

# จุลสาร

สมาคมแพทยระบบ

ทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย



ปีที่ 9 ฉบับที่ 42 ธันวาคม 2544

ISSN 0857 - 6351

<http://www.thaigastro.org>

## ฉบับที่ 42

- พบกันในงาน World Congress of Gastroenterology 2002  
ที่ศูนย์ประชุมนานาชาติไบเทค, กรุงเทพฯ
- Idiopathic megacolon (IMC) and Idiopathic megarectum (IMR)
- Gastroesophageal Reflux Disease in Children:  
Current Approach and Management



## สมาคมแพทยระบบทางเดินอาหาร แห่งประเทศไทย

จุลสารสมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย จัดพิมพ์  
โดยอนุมัติของคณะกรรมการอำนวยการสมาคมแพทยระบบทางเดินอาหาร  
แห่งประเทศไทย กำหนดออกทุก 2 เดือน แจกจ่ายโดยไม่คิดมูลค่าแก่  
สมาชิกของสมาคมฯ ตลอดจนห้องสมุดโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาล  
ประจำจังหวัดทั่วประเทศ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมความรู้โรคระบบ  
ทางเดินอาหาร และประชาสัมพันธ์กิจกรรมของสมาคมฯ

สำนักงาน:-

ตึกผะอบ ชั้น 1 สาขาวิชาโรคระบบทางเดินอาหาร

รพ.ศิริราช

ถ.พราณนก

บางกอกน้อย

กรุงเทพฯ 10700

โทร 0-2412-0586

โทรสาร 0-2411-5013, 0-2412-0586

# สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

ปีที่ 9 ฉบับที่ 42

ธันวาคม 2544 ISSN 0857-6351

## รายนามคณะผู้จัดทำจุลสาร

ที่ปรึกษา	แพทย์หญิงศศิประภา	บุญญพิสิฐฐ์
	นายแพทย์อุดม	คชินทร
บรรณาธิการ	นายแพทย์สมชาย	ลีลากุลลงค์
กองบรรณาธิการ	แพทย์หญิงโคมศรี	โฆษิตชัยวัฒน์
	นาวาอากาศโทนายแพทย์วิญญู	จันทรสุนทรกุล
	นายแพทย์ทวีศักดิ์	แทนวันดี
	นายแพทย์ธีระ	พิรัชวิสุทธิ์
	นายแพทย์นุสนธิ์	กัลต์เจริญ
	นายแพทย์พิศาล	ไม้เรียง
	นายแพทย์พูลชัย	จรัสเจริญวิทยา
	นายแพทย์มานิต	ลีโทขวลิต
	นายแพทย์ยุทธนา	ศตวรรษอำรง
	พันตำรวจเอกนายแพทย์วรพันธุ์	เสาวรส
	นายแพทย์ศตวรรษ	ทองสวัสดิ์
	แพทย์หญิงสุพร	ตรีพงศ์กรุณา
	นายแพทย์สิริวัฒน์	อนันตพันธุ์พงศ์
	พันเอกนายแพทย์อนุชิต	จุฑะพุทธิ
พิมพ์ที่	ศุภวนิช การพิมพ์	
จำนวน	1,500 เล่ม	

# สารบัญ

จุลสารสมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

ปีที่ 9 ฉบับที่ 42

ธันวาคม 2544

## สารบัญ

	หน้า
รายนามคณะกรรมการอำนวยการ	4
สมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย	
สารจากนายกสมาคม	10
รายงานการประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯครั้งที่ 8/2544	12
รายงานการประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯครั้งที่ 9/2544	25
Interhospital GI Conference	
Case 1	37
Case 2	50
Interesting Topics Review	
Idiopathic megacolon (IMC) and Idiopathic megarectum (IMR)	40
GI-Manifestation of Scleroderma	56
Gastroesophageal Reflux Disease in Children:	78
Current Approach and Management	
Journal Watch	108
ถามตอบจากภาพ	113
บรรณาธิการแถลง	115
ผู้สนับสนุนการจัดพิมพ์หนังสือจุลสารสมาคม	116
ใบสมัครเป็นสมาชิกสมาคม	117

# รายนามคณะกรรมการอำนวยการสมาคม

## รายนามคณะกรรมการอำนวยการสมาคม

วาระปี 2544-2545

- |   |  |                                  |
|---|--|----------------------------------|
| 1. แพทย์หญิงศศิประภา บุญญพิสิฏฐ์          |  | นายกสมาคม                        |
| 2. นายแพทย์ประวิทย์ เลิศวีระศิริกุล       |  | รองตำแหน่งนายก                   |
| 3. นายแพทย์มานิต สิทховลิต                |  | อุปนายก                          |
| 4. นายแพทย์ทวีศักดิ์ แทนวันดี             |  | เลขาธิการ                        |
| 5. แพทย์หญิงชุตินา ประมูลสินทรัพย์        |  | เหรัญญิก                         |
| 6. นายแพทย์จรินทร์ โจรณ์บวรวิทยา          |  | ประธานฝ่ายปฏิคม                  |
| 7. นายแพทย์กำธร เผ่าสวัสดิ์               |  | ประธานฝ่ายวิจัย                  |
| 8. แพทย์หญิงวโรชา มหาชัย                  |  | ประธานฝ่ายวิชาการ                |
| 9. นายแพทย์ไพโรจน์ เหลืองโรจนกุล          |  | ประธานฝ่ายโรคตับ                 |
| 10. พันเอกนายแพทย์สุรพล ชื่นรัต นกุล      |  | ประธานฝ่ายเอ็นโดสโคปี่           |
| 11. นายแพทย์พิศาล ไม้เรียง                |  | ประธานฝ่ายการศึกษา<br>หลังปริญญา |
| 12. นายแพทย์สุชา คุระทอง                  |  | ประธานฝ่ายวารสาร                 |
| 13. นายแพทย์ธีระ พิรัชวิสุทธิ์            |  | ประธานฝ่ายวิเทศสัมพันธ์          |
| 14. นายแพทย์ทองดี ชัยพานิช                |  | กรรมการกลาง                      |
| 15. นายแพทย์คณิต อธิสุข                   |  | กรรมการกลาง                      |
| 16. แพทย์หญิงโฉมศรี โฆษิตชัยวัฒน์         |  | กรรมการกลาง                      |
| 17. นายแพทย์นุสนธิ์ กัดเจริญู             |  | กรรมการกลาง                      |
| 18. นายแพทย์บัญญัติ โอวาทพารพร            |  | กรรมการกลาง                      |
| 19. นายแพทย์พงษ์พีระ สุวรรณกุล            |  | กรรมการกลาง                      |
| 20. นาวาอากาศเอกนายแพทย์ไพฑูรย์ จ้วงพานิช |  | กรรมการกลาง                      |
| 21. แพทย์หญิงลินดา บราวน์                 |  | กรรมการกลาง                      |

22. พันตำรวจเอกนายแพทย์วรพันธุ์ เสาาวรส		กรรมการกลาง
23. นาวาอากาศโทนายแพทย์วิญญู จันทร์สุนทรกุล		กรรมการกลาง
24. นายแพทย์วีรกิจ	วีรานุวัตดี	กรรมการกลาง
25. แพทย์หญิงวิณา	วงศ์พานิช	กรรมการกลาง
26. นายแพทย์สถาพร	มานัสสถิตย์	กรรมการกลาง
27. นายแพทย์สมชาย	ลีลากุลวงศ์	กรรมการกลาง (ผู้ช่วยเลขาธิการ)
28. พันเอกนายแพทย์สุรพล	สุรางค์ศรีรัฐ	กรรมการกลาง
29. นายแพทย์สุริยะ	จักกะพาก	กรรมการกลาง
30. นายแพทย์อ่องอาจ	ไพโรสณทรวงกูร	กรรมการกลาง
31. พันเอกนายแพทย์อนุชิต	จุฑะพุทธิ	กรรมการกลาง
32. นายแพทย์อุดม	คชินทร	กรรมการกลาง
33. แพทย์หญิงกรรณิการ์	พรพัฒน์กุล	ที่ปรึกษา
34. นายแพทย์เกรียงไกร	อัศวรงค์	ที่ปรึกษา
35. นายแพทย์จินดา	สุวรรณรักษ์	ที่ปรึกษา
36. นายแพทย์พินิจ	กุลละวณิชย์	ที่ปรึกษา
37. นายแพทย์เต็มชัย	ไชยอนุวัติ	ที่ปรึกษา
38. พลตรีนายแพทย์วิชัย	ชัยประภา	ที่ปรึกษา
39. นายแพทย์สมหมาย	วิไลรัตน์	ที่ปรึกษา
40. นายแพทย์สวัสดี	หิตะนันท์	ที่ปรึกษา
41. นายแพทย์สัจพันธ์	อิศรเสนา	ที่ปรึกษา
42. พลอากาศตรีนายแพทย์สุจินต์	จารุจินดา	ที่ปรึกษา

## รายนามคณะอนุกรรมการฝ่ายวิจัย

- |                                 |                 |            |
|---------------------------------|-----------------|------------|
| 1. นายแพทย์กำธร                 | เผ่าสวัสดี้     | ประธาน     |
| 2. นายแพทย์จรินทร์              | โรจนบวรวิทยา    | อนุกรรมการ |
| 3. แพทย์หญิงโฉมศรี              | โฆษิตชัยวัฒน์   | อนุกรรมการ |
| 4. แพทย์หญิงชุติมา              | ประมุขสินทรัพย์ | อนุกรรมการ |
| 5. นายแพทย์ธีระ                 | พิรัชวิสุทธิ    | อนุกรรมการ |
| 6. นายแพทย์นุสนธิ์              | กมลเจริญ        | อนุกรรมการ |
| 7. นายแพทย์บัญญัติ              | โอวาทพิารพร     | อนุกรรมการ |
| 8. นายแพทย์ประวิทย์             | เลิศวีระศิริกุล | อนุกรรมการ |
| 9. นายแพทย์พลรัตน์              | วิไลรัตน์       | อนุกรรมการ |
| 10. นายแพทย์พิศาล               | ไม้เรียง        | อนุกรรมการ |
| 11. นายแพทย์มานิต               | สีโทชวลิต       | อนุกรรมการ |
| 12. นายแพทย์ยุทธนา              | ศตวรรษธำรง      | อนุกรรมการ |
| 13. นาวาอากาศโทนายแพทย์วิญญู    | จันทรสุนทรกุล   | อนุกรรมการ |
| 14. แพทย์หญิงวโรชา              | มหาชัย          | อนุกรรมการ |
| 15. พันตำรวจเอกนายแพทย์วรพันธุ์ | เสาวรส          | อนุกรรมการ |
| 16. นายแพทย์ศตวรรษ              | ทองสวัสดี้      | อนุกรรมการ |
| 17. นายแพทย์สถาพร               | มานัสสถิตย์     | อนุกรรมการ |
| 18. นายแพทย์เสถียร              | เดชะไพฑูรย์     | อนุกรรมการ |
| 19. พันเอกนายแพทย์สุรพล         | ชินรัตน์กุล     | อนุกรรมการ |
| 20. พันเอกนายแพทย์สุรพล         | สุรางค์ศรีรัฐ   | อนุกรรมการ |

21. นายแพทย์สิริวัฒน์	อนันตพันธุ์พงศ์	อนุกรรมการ
22. นายแพทย์องอาจ	ไพโรสถธรางกูร	อนุกรรมการ
23. พันเอกนายแพทย์อนุชิต	จุฑาทุทธิ	อนุกรรมการ
24. นายแพทย์อุดม	คชินทร	อนุกรรมการ
25. นายแพทย์อุทัย	แก้วเอียน	อนุกรรมการ
26. แพทย์หญิงกวรรณิการ์	พรพัฒน์กุล	ที่ปรึกษา
27. นายแพทย์เกรียงไกร	อัศววงศ์	ที่ปรึกษา
28. นายแพทย์ทองดี	ชัยพานิช	ที่ปรึกษา
29. นายแพทย์พินิจ	กุลละวณิชย์	ที่ปรึกษา
30. นายแพทย์พงษ์พีระ	สุวรรณกุล	ที่ปรึกษา
31. แพทย์หญิงศศิประภา	บุญญพิสิฐฐ์	ที่ปรึกษา
32. นายแพทย์สวัสดี	หิตะนันท์	ที่ปรึกษา
33. นายแพทย์สุชา	คุระทอง	ที่ปรึกษา



## รายนามคณะอนุกรรมการฝ่ายโรคตับ

1. นายแพทย์ไพโรจน์	เหลือใจจนกุล	ประธาน
2. แพทย์หญิงชุติมา	ประมุขสินทรัพย์	รองประธาน
3. นายแพทย์ทวีศักดิ์	แทนวันดี	กรรมการ
4. นายแพทย์เดิมชัย	ไชยนุวัตติ	กรรมการ
5. นายแพทย์ยง	ภู่วรรณ	กรรมการ
6. แพทย์หญิงวโรชา	มหาชัย	กรรมการ
7. พันเอกนายแพทย์อนุชิต	จุฑาทุทธิ	กรรมการ
8. นายแพทย์ธีระ	พิรัชวิสุทธิ	เลขาธิการ

## รายนามคณะอนุกรรมการฝ่ายวิเทศสัมพันธ์

1. นายแพทย์ธีระ	พิรัชวิสุทธิ	ประธาน
2. นายแพทย์พิศาล	ไม้เรียง	อนุกรรมการ
3. นายแพทย์ศตวรรษ	ทองสวัสดิ์	อนุกรรมการ
4. นายแพทย์สุริยะ	จักกะพาก	อนุกรรมการ
5. แพทย์หญิงนาภาพร	จำรูญกุล	อนุกรรมการ
6. นายแพทย์สมชาย	ลีลากุลดวงศ์	อนุกรรมการ

## รายนามคณะอนุกรมฝ่ายการศึกษาหลังปริญญา

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

## สารจากนายกสมาคม

---

เรียน ท่านสมาชิกสมาคมที่รักและเคารพทุกท่าน

จุลสารฉบับนี้เป็นฉบับปฐมฤกษ์ของปี 2545 ดิฉันคิดว่าคงยังไม่สายเกินไปที่จะกล่าวสวัสดิ์ปีใหม่กับทุกๆท่านและขออาราธนาคุณพระศรีรัตนตรัยและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ทั้งหลายในสากลโลกได้โปรดดลบันดาลให้ท่านสมาชิกทุกท่านตลอดจนครอบครัวประสบความสุขความสำเร็จ สมปรารถนา และอย่าได้มีภัยอันตรายใดๆมาแผ้วพาน

ในช่วงปลายเดือนพฤศจิกายนทางสมาคมได้จัดให้มี Workshop on Endoscopy และต่อด้วยการประชุมวิชาการปลายปีที่โรงพยาบาลจุฬาฯ ซึ่งมีท่านสมาชิกเข้าร่วมประชุมเป็นจำนวนมากและทุกท่านพอใจใน subject ที่ได้จัดประชุม ซึ่งทางคณะกรรมการฝ่ายวิชาการท่านอาจารย์วโรชาคงจะพยายามหาหัวข้อที่น่าสนใจมาให้สำหรับการประชุมครั้งต่อไปอีกเรื่อยๆ

การประชุมวิชาการกลางปี 2545 จัดระหว่างวันที่ 7-9 กรกฎาคม 2545 สำหรับสถานที่นั้นคาดว่าจะไม่ไกลจากกรุงเทพฯมากนัก สำหรับการประชุมวิชาการประจำปี 2545 ร่วมกับการจัดประชุม 2<sup>nd</sup> International Symposium on Viral Hepatitis and Prospective from the ASEAN Region ระหว่างวันที่ 9-12 ธันวาคม 2545 ณ จังหวัดเชียงใหม่ ขอให้ท่านสมาชิกเตรียมตัวหาเวลาว่างไว้ก่อนนะคะ

การประชุม World Congress of Gastroenterology (WCOG) 2002 ที่จะจัดขึ้น ณ ศูนย์การประชุมนานาชาติไบเทค ถนนบางนา-ตราด, กรุงเทพฯ ระหว่างวันที่ 24 กุมภาพันธ์ ถึง 1 มีนาคม 2545 ท่านกรรมการ Local Host ทุกคน ได้ทำงานหนักมาตลอดเวลา 4 ปี หลังจากที่เรามา bid ชนะมา โดยเฉพาะอาจารย์เต็มชัย ไชยนิวัด ซึ่งขณะนี้งานทุกอย่างเตรียมพร้อมและต้องออกมาอย่างสวยงามและยิ่งใหญ่ดังความตั้งใจของคณะกรรมการทุกท่านที่ตั้งใจไว้ เพื่อชื่อเสียงของประเทศไทย หวังว่าท่านสมาชิกทุกท่านคงจะช่วยกันส่งแรงกายแรงใจร่วมมือกันอย่างเต็มที่นะคะ

พบกันในงานประชุม WCOG และการประชุมวิชาการกลางปี 2545

ศาสตราจารย์แพทย์หญิงศศิประภา บุญญพิสิฏฐ์  
นายกสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

รายงานการประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคม  
ครั้งที่ 8/2544 วันศุกร์ที่ 12 ตุลาคม 2544 เวลา 09.30-12.00 น.  
ณ ห้องบำรุงเมือง โรงแรมโซลทวินทาวเวอร์, กรุงเทพฯ

รายนามผู้เข้าร่วมประชุม

- |  |                                |
|--|--------------------------------|
| 1. แพทย์หญิงศศิประภา บุญญพิสิฏฐ์       | นายกสมาคม                      |
| 2. นายแพทย์ทวีศักดิ์ แทนวันดี          | เลขาธิการ                      |
| 3. แพทย์หญิงชุตติมา ประมูลสินทรัพย์    | เหรัญญิก                       |
| 4. นายแพทย์จรินทร์ โรจน์บวรวิทยา       | ประธานฝ่ายปฏิคม                |
| 5. พันเอกนายแพทย์สุรพล ชื่นรัตนกุล     | ประธานฝ่ายเอ็นโดสโคปี่         |
| 6. นายแพทย์พิศาล ไม้เรียง              | ประธานฝ่ายการศึกษาหลังปริญญา   |
| 7. นายแพทย์ธีระ พิรัชวิสุทธิ           | ประธานฝ่ายวิเทศสัมพันธ์        |
| 8. นายแพทย์ทองดี ชัยพานิช              | กรรมการกลาง                    |
| 9. นายแพทย์บัญชา โอวาทฟารพร            | กรรมการกลาง                    |
| 10. พันตำรวจเอกนายแพทย์วรพันธุ์ เสาวรส | กรรมการกลาง                    |
| 11. นายแพทย์สมชาย ลีลากุลดวงศ์         | กรรมการกลาง (ผู้ช่วยเลขาธิการ) |
| 12. พันเอกนายแพทย์สุรพล สุรางค์ศรีรัฐ  | กรรมการกลาง                    |
| 13. นายแพทย์สุริยะ จักกะพาก            | กรรมการกลาง                    |
| 14. พันเอกนายแพทย์อนุชิต จุฑะพุทธิ     | กรรมการกลาง                    |
| 15. นายแพทย์อุดม คชินทร                | กรรมการกลาง                    |
| 16. นายแพทย์เกรียงไกร อัครวงศ์         | ที่ปรึกษา                      |

- |   |                             |
|---|-----------------------------|
| 17. นายแพทย์เดิมีชัย ไชยนุวัติ          | ที่ปรึกษา                   |
| 18. นายแพทย์สมหมาย วิไลรัตน์            | ที่ปรึกษา                   |
| 19. พลอากาศตรีนายแพทย์สุจินต์ จารุจินดา | ที่ปรึกษา                   |
| 20. แพทย์หญิงเฉลียว ประสงค์สุขสันต์     | แทน นายแพทย์มานิต ลีโทขวลิต |

### รายนามผู้ไม่สามารถเข้าร่วมประชุม

- |  |                   |
|--|-------------------|
| 1. นายแพทย์ประวิทย์ เลิศวีระศิริกุล        | รั้งตำแหน่งนายก   |
| 2. นายแพทย์กำธร เผ่าสวัสดิ์                | ประธานฝ่ายวิจัย   |
| 3. แพทย์หญิงวโรชา มหาชัย                   | ประธานฝ่ายวิชาการ |
| 4. นายแพทย์ไพโรจน์ เหลืองโรจนกุล           | ประธานฝ่ายโรคตับ  |
| 5. นายแพทย์สุชา คุระทอง                    | ประธานฝ่ายวารสาร  |
| 6. นายแพทย์คณิต อธิสุข                     | กรรมการกลาง       |
| 7. แพทย์หญิงโสมศรี โฆษิตชัยวัฒน์           | กรรมการกลาง       |
| 8. นายแพทย์นุสนธิ์ กัดัดเจริญ              | กรรมการกลาง       |
| 9. นายแพทย์พงษ์พีระ สุวรรณกุล              | กรรมการกลาง       |
| 10. นาวาอากาศเอกนายแพทย์ไพฑูรย์ จัวงพานิช  | กรรมการกลาง       |
| 11. แพทย์หญิงลินดา บราวน์                  | กรรมการกลาง       |
| 12. นาวาอากาศโทนายแพทย์วิญญู จันทรสุนทรกุล | กรรมการกลาง       |
| 13. แพทย์หญิงวีณา วงศ์พานิช                | กรรมการกลาง       |
| 14. นายแพทย์สถาพร มานัสสถิตย์              | กรรมการกลาง       |
| 15. นายแพทย์องอาจ ไพรสณทรางกูร             | กรรมการกลาง       |

- |                                   |           |
|-----------------------------------|-----------|
| 16. แพทย์หญิงกรรณิการ์ พรพัฒน์กุล | ที่ปรึกษา |
| 17. นายแพทย์จินดา สุวรรณรักษ์     | ที่ปรึกษา |
| 18. นายแพทย์พินิจ กุลลวณิชย์      | ที่ปรึกษา |
| 19. พลตรีนายแพทย์วิชัย ชัยประภา   | ที่ปรึกษา |
| 20. นายแพทย์สวัสดี หิตะนันท์      | ที่ปรึกษา |
| 21. นายแพทย์สัจพันธ์ อิศรเสนา     | ที่ปรึกษา |

เปิดประชุมเวลา 09.50 น. โดยมีแพทย์หญิงศศิประภา บุญญพิสิฏฐ์  
เป็นประธานในที่ประชุม

#### วาระที่ 1 เรื่องที่ประธานแจ้งให้ทราบ

1. ศาสตราจารย์นายแพทย์ประสพ รัตนากร ยินดีที่จะมาเป็นวิทยากร  
ในการบรรยาย 6<sup>th</sup> Vikit Viranuvatti's Lecture ในการประชุมวิชาการ  
ประจำปี 2544 ของสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่ง  
ประเทศไทย ในวันพฤหัสบดีที่ 29 พฤศจิกายน 2544
2. แพทย์สภาได้ทำจดหมายเชิญตัวแทนของราชวิทยาลัย/วิทยาลัยและ  
สมาคมวิชาชีพต่างๆไปร่วมประชุมเรื่องการพัฒนาการสร้างแนวทาง  
เวชปฏิบัติ (Clinical Practice Guideline: CPG) โดยในส่วนของ  
สมาคมได้ส่งแพทย์หญิงศศิประภา บุญญพิสิฏฐ์ และแพทย์หญิงชุติ  
มา ประมูลสินทรัพย์ เป็นตัวแทนของสมาคมเข้าร่วมประชุมดังกล่าว  
เมื่อวันที่ 2 ตุลาคม 2544 ณ อาคารเฉลิมพระบารมี 50 ปี โดยแพทย์

สภามีนโยบายและส่งเสริมให้แพทย์ประกอบวิชาชีพเวชกรรมอย่างมีมาตรฐานโดยอาศัยแนวทางและวิธีการที่มีหลักฐาน เป็นรูปธรรมว่าเป็นแนวทางหรือวิธีการที่มีประโยชน์ ปลอดภัย และคุ้มค่า ซึ่งในการทำ CPG นี้จะเป็นแนวทางที่จะใช้ในโรงพยาบาลต่างๆที่อยู่ในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวมทั้งการส่งต่อผู้ป่วยด้วย

นายแพทย์อุดม คชินทร ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าตามที่กลุ่มวิจัยโรคกระเพาะอาหารได้ขอรับทุนสนับสนุนจากสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทยเพื่อจะทำ Validation of dyspepsia guideline ไปแล้วนั้น เนื่องจากทุนที่ได้รับจากสมาคมนั้นไม่เพียงพอ ดังนั้นกลุ่มวิจัยโรคกระเพาะอาหารจึงได้ดำเนินการขอรับทุนสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ซึ่งทางสวรส.มีนโยบายที่จะทำ Guideline ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันและมีระบบมากขึ้น แต่เนื่องจากกลุ่มวิจัยไม่มีกำลังพอที่จะทำให้เป็นระบบตามนโยบายของสวรส.ได้ ทาง สวรส. จึงได้ขอความร่วมมือจาก โครงการเครือข่ายประสานงานวิจัยร่วมสหสถาบัน (Collaborative Research Coordination Network: CRCN) เพื่อช่วยวางระบบต่างๆให้กับกลุ่มวิจัยโรคกระเพาะอาหาร โดยจะมีการประชุมอีกครั้งในวันที่ 17 ธันวาคม 2544 ความคืบหน้าจะนำมาแจ้งให้ที่ประชุมทราบต่อไป



3. ตามที่สมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย ร่วมกับ บริษัทเบอร์ลิงเกอร์ อินเทลไฮม์ (ไทย) จำกัด จะจัดให้มีการบรรยายพิเศษทางวิชาการในวันศุกร์ที่ 19 ตุลาคม 2544 ณ โรงแรมแกรนด์ไฮแอท เอราวัณ กรุงเทพฯ นั้น เนื่องจากมีปัญหาดัดขัดบางประการ จึงขอยกเลิกการบรรยายดังกล่าวไปก่อน

วาระที่ 2 รับรองรายงานการประชุมครั้งที่ 7/2544

ที่ประชุมมีมติแก้ไขรายงานการประชุมดังนี้

หน้า 4 บรรทัดที่ 3 นับจากบน

แก้จาก Young Clinical Award แก้เป็น Young Clinician Award

หลังจากแก้ไขรายงานการประชุมแล้ว ที่ประชุมมีมติรับรองรายงานการประชุมครั้งที่ 7/2544

วาระที่ 3 เรื่องสืบเนื่องและพิจารณา

3.1 ความคืบหน้าในการเตรียมการประชุม World Congress of Gastroenterology (WCOG) 2002

นายแพทย์เต็มชัย ไชยอนุวัติ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบเกี่ยวกับความคืบหน้าดังนี้

1. ได้เดินทางไปร่วมประชุมคณะกรรมการ OMGE ที่ประเทศเนเธอร์แลนด์ ซึ่งที่ประชุมสรุปว่าจะไม่เลื่อนวันประชุมตามที่กำหนดไว้เดิม
2. ขณะนี้มีผู้ลงทะเบียนประมาณ 1,200 กว่าคน และลงทะเบียนผ่าน

บริษัทฯ ประมาณ 2,600 กว่าคน

3. สำหรับการจัดเตรียมงาน Thai Night นั้นขณะนี้ทุกอย่างจัดเตรียมเรียบร้อยแล้ว
4. สำหรับกำหนดการเสด็จของสมเด็จพระเจ้าน้องนางเธอ เจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์ อัครราชกุมารี กรมพระศรีสวางควัฒน วรขัตติยราชนารี นั้น ยังไม่ได้รับการยืนยัน
5. ขณะนี้ได้ทำจดหมายเชิญประชุมพร้อมโปรแกรมการประชุมถึงสมาชิกวารชวิทยาลัยอายุรแพทย์ และสมาชิกวารชวิทยาลัยศัลยแพทย์ จำนวน 4 พันกว่าฉบับ
6. เรื่องตำแหน่งบูธของสมาคมนั้น ขณะนี้ยังไม่ได้รับการยืนยันว่าจะได้ตั้งตรงบริเวณไหน

### 3.2 ความคืบหน้าในการเตรียมจัดประชุมวิชาการประจำปี 2544

นายแพทย์ทวีศักดิ์ แทนวันดี ได้แจ้งให้ที่ประชุมเกี่ยวกับความคืบหน้าในการเตรียมจัดประชุมวิชาการประจำปี 2544 ระหว่างวันที่ 27-30 พฤศจิกายน 2544 ณ อาคาร อปร. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ดังนี้

1. โปรแกรมการประชุมบาง section อาจจะเปลี่ยนแปลงบ้างเล็กน้อย เช่น Section : Highlight from Dallas
2. สำหรับการประชุมวิชาการประจำปี 2544 นี้ มีบริษัทฯ จัดจัด symposium รวมทั้งหมด 5 symposium และขณะนี้บริษัทฯ จัดบูธจำนวน 15 บูธ

3. สำหรับค่าใช้จ่ายในการจัดเตรียมสถานที่นั้นคงต้องรอดหมายจาก คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ส่วนค่าอาหารว่างนั้น ได้ขอให้บริษัทที่จัด symposium ช่วยสนับสนุนค่าใช้จ่ายส่วนนี้ด้วย
4. ด้านสถานที่จอดรถของอาคาร อปร. นั้น สามารถจอดรถได้ 60 คัน และทางสถานที่จอดรถขอให้สมาคมเป็นผู้ออกบัตรจอดรถดั่งนั้น ดั่งนั้นจึงขอความเห็นจากที่ประชุมด้วยว่าบัตรจอดรถจำนวนดังกล่าวนี้จะให้แก่ผู้ใดบ้าง  
ที่ประชุมเสนอพิจารณาให้วิทยากร และกรรมการที่จัดงาน ประชุม และให้บริษัทที่จองบูธ

พันเอกนายแพทย์สุรพล ชื่นรัตนกุล ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

1. สำหรับวันที่ 27-28 พฤศจิกายน 2544 จะจัดการประชุมแบบ Live Demonstration และมีวิทยากรจากต่างประเทศจำนวน 2 ท่าน คือ จากประเทศสิงคโปร์ และประเทศเยอรมัน
2. บริษัท K. performance จำกัด จะดำเนินการวางสายเคเบิลสำหรับ Live Demonstration
3. ค่าเดินทางของผู้ป่วยและญาติที่ส่งมาจากต่างจังหวัดนั้นจะต้องจ่ายเอง ส่วน stent คณะผู้จัดการประชุมจะดำเนินการจ่ายให้

#### วาระที่ 4 เรื่องอื่นๆ

แพทย์หญิงชุตติมา ประมูลสินทรัพย์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

1. สรุปกระแสเงินสดของสมาคม ดังเอกสารประกอบการประชุม
2. ขอบขอบคุณนายแพทย์จรินทร์ วจนักรวิทยา ที่กรุณาติดต่อรองผู้จัดการธนาคารกรุงศรีอยุธยา เกี่ยวกับเรื่องดอกเบี้ย ซึ่งจะให้ดอกเบี้ยมากกว่าธนาคารไทยพาณิชย์ ดังนั้นจึงขอปรึกษาที่ประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคมว่าจะย้ายธนาคารหรือไม่

ที่ประชุมมีมติขอให้ไปหาข้อมูลเพิ่มเติมในเรื่องของหลักประกันก่อน

แพทย์หญิงศศิประภา บุญญพิสิฐ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าเนื่องจากเงินออมของสมาคมมีมากพอ สมควร และตามระเบียบสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย ว่าด้วยการเก็บรักษาและใช้จ่ายเงินของสมาคม พ.ศ.2542 หน้า 18 ข้อ 11 นั้น ขอเสนอให้ผู้มีอำนาจในสิ่งจ่าย 3 ท่าน คือนายกสมาคม ประธานคณะกรรมการเงินออม และเหรัญญิก และขอคำปรึกษาจากที่ประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคมด้วย

ที่ประชุมได้มีการอภิปรายกันอย่างกว้างขวาง และที่ประชุมได้ร่วมกันพิจารณาแก้ไขข้อบังคับสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย (ฉบับแก้ไข พ.ศ.2542) ดังนี้

หน้า 18 ข้อ 11 แก้ไขเป็น

การเบิกถอนเงินออมสมาคม จะต้องมียอดของคณะกรรมการดูแลเงิน  
ออมสมาคม และมีลายเซ็นผู้มีอำนาจสั่งจ่ายทั้ง 3 ท่านได้แก่ นายก  
สมาคม ประธานคณะกรรมการเงินออม และเหรัญญิก โดยจะต้อง  
ประทับตราสมาคมร่วมด้วยเสมอ และการเบิกถอนเงินออมสมาคม  
ทุกครั้งจะต้องโอนเข้าบัญชีหมุนเวียนสมาคมก่อนที่จะดำเนินการ  
เบิกจ่ายต่อไป

หน้า 7 ข้อ 14 แก้ไขเป็น

ให้มีคณะกรรมการชุดหนึ่ง มีอำนาจหน้าที่บริหารกิจการให้เป็นไป  
ตามวัตถุประสงค์ของสมาคมเรียกว่า "คณะกรรมการอำนวยการ"  
ซึ่งประกอบด้วยกรรมการไม่เกิน 32 ท่าน คือ

หน้า 12 ข้อ 19 แก้ไขเป็น

ให้นายกสมาคมแต่งตั้งคณะกรรมการอำนวยการ นอกเหนือจาก  
นายกสมาคมและผู้รั้งตำแหน่งนายก ได้ไม่เกิน 30 ท่าน โดย  
กรรมการอำนวยการประกอบด้วยกรรมการที่ได้จากการเลือกตั้งจาก  
สมาชิกสามัญ จำนวน 15 ท่าน และให้นายกสมาคมแต่งตั้งจาก  
สมาชิกสามัญได้ไม่เกิน 15 ท่าน การได้มาซึ่งกรรมการอำนวยการ  
โดยวิธีการเลือกตั้งให้กระทำโดยการลงคะแนนเสียงของสมาชิก

สามัญพร้อมกับการเลือกผู้รั้งตำแหน่งนายกและนำมาแจ้งให้ที่ประชุมใหญ่สามัญประจำปีของสมาคมรับทราบ

19.1 สมาชิกสามัญ แต่ละคนมีสิทธิสมัครเข้ารับการเลือกตั้งเป็น กรรมการอำนวยการ

19.2 สมาชิกสามัญอย่างน้อยจำนวน 5 คน มีสิทธิเสนอชื่อผู้สมควร ดำรงตำแหน่ง “กรรมการอำนวยการ” โดยได้รับความยินยอม จากผู้ถูกเสนอชื่อ

19.3 ในการลงคะแนนเลือกกรรมการอำนวยการ สมาชิกสามัญแต่ ละท่านมีสิทธิเลือกกรรมการอำนวยการได้ไม่เกิน 15 ท่าน เมื่อ รวมคะแนนแล้วผู้ได้รับคะแนนสูงสุด 15 อันดับแรกจะได้รับการเลือกตั้งเป็นกรรมการอำนวยการ

หน้า 12 ข้อ 21.4 แก้ไขเป็น

21.4 เมื่อนายกสมาคมลาออกหรือต้องออกจากตำแหน่งก่อนวาระ กรรมการอำนวยการต้องพ้นจากตำแหน่งด้วย ยกเว้นผู้รั้งตำแหน่งนายก และ กรรมการอำนวยการที่มาจากการเลือกตั้ง

หน้า 13 ข้อ 22 แก้ไขเป็น

ในกรณีที่นายกสมาคมต้องพ้นตำแหน่งก่อนวาระด้วยเหตุใดก็ตาม

- 22.1 ให้กรรมการอำนวยการชุดเดิมพ้นจากตำแหน่งยกเว้นผู้รั้งตำแหน่งนายกและกรรมการอำนวยการที่ได้มาโดยวิธีเลือกตั้ง ให้ผู้รั้งตำแหน่งนายกเข้าดำรงตำแหน่งนายกสมาคมแทน โดยแต่งตั้งคณะกรรมการอำนวยการขึ้นใหม่โดยมีกรรมการอำนวยการที่ได้มาจากการเลือกตั้งทั้ง 15 ท่านรวมอยู่ด้วย และให้นายกสมาคมดำรงตำแหน่งนายกสมาคมต่อไปจนครบวาระของนายกสมาคม เก่าบวกกับวาระของตนเองที่จะเป็นนายกสมาคมคนต่อไป สำหรับคณะกรรมการอำนวยการที่มาจากการเลือกตั้งให้ดำรงตำแหน่งจนครบวาระ 2 ปี
- 22.2 ให้คณะกรรมการอำนวยการชุดใหม่ตั้งคณะกรรมการดำเนินการเลือกตั้ง "ผู้รั้งตำแหน่งนายก" ให้เสร็จสิ้นภายในเวลา 3 เดือน

### เพิ่มข้อ 23

นายกสมาคมมีสิทธิแต่งตั้งที่ปรึกษาสมาคม ทำหน้าที่ปรึกษาและช่วยเหลือในกิจการต่างๆของสมาคมได้ตามที่ได้รับมอบหมาย ที่ปรึกษาสมาคมสามารถเข้าร่วมประชุม เสนอแนะและร่วมอภิปรายในการประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคมได้แต่ไม่มีสิทธิลงคะแนนเสียง

นายแพทย์จรินทร์ วจน์บวรวิทยา เสนอให้มีการแต่งตั้งหัวหน้าหน่วยที่มีการฝึกอบรม GI Fellow เข้ามาเป็นกรรมการอำนวยการสมาคมโดยตำแหน่ง ที่ประชุมได้มีการอภิปรายกันอย่างกว้างขวาง และมีความคิดเห็นชอบว่าหัวหน้าหน่วยทางเดินอาหารของสถาบันต่างๆน่าจะเป็นอนุกรรมการในฝ่ายการศึกษาหลังปริญญา

## 2. นายแพทย์พิศาล ไผ่เรียง ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

1. คณะอนุกรรมการฝ่ายการศึกษาหลังปริญญาจะจัดการอบรม Basic Science เกี่ยวกับ Basic Pathology ให้แก่ GI Fellow รวมทั้งคณะอนุกรรมการฝ่ายการศึกษาหลังปริญญาในวันที่ 26 พฤศจิกายน 2544 ณ โรงพยาบาลศิริราช
2. กลุ่มวิจัยโรคกระเพาะอาหาร จะจัดการอบรม Workshop on Upper GI Bleeding ให้แก่แพทย์ในเขตภาคเหนือ ในวันที่ 5-6 พฤศจิกายน 2544 ณ โรงแรมลำปางเวียงทอง จ.ลำปาง

## 3. นายแพทย์จรินทร์ วจน์บวรวิทยา ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

1. ตามที่ได้รับมอบหมายจากนายกสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย เพื่อร่วมประชุมเรื่องกิจกรรมการศึกษาต่อเนื่องและพิจารณาร่างแนวทางการสร้าง CPG เมื่อวันที่ 18 กันยายน 2544 ณ อาคารเฉลิมพระบารมี 50 ปี นั้น ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่ง



- ประเทศไทยมีความประสงค์จะให้แต่ละสมาคมทำ guideline ตามรูปแบบที่ราชวิทยาลัยได้กำหนดไว้ อย่างน้อยปีละ 3 เรื่องต่อสมาคม
2. ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยได้ฝากถามมายังสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทยในการออก CME Credit นั้น สมาคมจะเป็นผู้ออก CME Credit หรือจะผ่านราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย

ที่ประชุมเห็นชอบว่าน่าจะให้ออก CME Credit ผ่านทางราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย

4. นายแพทย์ทวิศักดิ์ แทนวันดี ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

- 4.1 มีสมาชิกสมัครใหม่จำนวน 3 ท่านคือนายแพทย์ประดิษฐ์ ว่องพรรณงาม เป็นสมาชิกสมทบ, แพทย์หญิงจารุพันธ์ มณีบุษย์ เป็นสมาชิกสามัญ และนายแพทย์นันทิวิธ วัฒนารักษ์สกุล เป็นสมาชิกสามัญ ซึ่งฝ่ายเลขาธิการสมาคมได้ตรวจสอบคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบข้อบังคับสมาคม

ที่ประชุมมีมติรับรองสมาชิกใหม่ทั้ง 3 ท่าน

- 4.2 ขอเลื่อนการประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคมจากเดิมวันศุกร์ที่ 9 พฤศจิกายน 2544 เป็นวันศุกร์ที่ 14 ธันวาคม 2544

ปิดประชุมเวลา 12.05 น.

นายแพทย์ทวิศักดิ์ แทนวันดี

บันทึกการประชุม

**รายงานการประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคม  
ครั้งที่ 9/2544 วันศุกร์ที่ 14 ธันวาคม 2544 เวลา 10.00-12.00 น.  
ณ ห้องบำรุงเมือง โรงแรมโกลด์วินทาวเวอร์, กรุงเทพฯ**

**รายนามผู้เข้าร่วมประชุม**

- |   |                 |                                   |
|---|-----------------|-----------------------------------|
| 1. แพทย์หญิงศศิประภา                    | บุญญพิสิฏฐ์     | นายกสมาคม                         |
| 2. นายแพทย์ประวิทย์                     | เลิศวีระศิริกุล | รั้งตำแหน่งนายก                   |
| 3. นายแพทย์มานิต                        | ลีโทชวลิต       | อุปนายก                           |
| 4. นายแพทย์จรินทร์                      | โรจน์บวรวิทยา   | ประธานฝ่ายปฎิคม                   |
| 5. นายแพทย์กำธร                         | เผ่าสวัสดี      | ประธานฝ่ายวิจัย                   |
| 6. แพทย์หญิงวโรชา                       | มหาชัย          | ประธานฝ่ายวิชาการ                 |
| 7. แพทย์หญิงโฉมศรี                      | โมเชิตชัยวัฒน์  | กรรมการกลาง                       |
| 8. นายแพทย์นุสนธิ์                      | กลัดเจริญ       | กรรมการกลาง                       |
| 9. นายแพทย์พงษ์พีระ                     | สุวรรณกุล       | กรรมการกลาง                       |
| 10. นายแพทย์สมชาย                       | ลีลากุลดวงศ์    | กรรมการกลาง<br>(ผู้ช่วยเลขาธิการ) |
| 11. พันเอกนายแพทย์สุรพล                 | สุรางค์ศรีรัฐ   | กรรมการกลาง                       |
| 12. นายแพทย์เกรียงไกร                   | อัศวรงค์        | ที่ปรึกษา                         |
| 13. นายแพทย์สมหมาย                      | วีไลรัตน์       | ที่ปรึกษา                         |
| 14. พลอากาศตรีนายแพทย์สุจินต์ จารุจินดา |                 | ที่ปรึกษา                         |

รายนามผู้ไม่สามารถเข้าร่วมประชุม

1. นายแพทย์ทวีศักดิ์	แทนวันดี	เลขาธิการ
2. แพทย์หญิงชุติมา	ประมุขสินทรัพย์	เหรัญญิก
3. นายแพทย์ไพโรจน์	เหลืองโรจนกุล	ประธานฝ่ายโรคตับ
4. พันเอกนายแพทย์สุรพล	ชื่นรัตนกุล	ประธานฝ่าย เอ็นโดสโคปี่
5. นายแพทย์พิศาล	ไม่เรียง	ประธานฝ่ายการ ศึกษาหลังปริญญา
6. นายแพทย์สุชา	คุระทอง	ประธานฝ่ายวารสาร
7. นายแพทย์ธีระ	พิรัชวิสุทธิ	ประธานฝ่ายวิเทศสัมพันธ์
8. นายแพทย์ทองดี	ชัยพานิช	กรรมการกลาง
9. นายแพทย์คณิต	อธิสุข	กรรมการกลาง
10. นาวาอากาศเอกนายแพทย์ไพฑูรย์	จ้วงพานิช	กรรมการกลาง
11. แพทย์หญิงลินดา	บราวน์	กรรมการกลาง
12. พันตำรวจเอกนายแพทย์วรพันธุ์	เสาวรส	กรรมการกลาง
13. นาวาอากาศโทนายแพทย์วิญญู	จันทร์สุนทรกุล	กรรมการกลาง
14. แพทย์หญิงวีณา	วงศ์พานิช	กรรมการกลาง
15. นายแพทย์สถาพร	มานัสสถิตย์	กรรมการกลาง
16. นายแพทย์สุริยะ	จักกะพาก	กรรมการกลาง
17. นายแพทย์องอาจ	ไพโรศนทรางกูร	กรรมการกลาง
18. พันเอกนายแพทย์อนุชิต	จุฑะพุทธิ	กรรมการกลาง

19. นายแพทย์อุดม	คชินทร	กรรมการกลาง
20. แพทย์หญิงกรรณิการ์	พรพัฒน์กุล	ที่ปรึกษา
21. นายแพทย์จินดา	สุวรรณรักษ์	ที่ปรึกษา
22. นายแพทย์พินิจ	กุลละวณิชย์	ที่ปรึกษา
23. นายแพทย์เต็มชัย	ไชยนุวัตติ	ที่ปรึกษา
24. พลตรีนายแพทย์วิชัย	ชัยประภา	ที่ปรึกษา
25. นายแพทย์สวัสดิ์	หิตะนันท์	ที่ปรึกษา
26. นายแพทย์สัจพันธ์	อิศรเสนา	ที่ปรึกษา

เปิดประชุมเวลา 10.00 น. โดยมีแพทย์หญิงศศิประภา บุญญพิสิฏฐ์ เป็นประธานในที่ประชุม

วาระที่ 1 เรื่องที่ประธานแจ้งให้ทราบ

1. เมื่อวันจันทร์ที่ 26 พฤศจิกายน 2544 ได้มีการจัดการอบรม Basic Pathology ให้แก่ GI Fellow ปี 1 และ ปี 2 ซึ่งประสบความสำเร็จเป็นอย่างดี และเฟลโลว์ได้เสนอให้มีการจัดการอบรมในลักษณะนี้เป็นประจำปีทุกปี และในปี 2545 นั้นคาดว่าจะเริ่มดำเนินการจัดการอบรมตั้งแต่นั้นปี สำหรับค่าใช้จ่ายในการจัดการอบรมนี้และครั้งต่อไปจะได้รับการสนับสนุนจากบริษัทแอสตราเซนเนก้า (ประเทศไทย) จำกัด
2. สำหรับการจัดประชุมวิชาการประจำปี 2544 เมื่อวันที่ 27-30 พฤศจิกายน 2544 นั้น ได้ประสบความสำเร็จอย่างยิ่ง

3. Professor Barry Marshall ซึ่งเป็นผู้ค้นพบเชื้อ *Helicobacter pylori* ได้รับพระราชทานรางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดลประจำปี 2544 สาขาการสาธารณสุข ดังนั้นสมาคมจะเป็นเจ้าภาพในงานเลี้ยงแสดงความยินดีแก่ Professor Barry Marshall ในวันอังคารที่ 29 มกราคม 2545 เวลา 18.30 น. ณ ห้อง วีเจ้นซี โรงแรมโอเรียลเต็ล จึงใคร่ขอเรียนเชิญคณะกรรมการอำนวยการสมาคมทุกท่านร่วมงานเลี้ยงในวันดังกล่าวด้วย

วาระที่ 2 รับรองรายงานการประชุมครั้งที่ 8/2544

ที่ประชุมมีมติรับรองรายงานการประชุมครั้งที่ 8/2544 โดยไม่มีการแก้ไข

วาระที่ 3 เรื่องสืบเนื่องและพิจารณา

3.1 ความคืบหน้าในการเตรียมการประชุม World Congress of Gastroenterology (WCOG) 2002

นายแพทย์กำธร เผ่าสวัสดี ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังต่อไปนี้

1. ได้ดำเนินการเสนอชื่อ นายแพทย์จรินทร์ โรจน์บวรวิทยา เป็นกรรมการเพื่อที่จะเข้าประชุมโดยไม่ต้องจ่ายเงินค่าลงทะเบียน และพร้อมกันนี้ นายแพทย์จรินทร์ได้ส่งผลงานเข้าร่วมประชุมและได้รับการคัดเลือกให้เสนอในรูปแบบ Poster ซึ่งทาง OMGE ได้ทวงเงินเพื่อที่จะสมัคร และได้สอบถามไปที่นายแพทย์อนุชิต จุฑาทุทธิ ได้รับคำตอบว่าได้พยายามติดต่อไปยัง congress ที่ประเทศเนเธอร์แลนด์

แลนด์หลายครั้งแล้วแต่ยังไม่ได้คำตอบ ดังนั้นจะพยายามหา  
ผู้สนับสนุนในการลงทะเบียน ในวันประชุมเลย

2. ได้เสนอรายชื่อคณะกรรมการที่จะเข้าไปช่วยทำงานในการประชุม  
World Congress จำนวน 61 ท่าน (ตามเอกสารประกอบการ  
ประชุม) โดยไม่เสียค่าลงทะเบียน ซึ่งทางฝ่าย Congress ได้ยอมรับ  
รายนามที่เสนอดังกล่าวเมื่อการประชุมที่อัมสเตอร์ดัม และได้แจ้งให้  
ฝ่าย Congress ทราบว่าคณะกรรมการที่เข้าไปช่วยทำงานนั้นจะไม่  
ขอรับกระเป๋า รวมทั้งเอกสารประกอบการประชุม สำหรับเรื่องอาหาร  
กลางวันตลอดการประชุมนั้น ขอเชิญคณะกรรมการทำงานทั้งหมด  
ร่วมรับประทานอาหารกลางวันที่สำนักงานสมาคมชั่วคราวระหว่าง  
ประชุมที่ชั้น 2 ศูนย์การประชุมไบเทค
3. ขณะนี้มีบริษัทฯ ได้จองโรงแรมประมาณ เกือบ 4,000 ห้อง
4. นายแพทย์เต็มชัย ไชยนิวดี ได้ขอให้ผู้เชี่ยวชาญในพระราชพิธีใน  
ราชวัง คือ นายแพทย์พินิจ กุลละวณิชย์ และนายแพทย์สถาพร  
มานัสสถิตย์ เป็นที่ปรึกษาในการร่างหมายกำหนดการเสด็จของ  
สมเด็จพระบรมราชินีนาถ
5. คุณวนิดา ไชยนิวดี ได้เสนอให้มีการร้องเพลงพระราชนิพนธ์ภาษา  
อังกฤษ โดยคณะร้องเพลงหมู่ และได้ให้ทางศูนย์ประชุมไบเทคช่วย  
หาห้องให้สำหรับคณะกรรมการและ President จากประเทศต่างๆ

ประมาณ 90 คน ได้มีโอกาสเข้าเฝ้าฯ และถ้าจะถ่ายรูปหมู่ร่วมกับ  
สมเด็จพระเจ้าอยู่หัวมหาวชิราลงกรณ 33 พรรษา ได้หรือไม่ ขอคำปรึกษาจากที่ประชุมด้วย

ที่ประชุมได้มีการอภิปรายกันอย่างกว้างขวางและมีมติให้  
ปรึกษาเรื่องการถ่ายภาพกับสำนักพระราชวัง

6. สำหรับงาน Thai Night นั้น จะเชิญนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน และ  
จะเชิญ CNN มาทำข่าวในงานนี้ด้วย
7. สมาคมได้พื้นที่สำหรับขายของที่ระลึกขนาด 14 x 4 ตรม. ดังนั้นขอ  
เสนอให้ที่ประชุมช่วยแต่งตั้งคณะกรรมการที่จะขายที่ระลึกในวัน  
ประชุมดังกล่าวด้วย

ที่ประชุมมีมติแต่งตั้งคณะกรรมการขายของที่ระลึกดังนี้  
แพทย์หญิงศศิประภา บุญญพิสิฐ เป็นประธาน, แพทย์หญิง  
กรรณิการ์ พรพัฒน์กุล, นายแพทย์ประวิทย์ เลิศวีระศิริกุล,  
นายแพทย์สัจพันธ์ อิศรเสนา, แพทย์หญิงวิณา วงศ์พานิช,  
นายแพทย์เกรียงไกร อัครวงศ์, นายแพทย์สมหมาย วิไลรัตน์,  
พลอากาศตรีนายแพทย์สุจินต์ จารุจินดา, นายแพทย์กำธร  
เผ่าสวัสดิ์, นายแพทย์จรินทร์ โรจน์บวรวิทยา, นายแพทย์  
สิริวัฒน์ อนันตพันธ์พงษ์ แพทย์หญิงดวงพร โชคมงคลกิจ,  
แพทย์หญิงวัฒนาวรรณ ลักษณะศิริ และคุณกมลทิพย์ หิตะนันท์

นายแพทย์ประวิทย์ เลิศวีระศิริกุล แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าจะขณะนี้ผู้ลงทะเบียนประมาณ 3,000 กว่าคน และคาดว่าจะน่าได้ถึง 5,000 คน ดังนั้นงบประมาณที่คิดไว้ ณ ที่ 4,500 คนนั้น จะขาดทุนเล็กน้อย แต่ถ้าค่าใช้จ่ายลดลงก็จะพอเท่าทุนหรือกำไรบ้าง เพราะฉะนั้นส่วนแบ่งที่จะได้ 25% นั้น จะน้อยมาก และขอเรียนให้ที่ประชุมทราบว่าแม้ว่ายังไม่ได้มีการจัดประชุมแต่ยังได้รับงบประมาณของฝ่าย Local Host Committee จาก WCOG เกือบ 3 แสนกว่าเหรียญ หรือประมาณ 10 กว่าล้านบาท โดยส่วนหนึ่งเข้ามาประมาณ 2-3 ล้านบาท และบางส่วนเข้าสมาคมแล้ว เช่นค่า Web link ประมาณ 20,000 กว่าเหรียญ หรือประมาณ 8-9 ล้านบาท ทั้งหมดนี้เป็นรายได้ก่อนที่จะมีการหักค่าใช้จ่ายทั้งหมด และจะได้จาก ททท. จำนวน 3 ล้านบาท, 10% จากรถบัส, 10% หรือมากกว่านั้นจากการจัด Tour และได้จากการจัดงาน Thai Night อีกด้วย

แพทย์หญิงศศิประภา บุญญพิสิฐ ได้แจ้งว่าในช่วงการจัดงานประชุม WCOG นั้น ประมาณวันที่ 15-28 กุมภาพันธ์ จะมีการ Light and Sound "แม่น้ำของแผ่นดิน ชูต มหาราชจอมราชัน" ที่ท่าราชวรดิษฐ์ ซึ่งอาจจะจัดโปรแกรมพาไปชมงานดังกล่าว



### 3.2 สรุปรายการจัดประชุมวิชาการประจำปี 2544

นายแพทย์สมชาย ลีลาภุศลวงศ์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมเกี่ยวกับสรุปรายการจัดประชุมวิชาการประจำปี 2544 เมื่อวันที่ 27-30 พฤศจิกายน 2544 ดังนี้

1. มีผู้เข้าร่วมประชุม 198 ท่าน วิทยากรกับกรรมการ 54 ท่าน
2. มีรายรับจากค่าลงทะเบียน 669,660 บาท, ค่าบูธ 458,800 บาท และค่าจัด symposium 250,000 บาท และจากการจัดประชุมครั้งนี้มีรายรับมากกว่ารายจ่าย 1,091,840 บาท

นายแพทย์ประวิทย์ เลิศวีระศิริกุล ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าจากการแก้ไขข้อบังคับสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย (ฉบับแก้ไข พ.ศ.2542) หน้า 12 ข้อ 19 ให้นายกสมาคมแต่งตั้งคณะกรรมการอำนาจการ นอกเหนือจากนายกสมาคมและผู้รั้งตำแหน่งนายก ได้ไม่เกิน 30 ท่าน โดยกรรมการอำนาจการประกอบด้วยกรรมการที่ได้จากการเลือกตั้งจากสมาชิกสามัญ จำนวน 15 ท่าน และให้นายกสมาคมแต่งตั้งจากสมาชิกสามัญได้ไม่เกิน 15 ท่าน จึงขอเสนอให้ที่ประชุมช่วยพิจารณาด้วย

ที่ประชุมได้มีการอภิปรายกันอย่างกว้างขวางและที่ประชุมมีมติดังนี้

1. แก้วจาก โดยกรรมการอำนาจการประกอบด้วยกรรมการที่ได้จากการเลือกตั้งจากสมาชิกสามัญ จำนวน 15 ท่าน  
    แก้เป็น โดยกรรมการอำนาจการประกอบด้วยกรรมการที่ได้จากการเลือกตั้งจากสมาชิกสามัญจำนวนไม่เกิน 15 ท่าน

2. หากกรรมการที่มาจากการเลือกตั้งไม่ครบ 15 ท่านนั้น ให้คณะกรรมการการเลือกตั้งเป็นผู้วางบทเฉพาะกาลในการเลือกตั้งแต่ ละครั้ง

#### วาระที่ 4 เรื่องอื่นๆ

##### 1. นายแพทย์กัทร เฝาสวัสดิ์ แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

- 1.1 ในอดีตที่ผ่านมา นายแพทย์วิกิจ วีรานูวัตต์ ได้เดินทางไปร่วม ประชุมที่ต่างประเทศบ่อยๆ ทำให้เป็นที่รู้จักกันโดยทั่วไป ดังนั้นจึง ขอเสนอให้นายแพทย์นุสนธิ กัลลเจริญ ได้มีโอกาสไปร่วมประชุม ต่างประเทศซึ่งจะเป็นทางหนึ่งที่จะช่วยหาเสียงให้กับสมาคมด้วย
- 1.2 เป็นโอกาสดีที่สมาคมได้เป็นเจ้าภาพจัดงาน World Congress และประธานจากต่างประเทศได้ร่วมเดินทางมาประชุมด้วย ดังนั้น หากสมาคมต้องการที่จะให้มีการประชุมพิเศษเพื่อพบปะกับ ประธานต่างุั้น ขอให้แจ้งให้ทราบล่วงหน้าด้วยเพื่อในอนาคต สมาคมอาจจะต้องขอเสียงสนับสนุนในการจัดประชุมครั้งสำคัญๆ
- 1.3 ได้รับแจ้งจากแคนาดาว่าได้รับชัยชนะในการโหวตเพื่อจัด ประชุม World Congress ครั้งต่อไปเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ถ้าแคน นาดาไม่สามารถจัดการประชุมได้ จะมีสถานที่รองรับจัดประชุม อีกแห่งหนึ่งคือที่ซิดคาโก

- 1.4 ตามที่มีข่าวลงทาง Internet โดยบริษัททัวร์เชิญมาประชุม WCOG และเสนอราคาห้องถูกกว่าราคาของ WCOG นั้น ทำให้ต่างประเทศไม่พอใจ จึงได้เรียกประชุมโรงแรมและทางฝ่ายโรงแรมปฏิเสธว่าไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับโฆษณานี้ โฆษณาที่เห็นนั้นเป็นข้อตกลงเดิมที่โรงแรมมีสัญญากับบริษัททัวร์อยู่ก่อนหน้านี้
- 1.5 ทางฝ่าย WCOG ต้องการให้มีรูปแบบการประชุมที่คล้ายกับการจัดประชุม AGA คือในการประชุม AGA นั้น จะมีพยาบาลเข้าร่วมประชุมมาก แต่สำหรับการจัดประชุม WCOG นั้น ทางฝ่าย congress ควบคุมทุกอย่าง ดังนั้นการลงทะเบียนก็ต้องผ่าน congress ด้วย
- 1.6 ผลการประกวดผลงานวิจัยในการประชุมวิชาการประจำปี 2544 ที่จุฬาลงกรณ์นั้น มีเฟลโลว์ ส่งผลงานเข้าประกวด 5 ท่าน จำนวน 7 เรื่อง ผลการประกวดอันดับที่ 1 ได้ 74.17% คือ นายแพทย์วรยศ บุญราช เรื่อง Interspousal Transmission of Hepatitis C in Thailand: A Preliminary Report และอันดับ 2 ได้ 71.34% คือแพทย์หญิงเปรม เก่งชน เรื่อง The Association Between the HBV-Genotype and Severity of Liver Disease in Chronic HBV-Infection โดยผู้ชนะการประกวดทั้ง 2 ท่านจะได้รับโล่จากสมาคมพร้อมเงินทุน 5,000 บาท จากกองทุนรางวัลวิจัยดีเด่นของ GI Fellow ซึ่งเป็นเงินที่ได้รับมอบจากนายแพทย์วิภิจ วีรานูวัตต์

เมื่อครั้งรักษาตัวที่โรงพยาบาลวิชัยยุทธ จำนวน 20,000 บาท และนอกจากนี้จะพยายามหาทุนสนับสนุนจากบริษัทยาเพื่อให้กับผู้ที่ได้รับรางวัลไปประชุม AGA ในปี 2545 ด้วย

2. นายแพทย์จรินทร์ โรจน์บวรวิทยา แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าจากการจัด Live Demonstration เมื่อวันที่ 27-28 พฤศจิกายน 2544 ที่จุฬาลงกรณ์นั้น ได้รับคำเสนอแนะเกี่ยวกับสัญญาณภาพและเสียงไม่ดีเท่าที่ควรและขอเสนอว่าที่โรงพยาบาลราชวิถีมีความพร้อมทั้งในเรื่องสถานที่ และที่จอดรถ และเคยจัดงาน Live Demonstration มาหลายครั้งแล้ว การจัดประชุมครั้งต่อไปอาจจะจัดที่โรงพยาบาลราชวิถีได้

3. แพทย์หญิงวโรชา มหาชัย ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าจากการจัดประชุมวิชาการประจำปี 2544 นั้น ได้รับความร่วมมือจากทุกฝ่าย ขอขอบคุณคณะกรรมการและนายแพทย์รังสรรค์ ฤกษ์นิมิตร ผู้ที่ช่วยประสานงานในการจัด Live Demonstration ครั้งนี้

4. แพทย์หญิงศศิประภา บุญญพิสิฐูร์ เสนอที่ประชุมเรื่องการขอเลื่อนการประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคมจากเดิมศุกร์ที่ 2 ของเดือน ขอเลื่อนเป็นศุกร์ที่ 3 ของเดือน

ที่ประชุมรับทราบ และเสนอให้พิจารณาในการประชุมครั้งต่อไป

5. นายแพทย์สมชาย ลีลากุลดวงศ์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่า มีสมัครสมาชิกใหม่จำนวน 15 ท่าน คือ นายแพทย์รเมศ ว่องวิไลรัตน์ เป็นสมาชิกสามัญ, นายแพทย์ชวล ศรียายาง เป็นสมาชิกสามัญ, นายแพทย์สุรัตน์ สิงห์มณีสกุลชัย เป็นสมาชิกสมทบ, แพทย์หญิงปรีญา เตชะเพ็ญพันธ์ เป็นสมาชิกสมทบ, แพทย์หญิงสุพรรณณี จิรจรรยาเวช เป็นสมาชิกสมทบ, แพทย์หญิงกิตติสุข พิทยศิริ เป็นสมาชิก สมทบ, นายแพทย์ศิริชัย ภัณฑักิจนรินทร์ เป็นสมาชิกสมทบ, แพทย์หญิงนิธิวดี สิ้นรุจัตร์ เป็นสมาชิกสมทบ, นายแพทย์อาคม ชัยวีระวัฒน์นะ เป็นสมาชิกสามัญ, นายแพทย์จักรายุทธ วงศ์วิจิต เป็นสมาชิกสามัญ, นายแพทย์สุนทร อีร์พัฒน์พงศ์ เป็นสมาชิกสามัญ, นายแพทย์อุธร อินทวัฒน์กุล เป็นสมาชิกสมทบ, นายแพทย์ปณิธาน สื่อมโนธรรม เป็นสมาชิกสามัญ, นายแพทย์ศุภชัย ศรีศิริรุ่ง เป็นสมาชิกสมทบ และ นายแพทย์สุจิน ห้วยเรไร เป็นสมาชิกสมทบ ซึ่งฝ่ายเลขานุการสมาคมได้ตรวจสอบคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบข้อบังคับสมาคม

ที่ประชุมมีมติรับรองสมาชิกใหม่ทั้ง 15 ท่าน

ปิดประชุมเวลา 11.55 น.

นายแพทย์สมชาย ลีลากุลดวงศ์

บันทึกการประชุม

Case 1

นพ.วัชรินทร์ อภิรักษ์ขิติด

หน่วยทางเดินอาหารและโรคตับ ร.พ.พระมงกุฎเกล้า

หญิงไทยหม้าย อายุ 74 ปี อาชีพแม่บ้าน ภูมิลำเนาภาคท.

CC: ท้องผูกไม่ถ่ายอุจจาระมา 7 วัน

PI: 7 ปีก่อน ท้องผูกเป็นประจำ ถ่ายอุจจาระแข็งเป็นก้อน 3 วัน/ครั้ง ต้องกินยาระบายเป็นประจำ

7 วันก่อน ท้องอืดมากขึ้นเรื่อยๆ ถ่ายอุจจาระไม่ออก กินยาระบายก็ไม่ถ่าย มีผายลมนานๆ ครั้ง ไม่ปวดท้อง ไม่คลื่นไส้ อาเจียน ไม่มีไข้ จึงมาร.พ.

PH: โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง 15 ปี กินยาตลอด

9 ปีก่อน เคยนอนร.พ.ด้วยเรื่องไข้ ถ่ายอุจจาระเป็นเลือด

ไม่สูบบุหรี่, ไม่ดื่มสุรา

FH: ไม่มีประวัติวัณโรค, มะเร็งในครอบครัว

**ผลการตรวจร่างกาย**

T37°C, PR 80/min, RR 16/min, BP 120/80 mmHg

An elderly Thai woman, good consciousness, mild pale, no jaundice

CVS and RS: WNL



1.3 Diverticular stricture

1.4 Miscellaneous(adhesion, etc.)

### Nonmechanical Colonic Obstruction

1. Impaction
2. Ileus
3. Pseudo-obstruction
4. Miscellaneous

BE: Normal caliber and mucosa of rectum, marked enlargement of sigmoid colon, The changing caliber with represent of transitional zone is about 10 cms from anus

Colonoscopy: Very short segment of narrowing rectum 8 cms from anal verge,Inflamed rectal mucosa with contact bleeding, sigmoid colon is normal.

Biopsy of the narrowing site :

Colonic tissue with presence of a ganglion cell

Progression: หลังจากได้แก้ไขภาวะ hypokalemia แล้ว ผู้ป่วยก็ยังมี megacolon,ท้องอืดมาก ศัลยแพทย์จึงได้ทำ loop colostomy แล้วปรึกษาให้ทางอายุรแพทย์ทางเดินอาหารเข้าไปร่วมรักษา

What is the diagnosis ?

ในรายนี้ยังไม่สามารถให้การวินิจฉัยที่ชัดเจนได้ ต้องอาศัยการตรวจเพิ่มเติมเช่น anorectal function test



## 1. Idiopathic megacolon(IMC) and Idiopathic megarectum(IMR)



นพ.วชิรินทร์ อภิรักษ์ชิต

หน่วยทางเดินอาหารและโรคตับ จ.พ.พระมงกุฎเกล้า

Megacolon(or megarectum): การที่ลำไส้มีขนาดใหญ่กว่าปกติ ซึ่งสามารถวัดได้จากเอ็กซเรย์ช่องท้อง<sup>1</sup> โดยที่

1. Rectosigmoid or Descending colon diameter > 6.5 cms or
2. Ascending colon diameter > 8 cms or
3. Cecum diameter > 12 cms

เราสามารถแบ่ง megacolon เป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆคือ

1. Congenital megacolon(Hirschprung's disease)
2. Acquired megacolon
  1. Idiopathic
  2. Neurologic disease: Parkinson disease, Diabetic neuropathy
  3. Smooth muscle disease: Scleroderma, Amyloidosis

4. Metabolic disease: Hypothyroidism, Hypokalemia
5. Drug

### Idiopathic megacolon and megarectum(IMC,IMR)

Megacolon: dilatation of abdominal colon โดยที่ไม่มีภาวะ mechanical obstruction

Megarectum: enlargement of rectal vault ผู้ป่วยบางรายไม่มีภาวะ megacolon ก็ได้

Megabowel: enlargement of colon and rectum

### Etiology

ไม่ทราบสาเหตุที่ชัดเจน เคยมีอ้างถึงว่าเกิดจาก Herpes virus แต่จากการศึกษาต่อมาพบว่าไม่เกี่ยวข้องกัน<sup>5</sup>

No aganglionic segment of colon

### Pathology

พบว่า มี thickening of enteric smooth muscle โดยที่ intact architecture of enteric innervation เชื่อว่าการทำหน้าที่ที่ผิดปกติของระบบประสาท อาจจะทำให้ smooth muscle hypertrophy<sup>12</sup>

Basilova พบว่ามี acquired degenerative change of ganglionic cells ของ intramural nervous system โดยมีทั้งแบบ reactive และ destructive type<sup>15</sup>

Clinical Features: พบได้ทั้ง 2 เพศ พวๆกัน

Megabowel แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. Onset of constipation ก่อนอายุ 1 ปี โดยที่ในช่วง early childhood มีอาการท้องผูก, rectal impaction, fecal soiling
2. Onset หลังอายุ 10 ปี พบว่ามีอาการท้องผูกและปวดท้อง โดยที่ไม่มีอาการ fecal soiling<sup>2 3</sup>

อาการเด่นของทั้ง 2 กลุ่ม คือ ท้องผูก อาจจะทำอุจจาระน้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์ ตรวจพบ fecal mass impaction เห็น anorectal ring

Chronic rectal distention ยับยั้ง internal anal sphincter ทำให้ anus เปิดอ้าออก ผู้ป่วย megarectum บางราย มีอาการ overflow incontinence เป็นอาการเด่น ไม่ใช่อาการท้องผูก<sup>4</sup>

Gattuso JM ได้รายงานผู้ป่วย IMC และ IMR ดังนี้<sup>13</sup>

	IMC	IMR
Onset of symptom	50% adult	Childhood, younger
Upper gut dilatation	No	no
Symptom	Variable; constipation, increase bowel frequency, abdominal pain	Soiling, fecal impaction
Spinal dysraphism	พบ 2/4 ราย	พบ 2/18 ราย
Maximum anal resting pressure lower than normal	ไม่ได้ทำ	12/22
Altered rectal sensitivity to distention	Yes	yes
Treatment	2/7 ราย ต้องผ่าตัด	7/22 ราย ต้องผ่าตัด 15/22 ราย ให้อาหารระบายได้ผล

Nishida ได้รายงาน acquired megacolon ในผู้ป่วยสูงอายุที่เกิดหลัง cerebral infarction, มี 1 รายที่เกิดหลังจากที่มีท้องผูกเป็นเวลานาน ต่อมาก็เกิด megacolon ขึ้นมาอย่างรวดเร็ว<sup>16</sup>

Scott MJ ได้รายงานผู้ป่วยหญิงอายุ 73 ปีมีท้องผูกเรื้อรังร่วมกับ megacolon และ megarectum มาด้วยอาการ colonic perforation, IVC obstruction and urinary retention<sup>18</sup>

### Diagnosis

1. ต้องแยก congenital megabowel จาก acquired type
2. ในกลุ่ม acquired type ก็ต้องตัดสาเหตุอื่นออกไป เช่น neurologic disease, smooth muscle disease, metabolic
3. การอาศัยแค่ประวัติและการตรวจร่างกาย อาจจะไม่เพียงพอในการวินิจฉัย ต้องใช้การตรวจเพิ่มเติมดังต่อไปนี้

#### 1. Barium enema

ถ้า severe constipation แนะนำให้ใช้ water-soluble contrast media เกณฑ์ที่ใช้ในการวินิจฉัย megacolon คือ การที่พบว่าเส้นผ่านศูนย์กลางของลำไส้ที่ pelvic brim ตั้งแต่ 6.5 cms ขึ้นไป

#### 2. Anorectal manometry

IMC และ IMR พบว่า Rectoanal inhibitory response ปกติ เพราะ intact ganglia ต่างจาก Hirschsprung's disease บางครั้งอาจพบว่า IMC และ IMR ไม่มี RAIR ถ้า rectum มีขนาดใหญ่กว่า testing balloon หรือ fecal bolus ที่ค้างอยู่เป็นตัวยับยั้ง internal

anal sphincter, IMR มี significantly high anal resting pressure และพบว่า มี incomplete anal relaxation หลัง rectal stimulation

3. Rectal muscle wall biopsy

ควรตัดชิ้นเนื้อเหนือ anorectal ring จะไม่พบ Aganglionic segment (Hirschprung's disease)

4. Transit

1. Radiopaque marker technique

2. Radioscintigraphy using gamma camera

ในรายที่มี Diffuse megacolon จะมี delayed colonic transit ส่วนรายที่มีแต่ megarectum อาจจะมี normal colonic transit

ผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะ delayed colonic transit มักไม่จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัด

Basilisco G แนะนำว่าควรทำ Esophageal manometry ใน IMC with adult onset โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่มีขนาด rectum ปกติหรือไม่มี pseudo-obstruction ซึ่งอาจจะพบ widespread visceral neuropathy or myopathy โดยเขาพบ 36% มี impaired esophageal motility<sup>14</sup>

Gattuso พบว่า IMR มี abnormal colonic transit โดยเฉพาะบริเวณลำไส้ที่ขยาย Marker studies จะมี sensitivity ต่ำกว่า isotope studies แต่ก็สามารถให้ข้อมูลที่เพียงพอในทางคลินิก

นอกจากนี้ก็พบ upper gut motility abnormalities ได้บ่อย โดยอาการแน่นท้อง จะเกี่ยวข้องกับ large bowel abnormalities <sup>6</sup>

## Treatment

### Medical

เป้าหมายที่สำคัญในการรักษา megacolon หรือ megarectum ก็คือการกำจัดอุจจาระออกไปจากลำไส้ และทำให้ไม่มีอุจจาระคั่งค้างอยู่ในลำไส้สามารถใช้วิธีการต่างๆดังต่อไปนี้

1. Disimpaction : บางครั้งอาจจะต้องดมยาสลบแล้วล้างอุจจาระด้วยมือเพื่อกำจัดอุจจาระที่คั่งค้างอยู่ในลำไส้ ซึ่งต้องทำอย่างระมัดระวัง เพราะทำให้เกิด incontinence ได้ <sup>7</sup>

### 2. Strict program of bowel habit retraining

เพื่อให้มีกากอุจจาระที่มากพอที่จะกระตุ้นให้ขับถ่ายและมีสภาพอุจจาระที่ไม่แข็งจนเกินไป ซึ่งจะทำให้ขับถ่ายได้ง่าย โดยการแนะนำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวดังต่อไปนี้

กินอาหารหรือสารที่เพิ่มปริมาณกากอุจจาระ และดื่มน้ำมากๆ เพื่อช่วยในการขับถ่ายอุจจาระ

ในระยะแรก มักต้องใช้ยาระบาย หรือสวนด้วยน้ำเกลือ

ควรหลีกเลี่ยงกลุ่ม stimulant laxative : senna, bisacodyl

แนะนำให้ผู้ป่วยพยายามถ่ายอุจจาระในเวลาเดียวกันของทุกวันเพื่อให้ลำไส้เกิดความเคยชิน จนเป็นกิจวัตรซึ่งบางครั้งอาจต้องใช้ glycerine suppositories หรือ สวนด้วยน้ำประปา

ด้วยมาตรการต่างๆข้างต้น มักได้ผลดี

Amano S. รายงานว่าเด็กที่มี megarectum ได้รับการรักษาด้วย rectal washout และ suppositories พบว่า 14/20 ราย อาการหายขาดในเวลา 10 เดือน ส่วนอีก 6 รายต้องได้รับการผ่าตัด<sup>8</sup>

### *Surgical*

ในผู้ป่วยที่ไม่ได้ผลด้วยการรักษาแบบ medical ก็จะต้องพิจารณา รักษาด้วยการผ่าตัด โดยมีหลักการเลือกวิธีการผ่าตัดดังนี้คือ

1. Megabowel with slow colonic transit

ถ้าผู้ป่วยอายุมาก จะพิจารณาทำ ileostomy ileoanal anastomosis พบว่าหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยจะมี function response ได้ดี โดยจะถ่ายอุจจาระบ่อย แต่ก็สามารถควบคุมการขับถ่ายได้

2. Megacolon ที่มีขนาด rectum ปกติ และ pelvic floor function ปกติ ให้พิจารณาทำ ileorectostomy

3. Megarectum ที่มีขนาด colon ปกติ แต่มี defecation abnormality ให้ทำ Duhamel operation หรือ coloanal anastomosis<sup>9</sup>

Stabile G ได้รายงานการผ่าตัด colectomy ใน IMC และ IMR โดย 22/40 ราย ทำ caecorectal anastomosis, 11/40 รายทำ ileorectal

anastomosis, 7 รายทำ sigmoid resection พบว่าการผ่าตัดทั้ง 3 แบบ ทำให้มี normal bowel frequency มากกว่า 80% ของผู้ป่วย

ในรายที่ทำ ileorectal anastomosis ไม่พบ recurrent constipation จึงแนะนำให้ทำ ileorectal anastomosis เพราะว่าได้ผลดี<sup>11</sup> เช่นเดียวกับที่ Tuszewski M. ได้แนะนำไว้<sup>17</sup>

Duhamel operation ทำให้ sense of well-being และ bowel frequency ดีขึ้น แต่ยังคงพบอาการ soiling, straining, abdominal pain, distention หลังการผ่าตัด และต้องได้รับการผ่าตัดอีก<sup>10</sup>

### Summary

IMC และ IMR ยังมีการศึกษาค่อนข้างน้อย, ยังมีสิ่งที่เราไม่ทราบอีกมาก ต้องการการศึกษาวิจัยต่อไปในอนาคต เพื่อจะได้ช่วยในการวางแผนการรักษาที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

### References:

1. Preston DM, Lennard-Jones J E and Thomas BM. Towards a radiologic definition of idiopathic megacolon. Gastrointest. Radiol.1985;10:167.
2. Barnes PRH, Lennard-Jones JE, Hawley PR, et al. Hirschsprung's disease and idiopathic megacolon in adults and adolescents. Gut. 1986;27:534.



3. Stabile G, Kamm MA, Hawley PR, et al. Colectomy for idiopathic megarectum and megacolon. Gut. 1991; 32:1538.
4. Lane RHS and Todd IP. Idiopathic megacolon: A review of 42 cases. Br. J. Surg. 1977;64:30
5. Gattuso JM, Debinski HS, Kangro HO, et al. Evaluation of specific herpes DNA viruss in idiopathic megarectum and idiopathic megacolon. Int. J. Colorectal. Dis. 1988;13(3):131-3.
6. Gattuso JM, Kamm MA, Morris G, et al. Gastrointestinal transit in patients with idiopathic megarectum. Dis. Colon. Rectum. 1996;39(9):1044-50.
7. Gattuso JM, Kamm MA, Halligan SM, et al. The anal sphincter in idiopathic megarectum: effects of manual disimpaction under general anesthetic. Dis. Colon. Rectum. 1996;39(4):435-9.
8. Amano S, Tsukamoto Y, Sakurai A, et al. Pathophysiology and treatment of idiopathic chronic constipation with megarectum in children. Nippon. Geka. Gakkai. Zasshi. 1985;86(9):1273-6.
9. Stabile G, Kamm MA, Phillips RK, et al. Partial colectomy and coloanal anastomosis for idiopathic megarectum and megacolon. Dis. Colon. Rectum. 1992;35(2):158-62.

10. Stabile G, Kamm MA, Hawley PR, et al. Results of the Duhamel operation in the treatment of idiopathic megarectum and megacolon. Br. J. Surg. 1991;78(6):661-3.
11. Stabile G, Kamm MA, Hawley PR, et al. Colectomy of idiopathic megarectum and megacolon. Gut. 1991;32(12):1538-40.
12. Gattuso JM, Kamm MA, Talbot JC. Pathology of idiopathic megarectum and megacolon. Gut. 1997;41(2):252-257.
13. Gattuso JM, Kamm MA. Clinical features of idiopathic megarectum and idiopathic megacolon. Gut. 1997;41(1):93-9.
14. Basilisco G. Esophageal manometry in the evaluation of megacolon with onset in adult life. Gut. 1997;40(2):188-91.
15. Basilova TI. Change in the intramural nervous system in idiopathic megacolon in adult. Arkh. Pathol. 1995;57(3):28-30.
16. Nishida K. Three cases of acquired megacolon in the elderly. Nippon Ronen Igakkai Zasshi. 1993;30(6):497-502.
17. Tuszewski M. Surgical treatment of idiopathic megacolon. Pol. Tyg. Lek. 1991;46(45-47):882-5.
18. Scott MJ. Idiopathic megacolon presenting with fatal IVC obstruction and colonic perforation. Acta. Chir. Scand. 1988;154(10):605-7.

**Case 2**

พญ.เปรม เก่งชน

หน่วยทางเดินอาหารและโรคตับ ร.พ.พระมงกุฎเกล้า

**History** - ผู้ป่วยชายไทย, คู่, 45 ปี, ชาวนา, จังหวัดยโสธร

**CC** : - ปวดท้อง 3 ชม.ก่อนมารพ.

**PI** : - 3 วันก่อนมารพ.ปวดท้องรอบๆสะดือ รู้สึกเหมือนลำไส้บีบตัวเป็นพักๆ เวลาปวดมากจะมองเห็นเป็นก้อนที่หน้าท้อง(ยุบลงได้) อาการปวดท้องเป็นทั้งเวลากลางวันและกลางคืน อาการปวดเป็นมากขึ้นหลังกินอาหารไม่ปวดร้าวไปที่อื่น ไม่สัมพันธ์กับท่าทาง ไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน ไม่ถ่ายอุจจาระ ไม่ผายลม ไม่มีไข้ กินอาหารได้น้อยลงเนื่องจากกินแล้วอึดแน่นและปวดท้อง น้ำหนักตัวลดลงมาก ต้องกินอาหารเหลวเป็นประจำเนื่องจากกลืนอาหารแข็งลำบาก

- 3 ชม.ก่อนมารพ.มีอาการอึดแน่นท้องและปวดท้องมากจึงมารพ.

**PH** : - ไม่เคยได้รับการผ่าตัด

- ปฏิเสธ DM, HT

- ปฏิเสธการใช้ยาชุด, ยาลูกกลอน

- ไม่ดื่มแอลกอฮอล์, ไม่สูบบุหรี่

- 2 ปีก่อนได้รับการรักษาวัณโรคปอด กินยานาน 6 เดือน

## Physical examination

**V/S:** BP 120/80 mmHg/min, PR 80/min, RR 18/min, Temp.37°C

**GA:** A Thai middle age male, cachexia, mark dehydration, loss of temporal fat pad, good consciousness

**HEENT:** Not pale, no icteric sclerae, no lymphadenopathy

**SKIN:** Loss of wrinkle, multiple telangiectasia at upper chest wall, digitals pitting scar

## LAB:

**CBC :** Hb.15.1%, Hct. 45%, WBC 9,300 (N85%, L10%, M3%, E2%)  
Plt. 193,000

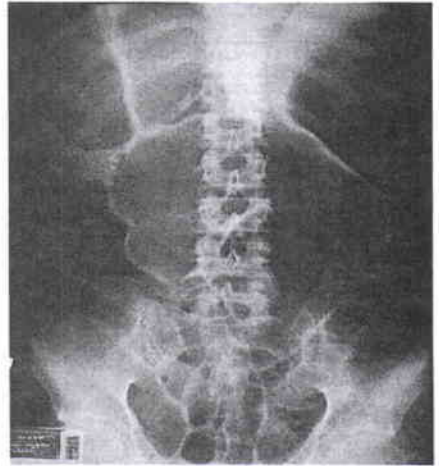
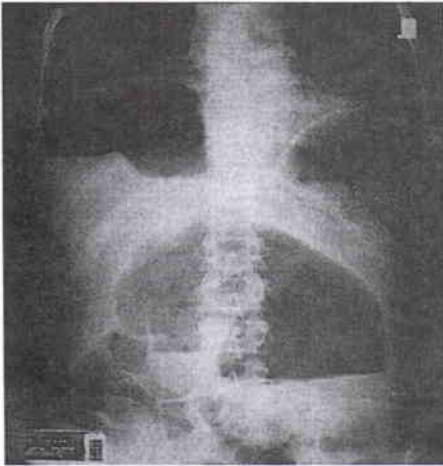
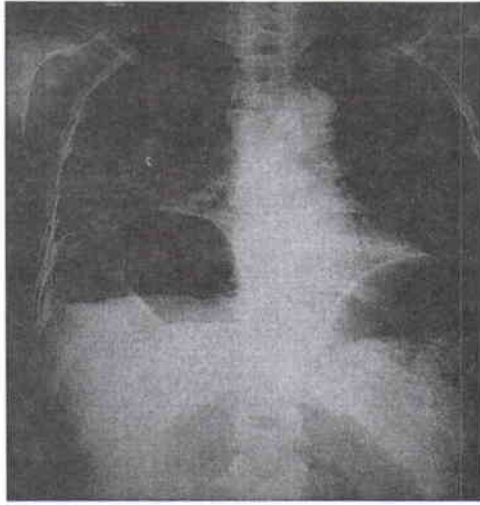
**BS** 110 mg%, **BUN** 14.5, **Cr.** 0.72, **Electrolyte :** Na 135.5, K 4, Cl 90.1, **HCO<sub>3</sub>** 30.0,

**LFT:** Alb 39, glb 30, TBil 0.6, DBil 0.4, SGOT 10, SGPT 6, Alkphos. 66

**U/A :** pH 7.5, spGr. 1.020, no cell, no proteinuria

## Rx & Investigations

- Plain film abdomen :

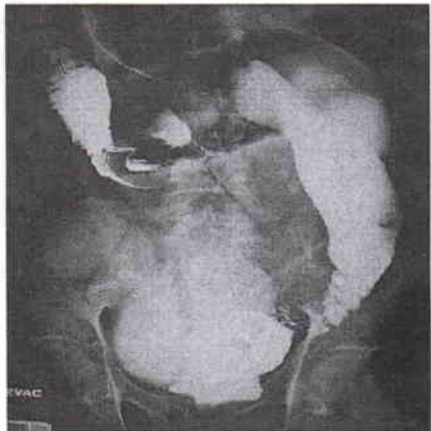
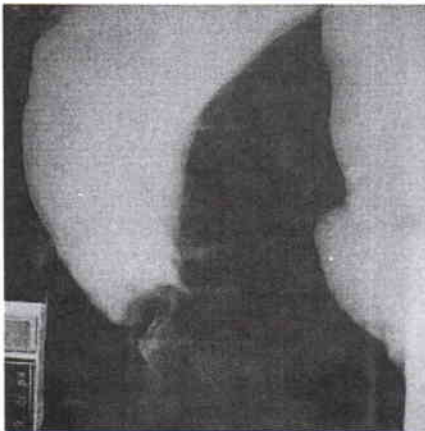
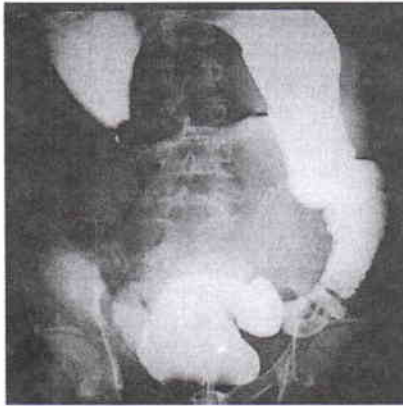


Generalized small and large bowel dilatations, colonic interposition, no free air

Rx : - NPO ยกเว้นยา, NG-tube with Gomco suction  
- Cisapride 40 mg/d, Omeprazole 40 mg/d

48 ชม.ต่อมา : ผู้ป่วยยังคงมีอาการอึดแน่นและปวดท้องมากขึ้น, ไม่ถ่าย,  
ไม่ผายลม, ตรวจร่างกายไม่มี sign of peritonitis

Barium eneda:

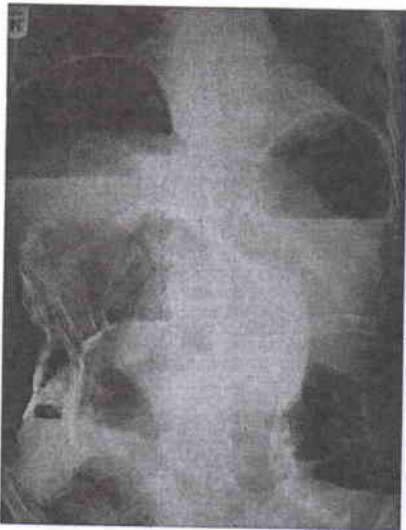


Suspected : Transverse colon volvulus

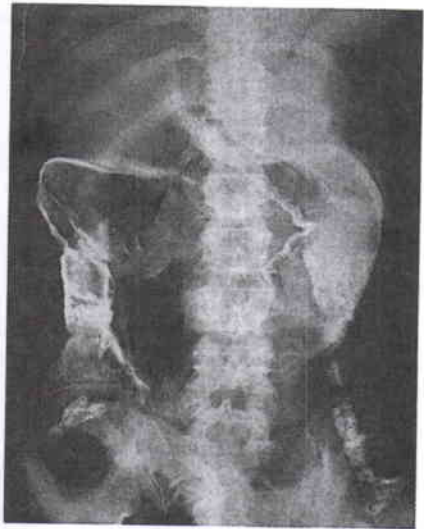
- Operation:**
- Dilatation of cecum to splenic flexure
  - No adhesion/ volvulus/ mass/ abscess/ ascites
  - ได้ทำ Cecostomy with appendectomy

**POST-OP. Day8 :** - ผู้ป่วยยังคงมีอาการอุดตันท้อง อาเจียนตลอดเมื่อลองให้กินอาหารเหลว

**Upper GI study :**



ก่อนทำ



หลังทำ

Narrowing of distal body of stomach, the contrast material can't pass to pylorus even waiting for the few hours and changing the position of the patient

Rx :

- Decompress bowel

- EGD-scope with nasojejunostomy tube feeding : ผู้ป่วยรับ feeding ได้ดี, ไม่อาเจียน, ไม่มีอาการท้องอืด, ไม่ปวดท้อง, Nutritional status improved.





### 2. GI-Manifestations of Scleroderma



พญ. เปรม เก่งชน

หน่วยทางเดินอาหารและโรคตับ รพ.พระมงกุฎเกล้า

#### Overview of scleroderma<sup>1</sup>

- Multiple disorder
- Unknown etiology
- Worldwide distribution affecting all races
- F:M = 3:1
- Age 30-50 years

#### Pathogenesis :

##### 1. Hereditary factors & Environmental factors

- โดยพบอุบัติการณ์สูงขึ้นใน gold&cold mines, exposure to silica/ vinyl chloride/ epoxy resins/ aromatic hydrocarbons
- ผู้ป่วยหลายรายมี Immunologic abnormalities เช่น ANA+, hypergammaglobulinemia, abnormal T-cell properties

##### 2. Abnormal control of fibroblast cell growth

#### Pathological hallmark :

Increased deposition of collagen and smooth muscle atrophy



Manifested by fibrosis of skin, blood vessels, visceral organs

Clinical findings :

- Initial clinical symptom >> Raynaud's phenomenon with stiffness of skin
- Joint pain and swelling พบได้ 50% ของผู้ป่วย
- อาการจาก others system involvement
- Death from failure of any one system
- Smooth m. of GI-tract is sensitivity involved
  - พบได้ > 50% ของผู้ป่วย
  - organ involvement
    - 1) esophagus 2) colon 3) small bowel 4) stomach
  - พบ Atrophy of the muscularis propia and deposition of the collagen

American Rheumatism Association<sup>2</sup>

Major criteria:

การหนาตัวแข็งตึงของผิวหนังจากปลายมือปลายเท้าเข้าหาลำตัว  
เลยบริเวณโคนข้อนิ้วมือหรือนิ้วเท้าขึ้นมาเท่าๆกันทั้งสองข้าง โดยอาจมีผิว  
หนังแข็งตึงตลอดที่แขนขา ใบหน้าและลำตัวก็ได้

- พบได้ 91% ในผู้ป่วย Scleroderma แต่จะพบเพียง 1% ในผู้ป่วย

connective tissue disease อื่นๆ

Minor criteria: 2/3 ข้อ

1. Sclerodactyly
2. Digital pitting scar
3. Bibasilar pulmonary fibrosis

Clinical suggested Scleroderma. :

- Sclerodactyly
- Telangiectasia
- Raynaud's phenomenon
- ดำเนินโรคหลายปีจึงมีอาการของอวัยวะภายใน

GI and Scleroderma

- ~ 90% ของผู้ป่วย Scleroderma มี GI-involvement โดย 50% symptomatic <10% severe GI-problems (malabsorption, intestinal pseudo obstruction)<sup>3,4</sup>
- GI involvement พบได้เท่าๆกันใน diffused & limited Scleroderma<sup>6</sup>
- < 10% มีอาการทาง GI ใน 9 ปีแรก<sup>5</sup>
- ผู้ป่วย Scleroderma 5% ตาย จาก GI-complication<sup>7</sup>
- Involved from mouth to anus
- Earliest & Most common GI-symptoms is esophageal disease

Oropharynge

- rigidity & thickening of the facial skin, tongue, soft palate,

larynx, oral mucosa

- impaired mastication & deglutation
- extrinsic pressure from skin changes → resorption of alveolar bone → malalignment of teeth
- oropharyngeal dysphagia & incoordination พบได้ 25% ของผู้ป่วย Scleroderma<sup>8,9</sup>

### Esophagus

- esophagus dysfunction พบได้ถึง 90% ของผู้ป่วย Scleroderma แต่ อาจจะ asymptomatic
- involved : lower 2/3 of esophagus

### Pathogenesis :

- reduction/ absence of peristalsic wave
- significant decrease in lower esophageal sphincter tone

### Clinical :

- อาการเป็นผลจาก acid reflux & decreased peristalsis → reflux esophagitis, stricture formation → heartburn, regurgitation, dysphagia
- dysphagia มักเกิดเมื่อ  $\varnothing$  luminal < 13 mm.

### Manometry :

- พบ manometric abnormality ได้มากกว่า 80% ของผู้ป่วย Scleroderma โดย 40% ของผู้ป่วย Asymptomatic<sup>10</sup>

- ความผิดปกติที่พบ

1. incompetent LES
2. low amplitude contraction in the distal smooth m. portion of the esophagus
3. (advanced disease) decreased peristalsis in the upper skeletal m. portion

Radiopogic findings<sup>1</sup> :

- พบความผิดปกติได้แม้ว่า ไม่มีอาการ
- *"Air esophagogram"* : dilated, atonic, air-filled esophagus<sup>27</sup>



Air in the proximal esophagus (arrow)  
atonic.

Esophagus is slightly dilated and

bibasilar interstitial lung, dilated loops of  
small bowel

Marked reflux was seen across the  
patulous gastroesophagealv junction

### Esophagoscopy :

- Identify esophagitis, stricture, mucosal ring
- Dilatation of strictures/ mucosal rings of Maloney/ Savery dilators

### Stomach

#### Gastroparesis<sup>36</sup>

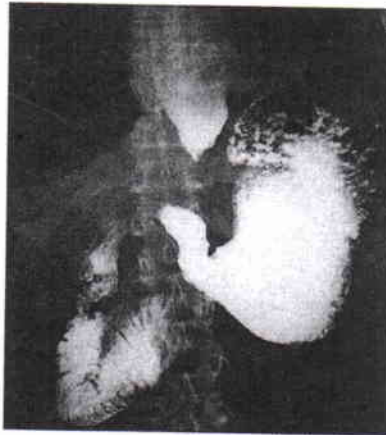
- intractable vomiting, wt.loss, nutritional def.
- intermittent with remission lasting several months

#### Watermelon stomach<sup>11, 36</sup>

- gastric antral vascular ectasia → UGI-bleeding

#### Stomach volvulus<sup>29</sup>

- Radionuclide gastric emptying : Delayed
- Ba-meals : Dilated atonic stomach
- Esophagoscopy : Lack of peristalsis



## Small bowel

- อาการต่างๆเป็นผลมาจาก Reduced peristalsis → stasis, intestinal dilatation → distension, pain bloating, constipation → developed Bact. overgrowth → diarrhea, steatorrhea, wt.loss
- Bact. overgrowth พบได้ 1/3 ของผู้ป่วย
- Malabsorption พบได้ 10-30% ของผู้ป่วย

### ภาวะอื่นที่พบได้ :

- intestinal pseudo obstruction <sup>33, 36, 44</sup>
- small bowel perforation <sup>11-16</sup>
- pneumatosis cystoides intestinalis <sup>11-16</sup>
- small bowel volvulus <sup>11-16, 29</sup>
- jejunal diverticulosis <sup>45</sup>

### Chronic intestinal pseudo obstruction :

ที่คล้ายคลึงกับ Scl. ได้แก่ visceral myopathy, visceral neuropathy  
อาศัย histology เพื่อช่วยวินิจฉัย โดยมีลักษณะสำคัญคือ <sup>30, 44, 45, 46</sup>

1. scleroderma : smooth m. fibrosis and atrophy, decreased number of smooth m., no vacuolar degeneration.
2. visceral myopathy : vacuolar degeneration of smooth m. with thinning and fibrosis, affecting longitudinal layer
3. visceral neuropathy: neuronal and axonal degeneration, neuronal intranuclear inclusions, inflammatory cell infiltration <sup>51, 52</sup>

**Ba-studies:** <sup>1, 46</sup>

- *valvulae conniventes* : normal/thin, straightened, close together  
เชื่อว่าเป็นผลจาก disproportion/ asymmetrical fibrosis involving  
circular m. < longitudinal m.

- *Hidebound* : the valvular margins are flattened and live up in a  
precise line, which makes the bowel appear as if it is wrapped in a  
cellophane wrapper or a hide. When the valvulars are extremely tightly  
packed, a characteristic "accordion" appearance.

- *large, wide-mouthed diverticula* : เกิดเนื่องจาก atrophy of smooth m.  
(leads to weakened areas in the bowel wall มักพบที่ด้าน mesenteric  
side of small bowel)

- *Ba-precipitation abd flocculation* : เกิดขึ้นเมื่อมี thickening of the  
intestinal wall + diminution & disappearance of mucosal fold +  
mural edema

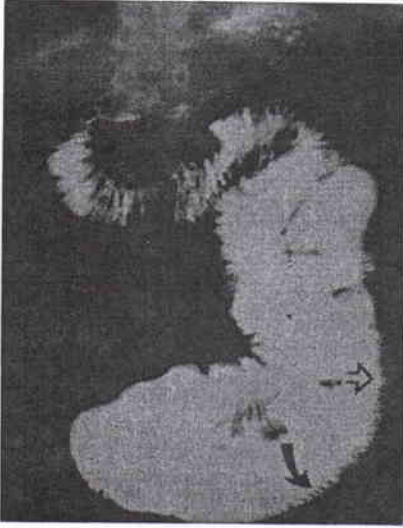
- *IC-Valve* : incompetent

**Colon & anorectum**

- พบได้ 10-15% ของผู้ป่วย Scleroderma ตำแหน่ง lesion พบบ่อยที่  
สุดอยู่ที่ anorectum <sup>17</sup>

- Pt. with abnormal esophageal manometry *almost always* had  
abnormal anorectal motility <sup>18</sup>

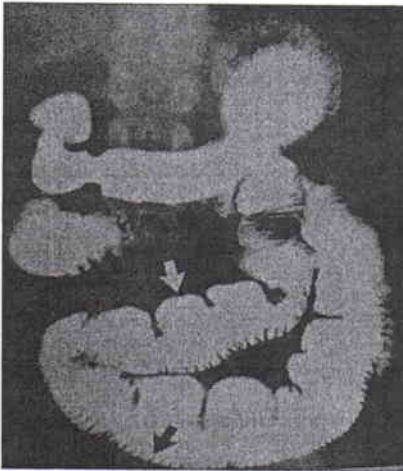




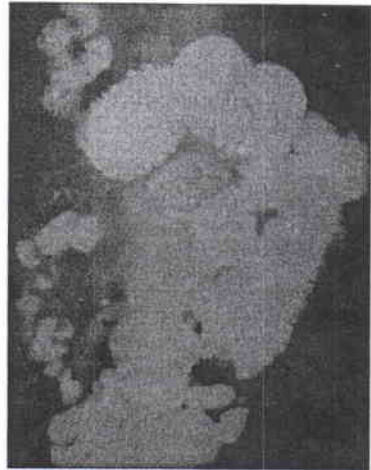
Hidebound appearance (black arrow)



Accordion appearance (white arrow)



Wide-mouthed diverticular



Ba-flocculation and precipitation

## Pathogeneis :

- decreased post-pandrial gastrocolic reflex
- absent/ diminished rectoanal inhibitory reflex (most common manometric abnormality) → fecal incontinence
- decreased pressure of the smooth m. internal anal sphincter and abnormal relaxation after rectal distensio, the external sphincter anal (skeletal m.) responds appropriately.<sup>18</sup>
- colonic volvulus (sigmoid<sup>28, 42</sup>, cecum<sup>29</sup>, transverse colon<sup>42, 43</sup>)
- colonic pseudo-obstruction<sup>21</sup>
- colonic infarction
- spontaneous perforation (จาก stercoral ulceration, bowel impaction, focal vasculitis)<sup>42, 47, 48</sup>
- diverticula<sup>1, 47, 49</sup>
- rectal prolapse<sup>42</sup>
- telangiectasia (Watermelon ructum)<sup>11, 42</sup>

## Radiologic findings:

- wide-mouth diverticula
- benign pneumoperitoneum (asymptomatic for years) เกิดจาก slow passagees of the bowel gas through minute/ micropeforations in colonic/ small bowel sacculations.

## Liver and Biliary tract

- Rare
- Liver histology :fatty infiltration, hyperemia, periportal fibrosis, focal necrosis
- Clinical : hepatomegaly,  $\uparrow$  SGOT,  $\uparrow$  PT,  $\downarrow$  Alb.
- PBC : มักพบใน limited subtypes Scl., strongly associated with AMA $\oplus$  <sup>19, 20</sup>

## Pancreas

- Rare
- Histology : fibrotic process, hemorrhagic pancreatitis
- No correlation between severity of Scl. and degree of pancreatic insufficiency.

## Treatment

### Opopharyngeal disease

- facial exercise
- regular dental hygiene
- artificial saliva

### Esophageal disease

#### Gastroesophageal reflux:

- life style modification >> normal wt., elevation of the head of the bed, multiple small meals, cessation of smoking, reduction of

alcoholic intake, avoidance of supine position with 3 hr. of eating

- เลี่ยงยาในกลุ่ม Ca-blocker, anticholinergic agents
- PPI >> drug of choice: Omeprazole 20-80 mg/d<sup>22</sup>
- Prokinetic drugs<sup>37, 38</sup>

### Hypomotility

- Prokinetic drugs >> Cisapride (10-20 mg,qid),

Erythromycin<sup>23, 24, 25, 37</sup>

### Esophageal stricture

- dilated via esophagoscopy

### Stomach

- Avoidance of solid food

### Telangiectasia"

- endoscopic coagulation
- gastric resection (for multiple lesions)

### Small bowel

### Dysmotility

- Prokinetic agents >> metoclopramide, cisapride, erythromycin
- Octotide 50  $\mu$ g, SC, HS x 3 wks.<sup>26</sup>

### Pseudo-obstruction

- Prokinetic agents<sup>31</sup>

- Octrotide 50  $\mu$ g, SC, HS x 3 wks. <sup>32, 34, 38, 39, 40, 41</sup>

- TPN <sup>35, 38</sup>

- Enterostomy tube feeding <sup>36</sup>

- Venting enterostomy <sup>36</sup>

- Avoid abd.surgery เนื่องจากเป็น Diffused lesion และการผ่าตัดอาจ induced adhesion

- Diet >> lactose free, low fiber, MC-TG, Vit-B12, supplement of fat and water soluble vitamins, Ca, Fe

### Malabsorption

- Rx Bact. Overgrowth by oral ATB with ATB-holidays >> tetracycline, ciprofloxacin, amoxicillin-clavulanic acid, trimethoprim, oral cephalosporins

- add metronidazole 5-7 วัน if break through diarrhea ระหว่างที่ให้ ATB อื่นๆอยู่ เพื่อ Rx anaerobic flora

### Colonic and anorectal disease

#### Fecal incontinence

- Biofeedback

- Low residual diet

- Rx small bowel bact. overgrowth

- Antidiarrheal agent

- Posterior anal repair

- Parallel colopexy ( for transverse volvulus) <sup>43</sup>

### Constipation :

- Prokinetic agents
- Surgery for relieve outflow obstruction

### Colonic pseudo-obstruction

- Subtotal colectomy<sup>21, 60</sup>

### Biliary tree disease

#### PBC :

- management of metabolic bone disease >>Ca, Vit-D supplement
- pruritus >> ให้ cholestyramine, colostipol, rifampin
- supplement fat soluble vitamin >> Vit-E
- advanced cirrhosis >> liver transplantation

### Pancreatic insufficiency

- enzyme supplement >> Creon capsule โดยให้ 3 tabs/meal and 1 tab/snack (12 tabs/day)

### References:

1. Deborah A.Hall, Fremies J.Scholz., Connective tissue disease, Text book of gastrointestinal radiology vol.2, page 2636-2643,1994, W.B. Saunder

2. สุรวุฒิ ปรีชานนทน์, สุรศักดิ์ นิลกานวงศ์, โรคสเคอโรเดอมา, ตำราโรคข้อ, หน้า 183-207, พิมพ์ครั้งที่ 1, กย.38, เรือนแก้วการพิมพ์
3. Turner, R, Lisshultz, W, et al. Esophageal dysfunction in collagen disease. Am J Med Sci 1973; 265:191
4. Akesson, A, Wokkheim, FA. Organ manifestations in 100 patients with progressive systemic sclerosis: A comparison between the CREST syndrome and diffuse scleroderma. Br J Rheumatol 1989; 28:281
5. Steen, VD, Medsger, TA Jr. Severe organ involvement in systemic sclerosis with diffuse scleroderma. Arthritis Rheum 2000; 43:2437
6. Furst, DC, Clements, PJ, Saab, M, et al. Clinicla and serologic comparison of 17 CREST syndrome patients matched for sex, age and disease duration. Ann Rheum Dis 1984; 43:794
7. Altman, RD, Medsger, TA, Bloch, DA, et al. Predictors of survival in systemic sclerosis. Arthritis Rheum 1991; 34:403
8. Rajapakse, CAN, Bancewicz, J, Jones, CJP, et al. Pharyngo-esophageal dysphagia in systemic sclerosis. Ann Rheum Dis 1981; 40:612
9. Montesi, A, Pesaresi, A, Cavalli, ML et al. Oral pharyngeal and esophageal function in scleroderma. Dysphagia 1991; 6:219

10. Cohen, S, Lauffer, I, Snape, WJ, et al. The gastrointestinal manifestation of scleroderma: Pathogenesis and management. Gastroenterology 1980;79:155
11. Deepjot Singh, Martin Shill, Hanspreet Kaur, The watermelon rectum, J Clin Gastroenterology 2001;33(2):164-166
12. Cobden, I, Axon, ATR, Ghonheim, AT, et al. Small intestinal bacterial growth in systemic sclerosis. Clin Exp Dermatol 1980; 5:37
13. Jason, MIV, Salmon, PR, Gough, J, et al. Spontaneous bowel perforation in intestinal scleroderma. Dig Dis Sci 1979; 24:80
14. Battle, WM, Mclean, GKL, Brooks, JJ, et al Spontaneous perforation of small intestine due to scleroderma. Dig Dis Sci 1979; 24:80
15. Meihoff, WE, Hirschfield, JS, Kern, F Small intestinal scleroderma with malabsorption and pneumatosis cystoides intestinalis. Report of three cases JAMA 1968; 204:854
16. Hendy, MS, Torrance, HB, Warnes, TW Small bowel volvulus in association with progressive systemic sclerosis. Br Med J 1979; 1:1051



17. Meszaros, WT. The colon in systemic sclerosis(scleroderma). Am J Roentgenol 1959; 9:1000
18. Hamley-Roy, J, Devroede, G, Arhan, P, et al. Comparative esophagal and anorectal motility in scleroderma. Gastroenterology 1985; 88:1
19. Reynolds, TB, Denison, EK, Frankl, HD, et al. Primary biliary cirrhosis with scleroderma, Raynaud's phenomenon and telangiectasia. New syndrome. Am J Med 1971; 50:302
20. Murray-lyon, IM, et al. Scleroderma and primary biliart cirrhosis. Br Med J 1970; 3:258
21. Stafford-Brady FJ, Kahn HJ, Ross TM, et al. Advanced scleroderma bowel: complications and management. J Rheumatol 1988;15(5):869-874
22. Hendel, L, Hage, E, J< et al. Omeprazole in the longterm treatment of severe gastroesophageal reflux disease in patients with systemic sclerosis. Aliment Pharmacol Ther 1992; 6:565
23. Kahan, A, Chaussade, S, Gaudric, M, et al. The effect of cisapride on gastroesophageal dysfunction in systemic sclerosis: A controlled manometric study. Br J Clin Pharmacol 1991; 31:683

24. Horowitz, M, Maddern, GJ, Maddox, A, et al. Effect of cisapride on gastric and esophageal emptying in progressive systemic sclerosis. *Gastroenterology* 1987;93:311
25. Wysoeki, DK, Bacsanyi, J. Cisapride and fatal arrhythmia. *N Eng J Med* 1996; 335:290
26. Soudah, HC; Hasler, WL, Owyanggggg, C. Effect of octrotide on intestinal motility and bacterial overgrowth in scleroderma. *N Eng J Med* 1991; 325:1461
27. Kraus A, Alacron-Segovia D. Air esophagogram and intestinal pseudoocclusion in a patient with scleroderma. *J Rheumatol* 1991 Jun;18(6):897-899
28. Fraback RC, Kadell BM, Nies KM, et al. Sigmoid volvulus in two patients with progressive systemic sclerosis. *J Rheumatol* 1978;5 (2):195-198
29. Jayachandar J, Frank JL, Jonas MM. Isolated intestinal myopathy resembling progressive systemic sclerosis. *Gastroenterology* 1988 Oct;95(4):1114-1118
30. Schuffler MD, Beegle RG. Progressive systemic sclerosis of the gastrointestinal tract an hereditary hollow visceral myopathy: two

distinguishable disease of intestinal smooth muscle.  
Gastroenterology 1979 Oct; 77(4 Pt 1):664-671

31. Hirsh EH, Brandenburg D, Hersh T, et al. Chronic intestinal pseudo-obstruction. J Clin Gastroenterol 1981 Sep;3(3):247-254
32. Lecomte T, Cavicchi M, Delchier JC. Small bowel pseudo-obstruction revealing an early scleroderma. Longterm efficacy of octreotide and erythromycin. Gastroenterol Clin Biol 2000 Mar;24(3):361-363
33. Ishikawa M, Okada J, Kondo H. Five cases of systemic sclerosis with associated with intestinal pseudo-obstruction Ryumachi 1999 Oct;39(5):769-773
34. Perlemuter G, Cacoub P, Chaussade S, et al. Octrotide treatment of chronic pseudo-obstruction secondary to connective tissue diseases. Arthritis Rheum 1999 Jul;42(7):1545-1549
35. Wedemeyer J, Bischoff SC, Schirmacher P, et al. Enteroparesis caused by progressive fibrosis of the muscular propia. Z Gastroenterol 1998 Jul;36(7):571-577
36. Sjogren RW. Gastrointestinal features of scleroderma. Curr Opin Rheumatol 1996 Nov;8(6):569-575

37. Garrigues V, Ponce J, Galvez, et al. Achalasia-like syndrome as the first manifestation in a patient with CREST syndrome. Eur J Gastroenterol hepatol 1996 Mar;8(3):289-291
38. Folwaczny C, Voderholzer W, Riepl RL, et al. Clinical aspects, pathophysiology, diagnosis and therapy of gastrointestinal manifestations of progressive systemic sclerosis. Z Gastroenterol 1996 Aug;34(8):487-508
39. Verne GN, Eaker EY, Hardy E, et al. Effect of octreotide and erythromycin on idiopathic and scleroderma-associated intestinal pseudo-obstruction. Dig Dis Sci 1995 Sep;40(9):1892-1901
40. Owyang C. Octreotide in gastrointestinal motility disorders. Gut 1994;35(3Suppl):S11-S14
41. Kobayashi T, Kobayashi M, Naka M, et al. Response to octreotide of intestinal pseudo-obstruction and pneumatosis cystoides intestinalis associated with progressive systemic sclerosis. Intern Med 1993 Jul;32(7):607-609
42. D'Angelo G, Stern HS, Myers E. Rectal prolapse in scleroderma: case report and review of the colonic complications of scleroderma. Can J Surg 1985 Jan;28(1):62-63

43. Javors BR, Sorkin NS, Flint GW. Transverse colon volvulus: a case report. Am J Gastroenterol 1986 Aug;81(8):708-710
44. Venzelos ID, Shousha S, Bull TB, et al. Chronic intestinal pseudo-obstruction in two patients. Overlap of features systemic sclerosis and visceral myopathy. Histopathology 1988 May;12(5):533-540
45. Krishnamurthy S, Kelly MM, Rohrmann CA, Et al. Jejunal diverticulosis. A heterogeneous disorder caused by abnormalities of smooth muscle or myenteric plexus. Gastroenterology 1983 Sep;85(3):538-547
46. Rohrmann CA Jr, Ricci MT, Krishnamurthy S, et al. Radiologic and histologic differentiation of neuromuscular disorders of the gastrointestinal tract : visceral myopathies, neuropathies, and progressive systemic sclerosis. AJR Am J Roentgenol 1984 Nov;143(5):933-941
47. Sacher P, Buchmann P, Burger H. Stenosis of the large intestine complicating scleroderma and mimicking a sigmoid carcinoma. Dis Colon Rectum 1983 May;26(5):347-348
48. Regan PT, Weiland LH, Geall MG. Scleroderma and intestinal perforation, Am J Gastroenterol 1977 Dec;68(6):566-571



# Gastroesophageal Reflux Disease in Children: Current Approach and Management

ผศ. พญ. สุพร ตริพงษ์ภักธนา

หน่วยโรคทางเดินอาหารเด็ก ภาควิชากุมารเวชศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

## บทนำ

Gastroesophageal reflux (GER) เป็นปัญหาที่พบบ่อยในทารก ซึ่งส่วนใหญ่ไม่ก่อให้เกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อน แต่มีเด็กส่วนหนึ่งที่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆทั้งในและนอกระบบทางเดินอาหาร การประเมินผู้ป่วยและดูแลรักษาอย่างเหมาะสมจึงเป็นสิ่งที่ช่วยให้เด็กมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และลดความวิตกกังวลในครอบครัวของเด็ก

ในระยะ 3-4 ปีมานี้ มีข้อถกเถียงกันอย่างมากในการรักษา GERD ในเด็ก ในปี 2001 North American Society of Pediatric Gastroenterology and Nutrition (NASPGAN) ได้กำหนด guideline ในการดูแลรักษา GERD ในเด็ก โดยใช้ evidence-based ร่วมกับ expert opinion แม้ว่าจะยังมีหลายประเด็นที่ยังคงต้องรอการวิจัยต่อไป แต่มีประเด็นที่น่าสนใจและจะเป็นประโยชน์อย่างมากสำหรับแพทย์ที่มีส่วนในการดูแลเด็กเหล่านี้ บทความนี้จึงนำเสนอ guideline ดังกล่าวร่วมกับการทบทวนความรู้ใหม่ๆที่เกี่ยวกับ GER ในเด็ก

## คำจำกัดความ<sup>1</sup>

**Gastroesophageal reflux (GER)** หมายถึง ภาวะที่มีการไหลย้อนกลับของ gastric content จากกระเพาะอาหารสู่หลอดอาหาร เป็นภาวะที่พบได้ในคนปกติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งพบได้บ่อยในเด็กทารก

**Gastroesophageal reflux disease (GERD)** หมายถึงภาวะที่มีการไหลย้อนกลับของ gastric content จากกระเพาะอาหารสู่หลอดอาหาร และก่อให้เกิดอาการหรือภาวะแทรกซ้อน เช่น reflux esophagitis<sup>3</sup>, esophageal stricture, Barrett's esophagus ซึ่งเป็น precancerous lesion หากอาเจียนมากๆ ทำให้น้ำหนักขึ้นช้าหรือเล็้งไม่โต นอกจากนี้ GERD ยังก่อให้เกิดปัญหาทางเดินหายใจเช่น ปอดบวมซ้ำซาก<sup>4,5</sup>, ไอเรื้อรังและหอบหืด<sup>6-9</sup> apnea<sup>10,11</sup> เป็นต้น

**Infantile regurgitation** ถือว่าเป็น functional GI disorder อย่างหนึ่งในเด็ก ตาม ROME II ได้กำหนดเกณฑ์สำหรับวินิจฉัยดังนี้<sup>2</sup>

- มีอาการ regurgitation (สำรอกนมหรือแหวะนม) ตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไปต่อวัน เป็นเวลา 3 สัปดาห์ขึ้นไป
- เป็นเด็กทารก อายุ 1-12 เดือน โดยไม่มีความผิดปกติอื่น ๆ และไม่มีโรคทางระบบประสาท, ทางเดินอาหาร และ metabolic disorder ที่อธิบายอาการ
- ไม่มีอาการ retching, hematemesis, failure to thrive, aspiration, apnea, abnormal posture



## อุบัติการ

GER ในเด็กทารก พบได้บ่อยมาก รายงานในต่างประเทศพบว่าอุบัติการในทารกประมาณ 8%<sup>12</sup> บางรายงานพบว่าในเด็ก 4-6 เดือน มีอาการแหวะนมสูงถึง 67%<sup>13</sup> ในประเทศไทย รายงานทารก 2 เดือนมีอาการแหวะนมสูงถึง 86% และ 69% ในเด็ก 4 เดือน ลดลงเหลือ 7% ที่อายุ 12 เดือน<sup>14</sup>

ความเสี่ยงต่อการเกิด GERD สูงมากขึ้นในเด็กคลอดก่อนกำหนด เด็กที่มีปัญหาความพิการทางสมองหรือพัฒนาการช้า เด็กที่มีความผิดปกติแต่กำเนิดของ oropharynx และหลอดอาหาร<sup>2</sup>

## พยาธิสรีรวิทยา

กลไกการเกิด GER ที่สำคัญคือ transient lower esophageal sphincter relaxation (TLESR)<sup>12,15</sup> ในคนปกติ lower esophageal sphincter (LES) จะคลายตัวเวลากิน หากมีการคลายตัวของ LES ที่เกิดขึ้นเองโดยไม่มีสัมพันธ์กับการกลืน เรียกว่า TLESR ซึ่งเป็นกลไกสำคัญของการเกิด GER ทั้งในเด็กทารกคลอดก่อนกำหนด หรือครบกำหนด และในเด็กโต<sup>15</sup>

นอกจากกลไกอื่น ๆ ที่อาจจะมีส่วนทำให้เกิด GER<sup>15,15</sup>

- Intraabdominal esophageal segment ค่อนข้างสั้นในทารก
- Defective esophageal clearance คือการกำจัดสารที่ไหลย้อนขึ้นไปที่หลอดอาหารไม่ดีเท่าที่ควร พบในทารกหรือเด็กที่มีปัญหาทางสมอง ซึ่งอยู่ในท่านอนเป็นส่วนใหญ่ หรือในรายที่การบีบตัวของหลอดอาหารไม่ดีจากการอักเสบรุนแรง

- Delayed gastric emptying
- การเพิ่ม abdominal pressure จากสาเหตุต่าง ๆ
- Hiatal hernia มีบทบาทน้อยในทารก แต่อาจจะพบได้ในเด็กโต
- LES tone ต่ำ มีความสำคัญไม่มาก ปัจจุบันพบว่าเด็กที่มี GER ส่วนใหญ่มี LES tone ปกติ

การที่ทารกที่มี GER มีอาการสำรอกหรืออาเจียนได้บ่อยกว่าเด็กโต และผู้ใหญ่เนื่องจากทารกมี esophageal volume (ซึ่งขึ้นกับปริมาตรและความยาวของหลอดอาหาร)ต่ำกว่าผู้ใหญ่มาก esophageal volume ในทารกคิดเป็นประมาณ 1 ใน 12 ของผู้ใหญ่<sup>2</sup>

### กลไกการเกิดปัญหาโรคทางเดินหายใจจาก GERD<sup>16,17</sup>

ปัญหาโรคทางเดินหายใจจาก GERD ยังไม่เป็นที่เข้าใจทั้งหมด เชื่อว่าเกิดจากการสำลัก gastric content เข้าไปในทางเดินหายใจ (microaspiration) ทำให้เกิดการอุดกั้นทางเดินหายใจ ขณะเดียวกันทางเดินหายใจ อาจจะตีบแคบลงจาก chemical reaction ของสารที่สำลักเข้าไป ทำให้กระตุ้น mucus secretion และเกิดการบวมของทางเดินหายใจ นอกจากนี้กรดในหลอดอาหารยังสามารถกระตุ้นระบบประสาท autonomic ของทางเดินหายใจ โดยผ่าน vagal reflex ทำให้มีการ bronchospasm ได้

## อาการและอาการแสดง

GER ในเด็กแบ่งเป็น 2 ประเภท<sup>16</sup>

1. *Infantile GER* คือ ภาวะ GER ที่เกิดขึ้นในทารกขวบปีแรก มักจะเริ่มมีอาการตั้งแต่ว่า 1-3 เดือนแรก และมักจะหายเองได้เป็นส่วนใหญ่เมื่ออายุ 12-18 เดือน โดยที่ 80% จะหายเมื่ออายุ 18 เดือน<sup>18</sup>
2. *Adult type GER* คือภาวะ GER ที่เกิดขึ้นในเด็กโต โดยมีอาการเริ่มต้นเกินกว่าอายุ 1 ปี โดยส่วนใหญ่มักจะเป็นๆหายๆ หรือเป็นเรื้อรัง<sup>19</sup>

อาการที่พบบ่อยที่สุดในเด็กทารก คือ สำรอกหรือแหะนม และอาเจียน โดยที่อาเจียนไม่มีสีน้ำตาลปน เด็กทารกส่วนใหญ่มีอาการแหะนมหรืออาเจียน โดยไม่มีอาการอื่นๆ (happy splitter) แต่ทารกที่เป็น GERD อาจจะมีอาการของภาวะแทรกซ้อน เช่น ร้องกวน (irritability) ปฏิเสธอาหาร น้ำหนักขึ้นช้า ถ่ายดำหรืออาเจียนเป็นเลือด หรือมีอาการของภาวะแทรกซ้อนทางด้านทางเดินหายใจ เช่น ไอเรื้อรัง wheezing ปอดบวมซ้ำซาก เป็นต้น (ตาราง 1) ในเด็กโตอาการอาเจียนมักจะไม่ใช่อาการเด่น แต่อาจมาด้วย heartburn หรือ retrosternal pain ปวดท้องบริเวณลิ้นปี่ มีรสขมเปรี้ยวในปาก<sup>19</sup>

กลุ่มที่มีอาการทางเดินหายใจ ไม่จำเป็นต้องมีอาการอาเจียนหรือแหะนมเสมอไปซึ่งเรียกว่า occult GER หรือ silent GER

## การวินิจฉัย

### 1. การซักประวัติและตรวจร่างกาย

ก่อนอื่น ควรซักประวัติเกี่ยวกับปริมาณนมและสัดส่วนการผสมนม รวมทั้งวิธีการให้นมแก่ทารก เพื่อ exclude เรื่อง overfeeding และเทคนิคการให้นมที่ไม่ถูกต้องออกไปก่อน โดยทั่วไปผู้ป่วยเด็กทารกที่มาด้วยแหวะนมหรืออาเจียน โดยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และน้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยที่ไม่มีอาการและอาการแสดงที่เป็นสัญญาณเตือนสำคัญ (ตารางที่ 3) ก็สามารถวินิจฉัยภาวะ GER ได้จากการซักประวัติ และตรวจร่างกายเพื่อแยกโรคอื่นออกไป<sup>1</sup>

### 2. Upper GI series (UGIS)

ส่วนใหญ่ทำเมื่อสงสัยว่ามีภาวะอุดตันของทางเดินอาหาร ส่วนการวินิจฉัย GER จาก UGIS มี sensitivity และ specificity ต่ำ<sup>20</sup>

### 3. 24 hour-esophageal pH monitoring

การตรวจวิธีนี้ถือว่ามีความแม่นยำกว่าการตรวจวิธีอื่น ๆ<sup>1,12</sup> เนื่องจากตรวจบันทึกเป็นเวลานาน 18-24 ชั่วโมงโดยไม่ต้องจำกัดกิจกรรมของผู้ป่วย รวมทั้งดูความสัมพันธ์ระหว่างอาการกับ pH ที่เป็นกรดได้ และใช้ติดตามผลระหว่างการรักษาได้ แต่ข้ออ่อนคือ ไม่สามารถตรวจพบ non-acid reflux ได้ วิธีกรณี้แนะนำให้ตรวจในเด็กที่มี unusual presentation เช่น เด็กที่มีปัญหาทางเดินหายใจ เป็นต้น ส่วนเด็กทารกที่มีเพียงอาการแหวะนมหรืออาเจียน โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อน ไม่จำเป็นต้องตรวจ pH monitoring<sup>1,21</sup>

### 4. Gastroesophageal scintigraphy

ข้อดีคือใช้ตรวจหา gastric emptying ได้ และอาจจะตรวจพบ post-prandial reflux ซึ่งมักจะเป็น non-acid reflux ซึ่งอาจจะตรวจไม่พบจากการทำ esophageal pH monitoring อย่างไรก็ตามวิธีนี้มี sensitivity ในการวินิจฉัย GERD ค่อนข้างต่ำ<sup>1</sup>

#### 5. Endoscopy และ biopsy

การตรวจ esophago gastroduodenoscopy (EGD) ช่วยทำให้วินิจฉัยภาวะ reflux esophagitis ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้ในเด็กบางราย หากตรวจ EGD พบว่าปกติ แนะนำให้ทำ endoscopic biopsy เสมอ<sup>1,3</sup> เพราะการเปลี่ยนแปลงทาง histopathology สามารถช่วยในการวินิจฉัยได้ โดยจะพบ basal zone hyperplasia, stromal papilla สูงขึ้น และมี eosinophil และ PMN ใน epithelium หรือ lamina propria หากพบ eosinophil จำนวนสูงมาก ควรคิดถึง eosinophilic esophagitis<sup>1</sup> ซึ่งอาจจะเกิดจากการแพ้นมวัวหรืออาหารอื่น

นอกจากนี้ยังมีการตรวจอื่นๆ เช่น intraluminal esophageal impedance ซึ่งการศึกษาเบื้องต้นพบว่าสามารถใช้วินิจฉัย GER ได้แม่นยำ<sup>22</sup> แต่ยังต้องการการศึกษาเพิ่มเติมอีก การตรวจ lipid-laden alveolar macrophage ในขณะที่ทำ bronchoscopy อาจช่วยในการวินิจฉัย GERD ในเด็กที่มาด้วยปัญหาโรคทางเดินหายใจ<sup>23</sup>

หากอยู่ในโรงพยาบาลที่ไม่สามารถตรวจเพิ่มเติมต่างๆ อาจจะมี  
วินิจฉัยจากการให้ empirical therapy ระยะสั้นๆ ประมาณ 1-2 เดือน และ  
ติดตามดูการตอบสนองต่อการรักษา ก็อาจจะช่วยวินิจฉัยเบื้องต้นได้

### การวินิจฉัยแยกโรค

เด็กที่มาด้วยอาเจียนเรื้อรัง ต้องวินิจฉัยแยกโรคจากสาเหตุต่างๆ ทั้ง  
ในระบบทางเดินอาหารและนอกทางเดินอาหาร (ตารางที่ 2) โดยเฉพาะอย่าง  
ยิ่ง ทารกที่อาเจียนรุนแรงหรืออาเจียนมีน้ำดีปน หรือน้ำหนักขึ้นช้า หรือ  
อาเจียนเริ่มต้นหลัง 6 เดือนแรก หรือมีอาการอื่นๆ ที่เป็นสัญญาณเตือน  
สำคัญ (ตารางที่ 3) ควรต้องแยกโรคสาเหตุอื่น ๆ ออกไป

การศึกษาพบว่าเด็กทารกที่มาด้วยอาการ GER จำนวนไม่น้อยที่เกิด  
จากการแพ้นมวัว<sup>24</sup> โดยเฉพาะอย่างยิ่งเด็กที่มีประวัติคนในครอบครัวเป็น  
ภูมิแพ้ หรือตัวเด็กเองมีอาการของโรคภูมิแพ้อื่นๆ ร่วมด้วย ควรคิดถึงภาวะ  
การแพ้นมวัวด้วย

เด็กโตที่มาด้วย heartburn ควรวินิจฉัยโรคแยกกับปัญหาทางหัวใจ  
ปอด chest wall (เช่น costochondritis) เด็กที่มี epigastric pain ควร  
วินิจฉัยแยกโรคกับ upper GI inflammation (เช่น gastritis, peptic ulcer  
disease), hepatobiliary disorders, motility disorder และ functional  
dyspepsia

### การรักษา

ขั้นที่ 1 : Conservative treatment<sup>1,25</sup>

1.1 Parental reassurance เป็นสิ่งสำคัญมาก

### 1.2 Milk-thickening formula

การให้นมที่เพิ่มความหนืด ทำให้อาการแหวะนมและอาเจียนดีขึ้น แม้ว่าไม่ได้ทำให้ reflux index score (ซึ่งตรวจโดย esophageal pH monitoring) ดีขึ้นก็ตาม<sup>25</sup> บทบาทของ thickened formula ในผู้ป่วยที่มีปัญหาทางเดินหายใจจาก GERD ยังไม่ชัดเจน<sup>26</sup>

thickened formula สามารถทำได้เอง เช่น ผสม rice cereal 1 ช้อนโต๊ะต่อนม 1 ออนซ์<sup>16</sup> หรือใช้นมสำเร็จรูปที่ผสมสารเพิ่มความหนืด ที่มีวางจำหน่ายอยู่ในขณะนี้ได้แก่ Enfalac AR

### 1.3 Position

การจัดให้ทารกอยู่ในท่านอนคว่ำทำให้อาการดีขึ้นได้<sup>1,25</sup> ในต่างประเทศไม่แนะนำให้ทารกนอนคว่ำ เพราะเสี่ยงต่อการเกิด SID (sudden infant death)<sup>1,27</sup> แต่ในบ้านเราการจัดท่านอนคว่ำอาจจะใช้ได้ เนื่องจาก SID ไม่ใช่ปัญหาในบ้านเรา เด็กที่มี GER หลังกินนมควรให้อยู่ในท่าหัวตั้ง ประมาณ 30 นาทีอย่างน้อย ในเด็กโตมากกว่า 1 ปี การให้นอนท่าตะแคงซ้าย หัวสูงเล็กน้อยอาจช่วยให้อาการดีขึ้น<sup>1</sup>

### 1.4 อื่น ๆ

การให้นมครั้งละน้อยแต่บ่อย ๆ อาจทำให้อาการ GER ดีขึ้น เนื่องจากทารกแพ้นมวัวอาจจะมาด้วยอาการแบบ GER ได้ การลองให้ hypoallergenic formula (ได้แก่ นมที่เป็น fully hydrolysed protein เช่น Nutramigen, Pregestimil) ทำให้อาการกลุ่มดังกล่าวดีขึ้นชัดเจน ดังนั้นใน

ทารกที่มีอาการ GER จึงแนะนำให้ลอง hypoallergenic formula ประมาณ 1-2 สัปดาห์

ในเด็กโตและวัยรุ่น ควรแนะนำให้หลีกเลี่ยงกาแฟ อาหารเผ็ดหรือรสจัด อาหารมัน น้ำอัดลม ช็อกโกแลต แอลกอฮอล์ เพราะทำให้อาการมากขึ้น ควรควบคุมน้ำหนักไม่ให้อ้วนเกินไปและไม่ควรกินอาหารก่อนนอน

## ขั้นที่ 2 : Pharmacological treatment (ตารางที่ 3)

### 2.1 Prokinetic agents

ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ metoclopramide, domperidone, cisapride, betanechol เป็นต้น เป็นยาที่ช่วยลดจำนวน reflux โดยกระตุ้นการบีบตัวของหลอดอาหาร, เพิ่มความดันของ lower esophageal sphincter และเพิ่ม gastric emptying ยา metoclopramide และ betanechol ไม่นิยมใช้เพราะมีผลข้างเคียงมาก

ยาที่มีการศึกษามากที่สุดคือ cisapride ซึ่งพบว่าทำให้ GER ดีขึ้นเมื่อเทียบกับ placebo โดยการประเมินจาก esophageal pH monitoring<sup>28-32</sup> และมีผลทำให้อาการของ GER ดีขึ้น<sup>30-31</sup> แต่บางการศึกษาพบว่าผลในการลดอาการไม่ต่างจาก placebo<sup>32</sup>

เนื่องจาก cisapride มีความสัมพันธ์กับการเกิด QT prolong ในเด็ก มีรายงานตั้งแต่ 0%-31%<sup>33-37</sup> เด็กที่มี QT prolong ส่วนใหญ่ไม่มีอาการแต่ก็พบว่าเด็กบางรายเกิด arrhythmia รวมทั้ง torsades de pointes<sup>36-37</sup> ความเสี่ยงจะสูงขึ้นในเด็ก preterm, ผู้ป่วยที่มีโรคหัวใจ ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของสารอีเล็กโทรไลต์ การให้ยาในขนาดสูง การได้ยาพวก macrolides หรือ



azole antifungus ร่วมกัน เพื่อเป็นการป้องกันผลข้างเคียงจึงควรใช้ยา cisapride เมื่อมีข้อบ่งชี้เท่านั้นและใช้ด้วยความระมัดระวัง และควรแนะนำให้หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว<sup>38,39</sup>

แม้จะมีการถกเถียงกันมากในปัจจุบันถึงการให้ cisapride ในการรักษา GERD ในเด็ก กลุ่ม European Society of Pediatric Gastroenterology and Nutrition (ESPGHAN) ยังแนะนำให้ใช้ยานี้เป็นอันดับแรกในการรักษา GERD ที่รักษาด้วยวิธี conservative (ขั้นที่ 1) ไม่ได้ผล<sup>39</sup>

**2.2 Acid suppressive agents** ได้แก่ยาในกลุ่ม histamine<sub>2</sub> receptor antagonist (H<sub>2</sub>RA) และproton pump inhibitor (PPI) ยา PPI ที่มีการศึกษามากที่สุดในเด็ก คือ omeprazole

ยาในกลุ่มนี้มีบทบาทสำคัญในการรักษาใช้การอักเสบของหลอดอาหาร (reflux esophagitis) นอกจากนี้ยังใช้ในเด็กโตที่มีอาการ heartburn และในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางเดินหายใจ เช่น asthma ส่วนผลในการรักษา GERD กลุ่มที่อาเจียนโดยที่ไม่มี reflux esophagitis ยังต้องติดตามการศึกษาต่อไป

### ขั้นที่ 3 : การผ่าตัด

ได้แก่ การทำ fundoplication วิธีการที่นิยมคือ วิธีแบบ Neissen (คือการ wrap 360°) ซึ่งได้ผลสำเร็จประมาณ 74-94% วิธีอื่น ๆ ได้แก่ Thal fundoplication (partial wrap) ส่วน laparoscopic fundoplication เริ่มมีรายงานในเด็ก<sup>40</sup>

ข้อบ่งชี้ของการผ่าตัด คือ

- GERD ที่รักษาด้วยยาไม่ได้ผล ทำให้มีอาการค่อนข้างมาก หรือทำให้มีภาวะแทรกซ้อนเช่น ปอดบวมซ้ำซาก เจริญเติบโตช้า
- GERD ที่ไม่สามารถหยุดยาได้ ถ้าหยุดยาทำให้อาการกำเริบบ่อย ๆ พร้อมภาวะแทรกซ้อน

โดยทั่วไป infantile GER มักจะดีขึ้นใน 12-18 เดือน ดังนั้น ควรพยายามรักษาโดย conservative treatment และการใช้ยาเต็มังก่อนพิจารณาการผ่าตัด fundoplication แต่ในเด็กกลุ่มที่มีปัญหาทางสมอง GERD มักจะไม่หายเองเมื่อโตขึ้นและมักมีภาวะแทรกซ้อนบ่อย ส่วนใหญ่มักต้องรักษาโดยการผ่าตัด

การประเมินและรักษาเด็กที่มี GER หรือ GERD อาจแบ่งเป็นกลุ่มตามอาการหรือภาวะแทรกซ้อน ดังนี้

### 1. Uncomplicated infantile GER (แผนภูมิที่ 1)

การรักษา คือ reassure พ่อแม่ และให้การรักษาแบบ conservative (ขั้นที่ 1) มักจะเพียงพอ<sup>1</sup> ร่วมกับการติดตามผู้ป่วย แต่ถ้ายังอาการมาก และพ่อแม่มีความกังวลสูง พิจารณาให้ prokinetic agent<sup>25</sup> อาจทำให้อาการลดลง อย่างไรก็ตามยังไม่มีหลักฐานที่บ่งชี้ว่ายาที่มีผลเปลี่ยนแปลง natural history ของเด็กกลุ่มนี้

### 2. Complicated infantile GER หรือ GERD

เด็กที่มีปัญหาอาเจียนร่วมกับน้ำหนักขึ้นช้า ให้ตรวจพิเศษเพิ่มเติมเพื่อแยกโรคอื่น ๆ ออกไป และให้การรักษาแบบ conservative (ขั้นที่ 1) ร่วม

กับขั้นที่ 2 คือการใช้ยา prokinetic<sup>1,24,39</sup> หรือ acid suppression<sup>1</sup> หรือทั้ง 2 อย่าง (แผนภูมิที่ 2)

### 3. เด็กโตที่มีอาการ heartburn

อาการ heartburn พบได้ทั้งในภาวะที่มี esophagitis หรือไม่มีก็ได้ การรักษาเบื้องต้น ได้แก่ การหลีกเลี่ยงปัจจัยที่กระตุ้นให้อาการเป็นมากขึ้น (เช่น อาหารรสจัด อาหารไขมันสูง น้ำอัดลม กาแฟ แอลกอฮอล์) รวมทั้งให้ยาในกลุ่ม H<sub>2</sub>RA หรือ PPI เป็นเวลา 2-4 สัปดาห์ หากไม่ดีขึ้นหรือดีขึ้นแต่กลับเป็นซ้ำอีก ส่งต่อไป Pediatric gastroenterologist เพื่อทำ EGD และ biopsyต่อไป (แผนภูมิ 3)

### 4. Reflux esophagitis

ควรให้ยากลุ่ม acid suppression เป็นหลัก หากใช้ยากลุ่ม H<sub>2</sub>RA มาก่อนแล้วไม่ได้ผล ให้เปลี่ยนเป็น PPI<sup>(41,42)</sup> ถ้าผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาควรตรวจ esophagitis pH monitoring ชั่วคราวให้ยารักษา เพื่อดูว่าจำเป็นต้องเพิ่มขนาดยา acid suppression ให้สูงขึ้นหรือไม่ หากการรักษาด้วยยายังไม่ได้ผลดีเท่าที่ควรพิจารณาผ่าตัด (แผนภูมิ 4) อย่างไรก็ตามควรทบทวนการวินิจฉัยด้วยว่าเป็น esophagitis จากสาเหตุอื่นๆหรือไม่

ถ้ามี erosive esophagitis แนะนำให้ตรวจ EGD ซ้ำ หลังการรักษา 3 เดือน เพื่อให้แน่ใจว่าแผลหาย<sup>1</sup>

### 5. Persistent Asthma

จากการศึกษาต่างๆ พบว่า GERD อาจเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิด persistent asthma เด็กที่มี persistent asthma โดยเฉพาะ nocturnal

asthma มากกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือต้องใช้ inhaled corticosteroid หรือ oral corticosteroid ต่อเนื่องกันเป็นเวลานาน ถ้ามีอาการของ GERD ควรให้การรักษา GERD ร่วมด้วย ถ้าไม่มีอาการควรตรวจ esophageal pH monitoring ถ้าผลผิดปกติ ควรให้การรักษาด้วยยากลุ่ม acid suppression เป็นหลักหรือร่วมกับ cisapride เป็นเวลาอย่างน้อย 3 เดือน<sup>1</sup> แล้วประเมินว่า asthma ดีขึ้นหรือไม่ หากไม่ดีขึ้น ควรทำ esophageal pH monitoring ระหว่างให้ยารักษาอยู่เพื่อพิจารณาปรับขนาดยา acid suppression

หากต้องให้ยา acid suppression เป็นเวลานาน ควรพิจารณาผ่าตัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งรายที่เป็น persistent asthma ที่มีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น recurrent pneumonia ร่วมด้วย

#### 6. ผู้ป่วย GER - related recurrent pneumonia

มักพบในเด็กที่มีปัญหา airway protective reflex ไม่ดี เช่น เด็กที่มีปัญหาพิการทางสมอง ก่อนจะวินิจฉัยว่าเป็นสาเหตุจาก GERD ควรจะตรวจสาเหตุอื่น ๆ ด้วย เช่น ภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง, foreign body, การสำลักเวลากลิ่น (pharyngeal incoordination) หรือ H-type TE fistula รวมทั้งความผิดปกติของปอดเอง เช่น lung cyst เป็นต้น

ผู้ป่วยกลุ่มนี้ หากปัญหาทางปอดรุนแรง แนะนำให้ผ่าตัด fundoplication แต่ถ้าไม่รุนแรงอาจลองรักษาโดยใช้ยาได้<sup>1</sup>

### ตารางที่ 1. อาการและอาการแสดงของ GERD

#### 1. อาการทางระบบทางเดินอาหาร

- อาเจียน

- แหวะนม

อาการที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนของ GER

- อาเจียนเป็นเลือด, ถ่ายดำ
- ชี๊ด
- ปวดท้องบริเวณลิ้นปี่ หรือ เจ็บบริเวณหน้าอก (heart burn or retrosternal pain)
- ปฏิเสธอาหาร
- กลืนลำบาก
- น้ำหนักขึ้นช้า หรือเลี้ยงไม่โต

2. อาการทางระบบทางเดินหายใจ

- Asthma หรือ recurrent wheezing
- Recurrent pneumonia / bronchitis
- Stridor
- Hoarseness (เสียงแหบ)
- Apnea หรือ Apparent life-threatening event

3. อาการอื่น ๆ

- Sandifer's syndrome

ตารางที่ 2. การวินิจฉัยแยกโรคสาเหตุของอาการอาเจียนเรื้อรัง

1. GI obstruction

- Hypertrophic pyloric stenosis

- Malrotation with intermittent volvulus
  - Intermittent intussusception
  - Antral/duodenal web
  - Intestinal duplication
2. GI motility disorders
- Achalasia
  - Gastroparesis
3. GI Inflammation
- Peptic ulcer diseases
  - Food allergy
  - Pancreatitis
  - Hepatitis
4. Neurologic disorders
- Intracranial hemorrhage
  - Hydrocephalus
  - Brain tumor
5. Metabolic and endocrine disorders
- Congenital adrenal hyperplasia
  - Urea cycle defects
  - Amino acid and organic acidemia

- Galactosemia
- Hereditary fructose intolerance

6. Infection

- Sepsis
- Meningitis
- UTI

7. Renal

- Obstructive uropathy
- Renal insufficiency

8. Toxic

- Lead, iron, vitamin A or D
- Medication (Ipecac, digoxin, theophylline)

**ตารางที่ 3. สัญญาณเตือนสำคัญในทารกที่อาเจียน**

- Bilious vomiting
- GI bleeding
- Forceful vomiting
- Onset of vomiting after 6 months of age
- Failure to thrive
- Diarrhea
- Constipation

- Abdominal tenderness, distension, mass
- Fever
- Hepatosplenomegaly
- Bulging fontanelle
- Macro/microcephaly
- Seizure
- Neurological deficit

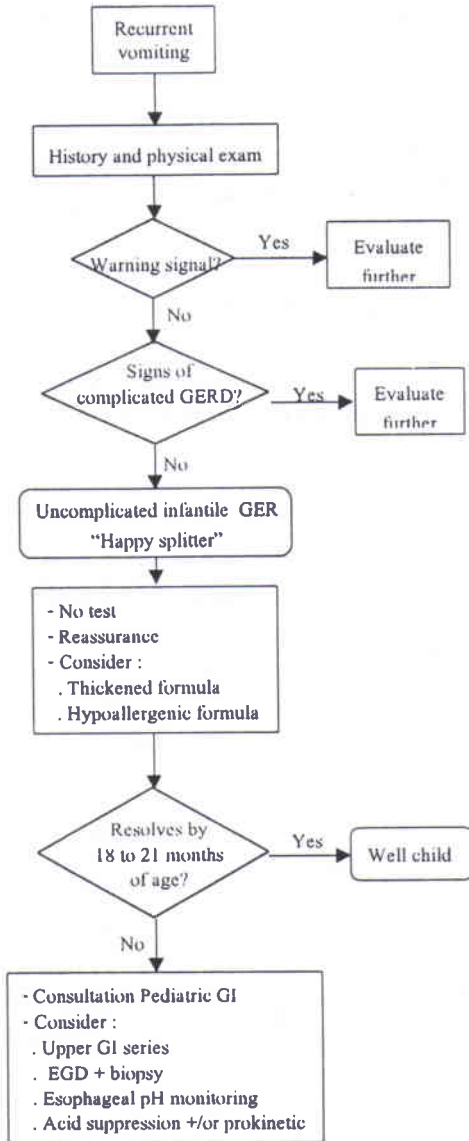
#### ตารางที่ 4 ยาที่ใช้ในการรักษา GERD ในเด็ก

ชนิดของยา	ขนาดยา	ขนาดยาในผู้ใหญ่
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Priketic               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Domperidone</li> <li>- Cisapride</li> </ul> </li> <li>● Histaming receptor antagonists               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cimetidine</li> <li>- Ranitidine</li> <li>- Famotidine</li> </ul> </li> <li>● Proton pump inhibitors               <ul style="list-style-type: none"> <li>Omeprazole</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>0.3-0.6 มก./กก./วัน วันละ 3-4 ครั้ง</li> <li>0.2 มก./กก./วัน วันละ 3-4 ครั้ง</li> <li>40 มก./กก./วัน แบ่ง tid หรือ qid</li> <li>5-10 มก./กก./วัน แบ่ง bid หรือ tid</li> <li>1 มก./กก./วัน แบ่ง bid</li> <li>1 มก./กก./วัน ให้วันละ 1 หรือ 2 ครั้ง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>10 มก. วันละ 3-4 ครั้ง</li> <li>10 มก. วันละ 3-4 ครั้ง</li> <li>800-1200 มก. วันละ 2-3 ครั้ง</li> <li>300 มก. วันละ 2 ครั้ง</li> <li>20 มก. วันละ 1-2 ครั้ง</li> <li>20 มก. วันละ 1-2 ครั้ง</li> </ul>

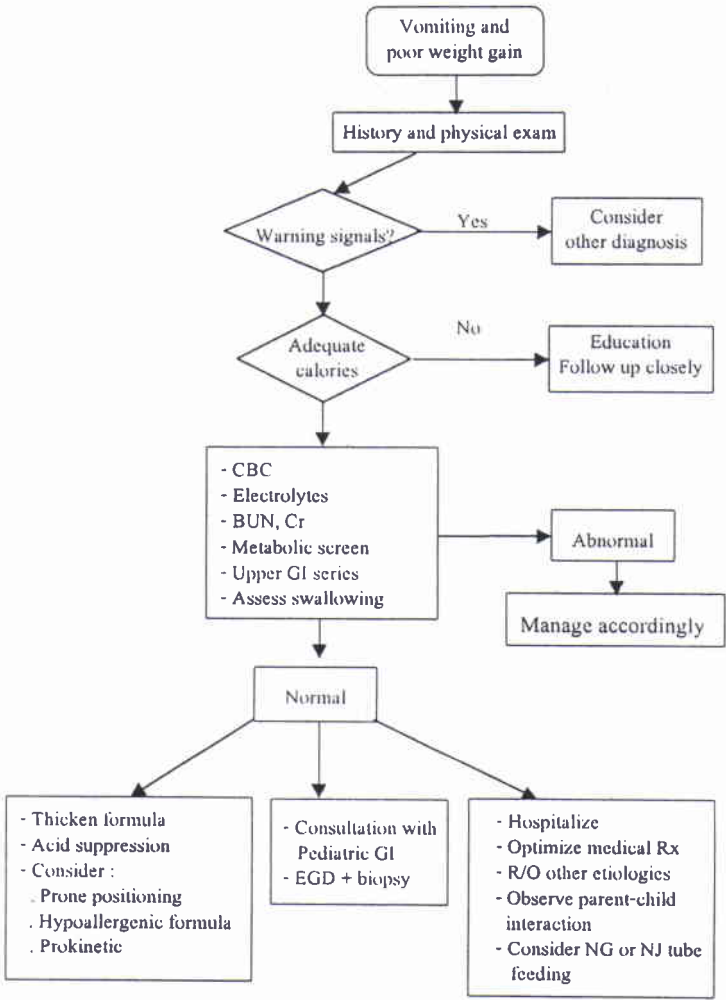
หมายเหตุ : ขนาดสูงสุดในเด็กไม่ควรเกินขนาดยาในผู้ใหญ่



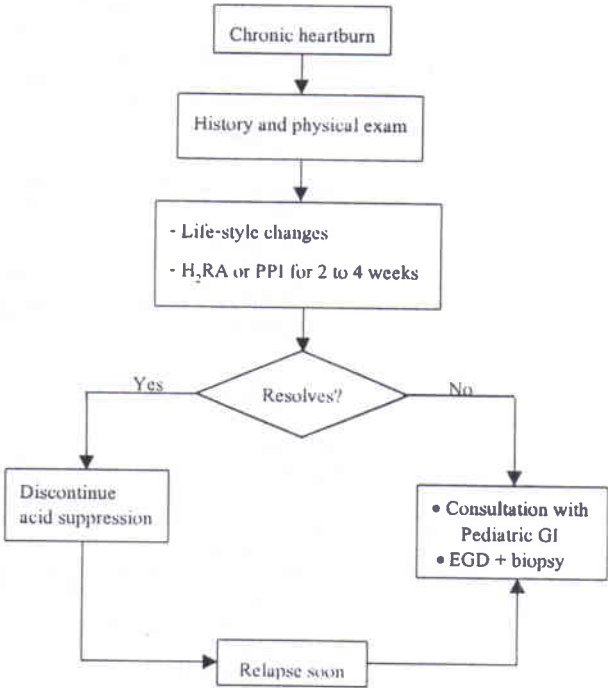
แผนภูมิที่ 1 Management of an infant with recurrent vomiting



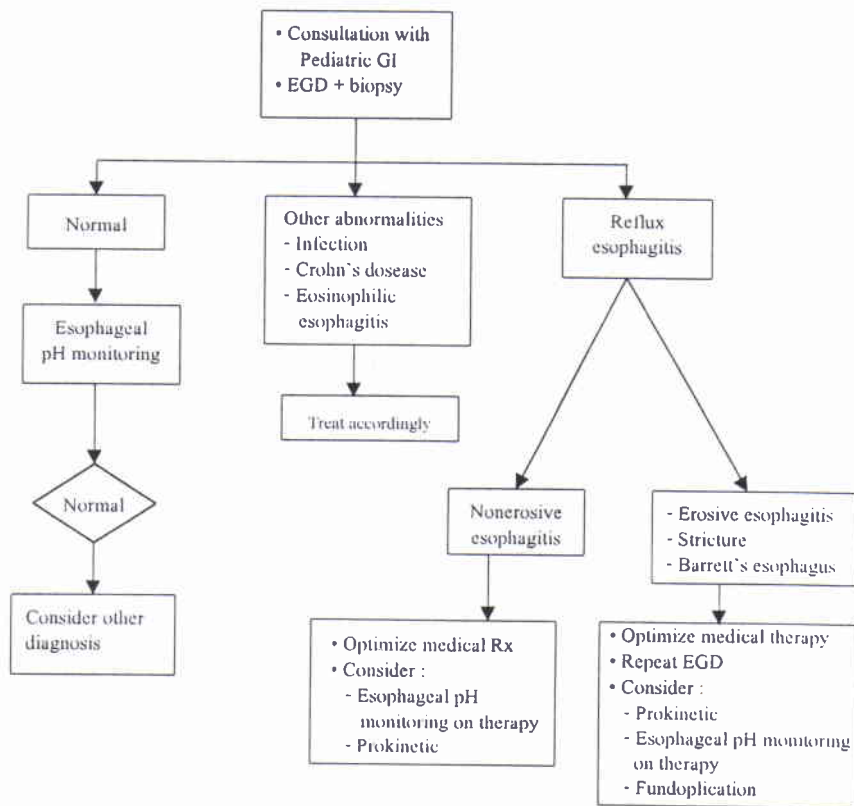
แผนภูมิที่ 2 Management of an infant with vomiting and poor weight gain



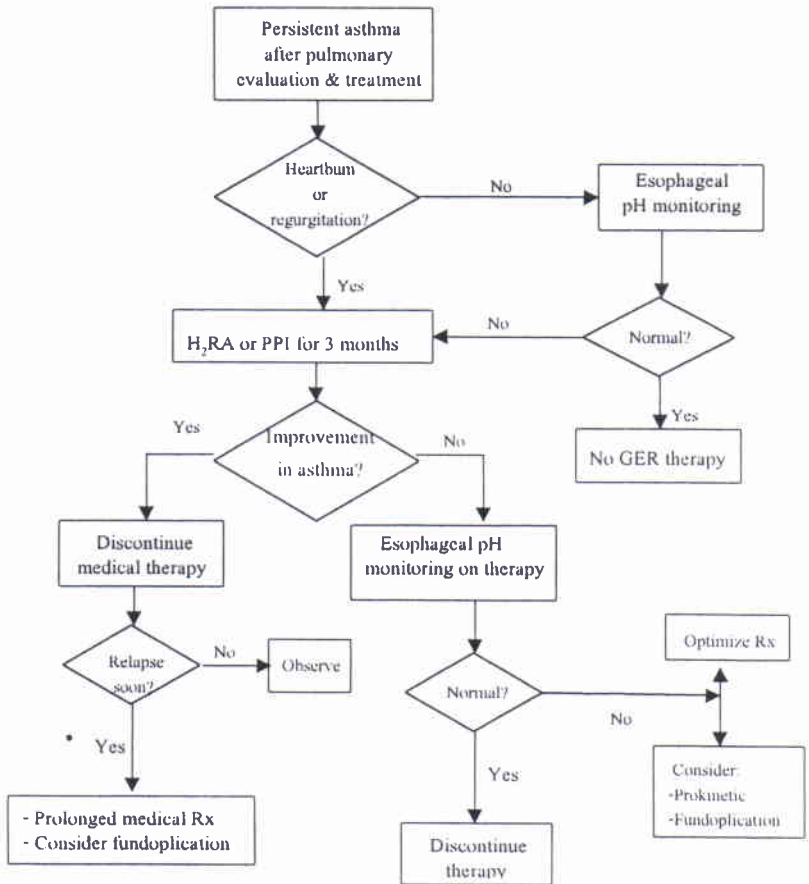
แผนภูมิที่ 3 Management of a child with chronic heartburn



แผนภูมิที่ 4 Management of a child with esophagitis



แผนภูมิที่ 5 Management of a child with persistent asthma and suspected GERD



## References:

1. Rudolph CD, Mazur LJ, Liptak GS, et al. Guidelines for the evaluation and treatment of gastroesophageal reflux in infants and children: Recommendation of the North American Society of Pediatric Gastroenterology and Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2001; 32: S1-31.
2. Hyman PE, Rasquin-Weber A, Fleisher Dr, Hyam JS, Milia PJ. Childhood functional gastrointestinal disorders. In: Drossman DA, Corazziari E, Talley NJ, et al (eds). *ROME II: The functional gastrointestinal disorders, diagnosis, pathophysiology and treatment: a multinational consensus*. 2<sup>nd</sup> eds, USA : Library of Congress 2000 : 533-75.
3. Vandenplas Y. Reflux esophagitis in infants and children. A report from the working group on gastro-oesophageal reflux disease of the European Society of Paediatric Gastroenterology and Nutrition. *Pediatr Gastroenterol Nutr* 1994; 18:413-22.
4. Chen PH, Chang MH, Hsu SC. Gastroesophageal reflux in children with chronic recurrent bronchopulmonary infection. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1991; 13: 16-22.

5. Treepongkaruna S, Phaupradit P, Assadamongkol K, et al. Gastroesophageal reflux in children with recurrent pneumonia. Ramathibodi Medical Journal. 1996; 19:92-9.
6. Treepongkaruna S, Chaiwerawattana S, Petsrikul K, Yuengsrikul A. Gastroesophageal reflux in children with moderate to severe asthma. Seventh congress of the Asia Pan-Pacific Society of Pediatric Gastroenterology and Nutrition 2001; A 60.
7. Sheikh S, Stephen T, Howell L, Eid N. Gastroesophageal reflux in infant with wheezing, *Pediatr Pulmonol* 1999; 28:181-6.
8. Eid NS, Shepherd RW, Thomson MA. Persistent wheezing and gastroesophageal reflux in infants. *Pediatr Pulmonol* 1994;18:39-44.
9. Balson BM, Kravitz EKS, Mcgeady SJ. Diagnosis and treatment of gastroesophageal reflux in children and adolescents with severe asthma. *Ann Allergy Asthma Immunol* 1998; 81: 159-64.
10. Herbst JJ. Gastroesophageal reflux causing respiratory distress and apnea in newborn infant. *J Pediatr* 1979; 95:763-8.
11. Sacre L, Vandenplas Y. Gastroesophageal reflux associated with respiratory abnormalities during sleep. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1989; 9:28-33.

12. Vandeplass Y. Oesophageal pH monitoring for gastro-oesophageal reflux in infants and children. Chichester: John Wiley&Sons 1992.
13. Nelson SP, Chen EH, Synair GM, et al. Prevalence of symptoms of gastroesophageal reflux during infancy. Arch Pediatr Adolesc Med 1997; 151: 569-72.
14. Osatakul S, Sriplung H, Puetpatiboon A, et al. Prevalence and natural course of gastroesophageal reflux symptoms: A 1-year cohort study in Thai infants. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2002 (in press).
15. Davidson GP, Omari TI. Reflux in children. Bailliere's Clin Gastroenterol 2000; 14: 839-55.
16. Orenstein SR. Gastroesophageal reflux. In: Hyman PE, Lorenzo CD (eds). Pediatric gastrointestinal motility disorders. New York : Academy Professional Information Sciences: 1994 : 55-88.
17. Richter JE. Gastroesophageal reflux disease and asthma: the two are directly related. Am J Med 2000; 108:S153-8.
18. Shepherd RW, Wren J, Evan S, Lander M, Ong TH. Gastroesophageal reflux in children, clinical profile, course and



- outcome with active therapy in 126 cases. Clin Pediatr (Phila) 1987; 26: 55-60.
19. Treem WR, Davis PM, Hyams JS. Gastroesophageal reflux in older child: presentation, response to treatment and long-term follow-up. Clin Pediatr (Phila) 1991; 30: 435-40.
  20. Chen MY, Ott DJ, Sinclair JW, Wu Wc, et al. Gastroesophageal reflux disease: correlation of esophageal pH testing and radiographic finding. Radiology 1992; 185: 483-6.
  21. Colletti RB, Christie DL, Orenstein SR. Indications for pediatric esophageal pH monitoring. J Pediatr Gastroenterol Nutr 1995; 21: 253-62.
  22. Wenzl TG, Silny J, Schenke S, et al. Gastroesophageal reflux and respiratory phenomena in infants: status of the intraluminal impedance technique. J Pediatr Gastroenterol Nutr 1999; 28: 423-8.
  23. Nusbaum E. Association of lipid-laden macrophage and gastroesophageal reflux in children. J Pediatr 1987; 110: 190-4.
  24. Iacono G, Carroccio A, Cavatoio F, et al. Gastroesophageal reflux and cow's milk allergy in infants: a prospective study. J Allergy Clin Immunol 1996; 97:822-7.

25. Vandенplас Y, Ashkenazi A, Belli D, et al. A proposition for the diagnosis and treatment of gastro-oesophageal reflux disease in children: a report from a working group on gastro-oesophageal reflux disease. Eur J Pediatr 1993; 152:704-11.
26. Orienstein SR, Shalaby TM, Putnam PE. Thickened feedings as a cause of increased coughing when used as therapy for gastroesophageal reflux in infants. J Pediatr 1992; 121: 913-5.
27. Vandенplас Y, Belli D, Benhamou P, et al. A critical appraisal of current management practices for infant regurgitation: recommendation of a working party. Eur J Pediatr 1997; 156:343-57.
28. Vandенplас Y, de Roy C, Sacre L. Cisapride decreases prolonged episodes of reflux in infants. J Pediatr Gastroenterol Nutr 1991; 12: 44-7.
29. Scott RB, Ferreira C, Smith L, et al. Cisapride in pediatric gastroesophageal reflux. J Pediatr Gastroenterol Nutr 1997; 25: 499-506.
30. Cucchiara S, Staiano A, Capozzi C, et al. Cisapride for gastroesophageal reflux and peptic esophagitis. Arch Dis Child 1987; 62: 454-7.

31. Van Eygen M, Van Ravensteyn H, Effect of cisapride on excessive regurgitation in infants. Clin Ther 1989; 11: 669-77.
32. Cohen RC, O'Loughlin EV, Davidson GP, Moore DJ, Lawrence DM. Cisapride in the control of symptoms in infants with gastroesophageal reflux: A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. J Pediatr 2000; 134: 287-92.
33. Bernadini S, Semama DS, Huet F, Sgro C, Guyon JB. Effect of cisapride in QTc interval in neonates. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 1997; 77: F241-3.
34. Khongphatthanayothin A, Lane J, Thomas D, et al. Effect of cisapride on QT interval in children. J Pediatr 1998; 133: 51-6.
35. Levy J, Hayes C, Kern J, et al. Does cisapride influence cardiac rhythm? Results of a United State multi-center, double-blind placebo-controlled pediatric study. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2001; 32: 458-63.
36. Hill SL, Evangelista JK, Pizzi AM, et al. Proarrhythmia associated with cisapride in children. Pediatrics 1998; 101: 1053-6.
37. Ward RM, Lemons JA, Molteni RA. Cisapride: A survey of the frequency of use and adverse events in premature newborns. Pediatrics 1999; 103: 469-72.

38. Shulman RJ, Boyle JT, Colletti RB, et al. The use of cisapride in children. A medical position statement of the North American Society of Pediatric Gastroenterology and Nutrition. J Pediatr Gastroenterol Nutr 1999; 28: 529-33.
39. Vandenas Y. Current Pediatric indications for cisapride. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2000 ; 31:480-9.
40. Rosenberg SS. Experience with 220 consecutive Laparoscopic Nissen fundoplication in infants and children. J Pediatr Surg 1998; 33: 274-8.
41. Costantino DG, Bawa P, Franceschi M, Luinetti O, Fiocca R. Omeprazole for severe reflux esophagitis in children. J Pediatr Gastroenterol Nutr 1997; 24: 528-32.
42. Hassall E, Israel D, Shepherd R, et al. Omeprazole for chronic erosive esophagitis in children. A multicenter study of efficacy, safety, tolerability and dose requirements. International Pediatric omeprazole study group. J Pediatr 2000; 137: 800-7.

นพ.สมชาย ลีลากุลดวงศ์

สาขาวิชาโรคระบบทางเดินอาหาร รพ.ศิริราช

### 1. Risk factor for ERCP complications

การวินิจฉัยหรือการรักษาด้วยวิธี ERCP เพื่อความปลอดภัยจำเป็นต้องประเมินปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการทำ ERCP ซึ่งเป็นการศึกษาของแพทย์ชาวอิตาลีเลียน ทำการศึกษาแบบ prospective ในหลายสถาบัน เพื่อประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการวินิจฉัยและการรักษาด้วยวิธี ERCP โดยเก็บข้อมูลเป็นระยะเวลา 18 เดือน ระหว่างปี 1997-1998 มีทั้งหมด 2444 procedures ( diagnostic 32% และ biliary sphincterotomies 68%) ในผู้ป่วยจำนวน 2103 รายโดยรวบรวมข้อมูลขณะที่ทำ ERCP และก่อนที่ผู้ป่วยจะกลับบ้าน พบว่าภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นในผู้ป่วย 121 ราย (4.9%) โดยเกิด pancreatitis 1.8%, hemorrhage 1.1%, cholangitis 0.6% และ perforation 0.6% จากการวิเคราะห์ข้อมูลแบบ multivariate พบว่า 3 ปัจจัยเสี่ยงที่มีนัยสำคัญทางสถิติต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจาก ERCP ได้แก่ อายุ(>60 ปี) , การใช้ precutting technique และ การที่ไม่สามารถเอานิวในถุงน้ำดีออกได้ ปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ไม่สามารถเป็นตัวชี้ภาวะแทรกซ้อน pancreatitis คือการทำ sphincterotomy ในผู้ป่วยที่มี sphincter of Oddi dysfunction, การที่มี opacification ของ pancreatic duct ร่วมกับมีหรือไม่มี opacification ของ bile duct ก็ตาม

หรือการมี opacification ของ pancreatic duct มากกว่า 1 ครั้งและมี acinarization สำหรับปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิด hemorrhage ใน multivariate analysis คือ precut sphincterotomy และการตีบของ papillary orifice ในการศึกษามีผู้ป่วยเสียชีวิต 3 ราย จาก sepsis 1 และเกิด cholangitis 2 ราย comment: จากรายงานการศึกษานี้ อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจาก ERCP ต่ำกว่ารายงานการศึกษาก่อนที่มีขนาดประชากรกลุ่มใหญ่ อาจเนื่องจากผู้ป่วยที่มาเพื่อตรวจหรือรักษามีปัญหา sphincter of Oddi dysfunction น้อย(7.3%) และผลการศึกษานี้มีความตรงข้ามกับการศึกษาอื่นคือ จำนวนครั้งของการทำ pancreatic duct injection และ sphincter of Oddi dysfunction เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ไม่เกี่ยวข้องกันในการที่จะทำให้เกิด pancreatitis และมีหลายการศึกษาพบว่าความยากในการทำ cannulation เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิด pancreatitis แต่ปัจจัยนี้ไม่ได้ถูกประเมินโดยตรงในการศึกษานี้

(ย่อจาก Masci E, et al. Complications of diagnostic and therapeutic ERCP: A prospective multicenter study. Am J Gastroenterol 2001 Feb;96:417-23)

## 2. *H. pylori* infection and Risk for Rebleeding form NSAID-Associated ulcers

บทบาทของเชื้อ *H. pylori* ต่อการเกิดเลือดออกจากแผลกระเพาะอาหารที่เกิดจากยา aspirin และ NSAIDs ยังไม่ชัดเจน นักวิจัยฮ่องกงทำการศึกษาเปรียบเทียบ efficacy ของการกำจัดเชื้อ *H. pylori* กับการให้

omeprazole เพื่อป้องกันการเกิดเลือดออกซ้ำ โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับยา low-dose aspirin จำนวน 150 ราย และ ได้รับ NSAIDs จำนวน 250 ราย ผู้ป่วยทุกรายจะได้รับ omeprazole เริ่มแรก โดยจะติดตามการ healing ของแผลด้วย endoscopy จากนั้นทำการส่องให้ได้รับการกำจัดเชื้อ *H. pylori* ด้วย bismuth subcitrate, tetracycline และ metronidazole เป็นเวลา 1 สัปดาห์ และให้ placebo ต่อ 6 เดือน หรือส่องให้ได้รับ omeprazole 20 mg OD อย่างเดียว 6 เดือน โดยผู้ป่วยที่ได้รับ aspirin จะได้รับยาขนาด 80 mg OD และผู้ป่วยที่ได้ NSAIDs จะให้ naproxen ขนาด 500 mg bid จากการศึกษพบว่า ผู้ป่วยที่ได้ naproxen ในกลุ่ม omeprazole มีอัตราการเกิด rebleeding ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการกำจัดเชื้อ *H. pylori* (4.4% กับ 8.8%  $P=0.005$ ) และอัตราการเกิด rebleeding ไม่มีความแตกต่างกันในผู้ป่วยที่ได้ aspirin สรุปว่า การกำจัดเชื้อ *H. pylori* มีประสิทธิภาพในการป้องกันการเกิด rebleeding เท่ากันกับ omeprazole ใน ผู้ป่วยที่ได้ low-dose aspirin แต่ omeprazole จะ effective กว่าในผู้ป่วยที่ได้ naproxen

Comment: จากผลการศึกษานี้เป็นการสนับสนุนประสิทธิภาพของ omeprazole มากกว่าบทบาทของการฆ่าเชื้อ *H. pylori* ในการป้องกันการเกิด rebleeding และในผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่มี placebo ก็จะทำให้ได้ข้อมูลของ baseline rebleeding rate ในผู้ป่วยที่มีอัตราเสี่ยงสูงในการเกิด rebleeding ซึ่งทำให้ไม่ทราบว่าอัตราการเกิด rebleeding มีความสัมพันธ์กับการกำจัดเชื้อ *H. pylori* หรือไม่ได้กำจัดเชื้อ *H. pylori* หรือไม่ เราทราบอยู่แล้วว่า

ปัจจัยการเกิดเลือดออกนั้นสัมพันธ์กับขนาดของ NSAID และอัตราการเกิด rebleeding ต่ำในกลุ่ม aspirin นั้นอาจเกิดจากขนาดของยา aspirin มากกว่าจากการกำจัดเชื้อ *H. pylori* การศึกษานี้เป็นการศึกษาแรกเกี่ยวกับการลดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับ NSAIDs กับยากลุ่ม proton pump inhibitors

(ย่อจาก Chan FKL, et al. Preventing recurrent upper gastrointestinal bleeding in patients with *Helicobacter pylori* infection who are taking low-dose aspirin or naproxen. *N Engl J Med* 2001 Mar 29;344:967-73.)

### 3. Manometric profiles in Patients with Achalasia

การวินิจฉัย achalasia ได้โดยวิธี endoscopy, barium esophagram และ esophageal manometry แต่ผลการศึกษาในปัจจุบันมีคำถามมากมายเกี่ยวกับ sensitivity แต่ละวิธีตัวอย่างเช่นคนไข้ achalasia มีผลปกติของ endoscopy และ barium esophagram 44% และ 35% ตามลำดับ การวินิจฉัยโดยใช้วิธี manometry ซึ่งเป็น gold standard พบว่าผู้ป่วย achalasia ไม่มีการบีบตัวของหลอดอาหารและไม่มีการเปิดหรือเปิดไม่สมบูรณ์ของ LES นักวิจัยทำการศึกษานหา sensitivity ของ วิธี manometry โดยศึกษาเปรียบเทียบประวัติทางคลินิกกับวิธี manometry ในคนไข้ Idiopathic achalasia จำนวน 58 รายพบว่า 93% มี aperistalsis, 97% ไม่มีการเปิดของ LES และ 90% มีทั้ง 2 อย่าง การวิเคราะห์ตาม 4 ตัวแปรในการจำแนก achalasia ได้แก่ มีความแรงสูงในการหดตัวของหลอดอาหาร (พบ



6 รายใน 54 ราย) ที่มีค่า mean สูงกว่า 90 percentile) ,short segment peristalsis (มีเพียง 3 รายที่มี short segment) ,มี LES pressure ขณะคลายตัวมากกว่า 10 mm มี 1 รายที่มี pressure 4.6 mm แต่มีการศึกษา ก่อนหน้านี้พบ sensitivity 100% และมี transient LES relaxation (tLESR ) พบ 1 ใน 58 รายมี tLESR

Comment: จากผลการศึกษานี้เห็นได้ว่าการจำแนกตามตัวแปรของการวิเคราะห์โดยวิธี manometry ยังมีความไม่สอดคล้องกันอย่างมีนัยสำคัญแม้ว่าตัวแปรเหล่านี้ยังมีความไม่ชัดเจนแต่ก็ได้นำมาเขียนเป็นหลักเกณฑ์ที่ใช้ในการวินิจฉัยโรค achalasia ซึ่งสร้างความสับสนให้กับแพทย์ในการวินิจฉัยโรค ดังนั้นแพทย์ควรจะตรวจด้วยวิธี manometry ร่วมกับอาการทางคลินิก จึงจะเป็นการวินิจฉัยโรค achalasia ได้ถูกต้อง

(ย่อจาก Hirano I, et al. Manometric heterogeneity in patients with idiopathic achalasia. *Gastroenterology* 2001 Mar;120:789-98)

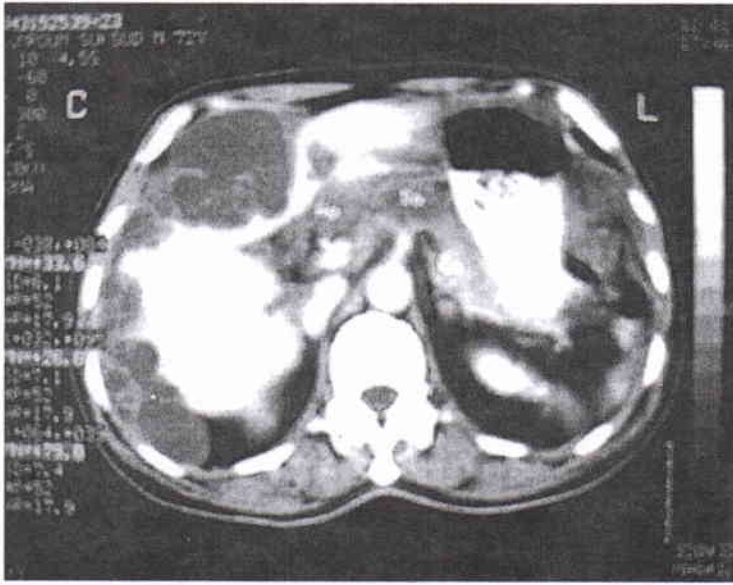


Fig. 1

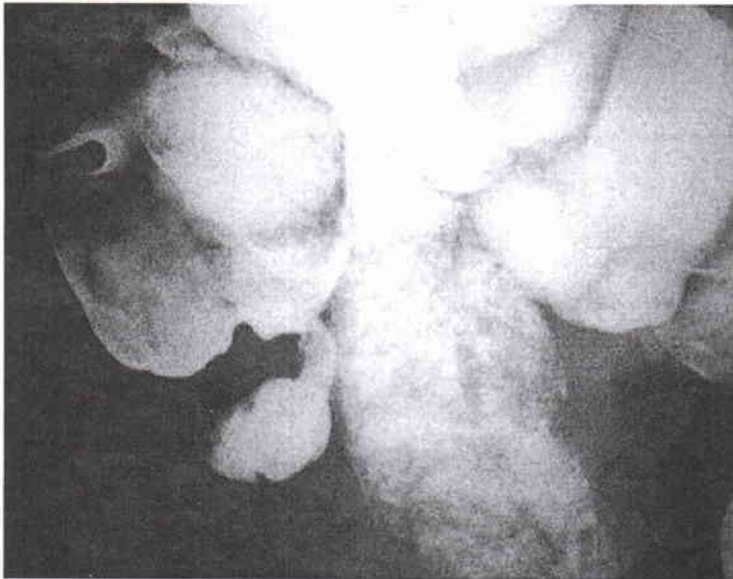


Fig. 2

A 73 years old man was referred to Siriraj Hospital due to intermittent abdominal discomfort and abnormal CT abdomen findings. On admission, physical examination was normal. His investigations showed normal CBC( Hb 12.1 gm/dl, WBC 5,900/mm<sup>3</sup>, neutrophil 55.3%, lymphocyte 30.1%, monocyte 9.7%, eosinophil 4.3%, platelets 319,000/mm<sup>3</sup>), and normal liver function test (SGOT 29 U/L, SGPT 18 U/L, alkaline phosphatase 99 U/L, GGT 32 U/L, TB 0.3 mg/dl, DB 0.1 mg/dl, albumin 3.7 g/dl and globulin 4.6 g/dl). CEA was 568.7 ng/dl, CA19-9 3.2 U/ml, and AFP was 4.4 IU/ml. CT whole abdomen showed multiple loculated low attenuation areas compressing around the rims of the liver, spleen and stomach causing "a scalloped appearance" (as fig. 1). The hepatic flexor of colon had mucosal thickening but barium enema showed normal colon and barium filled in appendix. Appendix was dilated at its middle portion and tip but no extravasation was seen (as fig.2). By suspicious of mucocele, the surgeon decided to explore the abdomen. The operative findings demonstrated mucinous cystic mass at surface of liver, gelatin like substance covered peritoneum and omental cake with myxomatous changing then appendectomy, cyst wall, abdominal wall and omental biopsy were done. The histology showed **appendiceal mucocele** and **pseudomyxoma peritonei**. He has suffered from mild abdominal discomfort over the following one year.

*Phunchai Charuscharoenwitthaya ,M.D.*

*Somchai Leelakusolvong ,M.D.*

*Division of Gastroenterology .Siriraj Hospital, Mahidol University*

## บรรณาธิการแถลง

---

คงไม่สายเกินไปที่จะกล่าวสวัสดิ์ปีใหม่กับท่านสมาชิกทุกท่านอีกทีนะครับ คงมีความรู้สึกคล้ายๆกันนะครับว่าตื่นตื่นกับความยิ่งใหญ่ของงาน World Congress 2002 ที่กำลังจะมีขึ้นเร็ววันนี้ที่ศูนย์ไบเทค, กรุงเทพฯของเรานั้นใกล้เข้ามาเต็มที่แล้ว เสียตายอย่างเดียวว่าค่าลงทะเบียนแพงเกินไปสำหรับคนไทย ทำให้คนไทยเรามีโอกาสลงทะเบียนไม่มากเท่าที่ควรจะเป็น ซึ่งโอกาสเป็นของคนไทยแต่คนไทยกลับมีโอกาสไม่มากก็คงไม่เป็นไรแต่สภาพนี้เกิดขึ้นกับงานใหญ่ๆหลายๆงานที่จัดขึ้นในประเทศไทย คงไม่เป็นไรในอนาคตคงจะดีขึ้น

ฉบับนี้เช่นเดิมที่เรายังคงเนื้อหาต่างๆของจุลสารของเราจนครบร่วมกับสิ่งที่ผมคาดหวังว่าจะมีบทความของทาง GI เด็กมาร่วมด้วย ซึ่งได้รับความร่วมมืออย่างดีจากอาจารย์สพร ตริพงษ์ภักฎณา เป็นบทความที่น่าสนใจมากคือ Gastroesophageal reflux disease in children ผมอยากให้มีเนื้อหาของกุมารร่วมด้วยเป็นครั้งคราวแบบนี้ครับ เพราะเรามีสมาชิกจำนวนไม่น้อยที่เป็นกุมารแพทย์ อย่างที่ท่านเห็นว่าเนื้อหาในจุลสารเราพยายามเปลี่ยนแปลงเพิ่มรูปแบบและเนื้อหาเข้าไปให้ดูน่าสนใจมากที่สุด และอย่างที่กล่าวไปในฉบับที่แล้วว่าในอนาคตเราจะมี CME Credit ให้สำหรับจุลสารนี้ด้วย

พบกันใหม่ฉบับหน้านะครับ

นายแพทย์สมชาย สีลากุลดวงค์

[Kob9@hotmail.com](mailto:Kob9@hotmail.com)

# ผู้สนับสนุนการพิมพ์

---

ผู้สนับสนุนการพิมพ์  
ปีที่ 9 ฉบับที่ 42

ธันวาคม 2544

- |   |                   |
|---|-------------------|
| 1. บริษัทแกล็กโซ เวลคัม (ประเทศไทย) จำกัด       | จัดทำที่ค้น       |
| 2. บริษัทแจนเซน-ซีแลก จำกัด                     | จัดทำปกหน้าด้านใน |
| 3. บริษัท เซอริง-พลาว จำกัด                     | จัดทำใบแทรก       |
| 4. บริษัททาเคดา (ประเทศไทย) จำกัด               | จัดทำปกหลังด้านใน |
| 5. บริษัทไทยโอซูก้า จำกัด                       | จัดทำใบแทรก       |
| 6. บริษัทเบอร์ลิน ฟาร์มาซูติคอล อินดัสตรี จำกัด | จัดทำใบแทรก       |
| 7. บริษัทสมิทไคลน์ บีแชม (ประเทศไทย) จำกัด      | จัดทำใบแทรก       |
| 8. บริษัทแอสตราเซนเนกา (ประเทศไทย) จำกัด        | จัดทำปกหลัง       |
| 9. บริษัทเอไซ (ประเทศไทย) มาร์เก็ตติ้ง จำกัด    | จัดทำใบแทรก       |

# ใบสมัครสมาชิกสมาคม

## ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิกตลอดชีพ สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกตลอดชีพของ "สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย" โดยรับรองว่าจะปฏิบัติตามกฎข้อบังคับและระเบียบของสมาคมฯทุกประการ รายละเอียดของข้าพเจ้ามีดังนี้

(กรุณาเขียนด้วยตัวบรรจง) [ ] นายแพทย์ [ ] แพทย์หญิง

1. ชื่อ.....

First Name.....

นามสกุล.....

Last Name.....

ยศ, ตำแหน่งทางวิชาการ.....

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

คุณวุฒิ.....

2. ท่านปฏิบัติงานด้านโรกระบบทางเดินอาหาร

[ ] น้อยกว่า 50% ของเวลาทำงาน

[ ] มากกว่า 50% ของเวลาทำงาน

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

ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....

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

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

ตึกผะอบ ชั้น 1 สาขาวิชาโรคระบบทางเดินอาหาร

โรงพยาบาลศิริราช บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700

หมายเหตุ: ในการสมัครสมาชิกจะสมบูรณ์ต่อได้ผ่านมติที่ประชุมของกรรมการสมาคมฯ แล้วเท่านั้น

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

เงินสด

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

ลงชื่อ.....

(.....)