์ประวิทย์ เลิศวีระศิริกุล และคณะ ได้จัดทำขึ้น

1.6 ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ร่วมกับสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย จะจัดการประชุมวิชาการเรื่อง An update of Management Hepatocellular Carcinoma ระหว่างวันที่ 1-2 กรกฎาคม 2542 ณ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ในการประชุมครั้งนี้ได้เชิญนายแพทย์เต็มชัย ไชยอนุวัติร่วมเป็นวิทยากรและขอเรียนเชิญคณะกรรมการทุกท่านที่สนใจเข้าร่วมประชุมในครั้งนี้ด้วย

1.7 รายงานคณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯที่แจ้งลาประชุมคือ
นายแพทย์สถาพร มานัสสฤติย์, นายแพทย์นุสนธิ์ กัลลเจริญ,
นายแพทย์มานิต ลิโทชวลิต และแพทย์หญิงชุติมา ประมูลสินทรัพย์

วาระที่ 2 รับรองรายงานการประชุมครั้งที่ 5/2542

ที่ประชุมมีมติรับรองรายงานการประชุมครั้งที่ 5/2542 โดยไม่มีการแก้ไข

วาระที่ 3 เรื่องสืบเนื่องและพิจารณา

3.1 ความคืบหน้าในการเตรียมการประชุม Digestive Disease Week Thailand (DDW)1999

3.1.1 แพทย์หญิงกรณิการ์ พรพัฒน์กุล ได้แถลงแทนนายแพทย์
สถาพร มานัสสฤติย์ ซึ่งลาประชุม เกี่ยวกับการที่ได้เดินทางไปประชุมร่วม AGA

ที่ออลันโด ประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งได้สรุปไว้ในเอกสารประกอบการประชุมหมายเลข 1/2542

3.1.2 นายแพทย์พินิจ กุลละวณิชย์ ได้แจ้งความคืบหน้าในการเตรียมการจัดประชุมดังนี้

3.1.2.1 ขณะนี้กำลังรอคำตอบจากในสำนักพระราชวัง เรื่องสมเด็จพระนางเจ้าพระบรมราชินีนาถ จะเสด็จมาเปิดงานประชุมฯ ได้หรือไม่

3.1.2.2 ได้เจรจาขอให้ Prof. Owyang พยายามช่วยสนับสนุนค่าตัวเครื่องบินของวิทยากรจากอเมริกา อย่างน้อย 5-6 ท่าน จากรายชื่อที่เสนอมานี้ โดยทางสมาคมฯ จะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในส่วนที่พักและค่าลงทะเบียน

3.1.2.3 กำลังทำจดหมายถึงบริษัท การบินไทย จำกัด เพื่อจะขอตัวฟรี เช่น ขอตัวฟรี จำนวน 15 ใบ สำหรับวิทยากร, ขอตัววีราคาพิเศษลด 75% จำนวน 50 ใบ สำหรับวิทยากร, ขอตัวฟรีกรุงเทพ-เชียงใหม่ 20 ใบ สำหรับเจ้าหน้าที่ เป็นต้น และเพื่อสนับสนุนให้ใช้สายการบินไทย โดยพยายามเชิญชวนให้บินเข้าประเทศไทยด้วยสายการบินไทยมากที่สุด

3.1.2.4 ขณะนี้มีการจองบูธทั้งหมด 36 บูธ โดยมี principal sponsor คือบริษัท เซอริงพลาว และบริษัททาเคดา

และ General sponsor คือ บริษัทเจนเซ่น, บริษัท แอสตรา และบริษัท เอไอ

- 3.1.2.5 ได้นำ 2nd announcement ของการประชุมนำไปแจก AGA ที่ออลัน โด ประเทศสหรัฐอเมริกา ด้วย
- 3.1.2.6 กำลังจดหมายถึงบริษัทฯในเมืองไทยทั้งที่เกี่ยวกับทางเดินอาหารและไม่เกี่ยวข้องกับทางเดินอาหาร ให้มาร่วมออกบูธสำหรับการประชุมครั้งนี้ หรืออาจจะให้การสนับสนุนแพทย์เข้าร่วมการประชุมด้วย
- 3.1.2.7 คณะกรรมการสมาคมฯขอให้รับการสนับสนุนจากบริษัทฯ กรณีถ้าคณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯ ท่านใด ที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากบริษัทฯทางสมาคมฯจะรับผิดชอบค่าห้องและค่าเดินทาง และจะยกเว้นค่าลงทะเบียน
- 3.1.2.8 วิทยากรได้ติดต่อเรียบร้อยแล้ว และได้ติดต่อบริษัทฯที่จัด Satellite symposium ให้พยายามเลือกวิทยากรที่มีรายชื่อตามที่คณะกรรมการได้กำหนดไว้แล้ว
- 3.1.2.9 ขอให้คณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯช่วยกระตุ้นบริษัทฯให้ช่วยออกบูธ หรือสนับสนุนแพทย์เข้าร่วมการประชุมครั้งนี้ด้วย

3.1.2.10 ด้านการประชาสัมพันธ์ได้มีการแจ้งความคืบหน้า การเตรียมจัดประชุมลงในวารสารของราชวิทยาลัย และจุลสารสมาคมฯ และจะมีการประชาสัมพันธ์ ทางหนังสือพิมพ์อีกครั้งหนึ่ง

3.1.2.11 ได้รับจดหมายจาก Dr. G.C. Farrell ซึ่งเป็น hepatologist จากประเทศออสเตรเลีย ให้ช่วย พิจารณาเกี่ยวกับเรื่อง Young Investigator Award ด้วย เนื่องจากที่มะลิลดา ไม่มีการสนับสนุนในเรื่องนี้ และคณะกรรมการดำเนินงานจัดประชุมได้มีมติให้ ประเทศที่เป็นสมาชิกของ Asia Pacific ทุกประเทศ จะได้ Young Investigator Award จำนวน 1 ท่าน โดยให้ประเทศนั้นๆเสนอชื่อมาหลายๆคนเพื่อให้ คณะกรรมการดำเนินงานของ AGA เป็นผู้พิจารณา คัดเลือก ผู้ที่ได้รับการคัดเลือกจะได้รับการยกเว้นค่า ลงทะเบียน และค่า accommodation ส่วนค่าเครื่องบิน ให้ออกเอง ซึ่งก็ได้ทำจดหมายแจ้งไปแต่ละ ประเทศเรียบร้อยแล้ว

ที่ประชุมเสนอแนะให้ทำโปสเตอร์แจกฟรีแต่ละ แห่งและขอให้แต่ละสถาบันช่วยกันส่ง paper ด้วย

3.2 ความคืบหน้าในการเตรียมการประชุม World Congresses of Gastroenterology (WCOG)2002

3.2.1 นายแพทย์เติมชัย ไชนวัต ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบเกี่ยวกับการไปประชุมการประชุม ที่ออลันโค ประเทศสหรัฐอเมริกา เมื่อวันที่ 14 พฤษภาคม 2542 ดังสรุปได้ดังนี้

3.2.1.1 การประชุม Council Member Meeting เป็นการประชุมที่รายงานความคืบหน้าของกิจกรรมของ OMGE ทั่วไป ในการทำงานของ OMGE ทุกอย่าง จะต้องขึ้นกับ council member ซึ่งประกอบด้วย Executive Member จำนวน 3 คน คือ President, Prof. Classen, Secretary General, Prof. Quiley และ Treasurer, Prof. Geenen และในการดำเนินงานของ OMGE ประกอบด้วยกรรมการอีกหลายท่านเช่น ประกอบด้วย Vice president แต่ละภาค, Chairman of Committee ต่างๆ

3.2.1.2 การประชุม concordat meeting คือบริษัทต่างๆที่เข้ามาช่วย ซึ่ง OMGE จะมีความเกี่ยวข้องกับบริษัท ยาค่อนข้างมากเช่น Dr. Schapiro ซึ่งเคยเป็น president ของ World congresses ที่ลอสแอนเจลิส ซึ่งเป็นผู้ที่ติดต่อกับบริษัทต่างๆในการที่จะหาเงินสนับสนุน และในปีนี้เป็น principal sponsor ก็จะขอรับการ

สนับสนุน 6 บริษัทๆละประมาณ 400,000 เหรียญ ถ้าเป็น major sponsor ก็จะขอรับการสนับสนุน 200,000 เหรียญ ถ้า general sponsor ประมาณ 100,000 เหรียญ ทั้งหมดที่ Dr. Schapiro เตรียมหารายได้จะมีประมาณ 4 ล้านเหรียญ แต่ก็ไม่ใช่จะได้ง่ายๆในการประชุม concordat บริษัทๆที่จะให้การสนับสนุนอยากจะรู้ว่า OMGE ได้เงินไปแล้ว เอาไปทำอะไร ทุกอย่างต้องมีคำอธิบาย ประเทศที่ได้รับเงินไปแล้วจะเอาไปทำอะไร พร้อมกันนี้ Dr.Schapiro ได้ถามถึงเรื่องเงิน ถ้าสมาคมฯได้มาแล้วจะนำเงินส่วนนี้ไปทำอะไร ซึ่งได้ตอบไปว่างบประมาณครึ่งหนึ่งของสมาคมจะสนับสนุนงานด้านวิจัย

3.2.2 นายแพทย์ประวิทย์ เลิศวีระศิริกุล ได้แจ้งถึงความคืบหน้าให้ที่ประชุมทราบดังนี้

3.2.2.1 ข้อตกลงแรกเริ่มในการ bidding คือถ้าประเทศไทยได้รับให้เป็นเจ้าภาพในการจัดประชุม World Congress of Gastroenterology 2002 ถ้าจัดประชุมแล้วได้รับกำไร จะแบ่ง 80:20 คือ OMGE ได้ 80% ส่วนสมาคมฯได้ 20% ดังนั้นจากการได้ไปร่วมประชุมครั้งนี้ นายแพทย์เคิมชัย ไชยนิวดี ได้พยายามต่อรองกับ OMGE ถึงเรื่องจะขอเพิ่มเปอร์เซ็นต์จาก

กำไรที่ได้เกินที่ตั้งไว้ ซึ่งในที่ประชุมได้มีมติให้เพิ่ม
ส่วนแบ่งให้ประเทศไทยอีก 5% ดังนั้นอัตราส่วนที่
แบ่งคือ 75:25

3.2.2.2 ทางประเทศไทยได้เสนอในที่ประชุมว่าขอให้ทาง
OMGE ช่วยสนับสนุนในด้านวิชาการ ซึ่งต่อไปใน
อนาคตอาจส่ง Fellow หรือ Staff ไปอบรมที่สหรัฐ
อเมริกา หรือทำ research ซึ่งก็ได้รับคำตอบที่จะช่วย
ประเทศไทยเต็มที่

3.2.3 พันเอกนายแพทย์อนุชิต จูชะพุทธิ ได้แจ้งความคืบหน้าให้ที่
ประชุมทราบดังนี้

3.2.3.1 ได้มีการประชุมของ Scientific Program Committee
ซึ่งใน committee ชุดนี้จะมีประมาณ 20 ท่าน ซึ่งมา
จากทุก area ของทั่วโลก ที่ประชุมได้มีการอภิปราย
กันอย่างกว้างขวาง และก็ยังไม่มี การสรุปที่แน่นอน
Topics ที่ได้เตรียมเสนอไปจากประเทศไทยนั้น ไม่มี
ปัญหาอะไร แต่ทาง OMGE ให้ทำ questionnaire อีก
ครั้ง เพราะเวลาค่อนข้างน้อยแต่หัวข้อมีเยอะ ขณะนี้
กำลังจะดำเนินการส่ง questionnaire ออกไปอีกครั้ง
เพื่อหาผู้รับผิดชอบแต่ละ topics ซึ่งคิดว่าคงจะได้ข้อ
มูลที่เป็นรูปธรรมมากขึ้น ก่อนที่จะไปประชุมครั้ง
หน้าทีอิตาลีในเดือนพฤศจิกายนนี้

3.2.3.2 quest speaker ที่เชิญออกไปในขณะนี้ประมาณ 400
กว่าคน

3.2.4 นายแพทย์กำธร เผ่าสวัสดิ์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

3.2.4.1 ในเรื่องของ paper ของประเทศไทยที่คาดว่าจะ
สามารถนำมาเสนอในที่ประชุม World Congresses
of Gastroenterology 2002 คือ paper ของกลุ่มวิจัย
โรคกระเพาะอาหาร ซึ่งขณะนี้กำลังอยู่ในขั้นเตรียม
การเขียน proposal เพื่อจะขอการรับการสนับสนุน
จาก 2 แห่งคือสมาคมฯ และ สกว.

3.2.4.2 ขอแนะนำเลขา World Congresses Gastroenterology
2002 จำนวน 2 คน คือ คุณฟรานซิสก้า สิงชวงค์
และ คุณพนารัตน์ วิวัฒน์พนาชัย โดยปฏิบัติงานที่
โรงพยาบาลวิชัยยุทธและโรงพยาบาลพระมงกุฎฯ

3.3 การเตรียมสอบ GI Fellow

3.3.1 พันเอกนายแพทย์สุรพล สุรางค์ศรีรัฐ ได้แจ้งความคืบหน้าให้ที่
ประชุมทราบดังนี้

3.3.1.1 ขณะนี้ข้อสอบ MEQ และ MCQ ได้เตรียมพร้อมแล้ว

3.3.1.2 ในปีนี้จะไม่มีสอบ Oral ดังนั้นจึงขอโทษอาจารย์ท่าน
อาวุโสด้วย

3.3.1.3 เนื่องจากการรวบรวมคะแนนที่จะให้เสร็จภายในวันสุดท้ายของการสอบนั้น อาจจะมีข้อผิดพลาดได้ อีกทั้งมีการเปลี่ยนแปลงการสอบบางอย่าง และคะแนนที่รวบรวมเสร็จแล้วจะต้องนำเข้าไปประชุมคณะกรรมการฝ่ายการศึกษาหลังปริญญาเพื่อพิจารณาอีกครั้ง และจะนำมาแจ้งเพื่อให้ที่ประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯทราบต่อไป ดังนั้นการประกาศผลหลังการสอบ จะแจ้งผลหลังจากการสอบเสร็จสิ้นแล้ว 1 เดือน

3.3.1.4 การสัมมนาเกี่ยวกับหลักสูตร Fellow จะจัด ณ บ้านสวนฝัน จ.กาญจนบุรี รายละเอียดการสัมมนาจะแจ้งให้ที่ประชุมทราบในคราวต่อไป และขอเรียนเชิญคณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯทุกท่านเข้าร่วมการสัมมนาในครั้งนี้ด้วย
ที่ประชุมได้เสนอแนะดังนี้

1. ควรกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนสอบผ่านที่แน่นอน
2. ควรกำหนดเกณฑ์เวลาที่ใช้ในการสอบ long case
3. ควรมีการให้คะแนนของบุคคลิกลักษณะที่จะเป็น consultant ได้

4. ควรจะแจ้งให้อาจารย์ผู้คุมสอบและผู้สอบทราบถึงการเปลี่ยนแปลง เช่นในปีนี้มีไม่มีการสอบ short case

3.4 การทำ guideline ของโรกระบบทางเดินอาหาร

แพทย์หญิงกรรณิการ์ พรพัฒน์กุล ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบเกี่ยวกับความคืบหน้าในการดำเนินการจัดทำ guideline ของสมาคมฯ ซึ่งขณะนี้ได้จัดทำและพิมพ์แจกเรียบร้อยแล้ว จำนวน 1 เรื่องคือ เรื่อง dyspepsia ดังนั้นจึงควรที่จะเริ่มทำในหัวข้ออื่นอีก เช่น Chronic diarrhea หรือ hepatitis

ที่ประชุมได้เสนอแนะในการทำ guideline นั้นควรที่จะคำนึงถึง

1. ระดับของแพทย์ เนื่องจากการทำ guideline อาจจะไม่ใช่เกี่ยวข้องกับโรค อาจพิจารณาถึงการ approach ที่ถูกต้อง
2. การ investigate
3. ผลกระทบของการใช้ guideline ในแง่ของการรักษาพยาบาล เช่น การใช้ยาตาม guideline

3.5 การจัดทำประวัติสมาคมฯ

นายแพทย์วิจิตร วีรานุกต์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบถึงความคืบหน้าในการจัดทำประวัติของสมาคมฯ ซึ่งขณะนี้กำลังอยู่ในขั้นดำเนินการเก็บข้อมูลต่างๆ ดังเอกสารประกอบการประชุมหมายเลข 4/2542

3.6 การรวบรวมบัญชีอุปกรณ์และทรัพย์สินของสมาคมฯ

นายแพทย์อุดม คชินทร ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบเกี่ยวกับการรวบรวมบัญชีอุปกรณ์และทรัพย์สินของ สมาคมฯ ดังรายละเอียดเอกสารประกอบการประชุมหมายเลข 2/2542

3.7 การให้ความรู้เรื่องโรกระบบทางเดินอาหารแก่ประชาชน

3.7.1 แพทย์หญิงกรรณิการ์ พรพัฒน์กุล ได้ขอฝากให้กับคณะกรรมการ
อำนวยการสมาคมฯช่วยกันคิดด้วย

3.7.2 นายแพทย์วิจิตร วีรานุกต์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าในอดีต
สมาคมฯเคยจัดการประชุมเพื่อให้ความรู้แก่ประชาชนมาหลาย
ครั้งแล้ว ทั้งทางโทรทัศน์,ทางวิทยุหรือลงพิมพ์ในหนังสือพิมพ์

3.7.3 แพทย์หญิงศศิประภา บุญญพิสิฏฐ์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่า
ขณะนี้ที่คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลก็จะมีการให้ความรู้
แก่ประชาชนอยู่เสมอ ซึ่งก็จะมีเรื่องที่เกี่ยวข้องกับทางเดิน
อาหารด้วย

3.7.4 พันเอกนายแพทย์อนุชิต จุฑะพุทธิ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่า
ขณะนี้ชมรมโรคตับ ที่ได้เผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับโรคตับให้กับ
ประชาชนทั่วไปเป็นระยะๆ ซึ่งได้จัดไปแล้ว 1 ครั้ง และอีก 2
ครั้ง คาดว่าจะจัดที่ต่างจังหวัด

3.7.5 พันเอกนายแพทย์สุรพล ชื่นรัตนกุล ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบ
ว่าการจัดทำโฮมเพจของสมาคมฯ ซึ่งขณะนี้สมาคมฯได้จัดทำ

เสร็จเรียบร้อยแล้วและสามารถใช้เป็นสื่อกลางในการติดต่อกับ
ประชาชนได้ ดังนั้นถ้าสามารถเขียนลงบนโฮมเพจของ
สมาคมฯ ได้ก็จะเป็นการให้ความรู้แก่ประชาชนอีกทางหนึ่ง

3.7.6 นายแพทย์เดิมชัย ไชยนิวติ ได้ฝากข้อเสนอให้ที่ประชุม
พิจารณาจัดทำเป็นหนังสือ ส่วนค่าจัดพิมพ์อาจจะติดต่อบริษัท
ยาต่างๆช่วยสนับสนุน

ที่ประชุมเสนอแนะว่าถ้าสามารถใช้วิทยุเป็นสื่อกลาง
ได้ เช่นวิทยุของกรมประชาสัมพันธ์ หรือวิทยุของทางทหารจะ
เป็นประโยชน์มาก เนื่องจากประชาชนทั่วไปสามารถเปิดรับฟัง
กันได้

3.8 วารสารสมาคมฯ

นายแพทย์สุชา คุระทอง ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบเกี่ยวกับความคืบหน้า
ในการเตรียมจัดทำหนังสือวารสารของสมาคมฯ ซึ่งได้มีการประชุมคณะ
กรรมการฝ่ายวารสารเมื่อวันที่ 11 พฤษภาคม 2542 ดังสรุปได้ดังนี้

1. วารสารจะตีพิมพ์บทความ เป็นภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ
2. ชื่อของวารสาร : วารสาร โรกระบบทางเดินอาหาร (The Thai Journal of Gastroenterology)
3. ตีพิมพ์ทุก 4 เดือน ปีละ 3 เล่ม กำหนดออกเล่มแรก ม.ค.-เม.ย. 2543
4. เนื้อหาแต่ละเล่มประกอบด้วย

(1) งานวิจัย 3 - 4 เรื่อง

- (2) รายงานผู้ป่วย 1 - 2 เรื่อง
 - (3) บทความพื้นวิชา 1 - 2 เรื่อง
 - (4) GI image ทาง รังสีหรือ endoscopy หรือ histology
 - (5) เสนอและอภิปรายผู้ป่วยน่าสนใจ 1 ราย
 - (6) บทบรรณาธิการ (editorial) หรือวิจารณ์ (commentary)
รายงาน เรื่องน่าสนใจในฉบับ
 - (7) Selected Summaries ประมาณ 2 - 4 เรื่อง
5. ในระยะแรก ประธานฝ่ายวารสารจะส่ง instruction to authors ให้ทุกท่านได้รับทราบ
 6. เพื่อให้มีเรื่องเพียงพอสำหรับตีพิมพ์ไม่ขาดตอนตลอด 1-2 ปีแรก ขอความกรุณาให้คณะกรรมการฯฝ่ายวารสาร, คณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯ และสมาชิกสมาคมฯ กรุณาส่งเรื่องเพื่อตีพิมพ์ท่านละ 1 - 2 เรื่อง
 7. ที่ประชุมแนะนำให้นำเรื่องจาก symposium จัดโดยบริษัทตีพิมพ์ในวารสารได้ ทั้งนี้โดยคิดค่าตอบแทน

วาระที่ 4 เรื่องอื่นๆ

- 4.1 พลตรีนายแพทย์วิชัย ชัยประภา ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบเกี่ยวกับความคืบหน้าในการที่ได้รับมอบหมายจากคณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯ ให้ดำเนินการติดต่อกับการสื่อสารแห่งประเทศไทย เพื่อจัดทำดวงตราไปรษณียากรที่ระลึกในการประชุม World

Congress of Gastroenterology 2002 ซึ่งขณะนี้ได้รับการติดต่อ กลับมาว่าคณะกรรมการพิจารณาดวงตราไปรษณียากรได้พิจารณา จดหมายของทางสมาคมฯแล้ว แต่เนื่องจากยังมีเวลาอีกพอสมควร ดังนั้นจึงขอให้ชะลอไว้ก่อน

4.2 แพทย์หญิงศศิประภา บุญญพิสิฏฐ์ ได้แจ้งถึงรายรับ-รายจ่ายของ สมาคมฯ ดังรายละเอียดเอกสารการประชุมหมายเลข 5/2542

ที่ประชุมเสนอแนะว่าเนื่องจากขณะนี้ดอกเบี้ยการฝากเงินได้ ลดลง ดังนั้นในการใช้จ่ายเงินของสมาคมฯต้องคำนึงถึงเงินต้น ด้วย โดยพยายามใช้เฉพาะแต่ดอกเบี้ย

4.3 นายแพทย์อุดม คชินทร ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าสมาชิก สมัยครใหม่ จำนวน 7 ท่านคือ นายแพทย์เมธี ลิมปวิวัฒน์พร, นายแพทย์สุรชัย เข็ญบุญคณา, แพทย์หญิงสุวรรณี สายสังข์, แพทย์หญิงสรภาพ มัทยาท, แพทย์หญิงศศิธร พิณีจผล, นายแพทย์ธีรพล สุขมาก, และนายแพทย์ประภัสสร สมิตยเชิฐร ซึ่งฝ่ายเลขานุการสมาคมฯได้ตรวจสอบแล้วมีคุณสมบัติครบถ้วน ตามระเบียบข้อบังคับสมาคมฯ

ที่ประชุมมีมติรับรองสมาชิกใหม่ทั้ง 7 ท่าน

ปิดประชุมเวลา 12.20 น.

นายแพทย์อุดม คชินทร

บันทึกการประชุม

รายงานการประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯ
ครั้งที่ 6/2542 ณ โรงแรมโซลทวินทาวเวอร์, กรุงเทพฯ
วันศุกร์ที่ 9 กรกฎาคม 2542 เวลา 10.00-12.00 น.

รายนามผู้เข้าร่วมประชุม

1. พญ.กรรณิการ์ พรพัฒน์กุล	นายกสมาคมฯ
2. นพ.ประวิทย์ เลิศวีระศิริกุล	อุปนายก
3. นพ.อุดม คชินทร	เลขาธิการ
4. พญ.ศศิประภา บุญญพิสิฏฐ์	เหรัญญิก
5. นพ.กำธร เผ่าสวัสดิ์	ประธานฝ่ายวิจัย
6. นพ.เต็มชัย ไชยнуวัติ	ประธานฝ่ายโรคตับ
7. พ.อ.นพ.สุรพล สุรางค์ศรีรัฐ	ประธานฝ่ายการศึกษาหลังปริญญา
8. นพ.จรินทร์ รัตน์บวรวิทยา	กรรมการกลาง
9. นพ.ทองดี ชัยพานิช	กรรมการกลาง
10. นพ.บัญชา โอวาทพารพร	กรรมการกลาง
11. นพ.มานิต ลีโทชวลิต	กรรมการกลาง
12. นพ.วิกิจ วิจารณ์วัตดี	กรรมการกลาง
13. นพ.ศตวรรษ ทองสวัสดิ์	แทน นพ.องอาจ ไพรสมทรางกูร
14. นพ.เกรียงไกร อัครวงค์	ที่ปรึกษา
15. พล.ต.นพ.วิชัย ชัยประภา	ที่ปรึกษา
16. นพ.สมหมาย วิไลรัตน์	ที่ปรึกษา

- | | |
|---------------------------------|-----------|
| 17. นพ.สวัสดิ์ หิตะนันท์ | ที่ปรึกษา |
| 18. นพ.สังพันธ์ อิศรเสนา | ที่ปรึกษา |
| 19. พล.อ.ต.นพ.สุจินต์ จารุจินดา | ที่ปรึกษา |

รายนามผู้ไม่สามารถเข้าร่วมประชุม

- | | |
|------------------------------|-------------------------|
| 1. พ.อ.นพ.อนุชิต จูฑะพุทธิ | ประธานฝ่ายปฏิบัติ |
| 2. พญ.วโรชา มหาชัย | ประธานฝ่ายวิชาการ |
| 3. พ.อ.นพ.สุรพล ชื่นรัตนกุล | ประธานฝ่ายเอ็นโคสโคปีย์ |
| 4. นพ.สุชา ฤระทอง | ประธานฝ่ายวารสาร |
| 5. พญ.ชุติมา ประมูลสินทรัพย์ | ประธานฝ่ายวิเทศสัมพันธ์ |
| 6. นพ.นุสนธิ์ กัดัดเจริญ | กรรมการกลาง |
| 7. นพ.พงษ์พีระ สุวรรณกุล | กรรมการกลาง |
| 8. นพ.พิศาล ไม้เรียง | กรรมการกลาง |
| 9. นพ.ไพโรจน์ เหลืองโรจนกุล | กรรมการกลาง |
| 10. พ.ต.อ.นพ.วรพันธุ์ เสาวรส | กรรมการกลาง |
| 11. พญ.วีณา วงศ์พานิช | กรรมการกลาง |
| 12. นพ.สถาพร มานัสสถิตย์ | กรรมการกลาง |
| 13. นพ.จินดา สุวรรณรักษ์ | ที่ปรึกษา |
| 14. นพ.พินิจ กุลละวณิชย์ | ที่ปรึกษา |

วาระที่ 1 เรื่องที่ประธานแจ้งให้ทราบ

- 1.1 ได้รับจดหมายจากราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ขอให้สมาคมฯเสนอชื่ออนุกรรมการสาขา โดยในปีนี้ได้รวมอนุกรรมการสาขากับอนุกรรมการฝึกอบรมเฟลโลว์เข้าด้วยกัน ให้เสนอชื่อสถาบันละ 1 ท่าน หรือไม่เกิน 2 ท่าน ซึ่งจะดำเนินการเสนอชื่อให้ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ฯต่อไป
- 1.2 ตามที่ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ร่วมกับสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย ได้จัดการประชุมวิชาการเรื่อง An update of Management Hepatocellular Carcinoma เมื่อวันที่ 1-2 กรกฎาคม 2542 ไปแล้ว นั้น ผลการจัดประชุมดังกล่าวได้ผลลุล่วงและประสบผลสำเร็จไปได้ด้วยดี
- 1.3 ขอแสดงความยินดีกับแพทย์หญิงวโรชา มหาชัย ที่ได้รับเลือกให้เป็น Member ของ Bockus International Society of Gastroenterology
- 1.4 ได้รับจดหมายแนะนำเกี่ยวกับสมาคมโรคทางเดินอาหารของประเทศมองโกเลีย
- 1.5 รายนามคณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯที่แจ้งลาประชุมคือ พันเอกนายแพทย์อนุชิต จูฑะพุทธิ, แพทย์หญิง วโรชา มหาชัย, นายแพทย์สุชา คุระทอง, แพทย์หญิงชุติมา ประมูลสินทรัพย์, แพทย์หญิงวิณา วงศ์พานิช และ นายแพทย์พงษ์พีระ สุวรรณกุล

วาระที่ 2 รับรองรายงานการประชุมครั้งที่ 5/2542

ที่ประชุมมีมติรับรองรายงานการประชุมครั้งที่ 5/2542 โดยไม่มีการแก้ไข

วาระที่ 3 เรื่องสืบเนื่องและพิจารณา

3.1 ความคืบหน้าในการเตรียมการประชุม Digestive Disease Week Thailand (DDW) 1999

เนื่องจากนายแพทย์สถาพร มานัสสติกดิ์ ขอลาประชุม ดังนั้นจึงขอผ่านไปก่อน

3.2 ความคืบหน้าในการเตรียมการประชุม World Congresses of Gastroenterology (WCOG) 2002

3.2.1 นายแพทย์เติมชัย ไชยนุวัติ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

3.2.1.1 ขณะนี้กำลังเร่งดำเนินการจัดทำ Scientific Program

3.2.1.2 ได้รับจดหมายจาก Prof. Quigley แนะนำ Highlight ของการจัดประชุมในปี 2002

3.2.1.3 ในปี 2002 เป็นปีที่ครบรอบ 10 ปี ของ World Congress of Endoscopy ดังนั้น OMDE ต้องการจะให้มีการจัดประชุม Postgraduate Course ในวันอาทิตย์ที่ 24 กุมภาพันธ์ 2545

3.2.1.4 ได้รับฟังจากนายแพทย์สถาพร มานัสสติกดิ์ เกี่ยวกับ Young Investigator Award ขณะนี้ได้ส่งจดหมายไป

ถึงประเทศสมาชิกมากกว่า 100 ประเทศ แต่ได้รับจดหมายกลับมาเพียง 23-28 ประเทศ ซึ่งในการประชุมที่เวียดนาม มี Young Investigator Ward มาร่วมประชุมประมาณ 130 ท่าน แต่จะมากหรือน้อยก็ขึ้นอยู่กับงบประมาณที่ OMGE ได้รับจากบริษัทฯ

3.2.1.5 Transportation แพทย์หญิงวโรชา มหาชัย ได้ทำโครงการมาให้ดู สรุปแล้วสำหรับผู้เข้าร่วมประชุมจำนวน 1 หมื่นคน ต้องใช้รถในการรับและส่งประมาณ 350 คัน ซึ่งจะต้องใช้งบประมาณถึง 18 ล้านบาทงบประมาณที่ได้จาก OMGE สำหรับผู้เข้าร่วมประชุม 4,500 คน ทาง OMGE ให้มาจำนวน 7 ล้านบาท ซึ่งก็คงจะต้องพิจารณากันใหม่ว่าจะต้องใช้รถจำนวน 350 คันหรือไม่

3.2.1.6 OMGE โดย Prof. Classen อาจจะมาตั้ง Endoscopic Training Center ในเมืองไทย ซึ่งก็ได้ดำเนินการทำไปแล้วที่ South Africa และประสบผลสำเร็จ นับว่าจะเป็นผลดีต่อเมืองไทย ซึ่งจะต้องดำเนินการสืบสานเรื่องนี้ต่อไปในอนาคตด้วย

3.2.2 นายแพทย์กำธร เผ่าสวัสดิ์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

3.2.2.1 Scientific Meeting ซึ่ง Prof. Quigley อยากจะให้มีการห้องในแต่ละวันที่เป็น interactive โดยทำเป็น case

presentation นั้น ที่ผ่านๆมาประสบผลสำเร็จ ถ้าเป็นไปได้ก็คงจะต้องมี case ที่ดีและน่าสนใจและต้องการที่จะให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้รับ academic ด้วย ซึ่งจะเป็นการก้าวสู่ศตวรรษใหม่ในการนำเสนอการ lecture ด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัย

3.2.2.2 ทาง OMGE คีใจมากต่อการที่ได้รับเงินค่า commission 10% จากค่าโรงแรม ซึ่งที่เวียนนา OMGE ไม่ได้รับส่วนแบ่งนี้ ด้านทัวริสตามคมฯจะได้รับค่า commission ทั้งหมดและจากประสบการณ์ในการจัด Fram. Trip ทั้ง 2 ครั้ง ได้มี President หลายท่านสนใจที่จะเยี่ยมชมโรงเรียนแพทย์ จึงฝากให้ที่ประชุมช่วยพิจารณาจัดทัวริสโรงเรียนแพทย์ด้วย

3.2.2.3 เนื่องจากสมาคมฯจะได้รับเงินทุกอย่างจากการขายของที่ระลึกดังนั้นจึงขอรับข้อเสนอแนะจากที่ประชุมในเรื่องนี้ด้วย

3.2.2.4 OMGE ต้องการที่จะให้มีการประชาสัมพันธ์ WCOG 2002 ออกไปเรื่อยๆ

3.2.2.5 สัญญาที่ตกค้างจากการจัด Fram. Trip ต่อนายกสมาคมโรคทางเดินอาหารของประเทศตุนิเซีย, อิตาลี, เยอรมัน, สวิสเซอร์แลนด์ จำนวน 4 ประเทศ ซึ่งเราควรจะเชิญมาแต่ยังไม่ได้กำหนดว่าเป็นเมื่อใด

3.2.3 นายแพทย์อุดม คชินทร ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

แผนในระยะสั้นสำหรับการประชาสัมพันธ์ ในช่วงปี 2542 ดังนี้

1. จะเน้นให้แพทย์และคนไทยทราบว่าจะมีการประชุมดังกล่าวและหวังผลว่าจะได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐและภาคเอกชน
2. สำหรับการประชาสัมพันธ์ทางหนังสือพิมพ์นั้นค่อนข้างที่จะลำบาก หากคณะกรรมการท่านใดมีช่องทางที่จะประชาสัมพันธ์ขอให้ช่วยกันด้วย ซึ่งขณะนี้กำลังดำเนินการติดต่อกับหนังสือพิมพ์เคลนิวิสต์อยู่
3. ทางด้านโทรทัศน์ กำลังดำเนินการติดต่อช่อง 5 เพื่อให้ นายแพทย์เดิมชัย ไชยวุฒิ ไปสัมภาษณ์
4. มีโครงการที่จะให้มีการประชาสัมพันธ์ในรูปแบบของ Cutout ที่สนามบินดอนเมืองหรือในจุดที่น่าสนใจ

3.2.4 นายแพทย์วีรกิจ วีรานูวัต ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

3.2.4.1 บินดีที่จะช่วยนายแพทย์อุดม คชินทร ในการติดต่อลงประชาสัมพันธ์ในหนังสือพิมพ์เคลนิวิสต์

3.2.4.2 ได้รับจดหมายจาก Prof. Niwa (เอกสารประกอบการประชุมหมายเลข 3/2542)

3.2.4.3 ได้รับจดหมายจาก The Asia-Pacific Society for Digestive Endoscopy ขอให้สมาคมฯสำรวจจำนวน

Endoscopist ของไทยจากจำนวน Endoscopist ของแต่ละประเทศที่ส่งมาให้คุณนั้นเป็นตัวเลขที่คลาดเคลื่อนผิดจากความเป็นจริงทุกประเทศ เหตุที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากจะต้องเสียค่าสมาชิกคนละ 2 เหรียญในส่วนของประเทศไทย ได้ตอบไปมีจำนวน Endoscopist 75 คน

3.2.5 นายแพทย์กำธร เผ่าสวัสดิ์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

3.2.5.1 ปัญหาเรื่องการมีชื่อ World Congress of Endoscopy ใน WCOG 2002 หรือไม่นั้น ในการประชุมครั้งแรกที่โรงแรมโอเรียลเต็ล นั้น Prof. Classen ชี้แจงอย่างชัดเจนว่าในการประชุม WCOG ในประเทศไทยจะไม่มี Congresses จะเป็น Congress ซึ่งไม่รู้ว่าการมีชื่ออยู่ร่วมกันจะหมายถึงการแบ่งเงินด้วยหรือเปล่า

3.2.5.2 ในส่วนของผลกำไรหรือขาดทุน ทาง OMGE จะเป็นผู้ควบคุมทั้งหมด

3.2.5.3 First Announcement พิมพ์โดย PCO ที่เนเธอร์แลนด์ ที่ออกมาในรูปแบบนี้ไม่ทราบว่าเป็นจุดประสงค์ของ Prof. Classen หรือไม่ และในการพิมพ์ครั้งต่อไปทาง OMGE จะเป็นผู้ควบคุมและกำหนดการพิมพ์ทั้งหมด

ที่ประชุมให้ข้อเสนอแนะดังนี้

1. ช่วยพิจารณาหัวข้อการศึกษาเรื่องใหม่ๆ เช่น Gene Therapy, Photo dynamic therapy
2. ขอฝากการประชุมสัมพันธ์ AGA ควบคู่ไปกับการประชุมสัมพันธ์ WCOG ด้วย
3. ขอให้นายแพทย์เดิมชัย ไชยนิวัดิตี ทำจดหมายชี้แจงถึง Prof. NIWA เกี่ยวกับการพิมพ์ First Announcement ซึ่งไม่มีชื่อ World Congress of Endoscopy รวมทั้งให้มีการติดต่อแจ้ง ไปยัง Prof. Classen รับทราบด้วย

3.3 ผลการสอบ GI Fellow และการสมัครเพื่อปรับปรุงหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคระบบทางเดินอาหาร

พันเอกนายแพทย์สุรพล สุรางค์ศรีรัฐ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบเกี่ยวกับผลการสอบ GI Fellow ประจำปี 2542 ดังนี้

- 3.3.1 ในปีนี้ได้รับเงินค่าสมัครสอบ GI Fellow จากราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ฯ เป็นเงิน 96,000 บาท และได้ใช้จ่ายในการดำเนินการจัดสอบ GI Fellow เป็นเงิน 75,282 บาท ผลสรุปการสอบเฟลโลว์ พร้อมสรุปผล

การวิเคราะห์ข้อสอบ (เอกสารประกอบการประชุม
หมายเลข 2/2542)

3.3.2 จากการสอบ GI Fellow ประจำปี 2542 จำนวน 16
ท่าน มีผู้สอบไม่ผ่าน 1 ท่าน ซึ่งมีคะแนนรวมภาค
ทฤษฎีและภาคปฏิบัติ 59.9% จึงขอความคิดเห็นจากที่
ประชุม ช่วยพิจารณารายละเอียดผลการสอบดังกล่าว
ด้วย

ที่ประชุมได้พิจารณาผลการสอบตามเกณฑ์การ
ประเมินผลแล้ว มีมติให้สอบผ่านทั้ง 16 ท่าน และที่
ประชุมได้มีข้อเสนอแนะดังนี้

1. จะต้องมีส่วนเกณฑ์การให้คะแนนสอบผ่าน
หรือวิธีการสอบที่รัดกุมและชัดเจน
2. ควรจะแจ้งให้ผู้สอบได้รับทราบวิธีการประเมิน
ผลการสอบ
3. ข้อสอบควรจะได้มาตรฐาน

3.3.3 ขอให้ที่ประชุมช่วยพิจารณาร่างกำหนดการสัมมนา
เพื่อปรับปรุงหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ
โรกระบบทางเดินอาหาร ในวันที่ 12-13 สิงหาคม
2542 ที่ จ.กาญจนบุรี (เอกสารประกอบการประชุม
หมายเลข 4/2542)

3.3.4 ขออนุมัติงบประมาณในการดำเนินการดังกล่าว

จำนวน 90,000 บาท

ที่ประชุมมีมติอนุมัติเงินจำนวนดังกล่าวและที่ประชุมได้เสนอแนะดังนี้

1. ควรจะแจกเอกสารประกอบการประชุมให้ผู้เข้าร่วมสัมมนาอ่านล่วงหน้า
2. ผู้เข้าร่วมสัมมนาทุกท่านควรที่จะศึกษาข้อมูลและอ่านเอกสารประกอบการประชุมในกลุ่มนั้น โดยละเอียดเพื่อเป็นการประหยัดเวลานั้น
3. ให้แต่ละสถาบันที่มีการฝึกอบรมเฟลโลว์ ช่วยเขียนปัญหาในการอบรมของสถาบันนั้นๆ เช่น ปัญหาของหลักสูตรหรือการอบรม

3.4 พิจารณาหัวข้อ Vikit Viranuvatti's Lecture

แพทย์หญิงกรรณิการ์ พรพัฒน์กุล ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าจากการประชุม Digestive Disease Week Thailand (DDW) 1999 ได้เชิญ Prof. Freston J.W. จาก Connecticut มาบรรยายในช่วง Vikit Viranuvatti's Lecture จึงขอปรึกษาในที่ประชุมต้องการที่จะให้บรรยายในเรื่องอะไร

ที่ประชุมเสนอแนะให้ Prof. Freston J.W. เขียนหัวข้อที่จะบรรยายมาให้ที่ประชุมได้พิจารณาเลือกกันอีกครั้ง

3.5 การหารายได้เข้าสมาคมฯ

แพทย์หญิงกรรณิการ์ พรพัฒน์กุล ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าขณะนี้ รายได้ของสมาคมฯ ลดลง และส่วนรายรับคาดว่าจะมีรายได้จากการจัดประชุม DDW 1999 และ WCOG 2002 จึงขอฝากไว้ในที่ประชุมช่วยหาวิธีหารายได้เข้าสมาคมฯ ด้วย

3.6 การพิจารณาเพิ่มเติมเพื่อนำเสนอเข้าบัญชียาหลักแห่งชาติ

แพทย์หญิงกรรณิการ์ พรพัฒน์กุล ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าขณะนี้ มีหลายบริษัทที่มาขอให้สมาคมฯ เสนอเข้าบัญชียาหลักแห่งชาติ

ที่ประชุมเสนอให้ตั้งอนุกรรมการขึ้นมาใหม่ โดยพิจารณาจากบุคคลที่เคยเป็นอนุกรรมการพิจารณาหลัก และเสนอให้นายแพทย์สุชา คุระทอง เป็นประธานคณะอนุกรรมการ

วาระที่ 4 เรื่องอื่นๆ

4.1 แพทย์หญิงศศิประภา บุญญพิสิษฐ์ ได้แจ้งถึงรายรับ-รายจ่ายของสมาคมฯ ดังเอกสารประกอบการประชุมหมายเลข 1/2542

ที่ประชุมได้เสนอแนะดังนี้

1. มอบหมายให้นายแพทย์เกรียงไกร อัครวงษ์ ช่วยดำเนินการหาข้อมูลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายของสมาคมฯ ว่าแต่ละปีเป็นจำนวนเงินเท่าใด มีการจัดสรรอย่างไร เพิ่มหรือลดจากเดิมก็เปอร์เซ็นต์

2. ในอดีตรายได้ของสมาคมฯส่วนใหญ่ได้จากดอกเบี้ยประมาณปีละ 2 ล้านบาท และรายจ่ายส่วนใหญ่ของสมาคมฯ จะใช้ในการสนับสนุนการวิจัย ประมาณ 50% ดังนั้นเมื่อดอกเบี้ยของสมาคมฯได้ลดลง จึงต้องหาวิธีการที่จะหาเงินมาช่วยสนับสนุนการวิจัย เช่นอาจจะขอรับการสนับสนุนจากบริษัทฯ หรือองค์กรอื่นๆ
3. ขอให้ใส่จำนวนเงินของสมาคมฯที่อยู่ในกองทุนรวมในบัญชีของสมาคมฯด้วย

4.2 นายแพทย์เติมชัย ไชยนุวัติ ได้เสนอให้มีวาระรายงานความคืบหน้าของแผนอื่นๆเช่นรายงานความคืบหน้าของกลุ่มวิจัยโรคกระเพาะอาหาร

4.3 นายแพทย์อุดม คชินทร แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่า มีสมาชิกสมัครใหม่ จำนวน 2 ท่านคือ นายแพทย์อนัน ศรีพนัสกุล และ คุณชุติพันธ์ บึงสกุลยานนท์ ซึ่งฝ่ายเลขานุการสมาคมฯได้ตรวจสอบแล้วมีคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบ ข้อบังคับสมาคมฯ

ที่ประชุมมีมติรับรองสมาชิกใหม่ทั้ง 2 ท่าน

ปิดประชุมเวลา 12.15 น.

นายแพทย์อุดม คชินทร

บันทึกการประชุม

Dyspepsia: ลักษณะทางคลินิกและการวินิจฉัยแยกโรค

รศ.นพ.อุดม คชินทร

Dyspepsia เป็นปัญหาที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติทั่วไป พบว่ามีความชุกร้อยละ 20-25 และมีอุบัติการณ์ประมาณร้อยละ 1-2 ต่อปี Dyspepsia เป็นกลุ่มอาการที่ไม่มีความเฉพาะเจาะจง โดยอาจเป็นอาการเริ่มแรกของผู้ป่วยที่เป็นโรคต่างๆทั้งที่เป็น organic และ functional ได้หลายโรค เช่น peptic ulcer, วนในถุงน้ำดี, มะเร็งของกระเพาะอาหาร หรืออาจไม่พบพยาธิสภาพทางกายในผู้ป่วยนั้นเลยก็ได้ ประมาณร้อยละ 60 ของ ผู้ป่วย Dyspepsia ที่ได้รับการสืบค้นด้วยการส่องกล้องตรวจดูระบบทางเดินอาหารส่วนบน หรือการตรวจทางภาพถ่ายรังสีแล้วไม่พบสาเหตุ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีชื่อเรียกว่า unctional dyspepsia

คำจำกัดความ

Dyspepsia หมายถึง อาการหรือกลุ่มอาการที่มีสาเหตุเกี่ยวข้องกับระบบทางเดินอาหารส่วนบน โดยมีอาการเรื้อรังมานานหรือเป็นๆหายๆ (chronic or recurrent) อาการจะมีศูนย์กลางอยู่ที่ช่องท้องส่วนบนผู้ป่วยอาจมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือมีหลายอาการร่วมกันได้แก่

1. Abdominal pain or discomfort
2. Postprandial fullness
3. Abdominal bloating
4. Belching

5. Early satiety
6. Anorexia
7. Nausea
8. Vomiting
9. Heartburn
10. Regurgitation

Functional dyspepsia หมายถึงผู้ป่วยที่มีอาการ dyspepsia โดยไม่พบว่ามีพยาธิสภาพทางกายร่วมด้วย ผู้ป่วยต้องได้รับการส่องกล้องตรวจดูระบบทางเดินอาหารส่วนบนแล้วไม่พบว่ามีรอยโรค เช่น peptic ulcer, มะเร็ง หรือ macroscopic esophagitis เป็นต้น นอกจากนี้การตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆก็ไม่พบสาเหตุของ dyspepsia ด้วย โดยคำจำกัดความแล้วการใช้คำ functional dyspepsia จะถูกต้องมากกว่า non-ulcer dyspepsia แต่เนื่องจากคำว่า non-ulcer dyspepsia ถูกใช้มานานและแพร่หลาย จึงยังมีแพทย์ที่ใช้คำนี้อยู่ด้วย

Organic dyspepsia หมายถึงผู้ป่วย dyspepsia ที่ตรวจพบว่ามีสาเหตุ (organic disease) แน่ชัด เช่น peptic ulcer หรือนิวในถุงน้ำดี เป็นต้น

ลักษณะทางคลินิกและการวินิจฉัยแยกโรค

ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วย dyspepsia นอกจากจะมีอาการ dyspepsia ดังกล่าวแล้ว จะมีอาการหรืออาการแสดงเฉพาะของภาวะหรือโรคที่เป็นสาเหตุของ dyspepsia นั้นๆด้วย

ผู้ป่วย dyspepsia ที่ได้รับการสืบค้นแล้วพบว่าสาเหตุส่วนใหญ่แบ่งได้เป็น 4 กลุ่มคือ functional dyspepsia, peptic ulcer, gastroesophageal reflux และ gastric cancer

การวินิจฉัยแยกโรคผู้ป่วย dyspepsia นั้น สิ่งสำคัญที่จะช่วยในการวินิจฉัยโรคที่เป็นสาเหตุให้ถูกต้องอาศัยการซักประวัติที่ดี การตรวจร่างกายอย่างละเอียดถูกต้อง และการสืบค้นที่เหมาะสม สำหรับสาเหตุของ dyspepsia ได้แสดงไว้ในตารางที่ 1 ซึ่งจะกล่าวถึงลักษณะที่สำคัญของบางโรคพอเป็นสังเขปดังนี้

ตารางที่ 1 สาเหตุของ dyspepsia

1. Functional dyspepsia
2. Peptic ulcer
3. Gastroesophageal reflux
4. Gastric cancer
5. Miscellaneous
 - 5.1 Biliary tract disease
 - 5.2 Gastritis and duodenitis
 - 5.3 pancreatitis
 - 5.4 drugs

Non-steroidal anti-inflammatory agents

(NSAID)

Oral antibiotics

Theophylline

Digitalis

K, Fe replacement

5.5 Metabolic disorders

Diabetes mellitus

hyper-and-hypo-thyroidism

hyperparathyroidism

Electrolyte imbalances

5.6 Ischemic heart disease

5.7 Irritable bowel syndrome

1. Functional dyspepsia ผู้ป่วยมีอาการ dyspepsia โดยที่ไม่มีรอยโรคเมื่อได้รับการส่องกล้องตรวจกระเพาะอาหาร และผลเลือดทาง biochemistry อยู่ในเกณฑ์ปกติ พบได้ร้อยละ 60 ของผู้ป่วย dyspepsia ที่ได้รับการสืบค้นแล้ว

ลักษณะโดยทั่วไปของผู้ป่วยจะมีสุขภาพแข็งแรงดี อายุน้อย ไม่มีลักษณะบอเหตุ (alarm features) และส่วนใหญ่จะมีอาการมานานเกิน 3 เดือน เราสามารถแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 4 กลุ่ม ตามลักษณะอาการเด่นที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ การแบ่งกลุ่มเช่นนี้เพื่อให้สอดคล้องกับพยาธิกำเนิดที่อาจเป็นไปได้โดยพิจารณาตามอาการของผู้ป่วยเหล่านั้น และใช้เฉพาะในผู้ป่วยที่ยังไม่เคยได้รับการสืบค้นหาสาเหตุ แต่จะไม่สามารถยืนยันได้แน่นอนว่าอาการเช่นนี้เกิดจากสาเหตุเช่นใด นอกจากนี้จะได้รับการสืบค้นอย่างถูกต้องสมบูรณ์แล้วเท่านั้น

1.1 Ulcer-like dyspepsia ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีอาการคล้ายผู้ป่วย peptic ulcer กล่าวคือ จะมีอาการปวดใต้ลิ้นปี่, บอกรอบเขตไม่ได้ชัดเจน, มีอาการปวดมากจนตื่นขึ้นกลางดึก, อาการปวดดีขึ้นเมื่อกินอาหารหรือยาลดกรด และมีลักษณะของการปวดเป็นช่วงๆ และเป็นเรื้อรังมานาน ผู้ป่วยที่เคยมีประวัติได้รับการพิสูจน์แน่นอนว่ามี peptic ulcer จะถูกจัดแยกออกไปจากกลุ่มนี้โดยเชื่อว่าอาการดังกล่าวน่าจะเป็นจากการเกิดแผลซ้ำ

1.2 Reflux-like dyspepsia ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีอาการเด่น คือ heartburn และ regurgitation การกินอาหาร การคิมน้ำร้อน และการเปลี่ยนท่า จะกระตุ้นให้มีอาการมากขึ้น อาจพบในผู้ป่วยที่เพ็่งอ้วนหรือมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นไม่นาน

1.3 Dysmotility-like dyspepsia อาการเด่นของผู้ป่วยกลุ่มนี้คือ แน่นท้องหรือรู้สึกไม่สบายในท้อง มักเป็นบริเวณช่องท้องส่วนบนและกลางๆท้อง, ท้องอืด, ท้องร้องโครกคราก, ผู้ป่วยหิวแต่กินแล้วจะอึดเร็วกว่าปกติ และคลื่นไส้ อาจมีเรอบ่อย อาการจะพบได้บ่อยโดยเฉพาะในช่วงกินอาหารอึด

1.4 Non-specific dyspepsia อาการของผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่สามารถจัดเข้าได้กับลักษณะใดลักษณะหนึ่งของ 3 หัวข้อดังกล่าวข้างต้น

2. Peptic ulcer พบได้ร้อยละ 8-25 ของผู้ป่วย dyspepsia แม้ว่าอาการของ peptic ulcer จะมีลักษณะเฉพาะแต่การวินิจฉัยที่แน่นอนคือการส่องกล้องตรวจกระเพาะอาหาร ลักษณะของอาการปวดดังกล่าวต่อไปนี้จะบ่งชี้ว่าเป็น peptic ulcer มากกว่า functional dyspepsia ได้แก่อายุมาก ปวดท้องกลางดึก

อาการปวดที่รุนแรงและบ่อย อาการปวดที่บอกรอบขอบเขตไม่ได้ชัดเจน อาการปวดดีขึ้นหลังกินอาหาร อาเจียน และการตกเลือดในทางเดินอาหาร ในทางตรงข้าม ลักษณะการปวดที่สัมพันธ์กับเวลาอาหาร และอาการปวดดีขึ้นหลังกินยาลดกรดจะไม่ช่วยในการวินิจฉัยแยกโรค peptic ulcer จากภาวะอื่นๆ ได้

3. Gastroesophageal reflux disease (GERD) พบได้ร้อยละ 3-15 ของผู้ป่วย dyspepsia อาการ heartburn และ acid regurgitation รวมกัน จะช่วยในการวินิจฉัยภาวะนี้โดยมีความไวร้อยละ 78 และความจำเพาะร้อยละ 60 (เมื่อขึ้นชั้นการวินิจฉัยด้วยการตรวจด้วย 24-hour esophageal pH monitoring) ถ้าพบ มี heartburn และ regurgitation ร่วมกับอาการอื่นๆ เช่น ปวดท้อง จะทำให้การวินิจฉัยว่าเป็น GERD ยากยิ่งขึ้น และมีความเชื่อถือลดลงมาก พบว่าผู้ป่วย reflux-like dyspepsia จะมีเพียง 1 ใน 3 ที่มี macroscopic esophagitis เมื่อส่องกล้องตรวจ อย่างไรก็ตามแม้ในปัจจุบันยังไม่มี การตรวจทางห้องปฏิบัติการแต่เพียงอย่างเดียวที่จะวินิจฉัย GERD ได้แน่นอน การตรวจด้วย 24 hour esophageal pH monitoring เป็นการตรวจที่ดีที่สุดโดยให้ความไว (ร้อยละ 79-95) และความจำเพาะ (ร้อยละ 86-100) ได้สูงสุด

4. Gastric Cancer พบได้ร้อยละ 1-3 ของผู้ป่วย dyspepsia ลักษณะที่ช่วยบ่งชี้ว่าเป็นมะเร็งของกระเพาะอาหาร ได้แก่ อายุมาก, ประวัติสั้น, อาการปวดท้องจะเป็นอยู่ตลอดเวลา และมีอาการมากขึ้นเมื่อกินอาหาร เมื่ออาหารและน้ำหนักลด นอกจากนี้ มะเร็งของหลอดอาหาร, ตับอ่อน, และลำไส้ใหญ่บริเวณ transverse colon อาจมาด้วยอาการของ dyspepsia ได้

5. **Biliary tract disease** ประมาณร้อยละ 10 ของผู้ป่วย dyspepsia จะมีสาเหตุมาจากโรกระบบทางเดินน้ำดีที่สำคัญคือ นิ่วในถุงน้ำดี ซึ่งมีลักษณะที่สำคัญคืออาการปวดจะเป็นช่วงๆและรุนแรง อาการปวดแต่ละครั้งนานหลายชั่วโมง และจะไม่เกิดในช่วงท้องว่าง อาการปวดอาจร้าวไปด้านหลังหรือไปที่ไหล่ขวาซึ่งพบได้ประมาณร้อยละ 50 ผู้ป่วยอาจมีอาการและอาการแสดงว่าการอุดตันของทางเดินน้ำดี เช่นมีตาและตัวเหลืองเป็นครั้งคราว ปัสสาวะสีเข้ม อุจจาระสีซีด และมีความผิดปกติในการตรวจเลือดเพื่อดูหน้าที่ของตับ สำหรับอาการท้องอืด heartburn และปวดท้องตื้อๆพบร่วมกับภาวะนิ่วในถุงน้ำดีได้ แต่ไม่ได้เป็นลักษณะจำเพาะ

6. **Gastritis และ duodenitis** ส่วนใหญ่แล้วเชื่อว่าไม่ทำให้เกิดอาการ ถ้าไม่มีแผลเกิดขึ้นร่วมด้วย พบว่าในภาวะ acute erosive หรือ hemorrhagic gastritis หรือ duodenitis ซึ่งจะมีนิ่วโทรฟิลซิมแทรกอยู่ในชั้นเยื่อ จะมีอาการปวดท้องได้ร้อยละ 10-60 ส่วน chronic gastritis ซึ่งส่วนใหญ่ของเซลล์ ได้แก่ plasma cell และ lymphocyte มักไม่ค่อยมีอาการ และพบได้ในคนปกติ โดยถ้ามีอายุมากกว่า 40 ปี จะพบมี antral และ fundal gastritis ได้มากกว่าร้อยละ 50 ของประชากรกลุ่มนี้

7. **Drug-induced dyspepsia** มียาหลายตัวที่ทำให้เกิดอาการไม่สบายท้องบริเวณลิ้นปี่ร่วมกับมีหรือไม่มีคลื่นไส้ อาเจียนก็ได้ NSAID อาจทำให้เกิดปวดท้อง โดยจะมีรอยโรคของกระเพาะอาหารหรือ duodenum หรือไม่กี่ได้ ความรุนแรงของอาการไม่ได้เป็นตัวบ่งชี้ว่าต้องมีรอยโรคเกิดขึ้น ยาปฏิชีวนะที่ทำให้เกิดอาการ dyspepsia ได้บ่อยคือ erythromycin และ ampicillin การ

วินิจฉัยจะได้จากประวัติกินยาเป็นสำคัญ การลดขนาดหรือหยุดยาจะทำให้ผู้ป่วยดีขึ้น ซึ่งอาจไม่จำเป็นต้องทำการสืบค้นต่อไป

8. Metabolic disorders โรคเบาหวานที่มี neuropathy ร่วมด้วย มักมี gastric emptying ของทั้งของแข็งและของเหลวช้าลง ทำให้มีอาการแน่นท้องหรือปวดท้องหลังอาหาร, คลื่นไส้, อาเจียน และอืดเร็วกว่าปกติ ผู้ป่วย hyperthyroidism อาจมาด้วยอาการปวดท้องอย่างเฉียบพลัน ร่วมกับมีอาการอาเจียนได้ ส่วน hypothyroidism ผู้ป่วยจะมีอาการเคลื่อนไหวตัวของกระเพาะอาหารช้าลงอย่างมาก ผู้ป่วย hyperparathyroidism อาจมีอาการปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน เมื่ออาหาร อาการปวดท้องมักเป็นที่ใต้ลิ้นปี่ หรือปวดทั่วๆ ท้องก็ได้ และอาจไม่เกี่ยวข้องกับการมี peptic ulcer ซึ่งพบได้ร้อยละ 5-30 ในผู้ป่วย hyperparathyroidism นอกจากนี้ ภาวะ hyperglycemia และ hyperkalemia อาจทำให้ gastric emptying ช้าลง มีอาการแน่นท้องใต้ลิ้นปี่ คลื่นไส้ และอาเจียนได้

9. Irritable bowel syndrome (IBS) ทั้ง IBS และ functional dyspepsia ถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มอาการที่หาสาเหตุไม่พบ (functional) ทั้งคู่ พบว่าร้อยละ 30 ของผู้ป่วย IBS จะมีอาการของ dyspepsia คือปวดท้องใต้ลิ้นปี่ ปวดท้องหลังกินอาหาร, เรอ และคลื่นไส้ ผู้ป่วยอาจมีประวัติเคยได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งมาก่อน การที่อาการของผู้ป่วย IBS และ functional dyspepsia คาบเกี่ยวกัน เนื่องจากว่าทั้ง 2 ภาวะมีพยาธิกำเนิดเป็นแบบ multifactorial ทั้งคู่ และกลไกที่สำคัญของทั้ง 2 ภาวะเป็นจากความผิดปกติในการเคลื่อนไหวของลำไส้ (motility disorders) เช่นเดียวกัน ลักษณะทางคลินิกที่สำคัญในการ

วินิจฉัย IBS ได้แสดงไว้ในตารางที่ 2 สำหรับอาการที่น่าจะบ่งชี้ว่าเป็น functional dyspepsia มากกว่า IBS คือตำแหน่งของการปวดท้องอยู่เฉพาะหรือเหนือระดับสะดือ จำนวนครั้งของการถ่ายอุจจาระไม่เพิ่มขึ้น และลักษณะของอุจจาระจะต้องไม่เหลวเป็นน้ำ

ตารางที่ 2 ลักษณะทางคลินิกที่สำคัญในการวินิจฉัย IBS

1. อาการสำคัญ 6 อย่าง* ซึ่งใช้เป็น criteria ในการวินิจฉัย IBS
 - ก. อาการปวดท้องดีขึ้นหลังถ่ายอุจจาระ
 - ข. อาการปวดท้องสัมพันธ์กับอุจจาระที่เหลวมากขึ้นหรือเป็นน้ำ
 - ค. อาการปวดท้องสัมพันธ์กับการถ่ายอุจจาระดีขึ้น
 - ง. ท้องอืดเห็นชัดด้วยตาเปล่า
 - จ. อุจจาระเป็นมูก
 - ฉ. ความรู้สึกถ่ายอุจจาระไม่สุด
2. อาการทางคลินิกอื่นที่ช่วยชี้แนะว่าเป็น IBS
 - ก. เริ่มเป็นเมื่ออายุน้อยกว่า 50 ปี
 - ข. อาการเป็นมานาน เป็นเดือนหรือปี
 - ค. อาการไม่ได้รุนแรงเพิ่มขึ้น
 - ง. ไม่มีอุจจาระเป็นเลือด
 - จ. ไม่มีอาการปวดท้องหรือถ่ายอุจจาระกลางดึก
 - ฉ. ไม่มีน้ำหนักลด
 - ช. ไม่มีไข้
 - ช. การตรวจร่างกายไม่พบว่ามีหลักฐานของ organic diseases

* ถ้ามีอาการ 3 อย่าง จะมีความไวร้อยละ 84 และความจำเพาะร้อยละ 76 และมี positive predictive value ในการวินิจฉัย IBS ร้อยละ 77 ถ้าผู้ป่วยมีอาการดังกล่าวเพิ่มมากขึ้น หรือครบ 6 อย่าง จะยังมีโอกาสเป็น IBS เพิ่มสูงขึ้น โอกาสที่จะวินิจฉัยได้ถูกต้องจะเพิ่มสูงสุดในผู้ป่วยอายุน้อย และเป็นผู้หญิง

Natural History of Dyspepsia

ผู้ป่วย functional dyspepsia ส่วนใหญ่จะมีการดำเนินโรคแบบเรื้อรัง บางรายอาจมีอาการเป็นๆหายๆไปตลอดชีวิต แต่ไม่มีผลทำให้ความยืนยาวของชีวิตสั้นลง จากการศึกษาแบบ prospective อันหนึ่งพบว่าเมื่อติดตามผู้ป่วยจนครบ 5 ปี ร้อยละ 68 ของผู้ป่วยยังคงมีอาการปวดท้อง โดยมีผลให้เกิดครึ่งหนึ่งของ ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีประสิทธิภาพในการทำงานลดลง นอกจากนี้ ยังพบว่า อายุ, เพศ, ระยะเวลาที่มีอาการ dyspepsia ไม่ว่าจะนานหรือสั้น, peak acid output เมื่อกระตุ้นด้วย pentagastrin, การสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ จะไม่มีผลต่อการดำเนินโรค

สำหรับอุบัติการณ์ของการเกิด peptic ulcer ในผู้ป่วย functional dyspepsia หลังให้การวินิจฉัยแล้วพบว่าถ้าติดตามนาน 1-6.5 ปีมีร้อยละ 3-12 ซึ่งไม่แตกต่างกับอุบัติการณ์ของกลุ่มประชากรทั่วไป แต่ในรายงานของการศึกษาอีกกลุ่มหนึ่ง ซึ่งติดตามผู้ป่วยนาน 7-33 ปี พบว่ามีอุบัติการณ์ของ peptic ulcer ร้อยละ 25-41 ความแตกต่างดังกล่าวเชื่อว่า เนื่องจากการเลือกผู้ป่วยต่างกัน, การให้คำจำกัดความของโรคแตกต่างกัน, ระยะเวลาที่ติดตามผู้ป่วยนานไม่เท่ากัน และส่วนใหญ่การวินิจฉัย peptic ulcer จะใช้การตรวจภาพถ่ายทางรังสีเท่านั้น ซึ่งมีโอกาสผิดพลาดในการวินิจฉัยในตอนแรกได้มาก ดังนั้นคง

ต้องมีการศึกษาอย่างเป็นระบบและถูกต้องระหว่างความสัมพันธ์ของ functional dyspepsia และ peptic ulcer เพิ่มเติมอีกมาก

พยาธิกำเนิดของ functional dyspepsia

1. **Motility disorders** พบว่า ประมาณร้อยละ 50 ของผู้ป่วย functional dyspepsia จะมีความผิดปกติเกี่ยวกับ motility ที่พบได้บ่อยที่สุด คือ ภาวะ delayed gastric emptying และ antral hypomotility สำหรับภาวะ motility disorders อื่นที่เป็นสาเหตุของ functional dyspepsia ได้แก่ lower esophageal sphincter tone ลดลง, gastric hypotonia หรือ hypertonia, gastric myoelectric abnormalities (dysrhythmias), pyloric dysfunction, intestinal dysmotility และ biliary dyskinesia เนื่องจากภาวะ motility disorders ไม่ได้พบใน ผู้ป่วย functional dyspepsia ทุกราย และในผู้ป่วยที่มีภาวะ motility disorders ไม่จำเป็นเสมอไปที่จะต้องมีอาการของ dyspepsia ทำให้ความน่าเชื่อถือของภาวะ motility disorders ว่าจะมีบทบาทสำคัญมากอันหนึ่งในพยาธิกำเนิดของ functional dyspepsia ลดน้อยลง

2. **Altered visceral sensation** ผู้ป่วย functional dyspepsia จะมี gastric hypersensitivity ต่อการขยายตัวของกระเพาะอาหาร และพบมี small intestinal hypersensitivity ด้วย

3. **Gastric acid** เนื่องจากอาการของผู้ป่วย functional dyspepsia มีลักษณะคล้ายกับอาการของผู้ป่วย peptic ulcer ทำให้เกิดแนวความคิดว่ากรดจะเป็นสาเหตุของ functional dyspepsia ได้ แต่จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วย functional dyspepsia มีการหลั่งกรดในกระเพาะอาหารในปริมาณเท่ากับคน

ปกติที่ไม่มีอาการ ยกเว้น subgroup ของผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อ *H.pylori* อาจมี meal-stimulated gastric acid secretion เพิ่มขึ้นได้ ความรุนแรงของอาการของผู้ป่วย functional dyspepsia จะเป็นปฏิภาคส่วนกลับกับอัตราการหลังกรด กล่าวคือผู้ป่วยยังมีอาการรุนแรง จะยังมีการหลังกรดน้อย นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มักได้รับการรักษาด้วยยาลดกรดมาแล้วแต่ผู้ป่วยยังคงมีอาการอยู่ ซึ่งแสดงว่าการลดกรดแต่เพียงอย่างเดียวไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะรักษาอาการของผู้ป่วยให้ลดน้อยลงได้ จากหลักฐานที่มีอยู่เชื่อว่ากรดมีบทบาทน้อยในพยาธิกำเนิดของ functional dyspepsia

4. *Helicobacter pylori* พบว่าร้อยละ 30-60 ของผู้ป่วย functional dyspepsia มี *H.pylori*-induced gastritis ขณะเดียวกันประชาชนทั่วไปที่ไม่มีอาการพบมีความชุกของ *H.pylori* ในอัตราใกล้เคียงกัน อาจเป็นไปได้ว่า *H.pylori* ทำให้เกิดการอักเสบของเยื่อกระเพาะอาหารขึ้น และมีผลทำให้เกิดอาการของ dyspepsia ขึ้นได้ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วย functional dyspepsia ที่มีหรือไม่มีอาการติดเชื้อ *H.pylori* ไม่มีความแตกต่างของลักษณะทางคลินิก และยังไม่สามารถยืนยันประโยชน์ของการกำจัดเชื้อ *H.pylori* ใน ผู้ป่วย functional dyspepsia กล่าวคือผู้ป่วยครึ่งหนึ่งที่กำจัดเชื้อ *H.pylori* ได้แต่อาการไม่หายและอีกครึ่งหนึ่งมีอาการหายแต่ยังคงมีการติดเชื้อ *H.pylori* อยู่ ปัจจุบันยังไม่หลักฐานที่จะยืนยันได้ว่า *H.pylori* เป็นสาเหตุของ functional dyspepsia

5. Psychosocial factors และ stress มีการศึกษาหลายกลุ่มที่แสดงว่า ผู้ป่วย functional dyspepsia จะมีระดับของความวิตกกังวล (anxiety) เพิ่มขึ้นกว่าคนทั่วไป ในระยะหลังได้มีการศึกษาเพิ่มเติมในเรื่องลักษณะของ

บุคลิกภาพของผู้ป่วย functional dyspepsia พบว่าภาวะ anxiety, depression และ neuroticism ไม่ได้เพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วย chronic gastrointestinal complaints อื่นๆ มีหลักฐานแสดงว่าคนสูงอายุ, เพศชาย, สภาวะที่ไม่ได้แต่งงาน และการที่ยังไม่หลักแหล่งทางสังคมที่แน่นอน จะพบว่าภาวะ functional dyspepsia ได้บ่อย และมีอาการรุนแรงกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น ปัจจุบันมีข้อมูลน้อยมากที่จะบอกถึงความสัมพันธ์ระหว่าง stress และ functional dyspepsia พบว่า ผลของ stress ต่อ gastric emptying และ antral motility ตลอดจนการตอบสนองต่อ stress ทางประสาทอัตโนมัติและฮอร์โมนต่างๆ ไม่มีความแตกต่างกันเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วย functional dyspepsia กับผู้ป่วยที่ไม่มีอาการ

6. **Environmental factors** และอาหาร ในปัจจุบันยังไม่หลักฐานที่เป็น controlled study ที่จะยืนยันถึงความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่, แอลกอฮอล์, กาแฟ, อาหารรสจัด หรืออาหารที่มีไขมันมากกับพยาธิกำเนิดของ functional dyspepsia

7. **Genetic factors** จากหลักฐานต่างๆพบว่ากรรมพันธุ์มีบทบาทน้อยมาก หรือไม่มีเลยในพยาธิกำเนิดของ functional dyspepsia

การสืบค้น

มีวัตถุประสงค์สำคัญ 2 อย่างคือ

1. เพื่อค้นหาว่ามีรอยโรคที่อยู่ในระบบทางเดินอาหารส่วนบนหรือไม่
2. เพื่อค้นหาโรคที่อยู่นอกระบบทางเดินอาหารที่จะเป็นสาเหตุของ dyspepsia

เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ข้อแรก การส่องกล้องตรวจและการถ่ายภาพรังสีระบบทางเดินอาหารส่วนบนจะเป็นการสืบค้นขั้นแรกที่ต้องทำ ปัจจุบันถือว่าส่องกล้องเป็น gold standard ในการวินิจฉัยว่าไม่มีพยาธิสภาพในระบบทางเดินอาหารส่วนบน โดยมีความไวร้อยละ 92, ความจำเพาะร้อยละ 100 และมี diagnostic accuracy ร้อยละ 85 (สำหรับ diagnostic accuracy ของการถ่ายภาพรังสีมีเพียงร้อยละ 51) สำหรับการสืบค้นอื่นเพื่อช่วยในการวินิจฉัยหาสาเหตุของ dyspepsia ได้แสดงไว้ในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การสืบค้นเพื่อหาสาเหตุของผู้ป่วย dyspepsia

1. การสืบค้นที่ควรทำเป็นอันดับแรก (first-line tests)

ก. Upper GI endoscopy หรือ barium meal

ข. Ultrasonography

ค. Hematology and biochemistry ที่บ่งชี้โดยลักษณะทางคลินิก

2. การสืบค้นที่พิจารณาเลือกทำเฉพาะในผู้ป่วยบางราย

ก. 24-hour esophageal pH-metry

ข. GI manometry

ค. Measurement of gastric emptying (e.g. radioisotopic)

ง. Manometry of the bile duct

จ. CT scan

เนื่องจากผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ด้วยอาการของ dyspepsia มีจำนวนมาก การทำการสืบค้นในผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ทุกรายจะสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายและเวลาอย่างมาก จึงควรเลือกทำการสืบค้นในทันทีสำหรับผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ตามแนว

ทางการวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วย dyspepsia โดยสมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย ดังต่อไปนี้

1. อายุ 40 ปีขึ้นไป
2. ปวดท้องจุกแน่นจากหลัง
3. น้ำหนักตัวลดลงอย่างเด่นชัด (เกินกว่าร้อยละ 5 ของปกติใน 1 เดือน หรือเกินกว่าร้อยละ 10 ใน 3 เดือน)
4. ประวัติเลือดออกในทางเดินอาหาร
5. อาเจียนไม่หยุด
6. กลืนลำบาก
7. ญาติพี่น้องเป็นมะเร็งทางเดินอาหาร
8. ซีด
9. คีซ่าน
10. ดับ น้าม และ/หรือ ต่อม้าน้ำเหลืองโตผิดปกติ
11. ไข้
12. ก้อนในช่องท้อง
13. ช่องท้องพองเป่ง (distension) ชัดเจน
14. การถ่ายอุจจาระผิดปกติ

แนวทางวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วย dyspepsia

ให้ปฏิบัติตามแนวทางทางการวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วย dyspepsia โดยสมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย (โปรดดูในจุลสารสมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย ฉบับเดือนเมษายน 2542 หน้า 84-89)

References:

1. American Gastroenterological Association Medical Position Statement: Evaluation of Dyspepsia. *Gastroenterology* 1998;114:579-81.
2. Talley NJ, Silvestein MD, Agreus L, Nyren O, Sonnenberg A, Holtmann G. Evaluation of dyspepsia. *Gastroenterology* 1998;114:582-95.
3. Talley NJ, Lam SK, Goh KL, Fock KM. Management guidelines for uninvestigated and functional dyspepsia in the Asia-Pacific region: First Asian Pacific working party on functional dyspepsia. *J Gastroenterol Hepatol* 1998;13:335-53.
4. Whitaker MJ, Brun J, Carelli F. Controversy and consensus in the management of upper gastrointestinal disease in primary care. *IJCP* 1997;51:1-5.
5. Lam SK, Talley NJ. Asian-Pacific Consensus Guidelines on the management of H.pylori. *J Gastroenterol Hepatol* 1998;13:1-12.
6. The European Helicobacter pylori Study Group. Current European concepts in the management of Helicobacter pylori infection: the Maastricht consensus report. *Gut* 1997;41:8-13.
7. Agreus L, Talley NJ. Challenges in managing dyspepsia. *BMJ* 1997;315:1284-88.

8. Ofman JJ, Etchason J, Fullerton S, Kahn KL, Soll AH. Management strategies for H.pylori-seropositive patients with dyspepsia: Clinical and economic consequences. *Ann Intern Med* 1997;126:280-91.
9. Velduhyzen van Zanten SJO, Cleary C, Talley NJ, Peterson TC, Nyren O, Bradley LA, Verlinden M, Tytgat GN. Drug treatment of functional dyspepsia: a systematic analysis of trial methodology with recommendations for the designs of future trials. Report of an International Working Party. *Am J Gastroenterol* 1996;91:660-73.
10. Sonnenberg A, Townsend WF, Muller AD. Evaluation of dyspepsia and functional gastrointestinal disorders: a cost-benefit analysis of different approaches. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1995;7:655-59.
11. Finney JS , Kinnerslery N, Hughes M, O'Bryan-Tear CG, Lothian J. Meta-analysis of antisecretory and gastrokinetic compounds in functional dyspepsia. *J Clin Gastroenterol* 1998;26:312-20.
12. Mullins PD, Colin-Jones DG. Guidelines for the management of dyspepsia: *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1999;11:215-7
13. Tytgat G, Hungin APS, Malfertheiner P, Talley N, Hongo M, McColl K, et al. Decision-making in dyspepsia: controversies in primary and secondary care. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1999;11:223-30

14. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วย Dyspepsia และผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อ *Helicobacter pylori* ในประเทศไทย โดยสมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย พ.ศ.2542 หน้า 1-5
15. Malfertheiner P. Current concepts in dyspepsia: a world perspective. Eur J Gastroenterol Hepatol 1999;11 (suppl 1):S25-S29

Percutaneous Endoscopic Gastrostomy : An Update

นพ.สมบัติ ตรีประเสริฐสุข

รศ.พญ.วโรชา มหาชัย

สาขาวิชาโรคทางเดินอาหาร , รพ.จุฬาลงกรณ์

Gastrostomy เป็นวิธีการใส่ท่อเข้าไปในกระเพาะอาหาร เพื่อให้
อาหารทางระบบทางเดินอาหารสำหรับผู้ป่วยที่มีความจำเป็น หรือไม่สามารถ
รับประทานอาหารเองได้นานมากกว่า 4 สัปดาห์ขึ้นไป

โดยในปี ค.ศ. 1849 Sedillott ก็ได้ทำการผ่าตัดสร้าง fistula เชื่อมต่อ
ระหว่างกระเพาะอาหารกับผิวหนัง เพื่อเป็นทางให้อาหารในผู้ป่วยรายแรก แต่
ผู้ป่วยเสียชีวิตจาก peritonitis

ปี ค.ศ. 1876 Vernelil เป็นแพทย์ที่ทำ gastrostomy ได้สำเร็จเป็นคน
แรก ในผู้ป่วยที่มีปัญหาจาก corrosive esophageal stricture

ปี ค.ศ. 1894 ก็มีผู้ประยุกต์วิธีการทำ gastrostomy จนเป็นที่ยอมรับ
อย่างมาก คือวิธีของ Janeway หรือวิธีของ Stamm

อย่างไรก็ตาม ถึงแม้วิธีดังกล่าวจะปลอดภัย และมีประสิทธิภาพดีขึ้น
แต่ก็มีข้อจำกัดโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีสภาพร่างกายไม่สมบูรณ์ต่อการดมยาหรือ
การผ่าตัด โดยทั่วไป Stamm gastrostomy จะมีภาวะแทรกซ้อน 13.2-23.9%
และอัตราการตาย 0.5-10.4%⁽¹⁻²⁾

ดังนั้นในปีค.ศ.1980 Ponsky และ Ganderer จึงคิดวิธี⁽³⁾ Percutaneous
endoscopic gastrostomy (PEG) ขึ้น ซึ่งไม่จำเป็นต้องใช้วิธีดมยาสลบกับผู้ป่วย

และยังลดภาวะแทรกซ้อน, ลดค่าใช้จ่ายต่างๆลงได้อย่างมาก โดยปัจจุบันมี morbidity 6-16% และ mortality 0-1% ⁽⁴⁾

1. ข้อมูล PEG ของประเทศไทย

ในปัจจุบันมีข้อมูลการศึกษามากมายเกี่ยวกับการใช้ PEG จึงควรมีความรู้ความเข้าใจข้อมูลทั่วไปที่เกี่ยวกับ PEG โดยเฉพาะข้อบ่งชี้ในการทำ, เทคนิคการทำ ภาวะแทรกซ้อน และผลของการใช้ PEG ในผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ

สำหรับข้อมูลประเทศไทย มีการศึกษารวบรวมผู้ป่วยที่ได้รับการทำ PEG จาก 3-4 การศึกษา⁽⁵⁻⁷⁾ ดังสรุปไว้ในตารางที่ 1 ซึ่งจะเห็นว่าจำนวนผู้ป่วยนั้นยังไม่มากนัก เมื่อเปรียบเทียบกับข้อบ่งชี้ที่มี ดังนั้นอายุรแพทย์ทั่วไปและแพทย์เฉพาะทางด้านโรคระบบทางเดินอาหาร จึงควรให้ความสนใจศึกษาเรื่องนี้ด้วย

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลการทำ PEG ในโรงพยาบาลต่างๆ ของประเทศไทย

	ศัลยกรรม คณะแพทยศาสตร์ (มช) ⁵	ศัลยกรรม คณะแพทยศาสตร์ (รามฯ) ⁶	อายุรกรรม รพ.พระมงกุฎฯ
ปีที่รวบรวม	2523	2537-38	2540
จำนวนผู้ป่วย	4	20	11
ชาย:หญิง	-	12:8	10:1
อายุเฉลี่ย	-	59.5(15-89)	59.6 (27-84)
สาเหตุ			
1. Neuro cause	1	7	7
2. Esophageal CA.	-	2	2
3. ENT CA.	2	5	2
4. อื่นๆ	1	6	-
	(Cholangiocarcinoma)	Scleroderma CA Lung Achalasia Insulinoma Cachexia Related	1 1 1 1 2
5. PEG type		← Ponsky's →	
6. ภาวะแทรกซ้อน	1	3	8
	(Wound infection)	wound infection 1 obstruction 1 tube migrate 1	wound infection 3 ปวดแผล 5

เกี่ยวกับการทำหัตถการ PEG ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์นั้น มีผู้ป่วยทั้งสิ้น 37 ราย (ระหว่าง มกราคม 2537-พฤษภาคม 2542) โดยมีอายุเฉลี่ย 75.37 +/- 8.2 ปี และมีข้อบ่งชี้ส่วนใหญ่สำหรับการทำ PEG คือ สาเหตุจากทาง

ระบบประสาท รองลงมาคือ สาเหตุจากเนื้องอกในช่องปาก และหลอดอาหาร ส่วนภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยเป็น minor complication เช่นการติดเชื้อบริเวณ แผล PEG 5 ราย , สายเลื่อนหลุด 2 ราย , aspirated pneumonia 5 ราย เป็นต้น ส่วนข้อมูลการติดตามผู้ป่วยในระยะยาวนั้นพบว่า เสียชีวิต 8 ราย เฉลี่ย 8.8 เดือน หลังทำ PEG.(1.5-23 เดือน) ซึ่งสาเหตุจาก sepsis , heart failure เป็นต้น

การทำหัตถการ PEG ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์นั้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล เพื่อเตรียมตัวก่อนทำ และเฝ้าดูอาการหลังทำ เสร็จแล้ว โดยจะมีข้อแนะนำการดูแลผู้ป่วยให้กับผู้ดูแลและญาติ ดังตารางที่ 2 ตารางที่ 2 แสดงคำแนะนำหลังจากการทำ PEG

การดูแลผู้ป่วยหลังใส่สายให้อาหารทางหน้าท้อง (PEG)

1. เริ่มให้อาหารตามแพทย์สั่ง
 2. เวลาให้อาหารให้ผู้ป่วยนั่งเอนศีรษะสูง 30 องศา และอย่างน้อย 30 นาที หลังให้อาหาร เพื่อป้องกันไม่ให้อาหารไหลย้อนกลับ
 3. บดอาหารและยาให้ละเอียดทุกครั้ง หลังให้อาหารและยาควรให้น้ำตาม 30 ml. ทุกครั้งป้องกันการอุดตันสาย
 4. ทำความสะอาดผิวหนังรอบสายอาหารและได้แผ่นยึดที่หน้าท้องด้วยไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์ผสมน้ำเกลือ (NSS) วันละ 2 ครั้ง จนแผลแห้ง แล้วล้างด้วยน้ำอุ่นวันละครั้ง
 5. เปลี่ยนสายให้อาหารทุก 4-6 เดือน
 6. ถ้าสายให้อาหารหลุด ถ้าในเวลาราชการให้ติดต่อหน่วยทางเดินอาหาร ดึกพร้อมพันซ์ 1 เบอร์ 256-4265 หรือ 256-4356 ถ้านอกเวลาราชการหรือยังไม่สามารถติดต่อหน่วยทางเดินอาหารได้ ให้ไปโรงพยาบาลหรือคลินิกใกล้บ้าน ให้ใช้สายสวนปีสสาวะเบอร์ 16 หรือ 18 ใส่แทนก่อนภายใน 24 ชั่วโมง หลังหลุดเพื่อป้องกันการตีบตันของรูแล้วติดต่อหน่วยทางเดินอาหารในวันถัดไป
-

ในส่วนวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้รวมถึงค่าใช้จ่ายมีดังนี้ (ราคา เมื่อ 1 พฤษภาคม 2542)

1. ค่าสาย Ponsky Pull PEG Kit set ละ 4,200 บาท
มีขนาด 20 Fr (6.7 มิลลิเมตร) เป็นขนาดมาตรฐาน ส่วนขนาดอื่นๆ ที่มี เช่น 16, 20, 28 Fr
2. กรณีเปลี่ยนสาย จะใช้สาย Gastrostomy tube ชนิด Y-port, ความยาว 24 นิ้ว connector และมี balloon ที่ปลาย ราคาชุดละ 1,800 บาท
มีขนาด 14, 16, 18, 20, 24, 26 Fr
3. ค่าทำหัตถการ รายละ 3,000 บาท

2. ข้อบ่งชี้และข้อห้ามในการทำ PEG

ข้อบ่งชี้ที่สำคัญในการทำ PEG นั้น มักใช้ในผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับสารอาหารผ่านทางระบบทางเดินอาหาร (enteral feeding) เป็นเวลานาน อย่างน้อย 30 วัน โดยที่ผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ ได้แก่ ผู้ที่มีปัญหาทางระบบประสาท และผู้ป่วยกลุ่มมะเร็งในช่องปากหรือหลอดอาหาร^(1, 8, 10) ดังตารางที่ 3

อย่างไรก็ตามในปัจจุบันข้อบ่งชี้ของการพิจารณาทำ PEG ได้มีเพิ่มเติมขึ้น อย่างเช่น เพื่อผล gastrointestinal decompression ในรายที่เป็นมะเร็งระยะแพร่กระจายสู่เยื่อช่องท้อง (abdominal carcinomatosis), การใช้ PEG เพื่อการรักษา gastric volvulus โดยการยึดกระเพาะให้ติดกับผนังหน้าท้องทางด้านหน้า นอกจากนี้ยังใช้ PEG เพื่อเป็นทางให้อาหารปรับสภาวะทาง

โภชนาการให้คีขึ้น เช่น ในผู้ป่วยที่ถูกไฟไหม้รุนแรง (severe burns), ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย, ผู้ป่วยโรคเอดส์ (wasting syndrome), ผู้ป่วยสูงอายุ, ผู้ป่วย Crohn's colitis, ผู้ป่วยที่มี external biliary fistulas จะทำให้ bile replacement เป็นต้น

อย่างไรก็ตามความรู้พื้นฐานก่อนการพิจารณาทำ PEG ที่ควรระลึกไว้เสมอมีดังนี้

1. เมื่อไรจึงควรพิจารณาการให้อาหารทางสายยาง ?

เวลาที่เหมาะสมสำหรับการเริ่มให้สารอาหารคือ 1-2 สัปดาห์ หลังจากงดสารอาหารต่างๆหรือจะพิจารณาให้เร็วขึ้น ในกรณีผู้ป่วยมีภาวะทุพโภชนาการอยู่เดิม และการเลือกวิธีให้โดยผ่านทางระบบทางเดินอาหาร (enteral) มีแนวโน้มว่าจะดีกว่าการให้ทางเส้นเลือด (parenteral) โดยเฉพาะถ้าไม่มีข้อห้ามใดๆ เช่น ข้อมูลที่เปรียบเทียบการให้ early enteral feeding กับ parenteral feeding ในผู้ป่วยผ่าตัดที่มีอัตราเสี่ยงสูง พบว่าการให้ทาง enteral จะลดอัตราการตายลงอย่างมาก

2. มีหลักการอย่างไรในการให้อาหารทางสายยาง ผ่านทางจมูก (Nasogastric tubes : NG) ทั้งข้อดี ข้อเสีย และปัญหา ?

- NG tube นั้นเหมาะกับการใช้ในระยะเวลาสั้น ที่น้อยกว่า 30 วัน เพราะมีข้อมูลศึกษาพบว่ามีปัญหาหลักคือ NG tube หลุดเลื่อน อาศัยการใช้งานเฉลี่ยประมาณ 10 วัน เท่านั้น

- ตำแหน่งของ NG tube ควรอยู่เลยตำแหน่งของส่วนที่ 3 ของลำไส้เล็ก duodenum ไปแล้ว เพื่อลดการเกิดความเสี่ยงต่อการสำลักอาหาร
- การใส่ NG tube ต้องระมัดระวัง เพราะอาจเกิดอันตรายได้ เช่น เข้าไปในท่อหลอดลม ดังนั้นหลังใส่ทุกครั้งต้องตรวจสอบให้แน่ใจว่าเข้าสู่ตำแหน่งในทางเดินอาหารแล้ว ส่วนมากต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วย หรืออาจพิจารณาใช้ยาบางตัว เช่น prokinetic drugs (metoclopramide, cisapride) อาจช่วยได้บ้าง โดยเฉพาะกรณี NG tube ขนาดเล็ก
- วิธีการให้อาหารต่างๆ จะมีข้อดี-ข้อเสีย ต่างกันไป แต่ส่วนใหญ่ การให้แบบ intermittent gravity feeding จะใช้ได้กับผู้ป่วยทั่วไป ส่วน pump-controlled infusion หรือการให้ในลักษณะต่อเนื่องพิจารณาในรายที่ทำ gastrostomy tube

ตารางที่ 3 แสดงข้อบ่งชี้สำหรับการทำ PEG

Oropharyngeal causes (≈ 10% of patients)	Nutritional support of patients (≈ 10% of patients)
1. Non-totally obstructing Esophageal carcinoma	1. AIDS patients
2. Oropharyngeal carcinoma	2. Alcoholic hepatitis
3. Presbyesophagus	3. Burns
Neurologic etiologies (≈ 70% of patients)	4. Cirrhosis
1. Alzheimer's disease	5. Crohn's disease
2. Amyotrophic lateral sclerosis	6. Inflammatory myopathy
3. Brainstem infarction	7. Short bowel syndrome
4. Cerebellar infarction	Mechanical etiologies (≈ 5% of patients)
5. Cerebral palsy	1. Facial trauma
6. Cerebrovascular accident	2. Gastric decompression Gastric volvulus
7. Dementia	3. Macroglossia secondary to amyloidosis
8. Depression	4. Route for bile replacement in patients with external biliary fistulas
9. Huntington's chorea	5. Route for administration of long-term unpalatable medications, especially in children
10. Hypoxic encephalopathy	6. Tracheoesophageal fistulas
11. Intracerebral hemorrhage	Pediatric causes (≈ 5% of patients)
12. Meningioma and other Brain tumors	1. Alagille syndrome requiring long-term Medicaitons
13. Non-Wilsonian Hepatocerebral degeneration	2. Biliary atresia
14. Parkinson's disease with dementia	3. Bronchopulmonary dysplasia
15. Postportosystemic encephalopathy dementia	4. Facial cleft
16. Pseudobulbar palsy	5. Multisystem organ disease
17. Respiratory failure	6. Renal failure requiring long-term unpalatable medications

ส่วนข้อห้ามในการทำ PEG มีดังต่อไปนี้

Absolute contraindication to PEG placement

1. ไม่สามารถนำ anterior gastric wall ให้มาชิดผนังหน้าท้องทางด้านหน้าได้
2. ไม่สามารถส่องกล้องผ่านหลอดอาหารได้
3. diffuse peritonitis
4. มีภาวะ gastric outlet obstruction
5. มีภาวะ airway obstruction ที่อาจเกิดขึ้นได้ขณะใส่ PEG
6. ผู้ป่วยที่คาดว่าจะมีอัตราการรอดชีวิตน้อยกว่า 1 เดือน
7. Anorexia nervosa

Relative contraindication

1. massive ascites
2. peritoneal dialysis
3. coagulopathy
4. gastric varices
5. portal hypertension
6. large hiatal hernia
7. hepatomegaly
8. morbid obesity
9. prior subtotal gastrectomy neoplastic or infiltrative diseases of gastric wall

- PEG สามารถใช้กับเด็กอายุน้อยถึง 2 สัปดาห์ ที่มีน้ำหนักอย่างน้อย ⁽¹⁰⁾ 2.5 กิโลกรัม ดังนั้น อายุจึงไม่ใช่ contraindication
- การมี ventriculoperitoneal shunt (VP. Shunt) ก็ไม่เป็นข้อห้ามในการวาง PEG และยังมีข้อมูลแสดงให้เห็นว่า PEG ไม่เพิ่มอัตราการติดเชื้อหรือการทำงานของผิดปกติของ VP. Shunt
- ผู้ป่วยที่มีการผ่าตัดหน้าท้องมาก่อน ก็สามารถวาง PEG ได้ แม้แต่ช่วงหลังผ่าตัดที่เร็วที่สุดถึง 14 วัน เพียงแต่ต้องดูแลเป็นพิเศษ โดยเฉพาะตำแหน่งที่เจาะรูทางหน้าท้องสำหรับวางสาย PEG
- กรณี burn นั้นก็วาง PEG ผ่านแผล burn ได้ ไม่เพิ่มภาวะแทรกซ้อนในเรื่องแผลติดเชื้อ
- ภาวะ recent myocardial infarction ก็เป็นเพียง relative contraindication

จะเห็นว่าข้อบ่งชี้ในการทำ PEG มีมากมายและข้อห้าม (absolute) ก็ไม่มากนัก อย่างไรก็ตามการพิจารณาจะให้ PEG ควรใช้หลัก multidisciplinary approach คือร่วมกันพิจารณาทั้งจากแพทย์, พยาบาล, โภชนากร, ผู้ดูแลผู้ป่วย (ญาติของผู้ป่วย) รวมทั้งผู้ป่วยเอง เพื่อให้มีการพูดคุยปรึกษาถึงผลดีผลเสีย ความจำเป็นของ PEG และการยอมรับของผู้ป่วยให้ได้ก่อนการทำ จุดประสงค์เพื่อให้ PEG มีผลต่อการเพิ่มคุณภาพชีวิต และช่วยให้ผู้ป่วยมีภาวะโภชนาการที่ดีขึ้น เพื่อที่มีโอกาสทำกายภาพบำบัดจนการกลืนอาจกลับมาทำงานได้อีกครั้งหนึ่ง ⁽¹¹⁾

การประยุกต์ใช้ PEG tubes เพื่อจุดประสงค์อื่นๆ

1. gastric decompression กรณีมีปัญหา gastric outlet obstruction ในกรณี advanced metastatic cancer
2. ใช้รักษาภาวะ gastric volvulus โดยมีรายงานที่ใช้⁽¹²⁾ PEG ยึดส่วน body หรือ antrum ของกระเพาะอาหาร ให้มาติดกับผนังหน้าท้อง หลัง จากนั้นประมาณ 20 สัปดาห์ จึงเอาสาย PEG ออก พบว่าผู้ป่วยไม่เกิด recurrent volvulus อีกในระยะ 2 ปี
3. ใช้รักษาผู้ป่วย obstructive jaundice โดยการทำให้ external biliary stent แล้วต่อเป็น biliogastric shunt เพื่อให้ผู้ป่วยไม่สูญเสียน้ำดีออกไป

3. เทคนิคการวางสาย PEG

3.1 เทคนิคการวางสาย PEG นั้นมีการตีพิมพ์ครั้งแรกในปี ค.ศ. 1980⁽³⁾ ซึ่งเรียกกันว่า "pull method" หรือ Ponsky-Ganderer Technique และยังคงเป็นวิธีที่ได้รับความนิยมที่สุดจนถึงปัจจุบันนี้ ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้ป่วยได้รับยา sedation เพียงพอ และอยู่ในท่านอนสบาย (ดังรูปที่ 1)
2. มีการให้ยา prophylactic antibiotics ทางเส้นเลือด
3. ทำการส่องกล้อง (esophagogastroduodenoscopy-EGD) ก่อนเพื่อยืนยันว่าไม่มีข้อห้ามในการทำและทำการเป่าลมจนกระเพาะอาหารมาชิดกับผนังหน้าท้องทางด้านหน้า

4. เลือกตำแหน่งที่จะวางสาย PEG บริเวณ epigastrium ที่มี maximal transillumination และใช้นิ้วกดลงไปทางหน้าท้อง จะเห็นว่ามี blunt indentation ของกระเพาะอาหารชัดเจน
5. ฉีดยาลดความเจ็บปวดที่ตรงตำแหน่งในข้อ 4 และลงมีดผ่านชั้นผิวหนัง ยาวประมาณ 0.5-1 เซนติเมตร ขึ้นกับขนาดของสาย PEG ที่ใช้
6. ใช้เข็ม Angiocath สอดผ่านเข้าไปยังกระเพาะอาหารในลักษณะตั้งฉากกับหน้าท้อง และมองเห็นได้จากภาพทาง endoscopy
7. Angiocath จะถูกจับยึดด้วย endoscopic snare จึงดึงเข็มออก แล้วใส่ guided wire ผ่าน Angiocath เข้ามาในกระเพาะอาหารและยึดจับด้วย snare จากนั้นดึง guided wire และ endoscope ออกมาทางปากพร้อมกัน
8. ยึดปลายของ guided wire ให้ติดกับปลายด้านที่เรียวย่อยเล็กของสาย gastrostomy ซึ่งมีอีกปลายหนึ่งเป็น internal bumper จากนั้นจึงดึง guided wire ที่โผล่ออกอยู่ทางด้าน skin incision ตัวสาย PEG จะผ่านหลอดอาหารเข้าสู่กระเพาะอาหาร และดึงจนปลายที่เรียวย่อยเล็กของ gastrostomy โผล่ออกตรง skin incision และ internal bumper ยังคงอยู่ในกระเพาะอาหาร
9. ใส่อุปกรณ์ external bumper เพื่อยึดสายให้ติดกับผิวหนัง

3.2 The Push Method หรือ Sacks-Vine Technique

หลักการคล้าย pull method มีข้อแตกต่างดังนี้⁽¹³⁾

1. จะใช้ seldinger needle แทน canula ขนาดใหญ่ในการแทงผ่านผนังหน้าท้องเข้าสู่กระเพาะอาหาร (ดังรูปที่ 2)
2. จะดึงเอา stylet ออกแล้วใส่ flexible wire ที่ยาวเข้าไป หลังจากนั้นใช้ snare จับและดึงออกทางปากพร้อมกับ endoscope
3. สวมปลายที่รีวเล็กกลองของ gastrostomy ซึ่งมีรูตรงกลางเพื่อสวมลงบน flexible wire อันนี้ (Push over method) เข้าไปทางปากจนผ่านหลอดอาหาร กระเพาะอาหาร จนปลายไหล่ออกทางหน้าท้อง ในที่สุดอาจจะทำการต่อกลองเพื่อดูตำแหน่งของสาย PEG ว่าอยู่เหมาะสมหรือไม่อีกครั้งหนึ่ง

3.3 The Introducer Method

วิธีนี้เสนอโดย Russel และคณะในปี ค.ศ. 1984⁽¹⁴⁾ หลักการคือเพื่อหลีกเลี่ยงการดึงสาย PEG ผ่านจากช่องปากลงมาสู่กระเพาะอาหาร โดยหวังว่าจะลดการติดเชื้อของแผลลงได้ แต่ผลก็ไม่ต่างกัน วิธีการทำคือใช้ feeding tube ที่มี balloon-tipped อยู่ที่ส่วนปลายสาย ขั้นตอนมีดังนี้

1. ใช้ seldinger needle technique แทงเข็มผ่านผนังหน้าท้องแล้วใช้ dilator peel-away sheath หรือ introducer นี้สวมทับ flexible wire นี้ (ดังรูปที่ 3)
2. ดึงเข็มออก แล้วจึงใส่ balloon-tipped feeding tube เข้าไปในกระเพาะอาหาร ผ่าน sheath ที่ยังอยู่

3. อาจต้องใช้ endoscope คั่นจากค้ำในกระเพาะอาหารในลักษณะ counter pressure
4. เมื่อสาย feeding tube อยู่ในกระเพาะอาหารแล้วก็ balloon แล้วดึงสายของท่อขึ้นมาเพื่อให้ไส้ลมเข้าผนังกระเพาะอาหารมาชิดกับผิวหนังหน้าท้อง
5. ดึง sheath ออก แล้วอาจเย็บสาย feeding นี้ยึดติดกับผิวหนัง ปัญหาที่เกิดกับวิธีนี้คือการเกิด pneumoperitoneum ระหว่างการทำ tract dilation

3.4 Percutaneous Radiological Gastrostomy

วิธีนี้รายงานโดย Preshaw ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1981 โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ใช้ Nasogastric tube เป็นทางใส่ลมเข้าสู่กระเพาะอาหาร
2. ใช้ Seldinger technique เพื่อผ่านเข็ม catheter นำสู่กระเพาะอาหาร โดยมี fluoroscopic guidance แล้วจึงใช้ stamer percutaneous cystostomy catheter ผ่านเข้าสู่กระเพาะอาหาร

วิธีนี้อาจมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ เช่น intraperitoneal leakage, tract disruption, peritonitis, looping of the guided wire into peritoneal cavity เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม ก็มีการศึกษาเปรียบเทียบผลของการทำ gastrostomy ⁽¹⁵⁾

โดยวิธี PEG, วิธี surgical (SG) และวิธี percutaneous radiological gastrostomy (PRG) ในผู้ป่วยจำนวน 24, 14 และ 44 คน ตามลำดับ และติดตามนานเฉลี่ย

17.2 เดือน พบว่ามีภาวะแทรกซ้อนหลักเป็น 17%, 14%, และ 11% ตามลำดับ (PEG, SG, PRG) ส่วนภาวะแทรกซ้อนรองเป็น 33%, 43% และ 36% ตามลำดับ ซึ่งไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

4. คำถามที่มักได้รับการสอบถามซึ่งเกี่ยวกับเทคนิคการวาง PEG

จากเทคนิคการวาง PEG ดังที่กล่าวมา มักมีคำถามในหลายแง่มุม ดังนี้

4.1 เทคนิคทั้ง 4 อย่างนั้น มีวิธีใดที่ดีที่สุด?

ปัญหาจากการศึกษาทบทวนงานวิจัยต่างๆ มีความสับสนในการใช้คำ เช่น Push method ใช้แทนวิธี Introducer method ในขณะที่ Pull method บางครั้งก็ใช้ในความหมายของ Push over wire method เป็นต้น จึงต้องอ่าน Methodology ในงานวิจัยนั้นๆ ให้ชัดเจน

ในวิธี Push และ Pull method นั้นมีความแตกต่างกันน้อยมาก มีการศึกษาโดย Hogan และคณะทำการเปรียบเทียบแบบไปข้างหน้าของทั้ง 2 วิธี พบว่าไม่มีความแตกต่างทั้งในด้านความยากง่ายของการทำ, ระยะเวลาที่ใช้ และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น แต่ในการติดตามระยะยาวพบว่า Push method จะมีอุบัติการณ์ของแผลในกระเพาะอาหารซึ่งเกี่ยวข้องกับตัว Internal bumper ของ Sacks-Vine tube มากกว่าใน pull method⁽¹²⁾

ส่วน Introducer technique เมื่อเปรียบเทียบกับ pull หรือ push method จะมีข้อดีกว่า ดังนี้

1. ทำการส่องกล้องเพียงครั้งเดียว
2. ทำได้ในกรณีมี partial esophageal obstruction

3. เลี่ยงการเกิดการทำลายบริเวณ oropharynx และหลอดอาหาร

4. ไม่มีการเกิด oropharyngeal contamination

ส่วนข้อที่ด้อยกว่า pull หรือ push method ก็คือใช้ inflated balloon ซึ่งมีปัญหาการหลุดได้บ่อย แต่อาจปรับปรุงโดยใช้ T-fasteners เพื่อยึดตัวกระเพาะอาหารให้ติดกับผนังหน้าท้องมีการศึกษาโดย Kozarek และคณะ⁽¹⁶⁾ เปรียบเทียบวิธี push กับ Introducers พบว่าผลสำเร็จดีเท่ากัน แต่วิธี push จะง่ายกว่า ส่วนปัญหาภาวะแทรกซ้อนจากวิธี Introducer ที่มีรายงานว่าพบได้บ่อยกว่านั้น ก็เป็นจากการศึกษาแบบ retrospective study ซึ่งคงต้องขึ้นกับความชำนาญของแพทย์ด้วย

4.2 การทำการส่องกล้อง (EGD) ก่อนและหลังการวาง PEG มีความจำเป็นหรือไม่?

มีการศึกษาโดย Wolfson HC และคณะ⁽¹⁷⁾ ทำการส่องกล้องในผู้ป่วยก่อนการทำ PEG จำนวน 201 คน พบว่า 36% มีความผิดปกติจนต้องเปลี่ยนแปลงวิธีการทำ PEG ซึ่งได้แก่ severe reflux esophagitis 35 คน, มีแผลในกระเพาะอาหาร 29 คน และมีภาวะ gastric outlet obstruction 2 คน ซึ่งถือเป็น contraindication ในการวาง PEG ด้วย ดังนั้น การส่องกล้องก่อนการวาง PEG จึงจำเป็นและมีประโยชน์ ส่วนการส่องกล้องซ้ำเพื่อยืนยันตำแหน่งของ PEG ว่าเหมาะสมหรือไม่นั้น มีการศึกษาโดย Sartori และคณะ⁽¹⁸⁾ พบว่าการส่องกล้องเพียงครั้งเดียว จะมีความปลอดภัยและมีความเพียงพอ โดยการดึงสาย PEG จนรู้สีที่กว่าคลำ internal bumper จากผนังหน้าท้อง ข้อดีอื่นๆ คือ ช่วยลด

ระยะเวลาในการวาง PEG, วิธีการทำที่ง่ายกว่า, ผู้ป่วยรู้สึกสบายกว่า และลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อหลอดอาหาร และการสำลัก

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาโดย Livak FL และคณะ⁽¹⁹⁾ พบว่าการส่องกล้องซ้ำนี้พบว่าความแตกต่างระหว่างความลึกของตำแหน่งที่ต้องการต่างจากตำแหน่งจริงๆ ประมาณ 0.2-0.8 เซนติเมตร (ค่าเฉลี่ย 0.3 เซนติเมตร) ซึ่งมีค่าน้อย ดังนั้นจึงสนับสนุนว่า การส่องกล้องซ้ำหลังวาง PEG เสร็จนั้นไม่มีความจำเป็น

4.3 การวาง PEG โดยไม่เห็น transillumination sign ควรจะทำได้หรือไม่ ?

จุดประสงค์ในการใช้ transillumination sign เพื่อหาดำแหน่งที่ปลอดภัยต่อการวาง PEG จะได้ถึงการเจาะถูกอวัยวะภายในอื่นๆ เช่น ลำไส้ใหญ่ ซึ่งอาจเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น peritonitis, gastrocolic fistula ตามมาได้

วิธีการทดสอบอื่นๆ ว่ามีอวัยวะภายในอื่นๆ มาแทรกหรือไม่ อาจทำได้โดยใช้ syringe ที่ใส่น้ำไว้ แล้วดูดลมผ่านจาก catheter ที่เจาะเข้าไปในกระเพาะอาหาร ก่อนทำการส่องกล้อง ถ้าดูดได้ลมบ่งว่าน่าจะมีการแทรกเข้ามาของลำไส้ อีกวิธีหนึ่ง คือการส่องเพื่อดูว่าเข็มผ่านเข้ามาในกระเพาะอาหารจริง มีผู้แนะนำว่าถ้าไม่สามารถพิสูจน์ได้ว่าตำแหน่งดังกล่าวปลอดภัยจริง ควรเลือกวิธีอื่นในการทำ gastrostomy เช่น laparoscopic gastrostomy, open gastrostomy ปัญหาในปัจจุบันคือการใช้ video endoscope เพราะไม่สามารถทำให้เกิด transillumination ได้เพียงพอ เพราะปริมาณแสงที่เกิดจะมีน้อยกว่า endoscope ทั่วไป มีการศึกษาโดย Stewart⁽²⁰⁾ และ Hogan ทำการศึกษา

retrospective 62 คน ที่ได้รับการวาง PEG โดยไม่มี transillumination sign พบว่าทำได้สำเร็จถึง 97% และไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง โดยวิธีการทำนั้นมีเทคนิคเพิ่มเติมดังนี้

โดยใช้ syringe 10 ml. ใส่น้ำเกลือ แทะผ่านตำแหน่งที่จะวาง gastrostomy โดยทะผ่านซ้ำๆ พร้อมกับทำ negative pressure ขณะเดียวกับผู้ทำก็ทำการส่องกล้องรอดูตำแหน่งของเข็ม ถ้าก่อนที่เข็มจะทะลุเข้ากระเพาะอาหาร แล้วดูคลมออกมาได้บ่งชี้ว่าน่าจะมี intervening bowel อยู่ ดังนั้น วิธีนี้น่าจะได้แนะนำให้ทำ⁽²¹⁾ อย่างสม่ำเสมอในการวาง PEG

4.4 ความจำเป็นของ antibiotic prophylaxis ในการวาง PEG มีหรือไม่ ?

มีการศึกษาโดย Sturgis TM และคณะ⁽²²⁾ ในเรื่องนี้ เนื่องจากยังมีความเห็นขัดแย้งกันอยู่ จึงศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการวาง PEG จำนวน 115 คน ในลักษณะ prospective-randomized double-blinded placebo โดยกลุ่มหนึ่งได้รับ cefazolin 1 กรัม ก่อนทำหัตถการ 30 นาที ส่วน placebo คือให้น้ำเกลือพบว่า cefazolin ไม่ได้ลดอุบัติการณ์ของแผลติดเชื้อ แต่ความรุนแรงของการติดเชื้อมีน้อยกว่า อย่างไรก็ตาม Rey JR และคณะ ได้วางข้อแนะนำในการใช้ antibiotic prophylaxis สำหรับการทำให้ Gastrointestinal endoscopy สำหรับ European Society of Gastrointestinal Endoscopy (E. S.G . E.) ได้แนะนำว่า PEG นั้น มีภาวะแทรกซ้อนเรื่องแผลติดเชื้อได้ 30-43% ซึ่งเชื้อจะมี 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่มาจากช่องปาก และจากผิวหนัง แต่ภาวะติดเชื้อมักไม่รุนแรง การศึกษา

หลังสุดโดย Gossner และคณะ⁽²³⁾ พบว่าการใช้ antibiotic prophylaxis ด้วย Clavulanic acid ดูเหมือนจะมีผลต่อการลดอัตราการติดเชื้อเฉพาะที่ลงได้

ดังนั้น จึงสรุปข้อแนะนำให้ใช้ antibiotic prophylaxis⁽²⁴⁾ ในผู้ป่วยที่รับการวาง PEG ทุกราย โดยมีสูตรยาที่แนะนำดังนี้

- Cefotaxime (หรือเทียบเท่า) 2 กรัม ทางเส้นเลือดก่อนทำหัตถการ 30 นาที หรือ
- Piperacillin 4 กรัม/tazobactam 0.5 กรัม ทางเส้นเลือด หรือ
- Amoxicillin/Clavulanic acid 1 กรัม ทางเส้นเลือด

4.5 ข้อควรระวังอื่นๆ ในขั้นตอนการวาง PEG มีอะไรบ้าง ?

- การทำให้ผู้ป่วยสลับหรือนอนหลับ ควรใช้ยาในปริมาณที่น้อยลง โดยเฉพาะผู้ป่วย stroke
- ควรตรวจวัด vital sign และ oxygenation ตลอดเวลาการทำหัตถการ
- ควรเตรียมเครื่องดูดเสมหะ เพื่อดูดเสมหะจากปากออกให้หมดก่อนทำหัตถการ
- หลังการวาง PEG ควรงดน้ำ-อาหาร ไว้ อย่างน้อย 3 ชั่วโมง, ในบางรายงานแนะนำให้งดอาหาร-น้ำ นานถึง 24 ชั่วโมง หลังจากนั้น อาจเริ่มด้วยน้ำ 20 ml. ต่อชั่วโมง และเพิ่มขึ้นช้าๆ จนเปลี่ยนเป็นอาหารปกติที่ใช้ feed ภายใน 24 ชั่วโมง^(1, 11)
- ควรล้างสาย PEG ทุกครั้ง หลังให้ยาทางสาย PEG

4.6 ชนิดของอาหารที่จะให้ควรเป็นอย่างไร ?

- ควรเป็น Isotonic (1 กิโลคาลอรี ต่อ 1 ml)⁽¹¹⁾ และมีค่า osmolarity อยู่ระหว่าง 280-350 mOsm/kg water
- กรณีผู้ป่วยต้องการพลังงานสูง อาจพิจารณาให้สารอาหารที่มีความเข้มข้นมากขึ้น (1.5 กิโลคาลอรี ต่อ 1 ml) ซึ่งมักมี osmolarity สูงกว่า 350 mOsm/kg water แต่ควรพิจารณาให้ในระยะเวลาสั้นๆ เพื่อไม่ให้เกิดผลเสียอื่นๆ เช่นถ่ายเหลว เป็นต้น
- ถ้ามีอาการท้องผูก ควรเลือกอาหารที่มีกากใยอาหารสูง (1 กิโลคาลอรี ต่อ 1 ml)
- Peptide feeds ซึ่งเป็น hydrolysed protein ควรเลือกใช้เฉพาะกรณีผู้ป่วยมีปัญหาการดูดซึมอาหาร
- วิธีการให้แบบ continuous feeding นั้นแนะนำให้ในช่วงเริ่มให้อาหาร เพราะผู้ป่วยจะทนได้ดีกว่า ไม่แน่นท้อง และการดูดซึมอาหารจะทำได้ดีที่สุด ส่วนวิธี bolus intermittent ควรประมาณ 250 ml ต่อชั่วโมง โดยให้ทุก 4 ชั่วโมง ปัญหาที่มักพบคือท้องอืด และเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการสำลัก
- กรณีที่ผู้ป่วยต้องได้รับการทำกายภาพบำบัดควรงดการให้อาหาร นานอย่างน้อย 1 ชั่วโมง เพื่อลดปัญหาจากการสำลัก
- Maintaining hydration เพื่อให้ผู้ป่วยไม่ขาดน้ำ และยังช่วยไม่ให้สาย PEG อุดตัน ผู้ป่วยทั่วไปควรได้รับน้ำประมาณ 30 ml ต่อ

กิโลกรัม ต่อวัน โดยทั่วไปแนะนำให้ใช้น้ำ 60 ml ล้างสาย PEG
ทั้งก่อนและหลังให้อาหาร

4.7 มีความจำเป็นในการส่องกล้องซ้ำเพื่อเปลี่ยนสาย PEG หรือไม่ ?

- ในกรณีที่หมดความจำเป็นของการใช้ PEG แล้ว ก็สามารถเอาออก
ได้เลย โดยอาจไม่จำเป็นต้องส่องกล้องซ้ำก็ได้ สามารถตัดสายออกที่ระดับผิว
หนัง ส่วนที่คงค้างอยู่ภายใน จะหลุดไปกับอุจจาระเอง อย่างไรก็ตาม จำเป็น
ต้องระมัดระวังในรายที่ใช้สาย PEG ชนิดแข็ง เช่น Sacks-Vine tubes, กรณีผู้
ป่วยเด็กหรือผู้ป่วยที่มีประวัติการผ่าตัดช่องท้องมาก่อน ซึ่งอาจเกิดภาวะ small
bowel obstruction ได้ แต่ในปัจจุบัน PEG tube รุ่นใหม่ๆ สามารถดึงออกได้
ง่ายโดยไม่ต้องทำการส่องกล้องเลย

5. ภาวะแทรกซ้อนของการทำ PEG

มีรายงานเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนอยู่มาก ^(1,5,8,10,25) ซึ่งภาวะแทรกซ้อน
ที่รุนแรงหลายข้อ มีความเกี่ยวข้องกับขั้นตอนในการทำหัตถการ เช่น
perforation, peritonitis, major hemorrhage, buried bumper syndrome,
gastrocolic fistula ภาวะแทรกซ้อนมีรายงานประมาณ 17% แต่ที่รุนแรงคงมี
เพียง 3% ดังตารางที่ 4 มีข้อแนะนำที่จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนได้ดังนี้

- ทำความสะอาดแผล PEG ด้วย betadine ทุกวัน ใน 7 วันแรก

- การเลือก PEG tube ซึ่งปัจจุบันมีการพัฒนาขึ้น เช่นมี internal bumper ที่เพิ่มขึ้นและมีรูปร่างกลม (cup-shaped) และเป็นชนิด polyurethane ซึ่งเกิด reaction น้อยกว่า rubber
- การพิจารณา antibiotic prophylaxis
- การดึงรั้งสาย PEG ที่แน่นเกินไป จะทำให้เกิด mucosal ischemia ได้

5.1 Wound infection หรือ peristomal wound infection เกิดประมาณ 5-30% ของผู้ป่วยที่ได้รับการวาง PEG ในกรณีที่มีการติดเชื้อรุนแรงหรือ Necrotizing fasciitis ซึ่งเชื้อที่เป็นสาเหตุบ่อยๆ คือ streptococcus, Staphylococcus และ anaerobes ส่วนใหญ่ Necrotizing fasciitis มักเกิดที่ 3-14 วัน หลังวาง PEG มีอัตราการตายค่อนข้างสูง 30-50% ผู้ป่วยที่มีโอกาสเสี่ยงได้แก่ ผู้ป่วยที่มีโรคร่วม เช่น เบาหวาน, alcoholism, immunosuppression, ใ้ยา steroids, malnutrition และคนอ้วน เป็นต้น

ตารางที่ 4 แสดงภาวะแทรกซ้อนหลักและรอง

ภาวะแทรกซ้อนหลัก (Major complications)

Death

Aspiration pneumonia

Bacteremia

Necrotizing fasciitis

Gastric hemorrhage

Gastric perforation

Hematoma

Intestinal obstruction

Peritonitis

Subcutaneous abscess

Laryngospasm

ภาวะแทรกซ้อนรอง (minor complications)

Anorexia

Buried bumper syndrome/subcutaneous migration of button PEG

Wound infection

Stomal leak

Pneumoperitoneum/subcutaneous emphysema

Gastrocolocutaneous fistula

PEG/PEJ tube migration

PEG/PEJ tube occlusion

Gastroesophageal reflux

Gastroparesis

Ileus

Diarrhea

Metabolic abnormalities (weight loss, dehydration, hyperglycemia,

Vitamin/trace element deficiencies)

5.2 Purulent drainage-leakage รอบๆ สาย PEG นั้น เกิดได้บ่อย ส่วนใหญ่เกิดจาก foreign body reaction มากกว่าการติดเชื้อ ควรทำความสะอาดด้วยน้ำอุ่น และ peroxide ส่วนกรณี leakage อาจเกิดจากรูที่เปิดไว้ ใส่ PEG นั้นใหญ่เกินไป อาจแก้ไขโดยเปลี่ยนสาย PEG ที่มีขนาดใหญ่ขึ้น ถ้าไม่ได้ผลก็จำเป็นต้องเอาสาย PEG ออก เพื่อให้ stoma ปิดเองต่อไป

5.3 Pneumoperitoneum และ subcutaneous emphysema อาจเกิดได้ถึง 36-38% ของผู้ป่วย สาเหตุของ pneumoperitoneum เกิดจากขั้นตอนการเป่าลมเข้าสู่กระเพาะอาหาร และการวางสาย PEG ซึ่งอาจจะมีอากาศรั่วเข้าสู่ peritoneal cavity ได้, สาเหตุอื่นๆ ก็มีการขีดตำแหน่งของกระเพาะอาหารกับผนังหน้าท้องไม่แน่นพอ, ช่วงเวลาที่ทำการหัดการนานเกินไป ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมักไม่มีอาการ และมักหายไปได้เองใน 1 สัปดาห์ (อาจพบว่าอยู่ยาวนานถึง 8 สัปดาห์)

5.4 Peritonitis เป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงพบได้ 0-1.2% มักเกิดขึ้นทันทีหลังวาง PEG แล้วเกิดกรณีสาย PEG เลื่อนหลุด กรณีที่มีอาการสงสัยต้องให้การรักษาโดยให้ยาฆ่าเชื้อทันที และทำการวินิจฉัยโดยใช้ Gastrografin study ใส่ผ่านสาย PEG เพื่อดูตำแหน่งของสาย ถ้าพบว่าเลื่อนหลุดจริงจำเป็นต้องเอาออกทันที

5.5 Gastrocolocutaneous fistula เกิดเมื่อขณะวางสาย PEG มีลำไส้มาวางอยู่ เกิดไม่บ่อยนัก และพบได้ตั้งแต่ 3 สัปดาห์ ถึง 1 ปี หลังวาง PEG การวินิจฉัยทำได้โดยใช้ Gastrografin study จำเป็น

ต้องเอาสายออกทันทีแล้ว fistula จะปิดเองภายใน 7-10 วัน แต่ถ้าไม่ปิด ก็จำเป็นต้องใช้วิธีการผ่าตัด

5.6 Buried bumper syndrome ⁽²⁵⁾ มักเกิดเมื่อใช้สายชนิด Sacks-Vine gastrostomy tube ร่วมกับการดึงรั้งมากเกินไป จนเกิดภาวะ ischemia และ necrosis ของเยื่อ bumper กระทบอาหาร ทำให้ internal bumper เลื่อนไปและฝังอยู่ที่ผนังกระเพาะอาหาร ผู้ป่วยมักมีปัญหา leakage มากและมีแผลติดเชื้อ, ปวดแผลมาก สามารถวินิจฉัยโดยการส่องกล้องหรือ Gastrografin study จำเป็นต้องเอาสายออก ปกติแล้วจะปิดเองใน 10 วัน หลังจากนั้นจึงจะวาง PEG อันใหม่ได้ ข้อแนะนำในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนนี้ คือควรเว้นให้มีช่องว่างประมาณ 2 มิลลิเมตร ระหว่าง external bumper กับผนังหน้าท้อง และระหว่างทำความสะอาดแผลควรดันสายลงไป 1 เซนติเมตร และหมั่นองศา เพื่อให้แน่ใจว่าสายไม่ฝังอยู่ที่ผนังกระเพาะอาหาร

5.7 Subcutaneous migration อาจมีความรุนแรง ⁽²⁶⁾ ถึงตายได้ ถ้าวินิจฉัยได้ช้ามักเกิดกับกรณีใช้ gastrostomy ชนิด button ซึ่งมีขนาดเล็กเกินไป ดังนั้น แก้ไขโดยใช้ชนิดที่มี button ใหญ่ขึ้น มีข้อแนะนำว่าก่อนที่จะเปลี่ยนสายที่หลุดนี้ ต้องระลึกไว้เสมอว่า

- fistula ที่เกิดตามหลัง PEG นั้นอาจไม่เป็นเส้นตรงเสมอไป
- การใส่ PEG อันใหม่เข้าไปแทนอันที่เลื่อนหลุดนั้น โดยวิธี blinded นั้นมีอันตราย

- ไม่ควรใส่ลมเข้าไปใน button ระหว่างเปลี่ยน PEG เพราะอาจมีลมรั่วจนเกิด air embolism ได้
- การใส่น้ำเข้าไปในสาย PEG และดูดกลับมาได้นั้น ไม่ได้รับรองว่าสาย PEG โดยเฉพาะส่วน button จะอยู่ในกระเพาะเสมอไป ดังนั้น มีข้อแนะนำว่า ถ้าขนาดของ fistula ยาวกว่า 4.4 cm หรือระยะเวลาระหว่างการเปลี่ยนสาย PEG กับการใส่ครั้งแรกห่างกันน้อยกว่า 3 เดือน ก็ไม่ควรทดลองเปลี่ยนสายด้วยวิธี blinded

5.8 Gastrointestinal hemorrhage หลังการทำ PEG นั้นพบไม่บ่อย (0-2.5% ของ 21.86 ผู้ป่วย) ส่วนใหญ่เกิดจากแรงยึดที่มีมากไประหว่าง inner bumper กับผนังกระเพาะอาหาร จนเกิดเป็นแผลขึ้น แก้ไขโดยปรับให้มีระยะห่างระหว่างผนังกระเพาะอาหาร กับ inner bumper 2-3 มิลลิเมตร ก็จะช่วยลดโอกาสเกิดแผลได้

5.9 Percutaneous endoscopic gastrostomy tube migration โดยอาจเลื่อนไปอุดตัน⁽²⁶⁾ ทางเดินอาหารจนเกิดเป็น gastric outlet obstruction สามารถป้องกันโดยการใส่ external bumper ยึดเอาไว้

5.10 Percutaneous endoscopic gastrostomy tube occlusion มักเกิดขึ้นบ่อย ส่วนใหญ่เกิดกับท่อที่มีขนาดเล็กกว่า 18 Fr แก้ไขโดยใช้น้ำล้างก่อนและหลังให้อาหารและยา ครั้งละ 50-60 ml เสมอ กรณีมีของอุดแน่นจริงๆ ให้ใช้ biopsy forceps หรือ brush

หรือ metal guide wire สวนผ่านเข้าไป แต่ถ้ายังไม่สามารถผ่าน
ได้ก็จำเป็นต้องเปลี่ยนสาย PEG

5.11 **Aspiration pneumonia** ซึ่งถือเป็นภาวะแทรกซ้อนในระยะ
ยาวที่มีความรุนแรงมากที่สุดอันหนึ่งพบได้ 10-22% ของผู้ป่วย
โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีประวัติปอดบวม, อายุมาก, bed-ridden มา
ก่อน จะมีความเสี่ยงสูงสาเหตุนั้นอาจมาจากหลายปัจจัย เช่น
peristalsis ไม่ดี, มีการลดลงของ lower esophageal sphincter
pressure, ปริมาณและอัตราการให้อาหารผ่านกระเพาะอาหาร, ทำ
ทางระหว่างการให้อาหาร โรคหรือยาบางอย่างที่มีผล gastric
emptying time เช่น เบาหวาน, Scleroderma นอกจากนี้อาจเกิด
จากสำลัคน้ำลายเข้าไปจนทำให้เกิดปอดอักเสบก็ได้ ดังนั้นจึงมี
ข้อแนะนำเพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนนี้ได้ โดย

- ใช้วิธีให้อาหารแบบ continuous feeding โดยเฉพาะในผู้ป่วย
ที่ไม่ค่อยรู้ตัว เช่น stroke ซึ่งกลุ่มนี้อาจมีภาวะ (27)
gastroesophageal reflux เกิดขึ้นได้บ่อยกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น
- ควรยกศีรษะผู้ป่วยให้สูง 35° - 45° ระหว่างให้อาหาร และ $\frac{1}{2}$ -1
ชั่วโมง ก่อนและหลังให้อาหาร
- การจัดทำทางของผู้ป่วยโดยเฉพาะหลังจากให้อาหารแล้ว ทำ
semi-recumbent (กึ่งนอนคว่ำ) จะช่วยลดการเกิดภาวะปอด
อักเสบจากการสำลักลงได้ 35% เมื่อเทียบกับท่านอนหงาย

- การพิจารณา Percutaneous endoscopic jejunostomy tube (PEJ) แทน PEG อาจจะเหมาะสมในรายที่เกิดการสำลักบ่อยครั้ง และมีภาวะ gastric motility ที่ไม่ดี

อย่างไรก็ตามมักมีคำถามที่ว่า PEJ ช่วยลดโอกาสเกิดภาวะสำลักได้จริงหรือไม่⁽¹⁰⁾ จากการศึกษาหลายๆ ข้อมูล พบว่าหลังทำ PEJ ก็ยังคงมีภาวะสำลักสูงอยู่ ทั้งนี้อธิบายได้จาก

- ผู้ป่วยที่ส่งมาทำ PEJ มักเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการสำลักอยู่แล้ว
- ภาวะสำลักนั้นอาจจะไม่ได้เกิดจาก gastroesophageal reflux แต่อาจเกิดจาก oropharyngeal aspiration ก็ได้
- PEJ ยังมีปัญหาของท่อหักงอ, เลื่อนตำแหน่งได้บ่อย

5.12 ปัญหาภาวะ metastatic seeding ที่ตำแหน่ง gastrostomy ปัญหานี้มีผู้รายงานไว้หลายแห่ง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งของช่องปาก อุบัติการณ์จริงๆ นั้นยังไม่ทราบแน่ชัด และมักเกิดกรณีใช้ pull method บางรายงานจึงแนะนำให้ใช้ introducer method แทน หรือทำ PEG หลังผ่าตัดเนื้องอกออกไปแล้ว

5.13 ปัญหาอื่นๆ

- Diarrhea พบอุบัติการณ์ได้ 2.3-68% สาเหตุอาจเป็นจากความเข้มข้นของอาหารที่ให้มามากเกินไป, สาเหตุจากยา เช่น theophylline, antibiotic associated diarrhea, ภาวะ hypoalbuminemia (<2.6 g/dl), bacteria overgrowth ซึ่งต้องสืบค้นสาเหตุในแต่ละรายต่อไป

- Hyperglycemia และ vitamin deficiency

6. ผลที่ได้รับ และอัตราการตายจากการทำ PEG

มีการศึกษาหลายการศึกษาศึกษาสนใจในเรื่องของผลประโยชน์ที่ได้รับจากการทำ PEG เช่น Hull MA และคณะ⁽²⁸⁾ ติดตามผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ PEG จำนวน 49 คน ระยะเวลาเฉลี่ย 175 วัน พบว่า 92% มีการอยู่รอดเกินกว่า 30 วัน โดย 76% ของผู้ป่วยกลับบ้านได้ และมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นทั้งสิ้น 27 ครั้ง (55% ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเลย, 22% มีภาวะแทรกซ้อน 2 ครั้งขึ้นไป)

ขณะที่ Kaw M และคณะ⁽²⁹⁾ ได้ติดตามผู้ป่วยที่ได้รับการทำ PEG ในระยะยาว จำนวน 46 คน ระยะเวลาติดตามเฉลี่ย 321 วัน พบว่าอัตราการตายมี 50%, 60% ที่ 12 และ 18 เดือน ตามลำดับ และมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอัตราการตายคือ อายุที่สูงขึ้น และระดับ albumin ที่ < 3.5 g/dl ในขณะที่ทำ PEG จะมีอัตราการรอดชีวิตน้อยกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนอัตราการตายในช่วง 30 วันแรก หลังจากการทำ PEG⁽³⁰⁾ นั้น Light VL และคณะได้ศึกษาถึง predictive factor ที่เกี่ยวข้อง และอัตราการตายในช่วง 30 วันแรก ในผู้ป่วย 416 คน พบว่าอัตราการตายที่ 7 และ 30 วัน เป็น 9.4%, 23.3% ตามลำดับ โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องคือ ภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ, ประวัติการเกิดภาวะสำลักอาหาร และอายุที่มากกว่า 75 ปี จะเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่ออัตราการตายได้

ข้อมูลทางระบาดวิทยาของมหาวิทยาลัยชิคาโก ที่ติดตามผู้ป่วยสูงอายุ (> 65 ปี)⁽³¹⁾ ที่ได้รับการทำ PEG ตั้งแต่ปี 1991 จำนวน 81,105 คน เพื่อดูอัตราการตายอย่างหยาบ พบว่าอัตราการตายที่ 30 วัน, 1 ปี, 5 ปี เป็น 23.9%, 63%,

และ 81.3% ตามลำดับ โดยผู้ป่วย 3 ใน 4 มีอายุสูงกว่า 75 ปี ซึ่งประโยชน์จากการใช้ PEG ในผู้ป่วยเหล่านี้จำเป็นต้องติดตามถึงผลดี และผลแทรกซ้อนรวมถึงต้องพิจารณาองค์ประกอบโรคของผู้ป่วย, ผู้ดูแล และญาติด้วย ซึ่งจะกล่าวต่อไป

อย่างไรก็ตาม ข้อมูลการทำ PEG ในต่างประเทศนั้น ได้มีผู้รวบรวมไว้หลายรายงาน พอที่จะสรุปไว้ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงข้อมูลการทำ PEG ในด้านข้อบ่งชี้, ความเสี่ยง, ภาวะแทรกซ้อน และอัตราการรอดตายของต่างประเทศ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1983-1998

ผู้วิจัย ปีหรือรายงาน	จำนวน ผู้ป่วย	อายุ-ปี (range)	ข้อบ่งชี้	ภาวะแทรกซ้อน	อัตราการรอดตาย ที่เกี่ยวข้องกับ การ PEG	หมายเหตุ
- Ponsky JL ⁽²³⁾ และคณะ, 1983	150	3 สัปดาห์ -97 ปี	- Stroke (78.6%)	Minor 10% (wound infection)	0%	No antibiotic prophylaxis
- Larson PE ⁽²⁴⁾ และคณะ, 1987	314	3-92 ปี	- Neuro (75%) - Oropharynx (13%)	Major 3% Minor 13%	1%	-14% กลับมากินอาหารเองได้ -Success 95%
- Pance MZ ⁽²⁵⁾ และคณะ, 1994	76	18-99 (Med 62)	- Neuro 76% (53% of cases มี BMI < 17)	Major 1.3% Minor 20%	4%	-16% กลับมากินอาหารเองได้ เฉลี่ยที่ 55 วัน (20-150 วัน) -Perforation -Hemorrhage
- Chowdhury MA ⁽²⁶⁾ และคณะ, 1997	50	1-88 (Med 62)	- Neuro 64% - HIV 14%	Minor 26%	0%	-18% กลับมากินอาหารเองได้
- Lowe JB ⁽²⁷⁾ และคณะ, 1997	317	54.2 ± 19.2	-	Major 15% Minor 11.6%	0.3%	-Success 97%
- SO JBY ⁽²⁸⁾ และคณะ, 1998	58	22-99 (Med 62.5)	- Head-Neck CA = 50% - Neuro 36%	Major 2% (aspiration)	0%	-Success 98%
- Loser C ⁽²⁹⁾ และคณะ, 1998	210	61.3	- Neuro 42% - ENT, Cancer 28%	Major 3.8% Minor 20%	0%	-1 year survival 34.3%

7. ผลของการทำ PEG ในกลุ่มผู้ป่วยต่างๆ

7.1 ผู้ป่วยระบบประสาท (Stroke) ซึ่งมีภาวะกลืนลำบาก ร่วมด้วยนั้น พบว่ามีอยู่มากพอควร มีการศึกษา โดย Gordon C และคณะ⁽³⁸⁾ ติดตามผู้ป่วย acute stroke จำนวน 91 คน พบว่ามีภาวะกลืนลำบาก ร่วมด้วยถึง 41 คน และยังมีการศึกษาเปรียบเทียบผลของการให้อาหารทางสาย nasogastric (NG) เทียบกับสาย PEG ในผู้ป่วยทั้งกลุ่มที่เป็น persisting neurological dysphagia (เป็นมานานกว่า 4 สัปดาห์) และผู้ป่วย acute dysphagic stroke (เป็นมาอย่างน้อย 2 สัปดาห์) พบว่า⁽³⁹⁻⁴¹⁾ ในกลุ่มที่ให้อาหารทาง NG tube จะมีปัญหา เช่น สายอุดตัน, เลื่อนหลุดมากกว่า 3 ครั้ง ถึง 19 คน จาก 20 คน ขณะที่ PEG ทั้ง 20 คน ไม่มีปัญหาเลย ระยะเวลาเฉลี่ยในการใช้ NG tube จะอยู่ที่ 5.2 ± 1.5 วัน นอกจากนี้การให้อาหารทาง PEG ยังสามารถให้ได้ในปริมาณที่มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญ และยังมีตัวชี้วัดว่าภาวะโภชนาการดีขึ้น เมื่อเทียบกับการให้อาหารทาง NG tube เช่น ค่า albumin ดีขึ้น ซึ่งมีผลให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปพักที่บ้านได้เร็วขึ้น

7.2 ผู้ป่วยเนื้องอกในช่องปาก-คอ มีการยอมรับให้ทำ PEG มากขึ้น มีข้อมูลการติดตามผู้ป่วยกลุ่มนี้ในระยะยาวหลังจากทำ⁽⁴²⁻⁴³⁾ PEG จำนวน 555 คน ซึ่งมีอายุเฉลี่ย 58 ปี (11-92 ปี) พบว่า 92% ของผู้ป่วยทำได้สำเร็จ และสาย PEG จะใช้ได้นานเฉลี่ย 243 วัน โดยมีภาวะแทรกซ้อน ~ 10.5% แต่เป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงเพียง 1.3% ซึ่งถือว่าน้อยมาก และมีความปลอดภัยต่อผู้ป่วยกลุ่มนี้ มีคำถามว่าเวลาใดจึงจะเหมาะสมที่สุดที่จะทำ PEG ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ Raynor EM และคณะ⁽⁴⁴⁾ ได้ติดตามผู้ป่วย 43 คน ที่เป็น

มะเร็งของคอ ซึ่งได้รับการทำ PEG ไปแล้ว พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการทำ PEG ในช่วงหลังผ่าตัดมะเร็งไปแล้ว จะมีภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่ากลุ่มที่ทำ PEG ก่อนผ่าตัดมะเร็ง หรือกลุ่มที่ผ่าตัดมะเร็งออกไปได้

7.3 AIDS ในผู้ป่วยที่ติดเชื้อ HIV นั้น มีการใช้พลังงานระหว่างที่น้ำหนักลดลงนั้นให้น้อยลงเหตุผลจากการศึกษาโดย Macallan DC และคณะ⁽⁴⁵⁾ พบว่า น่าจะเป็นจากการได้รับสารพลังงานน้อยลงและพบว่ามีความสัมพันธ์ในเชิงบวกระหว่างอัตราการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักที่ลดลงกับค่าพลังงานทั้งหมดที่ใช้ไป เช่นช่วงเวลาที่มือน้ำหนักลดลงอย่างรวดเร็ว ค่าพลังงานที่ใช้ไปทั้งหมดจะลดลงจาก $275C \pm 670$ กิโลแคลอรีต่อวัน เหลือเพียง $218C \pm 580$ กิโลแคลอรีต่อวัน เท่านั้น ($P = 0.009$) ปัญหาดัง กล่าวเป็นสิ่งที่พบได้บ่อยในผู้ป่วย HIV ดังนั้นจึงมีการศึกษาเปรียบเทียบ⁽⁴⁶⁻⁴⁸⁾ ผลของการใช้ PEG เพื่อทำให้ภาวะโภชนาการในผู้ป่วยกลุ่มนี้ดีขึ้น เทียบกับไม่ใช้ PEG พบว่าข้อมูลส่วนใหญ่บ่งชี้ว่า PEG มีความปลอดภัย และทำให้น้ำหนักเพิ่มขึ้นได้จริงใน 3-8 สัปดาห์ รวมไปถึงเพิ่มค่า serum albumin และ Total iron binding capacity ด้วย โดยประมาณ 72% ของผู้ป่วย จะมีน้ำหนักเพิ่มขึ้น 5.8 ± 4.4 กิโลกรัม และมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นสูงสุดที่ 74 วัน หลัง 5.41 จากใส่สาย PEG ส่วนอัตราการอยู่รอดดูเหมือนจะดีขึ้น แต่ไม่มีนัยสำคัญ 5.42 ทางสถิติ (210 วัน เทียบกับ 109 วัน $P = 0.07$) สิ่งที่จะบ่งชี้ว่าจะมีน้ำหนักขึ้นดีหรือไม่ นั่นคือค่า CD_4 ที่มากกว่า $100/\text{microL}$. ส่วนภาวะแทรกซ้อนนั้นดูเหมือนว่าจะมีได้บ่อยกว่าคนปกติ แต่ส่วนใหญ่จะเป็น minor complications เช่น แผลติดเชื้อ ซึ่งสามารถรักษาได้

7.4 Elderly ปัญหาผู้สูงอายุกำลังเป็นปัญหาสำคัญอันหนึ่งผู้สูงอายุมักมีปัญหาการกลืนอาหาร ทำให้มีภาวะทุพโภชนาการ ได้มีผู้ศึกษาถึงผลของการใช้ PEG⁽⁴⁹⁻⁵⁰⁾ เพื่อแก้ปัญหานี้ เช่น Fisman DN และคณะ ศึกษาในผู้สูงอายุ 175 คน พบว่า PEG ทำให้มี median survival นาน 210 วัน, อัตราการตายที่ 30 วัน เป็น 18.3% จะเห็นว่าอัตราการรอดก็ไม่น่าเลว ทั้งนี้อาจจากผู้ป่วยสูงอายุเหล่านี้มีโรคประจำตัวอื่นๆร่วมด้วย จึงควรเลือกทำในรายที่มีข้อมูลว่าน่าจะได้ประโยชน์ชัดเจนเท่านั้น เช่น ผู้สูงอายุที่มี stroke ร่วมด้วย เป็นต้น

7.5 ผู้ป่วยที่มีประวัติ Recent myocardial infarction⁽⁵¹⁾ นั้น มีการศึกษาลักษณะ retrospective ในผู้ป่วย 28 คน ที่เป็นกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งได้รับการทำ PEG ใน 30 วัน เทียบกับกลุ่มควบคุม 40 คน พบว่าสาเหตุที่ต้องทำ PEG นั้น ได้แก่ stroke (13 คน), ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน (7 คน), encephalopathy (5 คน) และความจำเสื่อม (3 คน) โดยอายุเฉลี่ย 72.5 ± 9.2 ปี และ PEG ทำที่ 22.3 ± 6.2 วัน หลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่าไม่มีภาวะแทรกซ้อน ทางด้านหัวใจหลังจากการทำ PEG และยังช่วยเพิ่ม serum albumin และสภาวะโภชนาการให้ดีขึ้นด้วย ดังนั้น recent myocardial infarction จึงไม่ใช่ absolute contraindication ต่อการทำ PEG อย่างไรก็ตามควรระวังติดตาม คลื่นไฟฟ้าหัวใจ, ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดในผู้ป่วยขณะทำ PEG และควรเป็น elective case

โดยสรุป

การให้อาหารผ่านทางกระเพาะอาหารในผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ว่าต้องให้ต่อเนื่องในระยะเวลาานานกว่า 4 สัปดาห์ นั้น PEG ดูเหมือนจะเป็นทางเลือกที่ดีอันหนึ่ง ซึ่งมีผลดีต่อผู้ป่วย และในส่วภาวะแทรกซ้อนและอัตราตายก็ค่อนข้างต่ำ ทั้งนี้ขึ้นกับการเลือกผู้ป่วยให้เป็นตามข้อบ่งชี้ และพิจารณาข้อห้ามควบคู่ไปด้วยกัน ปัญหาภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญโดยเฉพาะ Aspiration pneumonia ยังคงมีอยู่หลังจากทำ PEG แล้ว แต่ทั้งนี้ก็ยังลดลง เมื่อเทียบกับวิธีให้อาหารทาง NG tube และยังคงจำเป็นต้องพิจารณาในเรื่องวิธีและปริมาณให้อาหารทาง PEG อีกด้วย ซึ่งควรให้ในลักษณะ continuous feeding รวมทั้งการจัดท่าทางผู้ป่วยให้เหมาะสม ประเด็นสุดท้ายก่อนที่จะตัดสินใจทำ PEG จำเป็นอย่างยิ่งที่แพทย์ควรได้ให้ข้อมูลทั้งผลดีผลเสีย และข้อปฏิบัติต่อทั้งผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลเพื่อร่วมกันตัดสินใจ และวางแนวทางการดูแลผู้ป่วยในระยะยาวต่อไป

References:

1. Coben RM, Di Marino AJ. Endoscopic percutaneous gastrostomy and jejunostomy. In : Di Marino AJ, Benjamin SB, editors. Gastrointestinal disease : An endoscopic approach. Blackwell Science, 1997; 446-60.
2. Grant JP. Complication of percutaneous endoscopic gastrostomy with Stamm gastrostomy. Ann Surg 1988;207 : 598-603.

3. Ponsky JL, Ganderer MWL. Percutaneous endoscopic gastrostomy : a non-operative technique for feeding gastrostomy. *Gastrointest Endosc* 1981;27 : 9-11.
4. Larson DE, Burton DO, Schroeder KW, DiMagno EP. Percutaneous endoscopic gastrostomy. Indication, success, complications and mortality in 314 consecutive patients. *Gastroenterology*. 1987;93: 48-52.
5. Sunda T, Chakrabandhu T, Soothi-o Soth T, Katti pathanapon V. Percutaneous endoscopic gastrostomy. *J Med Ass. Thai* 1987;70(4) : 181-3.
6. วิวัฒน์ ธีระพานิช. Percutaneous endoscopic gastrostomy ในศัลยศาสตร์ วิวัฒน์ 15 ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย, ประพันธ์ กิตติสิน และ คณะ บรรณาธิการ. สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร, 2540 : 147-71.
7. สุภา เกี้ยวศรีกุล, มงคล หงษ์ศิรินิรชร, สุรพล สุรางค์ศรีรัฐ, อนุชิต จุฑะพุทธิ. Percutaneous endoscopic gastrostomy ในรพ.พระมงกุฎเกล้า. *เวชสารแพทย์ทหารบก* 2540; 50 (Supp. 1) พฤศจิกายน : 57 (บทคัดย่อ).
8. American Gastroenterological Association Technical Review on tube feeding for enteral nutrition. *Gastroenterol* 1995;108 : 1282-301.
9. American Society For Gastrointestinal Endoscopy. Role of PEG/PEJ in enteral feeding. *Gastrointest Endosc* 1998;48(6) : 699-701.
10. Safadi By, Marks JM, Ponsky JL. Percutaneous Endoscopic Gastrostomy : An update. *Endoscopy* 1998;30(9) : 781-8.

11. Hussian A, Woolfrey S, Massey J, Geddes A, Cox J. Percutaneous endoscopic gastrostomy. *Postgrad Med J* 1996;72 : 581-5.
12. Tsang TK, Johnson YL, Pollack J, Gore RM. Use of single percutaneous endoscopic gastrostomy in management of gastric volvulus in three patients. *Dig Dis Sci* 1998;43(12) : 2659-65.
13. Hogan RB, DeMarco DC, Hamilton JK. Percutaneous endoscopic gastrostomy to push or pull : a prospective randomized trial. *Gastrointest Endosc* 1996;32 : 253-8.
14. Russel TR, Brotman M, Norris F. Percutaneous gastrostomy; a new simplified and cast-effective technique (abstract). *Am J Surg* 1984; 148 : 132-7.
15. Cosentini EP, Sautner T, Gnant M, Winkel bauer F, Teleky B, Jakesz R. Outcomes of surgical, percutaneous endoscopic, and percutaneous radiologic gastrostomy. *Arch Surg* 1998;133 : 1076-83.
16. Kozarck RA, Ball TJ, Ryan JA. When push comes to shove : a comparison between two methods of percutaneous endoscopic gastrostomy. *Am J Gastroenterol* 1986;81 : 642-6.
17. Wolfsen HC, Kozarck RA, Ball TJ, Patterson DJ, Botoman VA, Ryan JA. Value of diagnostic upper endoscopy preceeding percutaneous gastrostomy. *Am J Gastroenterol* 1990;85 : 249-51.

18. Sartori S, Trevisani L, Nielsen I. Percutaneous endoscopic gastrostomy placement using the pull-through or push-through techniques : is the second pass of the gastroscop necessary? (abstract). *Endoscopy* 1996;28 : 686-8.
19. Losurdo J, Kazi N, Livak A, Iber FL, Oldham T, Haydek J, et al. Percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) : is a second look necessary?. *Gastrointest Endosc* 1996;43(4) : 353.
20. Stewart JAD, Hogan P. Failure to transilluminate the stomach is not an absolute contraindication to PEG insertion. *Endoscopy* 1998;30(7):621-2.
21. Ponsky JL. Transilluminating percutaneous endoscopic gastrostomy (editorial). *Endoscopy* 1998;30(7) : 656.
22. Sturgis TM, Yancy W, Cole JC, Proctor DD, Minhas BS, Marcuard SP. Antibiotic prophylaxis in percutaneous endoscopic gastrostomy. *Am J Gastroenterol* 1996;91(11) : 2301-4.
23. Gossner L, Keymling J, Hahn EG, Ell C. Antibiotic prophylaxis in percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) : a prospective randomized clinical trial (abstract). *Gastroenterology* 1997;112 : A877.
24. Rey JR, Axon A, Budzynska A, Kruse A, Nowak A. Guidelines of the European Society of Gastrointestinal Endoscopy (E.S.G.E.) : Antibiotic prophylaxis for gastrointestinal endoscopy. *Endoscopy* 1998;30:318-24.

25. Sheers R, Chapman S. The buried bumper syndrome : a complication of percutaneous endoscopic gastrostomy. *Gut* 1998;43 : 586.
26. Botterill I, Miller G, Dexter S, Martin I. Deaths after delayed recognition of percutaneous endoscopic gastrostomy tube migration. *BMJ* 1998;317 : 524-5.
27. Balan KK, Vinjamuri S, Maltby P, Bennett J, Playfer JR, Critchley M. Gastroesophageal reflux in patients fed by percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) : detection by a simple scintigraphic method. *Am J Gastroenterol* 1998;93 : 946-9.
28. Hull MA, Rawlings J, Murray FE, Field J, McIntyre AS, Mahida YR. Audit of outcome of long-term enteral nutrition by percutaneous endoscopic gastrostomy. *Lancet* 1993;341 : 869-72.
29. Kaw M, Sekas G. Long-term follow-up of consequence of Percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) tubes in nursing home patients. *Dig Dis Sci* 1994;39(4) : 738-43.
30. Light VL, Slezak FA, Porter JA, Gerson LW, McCord G. Predictive factors for early mortality after percutaneous endoscopic gastrostomy. *Gastrointest Endosc* 1995;42 : 330-5.
31. Grant MD, Rudberg MA, Brody JA. Gastrostomy placement and mortality among hospitalized medicare beneficiaries. *JAMA* 1998;279 (24) : 1973-6.

32. Ponsky JL, Ganderer MWL, Stellato TA. Percutaneous endoscopic gastrostomy : review of 150 cases. Arch Surg 1983;118 : 913-4.
33. Panos MZ, Reilly H, Moran A, Reilly T, Wallis PJW, Wears R. Percutaneous endoscopic gastrostomy in a general hospital : Prospective evaluation of indications, outcome, and randomized comparison of two tub designs. Gut 1994;35 : 1551-6.
34. Chowdhury MA, Batey R. Complications and outcome of percutaneous endoscopic gastrostomy in different patient groups. J Gastroenterol Hepatol 1996;11 : 835-9.
35. Lowe JB, Page CP, Schwesinger WH, Gaskill HV, Stanffer JS. Percutaneous endoscopic gastrostomy tube placement in a surgical training program. Am J Surg 1997; 174 : 624-8.
36. So JBY, Ackroyd FW. Experience of percutaneous endoscopic gastrostomy at Massachusetts General hospital : indications and complications. Singapore Med J 1998;39(12) : 560-3.
37. Loser C, Wolters S, Folsch UR. Enteral long-term nutrition via percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) in 210 patients : a four-year prospective study. Dig Dis Sci 1998;43(11) : 2549-57.
38. Gordon C, Hewer RL, Wade DT. Dysphagia in acute stroke. Br Med J 1987;295 : 411-4.

39. Park RHR, Allison MC, Lang J, Spence E, Morris AJ, Panesh BJZ, et al. Randomised comparison of percutaneous endoscopic gastrostomy and nasogastric tube feeding in patients with persisting neurological dysphagia. *Br Med J* 1992;304 : 1406-9.
40. Norton B, Homer-Ward M, Donnelly MT, Long RG, Holmes GKT. A randomized prospective comparison of percutaneous endoscopic gastrostomy and nasogastric tube feeding after acute dysphagic stroke. *Br Med J* 1996;312 : 13-6.
41. Wijdicks EF, McMahon MM. Percutaneous endoscopic gastrostomy after acute stroke : Complications and outcome (abstract). *Cerebrovasc Dis* 1999;9(2) : 109-11.
42. Zenk J, Waldfaher F, Petsch S, Iro H. Long-term experience with percutaneous endoscopic controlled gastrostomy (PEG) in ENT tumor patients (abstract). *HNO* 1998;46(7) : 660-5.
43. Motsch C, Hackelsberger A, Nebelung K. Percutaneous endoscopic gastrostomy in patients with ENT tumors (abstract). *HNO* 1998;46(11) : 925-31.
44. Raynor EM, Williams MF, Martindal RG, Porubsky ES. Timing of percutaneous endoscopic gastrostomy tube placement in head and neck cancer patients (abstract). *Otolaryngol Head Neck Surg* 1999;120(4) : 479-92.

45. Macallan DC, Noble C, Baldwin C, Jebb JA, Prentice AM, Coward WA, et al. Energy expenditure and wasting in human immunodeficiency virus infection. *N Engl J Med.* 1995;333(2) : 83-8.
46. Cappell MS, Godil A. A multicenter Casecontrolled study of percutaneous endoscopic gastrostomy in HIV-seropositive patients. *Am J Gastroenterol* 1993;88(12) : 2059-66.
47. Ockenga J, Siittmann U, Sellberg Q, Schlesinger A, Meier PN, Gebel M. Percutaneous endoscopic gastrostomy in AIDS and control patients : risks and outcome. *Am J Gastroenterol* 1996;91(9) : 1817-22.
48. Crotty B, McDonald J, MijchAM, Smallwood RA. Percutaneous endoscopic gastrostomy feeding in AIDS. *J Gastroenterol Hepatol* 1998;13 (4) : 371-5.
49. Finucane P, Aslan SM, Dancan D. Percutaneous endoscopic gastrostomy in elderly patients. *Postgrad Med J* 1991;67 : 371-3.
50. Fisman DN, Levy AR, Gifford DR, Tamblyn R. Survival after percutaneous endoscopic gastrostomy among alder residents of Quebec. *J Am Geriatr SC* 1999;47(3) : 349-53.
51. Cappell MS, Iacovon FM. The safety and efficacy of percutaneous endoscopic gastrostomy after recent myocardial infarction : a study of 28 patients and 40 controls at four university teaching hospitals. *Am J Gastroenterol* 1996;91(8) : 1599-603.

ประสบการณ์ดูงานด้านระบบทางเดินอาหารในประเทศญี่ปุ่น

ผมเพิ่งกลับจากญี่ปุ่น เมื่อปลายเดือนมิถุนายนที่ผ่านมา ได้ไปฝึกและดูงานในเรื่อง “Early detection of tumors in GI tract and Hepatobiliary system and Pancrease” ที่ Kyoto Prefectural University of Medicine เป็นเวลา 3 เดือน โดยทุนของ Takeda Foundation ผ่านการพิจารณาของแพทยสมาคม ก็ไม่นึกว่าจะได้ไปเพราะเคยสมัครขอทุน JICA เมื่อ 2 ปีก่อนเกือบได้ไปแต่ไม่ได้

3 เดือนที่อยู่ที่นั่นส่วนใหญ่จะอยู่กับหน่วย Endoscope มีเดือนหลังที่เพิ่มการ attend ที่ Hepatology division

วันจันทร์เช้าคูที่หน่วย Ultrasound, Colour doppler Ultrasound ของ Portal system ตอนบ่ายบางสัปดาห์มี Professor round กับ Professor Kei Kashima เป็น Director ของ 3rd Department of Internal Medicine ถ้าไม่มีก็จะไปดู Investigation treatment เช่น Liver biopsy โดยมี Ultrasound guide กับ Angiogram, treatment ของ Hepatocellular CA มีทั้งทำ alcohol injection, percutaneous microwave coagulation therapy โดยมี ultrasound guide, TAE ในห้อง Angiogram ซึ่งที่นั่นอายุรแพทย์เป็นคนทำเองหมด

วันอังคารถึงวันศุกร์ช่วงเช้า จะมี Endoscopy ต่างๆที่เป็นงานหลัก คือ GIF screening for early tumors detection ดูเทคนิคการทำ Chromoscopy, ERCP, ERCP with stent, ERCP with baby electronic scope for Pancreatic duct ซึ่งเขาคูว่าที่นี่เริ่มเป็นแห่งแรกในญี่ปุ่น

Endoscopic ultrasonography ส่วนใหญ่จะทำวันพุธ ซึ่งผม attend ทุกครั้ง เพราะชอบเรื่อง ultrasound ยังขนตำราไปด้วย ผมคิดว่ามันมีประโยชน์ในการ early detection และ plan การ treatment ในแต่ละราย บ่ายวันพุธ-ศุกร์ จะ

มี Colonoscope ส่วนใหญ่จะเป็น screening for Colorectal tumors ส่วนหนึ่งจะเป็น therapy บาง case ทำ Endoscopic ultrasound ของ large bowel ด้วย

Endoscopic therapy มีแทบทุกวัน ไม่ว่าจะเป็น Sclerosing therapy, Ligation, EMR, Photodynamic therapy, Argon plasma coagulation ที่ญี่ปุ่น sclerosing therapy ทำกันจริงจังมาก เรียกว่าตามเก็บกวาดให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ varices ที่ยากๆเอาไปทำในห้อง fluroscope บางรายทำ balloon Retrograde transvenous obliteration เขามีแนวคิดที่ญี่ปุ่นต้อง preventive therapy ซึ่งต่างจากทางตะวันตกที่รักษาเมื่อมีเลือดออก ผมคิดว่านี่คือเหตุผลหนึ่งที่ชาวญี่ปุ่นโดยเฉลี่ยมีอายุยืนยาวที่สุด

เขามีการติดตามคนไข้อย่างต่อเนื่อง การตรวจ Endoscopy บ่อยๆทุกสัปดาห์, ทุก 1 เดือน, ทุก 3 เดือน, ต่อไปทุก 6 เดือน, ทุก 1 ปี ข้อมูลจากภาพถ่าย ฟิล์ม จะเก็บไว้อย่างดี ฉะนั้นถ้ามีการเปลี่ยนแปลงผิดปกติก็สามารถรู้ได้แต่เนิ่นๆ เขาว่าใหม่ๆคนไข้ก็กลัวไม่อยากจะตรวจ แต่ปัจจุบันคนไข้เคยชินแล้วและให้ความร่วมมือดี มีเครื่องมือที่อำนวยความสะดวกในการตรวจมากขึ้น อัตราการตายจากโรคมะเร็งกระเพาะอาหารลดลงจากหลายปีก่อน ถึงแม้ว่าอัตราการเกิดโรคมะเร็งกระเพาะอาหารยังคงที่ก็ตาม ในเรื่องเครื่องมือถึงแม้จะมีราคาแพงมาก แต่การลงทุนนี้น่าจะคุ้มค่าเพราะลงทุนซื้อเครื่องมือครั้งแรกเท่านั้น แต่สามารถตรวจได้ต่อไปนับพันครั้งเมื่อเทียบกับถ้าคนไข้ไม่ได้ตรวจพบแต่แรก แล้วปล่อยให้เกิด advance stage ที่ต้องใช้ยาแพงๆ, รังสีรักษา และยังไม่ได้ผลดี ฉะนั้นการ early detection และ early treatment ย่อมดีกว่าแน่ (ไม่นับเรื่องของ prevention ซึ่งต้องทำอยู่แล้วถ้ารู้สาเหตุแน่ชัด)

ไปญี่ปุ่นครั้งนี้ผมได้มีโอกาสเสนอภาพสไลด์เกี่ยวกับเมืองไทย งานที่ทำอยู่และสถิติเกี่ยวกับเรื่องมะเร็งในเมืองไทยไปแสดงให้เขาดู มีภาพถ่ายที่

พบพยาธิตัวจิ๋วในผนังกระเพาะอาหารคนไข้คนหนึ่งที่มาด้วยอาเจียนเป็นเลือด รวมทั้ง Cholangio tumor ที่เป็นอันดับหนึ่งในภาคอีสาน และอาหารปลาดิบที่มี Opisthorchis viverrini เป็น promoting factor แสดงให้เขาชม เขารู้สึกสนใจมาก เพราะ Cholangio tumor ใหม่นพบไม่มากนัก การรักษา Cholangio tumor อาศัย ERCP และการทำ stent กับ PTBD เป็นหลักไม่ค่อยให้ยาอะไร แต่ก็ขี้ดชีวิตคนไข้ได้นานพอสมควร ซึ่งต้องอาศัย Endoscopist ขยันในการทำ ERCP และทำ Dilatation and Drainage

Tumor markers มีการตรวจมากมายหลายอย่าง เช่น CA 125, CA19-9, CEA etc แต่ไม่ได้ใช้ Tumor markers เป็น early detection, ใช้ Tumor markers เพื่อติดตามโรคและติดตามผลการรักษา early detection ของ GI tract และ Hepatobiliary system ยังคงอาศัยการตรวจด้วย Endoscope กับ Ultrasound ที่ทำสม่ำเสมอ

สรุปแล้วการไปดูงานครั้งนี้มีประโยชน์มาก ที่จะได้นำความรู้และประสบการณ์ที่ได้มาพัฒนาการตรวจรักษาในบ้านเราต่อไป หลายอย่างสามารถทำได้เลย แต่บางอย่างคงต้องรองบประมาณเพื่อจัดซื้อเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพสูงต่อไปและที่สำคัญอีกอย่างคือได้มีเพื่อนแพทย์ผู้ป่วนที่สามารถติดต่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในด้านการรักษาทางการแพทย์ต่อไปได้

นพ.สุเจตน์ เลิศเอนกวัฒนา
อายุรแพทย์ รพ.หนองคาย
E-mail: sujet@health2.moph.go.th

สารจากเลขานุการการจัดประชุม DDW 1999

1. ขอเชิญชวนส่ง Abstract DDW

เนื่องจากบัดนี้ใกล้เวลาการจัดประชุม DDW Thailand 1999 ที่เชียงใหม่ซึ่งจะมีขึ้นระหว่างวันที่ 12-16 ธันวาคม 2542 และขณะนี้ยังมีจำนวน Abstracts จากคนไทยไม่มากนัก จึงขอวิงวอนให้ช่วยกันส่งมาให้มากๆ เพื่อเป็นการส่งเสริมวิชาการและรักษาเกียรติภูมิของคนไทยให้เป็นที่ประจักษ์แก่ชาวต่างประเทศ ทั้งนี้ถึงแม้จะเลยกำหนด Deadline ของการส่ง Abstract แล้ว แต่ก็ยังสามารถส่ง Abstract มาได้ และเพื่อให้สามารถส่งต้นฉบับไปตีพิมพ์ลงใน Abstract book ได้ทัน จึงขอความกรุณาส่งมาให้ถึงผมหรือสำนักงานเลขานุการการประชุม ตามที่อยู่ข้างล่างนี้ ภายในวันที่ 15 กันยายน 2542

Secretariat Office :

The Digestive Disease Week Thailand 1999

The Incentive Design Co., Ltd. ชั้น 6 (6-A) , อาคารวรสิน

9 ถนนวิภาวดีรังสิต, ลาดยาว, เขตจตุจักร, กรุงเทพฯ, 10900

2. สำหรับท่านที่ลงทะเบียนเข้าร่วมประชุม DDW แล้ว เนื่องจากในช่วงก่อนใกล้วันประชุมคาดว่าตัวเครื่องบินจะเต็ม จึงขอให้สมาชิกที่ต้องการเดินทางโดยเครื่องบิน กรุณาจองตั๋วล่วงหน้าแต่เนิ่นๆอย่างน้อย 1 เดือน มิฉะนั้นใกล้วันเดินทางจะมีปัญหาไม่สามารถหาเที่ยวบินได้

นพ.สถาพร มานัสสติกดิ์

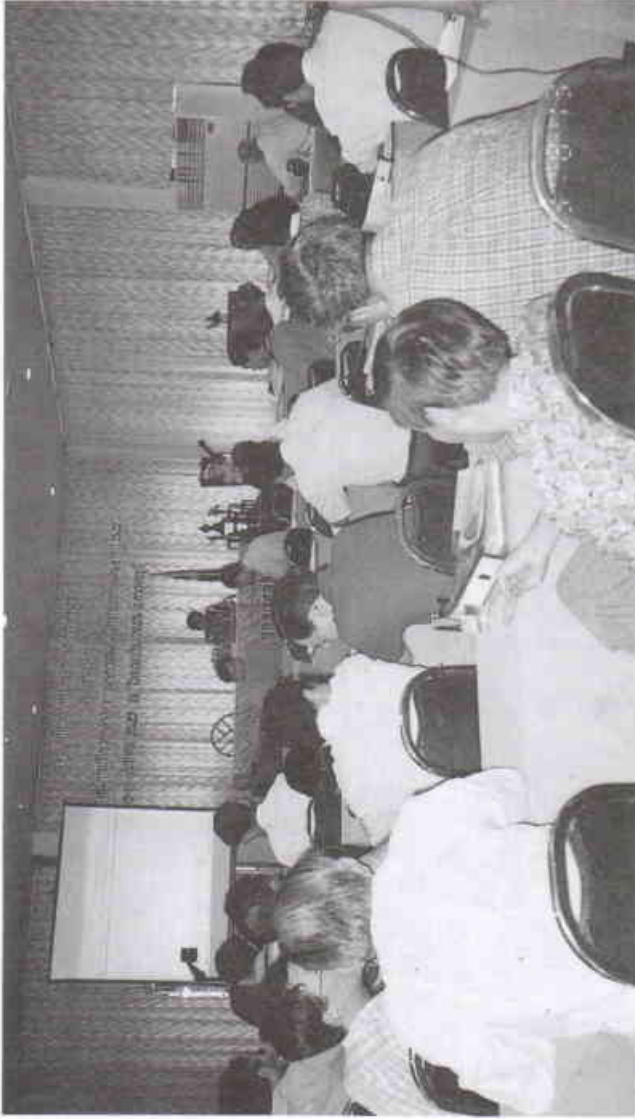
บรรณาธิการแถลง

ผมมีข่าวดีจะแจ้งให้ท่านสมาชิกทราบว่า คณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯ ได้เห็นชอบที่จะให้มีการปรับเปลี่ยนจุดสารสมาคมให้เป็นวารสารสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย หรือในชื่อภาษาอังกฤษคือ Thai Journal of Gastroenterology ซึ่งจะมีขนาดเล่มใหญ่ขึ้นเท่ามาตรฐานของวารสารทางวิชาการทั่วไป ในช่วงแรกนี้จะมีเนื้อหาทั้งที่เป็นภาษาไทย และเป็นภาษาอังกฤษ เนื้อหาภายในเล่มจะเข้มข้นเหมือนเดิม เช่น Interesting case, Interesting topics review โดยจะพัฒนาให้มีคุณภาพดียิ่งขึ้น รวมทั้งจะมี research articles เพิ่มขึ้นด้วย สำหรับข่าวคราวและกิจกรรมต่างๆของสมาคมที่จะส่งให้สมาชิกได้รับก็ยังคงมีอยู่เช่นเดิม ที่จำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลงเช่นนี้ เนื่องจากว่าจุดสารสมาคมของเรา ซึ่งได้ดำเนินมาประมาณ 7 ปีแล้ว ประสบความสำเร็จอย่างมาก เรียกได้ว่าติดตลาดแล้วเป็นที่สนใจและเรียกหาจากแพทย์ทั่วไป เราจึงเห็นว่าควรที่จะพัฒนาและยกระดับขึ้นให้เป็นวารสารทางวิชาการ เช่นเดียวกับวารสารทางวิชาการที่เป็นมาตรฐาน โดยสมาคมได้เรียนเชิญ ศ.นพ.สุชา คุระทอง มาเป็นบรรณาธิการของวารสารสมาคม และท่านได้ตอบรับแล้วและเริ่มดำเนินการเพื่อเตรียมเปิดโฉมของวารสารสมาคมเล่มแรกซึ่งจะเป็นฉบับเดือนมกราคม 2543 ซึ่งจะต่อเนื่องไปจากจุดสารสมาคมซึ่งฉบับสุดท้ายจะเป็นฉบับประจำเดือนธันวาคม 2542

จึงขอให้ท่านสมาชิกเตรียมตัวที่จะได้คลโฉมวารสารสมาคมพร้อมๆกับการเปิดศักราชใหม่ปี 2000 ด้วยครับ

นพ.อุดม กชินทร

ภาพข่าว



สมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย โดยฝ่ายการศึกษาหลักปรัชญาได้จัดการสัมมนาเรื่อง
“แนวทางในการปรับปรุงหลักสูตรของการฝึกอบรมเฟลโกล์สาขาวิชาโรคระบบทางเดินอาหาร 2542”
เมื่อวันที่ 12-13 สิงหาคม 2542 ณ โรงแรมบ้านสวนฝน จ.กาญจนบุรี โดยมีคณาจารย์จากสถาบันต่างๆเข้า
ร่วมประชุม 40 ท่าน



การประชุมกลุ่มย่อยเรื่องเกณฑ์การประเมินผลในงานสัมมนาดังกล่าว เมื่อวันที่ 12-13 สิงหาคม 2542
ในภาพ อ.ประวิทย์ เดิศวีระศิริกุล ผู้นำกลุ่ม กำลังฟังการอภิปรายของสมาชิกในกลุ่มเพื่อหาเกณฑ์การ
ประเมินผลการฝึกอบรม GI Fellow ให้เป็นไปอย่างถูกต้อง มีประสิทธิภาพ และยุติธรรม



การอภิปรายในงานสัมมนาตั้งถั่ว เมื่อวันที่ 12-13 สิงหาคม 2542 ในภาพ อ.นุสนธิ์ กัลลค์เจริญ กำลังอภิปรายและให้ความเห็นของตัวแทนของตนเองคืออาจารย์พนิด กุลละวณิชซ์ ซึ่งทำหน้าที่นางๆ



อ.ประวิทย์ เลิศวีระศิริกุล อุปนายก กำลังชี้ร่วมร่างเชิญชวนให้รับประทานอาหารกลางวันอร่อยๆ ซึ่งสมาคม
ได้จัดเตรียมให้ท่านสมาชิกทุกคนครั้งก่อนการประชุม Interhospital GI Conference ณ ห้องภัตตาคาร 3
โรงแรมไฮลทวินทาวเวอร์, กรุงเทพฯ



การประชุมกลุ่มย่อย เรื่องการวิจัย เมื่อวันที่ 12-13 สิงหาคม 2542 ซึ่งมี อ.กัศร เผ่าสวัสดิ์ เป็นผู้นำกลุ่ม จะเห็นได้ว่าสมาชิกในกลุ่มอภิปรายกันอย่างสนุกสนาน โดยเฉพาะ อ.ไพฑูรย์ จัวงพานิช (พี่เสือ) ยิ่งคำ ยังอภิปรายได้เด็ดขาด อนาคตไปเป็นดาวสภาได้ มีแต่ อ.กัศร คร่ำเคร่งอยู่ผู้เดียว เพราะกลัว GI Fellow จะต้องทำงานวิจัยหนักเกินไป

ผู้สนับสนุนการพิมพ์

ปีที่ 7 ฉบับที่ 32

สิงหาคม 2542

-
1. บริษัทแก๊สโซ แวลคัม (ประเทศไทย) จำกัด จัดทำที่คั่น pylorid
 2. บริษัทแจนเซ่น ฟาร์มาซูติการ์ จำกัด จัด ทำปกหลังด้านใน prepulsid
 3. บริษัททาเคคา (ประเทศไทย) จำกัด จัดทำใบแทรก prevacid
 4. บริษัทไทยโอซูก้า จำกัด จัดทำใบแทรก aminoleban
 5. บริษัทเบอร์ลิน ฟาร์มาซูติคอลลอนคัสตรี จำกัด จัดทำปกหน้าด้านใน miracid
 6. บริษัทแอสตรา (ไทย) จำกัด จัดทำปกหลัง losec

ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิกตลอดชีพ
สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกตลอดชีพของ “สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย” โดยรับรองว่าจะปฏิบัติตามกฎข้อบังคับและระเบียบของสมาคมทุกประการ รายละเอียดของข้าพเจ้ามีดังนี้

(กรุณาเขียนด้วยตัวบรรจง) [] นายแพทย์ [] แพทย์หญิง

1. ชื่อ.....

First Name.....

นามสกุล.....

Last Name.....

ยศ, ตำแหน่งทางวิชาการ.....

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

คุณวุฒิ.....

ท่านปฏิบัติงานด้าน โรคระบบทางเดินอาหาร

[] น้อยกว่า 50% ของเวลาทำงาน

[] มากกว่า 50% ของเวลาทำงาน

3. ที่อยู่ปัจจุบัน (ที่สามารถติดต่อและส่งจดหมายถึงได้) บ้านเลขที่.....

ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

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

4. ที่ทำงาน.....

โทรศัพท์.....

โทรสาร.....E-mail.....

ตำแหน่ง.....

5. การติดต่อทางไปรษณีย์ กรุณาส่งไปที่ บ้าน ที่ทำงาน

6. ผู้รับรองในการสมัครสมาชิกของสมาคมฯ ครั้งนี้ คือ

1.).....

2.).....

การสมัครสมาชิกสมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

1. ใบสมัครสมาชิกฯ

2. ค่าสมัครสมาชิกฯ จำนวน 1,000.00 บาท (ตลอดชีพ)

สถานที่รับสมัคร

สมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

ตึกพะออบ ชั้น 1 สาขาวิชาโรกระบบทางเดินอาหาร

โรงพยาบาลศิริราช บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700

หมายเหตุ: ในการสมัครสมาชิกจะสมบูรณ์ต่อได้ผ่านมติที่ประชุมของกรรมการสมาคมฯ แล้วเท่านั้น

พร้อมกันนี้ ข้าพเจ้าได้ชำระเงินเป็นค่าสมัครสมาชิกตลอดชีพแล้ว เป็นจำนวนเงิน 1,000.00 บาท (=หนึ่งพันบาทถ้วน=) ซึ่งข้าพเจ้าได้ชำระเป็น

เงินสด

เช็คธนาคาร.....สาขา.....เลขที่.....ลงวันที่.....

ลงชื่อ.....

(.....)