

จุลสาร

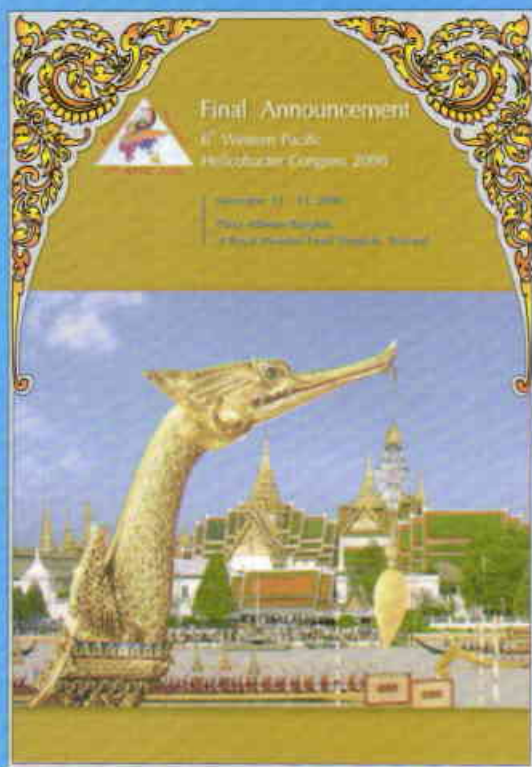
สมาคมแพทย

ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย



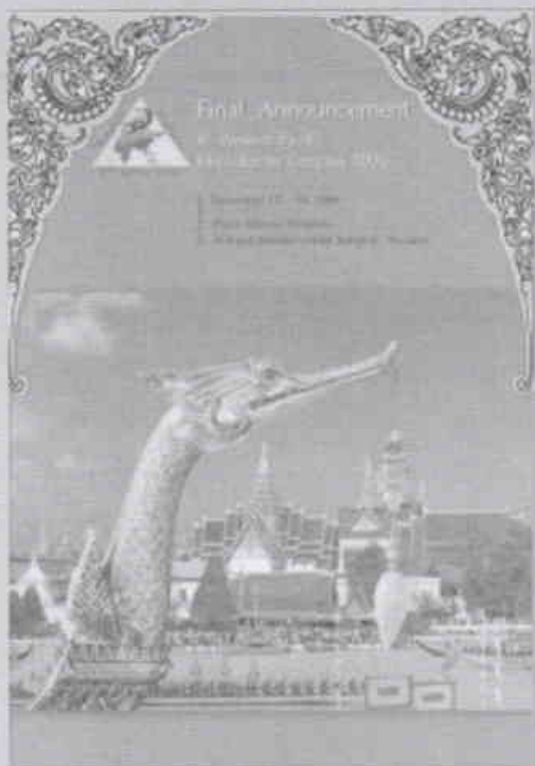
<http://www.thaigastro.org>

ISSN 0857-6351



- “สมาคมของเรา...เล่าเท่าที่รู้”: การบรรยายพิเศษเนื่องในการประชุมระหว่างสมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทยกับสมาคมแพทยส่องกล้องทางเดินอาหารไทย
- ท้องไทยใสศ 23 ปี ปวดท้องบริเวณลิ้นปี่ 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล
- ชวนอ่านหนังสือ : “อีกหนึ่งฟางฝัน บันทึกแรมทางของชีวิต” โดย จิระนันท์ พิตรปรีชา และ “เจ้าชายน้อย” หนังสือแปลจากเรื่อง The Little Prince

ปีที่ 14 ฉบับที่ 67 ประจำเดือน กันยายน - ตุลาคม 2549



จุลสาร

สมาคมแพทย์

ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย



http://www.thgpa.org
ISSN 0837-6251

คณะอนุกรรมการพ่ายจุลสาร

สมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

วาระ พ.ศ. 2548-2549

- | | |
|--------------------------------|------------------|
| 1. นพ.เกรียงไกร อัครวงศ์ | ที่ปรึกษา |
| 2. นพ.ทองดี ชัยพานิช | ที่ปรึกษา |
| 3. นพ.พินิจ กุลละวณิชย์ | ที่ปรึกษา |
| 4. นพ.สถาพร มานัสสถิตย์ | ที่ปรึกษา |
| 5. นพ.สมชาย ลีลากุลวงศ์ | ที่ปรึกษา |
| 6. นพ.อุดม คชินทร | ที่ปรึกษา |
| 7. พอ.นพ.อนุชิต จุฑะพุทธิ | ที่ปรึกษา |
| 8. นพ.สมบัติ ตวีประเสริฐสุข | ประธานบรรณาธิการ |
| 9. นพ.ถนอม จิวสีบพงษ์ | กองบรรณาธิการ |
| 10. นพ.ธีระพงษ์ สุขไพศาล | กองบรรณาธิการ |
| 11. นพ.นพพร อนุกุลการกุล | กองบรรณาธิการ |
| 12. นพ.พิเศษ พิเศษพงษา | กองบรรณาธิการ |
| 13. นพ.ระพีพันธ์ กัลยาวิწყ | กองบรรณาธิการ |
| 14. นพ.รังสรรค์ ฤกษ์นิมิตร | กองบรรณาธิการ |
| 15. นพ.สยาม ศิรินธรปัญญา | กองบรรณาธิการ |
| 16. นพ.สุพจน์ พงศ์ประสพชัย | กองบรรณาธิการ |
| 17. นพ.อภิชาติ แสงจันทร์ | กองบรรณาธิการ |
| 18. นพ.โอฬาร วิวัฒนาช่าง | กองบรรณาธิการ |
| 19. นอ.นพ.วิญญู จันทร์สุนทรกุล | กองบรรณาธิการ |
| 20. พญ.อาภัสณี ไสภณสฤษฏ์สุข | กองบรรณาธิการ |

สารบัญ

จุลสารสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย ปีที่ 14 ฉบับที่ 67 กันยายน-ตุลาคม 2549

รายนามคณะกรรมการอำนวยการสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหาร	1
รายงานการประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯ ครั้งที่ 5/2549	4
Interhospital GI Conference	
หญิงไทยโสด 23 ปี ปวดท้องบริเวณลิ้นปี่ 1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล	7
สมาคมของเรา...เล่าเท่าที่รู้	
การบรรยายพิเศษเนื่องในการประชุมระหว่างสมาคมแพทย์	
ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทยกับสมาคมแพทย์ส่องกล้อง	
ทางเดินอาหารไทย	19
ชวนอ่านหนังสือ	
● อีกหนึ่งฟางฝัน บันทึกกรมทางของชีวิต	30
● เจ้าชายน้อย	32
ในดวงใจ...แพทย์ระบบทางเดินอาหาร	35
จากบรรณาธิการ	38
ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิกสมาคมฯ	41



คณะกรรมการอำนวยการสมาคมแพทย

ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

วาระ พ.ศ. 2548-2549

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

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

- | | |
|---------------------------------|-----------|
| 45. พญ.ศศิประภา บุญญพิสิฎฐ์ | ที่ปรึกษา |
| 46. นพ.สมหมาย วิไลวัฒน์ | ที่ปรึกษา |
| 47. นพ.สวัสดิ์ หิตะนันท์ | ที่ปรึกษา |
| 48. นพ.ถัจพันธ์ อิศรเสนา | ที่ปรึกษา |
| 49. นพ.สิน อุนราชฎ์ | ที่ปรึกษา |
| 50. พล.อ.ต.นพ.สุจินต์ จารุจินดา | ที่ปรึกษา |
| 51. นพ.สุชา คุระทอง | ที่ปรึกษา |

รายงานการประชุม

คณะกรรมการอำนวยการสมาคม

ครั้งที่ 5/2549

วันศุกร์ที่ 11 สิงหาคม 2549 เวลา 10.00-12.00 น.
ณ ห้องประชุมเพื่อญาติ ชั้น 19 โรงพยาบาลวิชัยยุทธ, กรุงเทพฯ

วาระที่ 1 เรื่องประธานแจ้งให้ที่ประชุมทราบ

นพ.สถาพร มานัสสสถิตย์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

1. ตามที่สมาคมร่วมกับ OMGE ได้จัดตั้งศูนย์ Endoscopy Training ขณะนี้มีแพทย์จากต่างประเทศมาอบรมแล้ว 2 ท่านคือ Dr.Thein Myint จากพม่า และ Dr.Thann Sovanndeth จากกัมพูชา โดยมีระยะเวลาการอบรม 6 เดือน ขณะนี้กำลังอบรมอยู่ที่ศูนย์ส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร วิกิจ วีรานูวัตต์ โรงพยาบาลศิริราช

2. บริษัทเอไซ จะจัดการประชุมที่ประเทศพม่าในหัวข้อ “Now and Then in the Management of Acid-Related Disorders” ระหว่างวันที่ 12-14 สิงหาคม พ.ศ. 2549 ณ Trader Hotel เมืองย่างกุ้ง ประเทศพม่า

วาระที่ 2 รับรองรายงานการประชุมครั้งที่ 4/2549

ที่ประชุมมีมติรับรองรายงานการประชุมครั้งที่ 4/2549 โดยไม่มีการแก้ไข

วาระที่ 3 เรื่องสืบเนื่องและการดำเนินงานของฝ่ายต่างๆ

1. การจัดประชุมวิชาการกลางปี 2549

นพ.สมชาย ลีลาภุศลวงศ์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่า การจัดประชุมวิชา

การกลางปี 2549 เมื่อวันที่ 13-15 กรกฎาคม 2549 ณ โรงแรมอุบลบุรี จ.อุบลราชธานี
นั้น ประสบความสำเร็จอย่างยิ่ง

2. ความคืบหน้าจัดประชุม 6th Western Pacific Helicobacter Congress 2006 (6th WPHC2006)

นพ.สมบัติ ตริประเสริฐสุข ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบแทน พญ.วโรชา มหาชัย
เกี่ยวกับความคืบหน้าในการจัดประชุมว่าขณะนี้มีส่ง abstract มามากพอสมควร

วาระที่ 4 เรื่องอื่นๆ

1. นพ.สิริวัฒน์ อนันตพันธุ์พงศ์ เหนรัญญิกสมาคม ได้แจ้งให้ที่ประชุม
ทราบเกี่ยวกับกระแสเงินสดรับ-จ่าย รวมทั้งสรุปค่าใช้จ่ายในไตรมาสแรกของปี

2. นพ.ทองดี ชัยพานิช ประธานฝ่ายกิจกรรมสังคม ได้แจ้งให้ที่ประชุม
ทราบว่า จะจัดทำหนังสือคู่มือประชาชน เพื่อเผยแพร่ความรู้ให้แก่ประชาชน โดย
มีลักษณะอ่านแล้วเข้าใจง่าย มีภาพการ์ตูนประกอบ เล่มแรกคาดว่าจะเสร็จภายใน
ปีนี้ และจำหน่ายให้แก่ผู้สนใจทั่วไป ซึ่งมีผู้เขียนบทความคือ นพ.สถาพร มานัส-
สถิตย์, นพ.อุดม คชินทร, พญ.ศศิประภา บุญญพิสิฐ และ นพ.พรเทพ เปรมโยธิน
โดยมี นพ.เกรียงไกร อัครวงค์ เป็นบรรณาธิการ

3. นพ.สมบัติ ตริประเสริฐสุข ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบแทน นพ.รังสรรค์
ฤกษ์นิมิตร ว่าขณะนี้บทความวารสารสมาคม คาดว่าจะมีเพียงพอสำหรับในปี
และขอฝากเรื่อง Original Article ด้วย เพราะไม่ค่อยมีผู้ส่ง
ที่ประชุมเสนอ ดังนี้

1. ให้มีคำตอบแทนให้แก่ผู้ที่ส่ง article มาลงในวารสาร โดยอาจจะ
เป็นในรูปแบบของการให้ทุนวิจัย
2. ควรที่จะช่วยกันผลักดันให้วารสารของไทยเป็นที่ยอมรับของต่าง
ประเทศ
3. ให้ผู้ที่เคยได้รับทุนจากสมาคมไปดำเนินงานที่ต่างประเทศนั้น เขียน article
มาลงในวารสารด้วย
4. นพ.กำธร เผ่าสวัสดิ์ ประธานฝ่ายวิจัย ได้แจ้งที่ประชุมทราบว่า จะ
จัดการอบรมวิจัยเฟลโลว์ประมาณกลางเดือนตุลาคม พ.ศ. 2549
5. นพ.สถาพร มานัสสถิตย์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบแทน พญ.โฉมศรี

โฆเซิตชัยวัฒน์ เกี่ยวกับการอบรม Basic Science สำหรับเฟลโลว์ ชั้นปีที่ 1 ระหว่างวันที่ 25-26 สิงหาคม พ.ศ. 2549 ณ โรงพยาบาลวิชัยยุทธ และเฟลโลว์ชั้นปีที่ 2 หากต้องการเข้าอบรมต้องขออนุมัติจากหัวหน้าสถาบันก่อน

ที่ประชุมมีมติรับทราบและที่ประชุมมีมติให้ถือเป็นนโยบายปฏิบัติดังนี้

1. กำหนดหัวข้อที่ชัดเจน ไม่ควรเปลี่ยน แต่อาจจะเปลี่ยนวิทยากรได้
2. เฟลโลว์สามารถเข้าอบรมได้ทุกชั้นปี
3. สมาคมเป็นผู้รับผิดชอบค่าเดินทาง ค่าที่พัก ค่าอาหารของเฟลโลว์ทุกท่าน

6. นพ.สมชาย ลีลากุลวงศ์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าขณะนี้ผู้สมัครตำแหน่งรั้งนายกเพียงท่านเดียวคือ นพ.องอาจ ไพรสทนขราษฎร์ และมีผู้สมัครคณะกรรมการอำนวยการสมาคม จำนวน 4 ท่าน คือ นพ.พลรัตน์ วิไลรัตน์, พญ.นาภาพร จำรูญกุล, นพ.สุนทร ชินประสาทศักดิ์ และ นพ.ราวิณ โชนี ซึ่งคณะกรรมการดำเนินการเลือกตั้ง ได้ส่งจดหมายไปยังสมาชิกสามัญเพื่อรับรองผู้สมัครดังกล่าวเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

.....

Interhospital GI Conference

พญ.สรรพจน์ โคมทอง
แพทย์ผู้ช่วยอาจารย์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์

ผู้ป่วยหญิงไทยโสด อายุ 23 ปี ไม่ได้ประกอบอาชีพ ภูมิลำเนา และ ที่อยู่ปัจจุบัน กรุงเทพมหานคร เป็น multiple admission

มีประวัติโรคประจำตัวเป็น SLE มา 14 ปี ล่าสุดมี active lupus nephritis ได้ยา iv cyclophosphamide ครั้งสุดท้ายเมื่อ 10 สัปดาห์ก่อน

อาการสำคัญ : ปวดท้องบริเวณลิ้นปี่ 1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติปัจจุบัน: 8 สัปดาห์ ก่อนมาโรงพยาบาล หลังจากกินข้าวประมาณ 10 นาที ค่อยๆ ปวดลิ้นปี่มากขึ้นเรื่อยๆ จนมากที่สุดใช้เวลาเป็นวัน ปวดจนตัวงอ ปวดมากขึ้นเป็นพักๆ ไม่มีช่วงหายสนิท ไม่ร้าวไปไหน กินแล้วปวดมากขึ้น คลื่นไส้ ไข้ต่ำๆ อุจจาระปัสสาวะปกติ กินยา alum milk และ omeprazole อาการไม่ดีขึ้น เป็นอยู่ 3 วันจึงมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยได้รับการรักษาในโรงพยาบาลตรวจร่างกายแรกรับไม่มีไข้ มี malar rash, mild tenderness at epigastrium, UA: protein 3+, wbc 3-5, rbc numerous.

EGD: 2 esophageal ulcers 0.5 cm. each at EG junction, hiatal hernia, erythematous mucosa with subepithelial hemorrhage at gastric fundus

ผลการตรวจทางพยาธิวิทยาของชิ้นเนื้อ

จากแผลที่หลอดอาหารเป็น chronic and acute inflammation with acute ulcer and acanthosis of squamous epithelium, ไม่พบ viral inclusion ไม่พบเชื้อจากการย้อม GMS stain และ PCR for TB ให้ผลลบ CT abdomen พบว่ามี multiple

various sizes paraaortic, aortocaval and portocaval nodes up to 1.4 cm. minimal intraperitoneal free fluid. Suspected slightly diffused thickening of the small bowel wall, enlargement of bilateral kidneys, minimal bilateral pleural effusion. หลังรับไว้ในโรงพยาบาล มีไข้ได้ทำ septic work up-negative ให้การรักษาด้วย iv Ceftriaxone 7 วัน, PPI., Pulse methylprednisolone 3 วัน อาการดีขึ้น ไข้ลดลง หายปวดท้องกลับบ้านได้ อยู่บ้านไม่มีไข้ ไม่ปวดท้อง หลังสุดกินยา Prednisolone 30 มก. วันเว้นวัน Telmisartan 40 มก. วันละครั้ง, Enalapril 20 มก. วันละสองครั้ง Lanzoprazole 30 มก. วันละสองครั้ง CaCO₃, Vit. D

3 วันก่อนมาโรงพยาบาล มาตรวจตามนัด ปวดหน้าบริเวณท้องน้อย ปัสสาวะขัด วัดไข้ได้ 37.8 องศา ตรวจปัสสาวะมี wbc 3-5, rbc 30-50 ได้ยา Ciprofloxacin (500) วันละ 2 ครั้ง กลับไปกินอาการดีขึ้น

1 วันก่อนมาโรงพยาบาล หลังกินอาหารเข้าประมาณ 10 นาที ปวดแน่นท้องบริเวณลิ้นปี่ มีอาการปวดบริเวณใต้ชายโครงขวา ร่วมกับปวดเมื่อยสะบักขวา ปวดมากขึ้นเป็นพักๆ ไม่มีช่วงหายสนิท บางครั้งปวดจนต้องอ กินแล้วปวดมากขึ้น รู้สึกมีไข้ ไม่ปวดข้อ ไม่ได้บวมขึ้น ผื่นที่หน้าเป็นเท่าๆ เดิม อุจจาระปกติ

ประวัติอดีต : มีประวัติโรค SLE เป็นมา 14 ปี (oral ulcer, malar rash, ANA +ve, anti-dsDNA +ve, AIHA) เคยมีภาวะแทรกซ้อนเป็น NPLE และ Lupus nephritis class IV และได้รับการรักษาด้วย Pulse iv. Cyclophosphamide 3 ครั้ง เมื่อ 14 ปี, 2 ปี และ 3 เดือนก่อน ล่าสุดมี active lupus nephritis ได้ยา iv. Cyclophosphamide ครั้งสุดท้าย 10 สัปดาห์ก่อน

Physical examination

Consciousness, acutely ill, cushinoid appearance

BT 38 °C BP 120/80 mmHg PR 88/min RR 16/min

HEENT : not pale, no icterus, Malar rash positive, no oral ulcer, no cervical lymphadenopathy

Heart : normal

Lung : normal

Abdomen : mild distention, soft, mild tenderness at epigastrium

Liver and spleen cannot be palpated

No ascites, active bowel sound

Extremity : pitting edema 1+

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

CBC : Hb 9.6 g/dl Hct 30.4% MCV 84 RDW 16.7

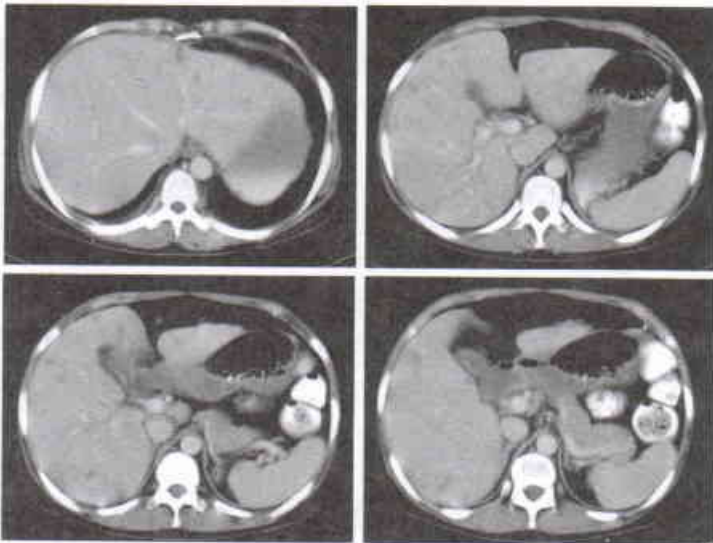
wbc 9210 /mm³ (N 78.7%, L 15.4%) platelet 285,000 /mm³

BUN 10, Cr 0.9 mg/dl, Na 137, K 3.1, Cl 102, HCO₃ 22 mEq/L

LFT: albumin 2.1 g/dl, TB/ DB 0.18/0.05 mg/dl, SGOT 27, SGPT 15, AP 49 U/L

การวิเคราะห์ผู้ป่วย

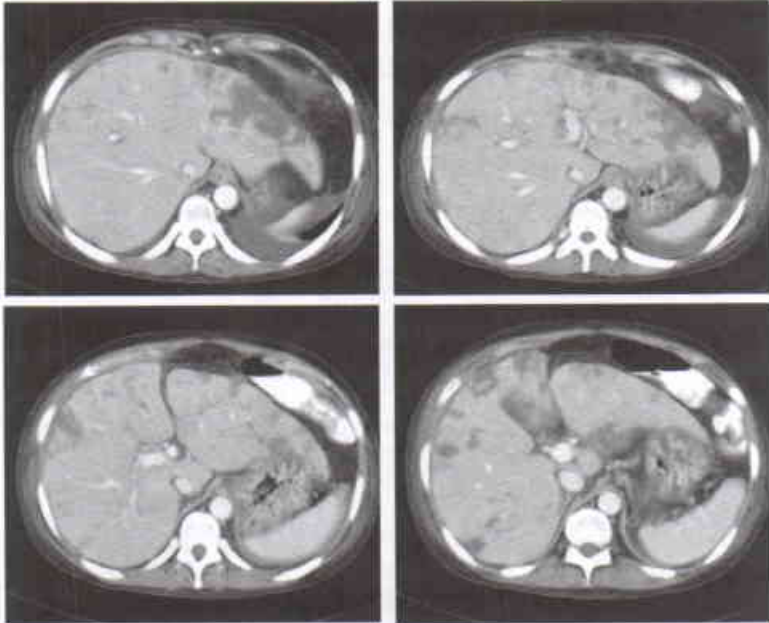
ปัญหาในผู้ป่วยรายนี้มาด้วยอาการปวดท้องบริเวณลิ้นปี่ในผู้ป่วย SLE ที่เป็น immunocompromised host เนื่องจากได้รับยา steroid และยากดภูมิคุ้มกัน การวินิจฉัยแยกโรคอาจแบ่งได้เป็น ภาวะที่เกิดจากโรค SLE เองและอาจเกี่ยวข้องกับ ความรุนแรงของโรค เช่น mesenteric vasculitis, acalculous cholecystitis และ pancreatitis ภาวะที่เป็นผลแทรกซ้อนจากการรักษา ได้แก่ โรคติดเชื้อ เช่น salmonellosis, tuberculosis และ systemic infection อื่นๆ หรือโรคที่ไม่เกี่ยวข้องกับภาวะเดิม ของผู้ป่วย เช่น peptic ulcer, gall stone เป็นต้น ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติม amylase 65 U/L, lipase 39 U/L, septic work up ไม่พบการติดเชื้อ



ภาพที่ 1 Multifocal small hypodensity lesions in both right & left lobe, peripheral location

เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ พบเป็น multifocal hypodensity lesion in both right and left hepatic lobe, peripheral location, decreased intraabdominal fluid and degree of bowel wall thickening ดังแสดงในภาพที่ 1

จากผล CT scan ได้ให้การรักษาแบบ liver abscess โดยฉีดยาฆ่าเชื้อเข้าทางเส้นเลือด ระหว่างนั้นผู้ป่วยยังมีอาการปวดท้องและมีไข้สูง จึงได้ติดตามโดยการทำ CT scan ซ้ำห่างจากครั้งก่อน 1 สัปดาห์ ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 Multifocal wedge shaped peripherally located non-enhancing hypodensity lesion

ผลพยาธิสภาพจากการเจาะตับ เป็น focally sinusoidal dilatation, regeneration and disperse coagulative necrosis of hepatocytes in periportal areas. Portal tracts are found, 3 of them also disclose coagulative necrosis

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติมพบ Lupus anticoagulant และ Anticardiolipin IgG positive ผู้ป่วยรายนี้ให้การวินิจฉัยว่าเป็น Hepatic infarction

Hepatic Infarction

พญ.สรรพจน์ โคมทอง
แพทย์ผู้ช่วยอาจารย์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์

คำนิยาม

การตายของเซลล์ตับแบบ coagulative necrosis เกินกว่า 1 hepatic lobule ซึ่งเกิดจากการขาดเลือดของบริเวณดังกล่าว^{1,2}

พยาธิสรีรวิทยา²⁻⁴

ตับเป็นอวัยวะในร่างกายที่ได้รับเลือดมาเลี้ยงจาก 2 ทาง คือ hepatic artery และ portal vein รวมทั้งยังมีเส้นเลือดแขนงมากมาย เพื่อป้องกันตับจากภาวะขาดเลือด รวมทั้งเซลล์ตับเองมีความทนต่อภาวะขาดออกซิเจนได้ดี ทำให้ภาวะ hepatic infarction เป็นภาวะที่พบได้ไม่บ่อย และเป็นเหตุผลที่แม้ว่าจะเกิดการอุดตันของ hepatic artery ก็อาจไม่ทำให้เกิดผลครบวงจรการทำงานของตับมากนัก เนื่องจากตับสามารถเพิ่มการใช้ ออกซิเจนจาก portal venous system และมีเส้นเลือดแตกแขนงจาก lobar artery ที่มาเลี้ยงทดแทนได้

Hepatic infarction ส่วนมากเกิดจากการอุดตันของ hepatic artery ในขณะที่ภาวะ hepatic infarction จากการอุดตันของ portal venous system ยังเป็นที่ถกเถียงกันแต่ก็มีรายงานที่แสดงให้เห็นว่าการอุดตันของ portal venous system ก็ทำให้เกิดภาวะนี้ได้

เนื่องจากตับมีเลือดมาเลี้ยงจากหลายทาง จึงเชื่อว่ามีภาวะบางอย่างที่ทำให้เซลล์ตับมีความเสี่ยงต่อการขาดเลือดได้ง่ายกว่าปกติ เช่น การมีมะเร็งในตับ

การมีความผิดปกติใน portal venous system อยู่ก่อน เช่น portal hypertension หรือ thrombosis ในแขนงของ portal vein แล้วต่อมาเกิดการอุดตันของ hepatic artery

ลักษณะทางพยาธิวิทยา^{1,4}

Coagulation necrosis ของ hepatocytes เห็นเป็นลักษณะ amorphous eosinophilic material มักเป็นที่ centrilobular zone ในขณะที่บริเวณ portal tract เกิดการเปลี่ยนแปลงน้อยที่สุด นอกจากนี้อาจพบ central congestion, arteritis, venulitis หรือ thrombosis ในเส้นเลือดแดงขนาดเล็กและเส้นเลือดฝอยได้

สาเหตุ^{2, 4-7}

แบ่งเป็น 2 สาเหตุ คือ

1. Obstructive vascular lesion

สาเหตุส่วนใหญ่ของ hepatic infarct พบใน 2 กรณี คือ เกิดตามหลังการทำผ่าตัดเปลี่ยนตับ เนื่องจากการผ่าตัดมีการเกาะเส้นเลือดแขนงที่ไปเลี้ยงตับ ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการขาดเลือด และเกิดภายหลังการทำ interventional procedure บางอย่าง เช่น การฉีดสารเข้าไปในหลอดเลือดดำโดยตรง

สาเหตุอื่นๆ ที่มีรายงาน ได้แก่ ภาวะที่เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ได้แก่ Pre-eclampsia และ HELLP syndrome เกิดตามหลังการผ่าตัด เช่น cholecystectomy, Whipple's procedure และ gastrectomy เป็นต้น ภาวะ primary และ secondary vasculitis เช่น PAN, SLE thrombotic angiitis secondary to allergic reaction or drug hypersensitivity ภาวะ hypercoagulable state เช่น polycythemia vera, antiphospholipid syndrome และ nephritic syndrome เป็นต้น และสาเหตุอื่นๆ เช่น DIC, atherosclerosis หรือเกิดตามหลังอุบัติเหตุ

2. Non-obstructive vascular lesion

เกิดจากการลดลงของเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงตับโดยไม่มีการอุดตันของเส้นเลือดโดยตรง เช่น ภาวะ shock, sepsis หรือการดมยาสลบ เป็นต้น

Hepatic infarction ใน Antiphospholipid syndrome⁸

มีการรายงานการเกิด hepatic infarction ที่สัมพันธ์กับ Lupus anticoagulant ครั้งแรก ในปี ค.ศ. 1989 และภาวะ antiphospholipid syndrome ส่วนใหญ่สัมพันธ์

กับโรค SLE นอกจากนี้อาจพบภาวะ antiphospholipid syndrome เกิดสัมพันธ์กับโรคอื่นๆ เช่น autoimmune disease อื่นๆ drug-induced lupus โรคมะเร็ง หรือเกิดโดยไม่มีโรคร่วมก็ได้

อาการในระบบทางเดินอาหารที่สัมพันธ์กับภาวะ APS ที่พบบ่อยที่สุดได้แก่ Budd-Chiari syndrome รองลงมาคือ intestinal infarction ภาวะอื่นๆ ที่พบเช่น hepatic VOD, splenic infarct, pancreatic infarct, pancreatitis, hepatic infarct, omental infarct หรือมาด้วยเลือดออกในทางเดินอาหารจากเส้นเลือดขดจากภาวะ portal hypertension ตามหลังการเกิด portal vein thrombosis

อาการและอาการแสดง¹⁻²

ส่วนใหญ่วินิจฉัยได้จากการทำ laparotomy, autopsy หรือการตรวจทางรังสีวิทยา ผู้ป่วยอาจไม่มีอาการเลย และถ้ามีอาการก็มักเป็นอาการที่ไม่จำเพาะ เช่น ปวดท้อง ปวดหลัง อาจปวดเล็กน้อยจนถึงปวดรุนแรงได้ มีไข้ ทำให้แยกได้ยากจากภาวะฝีในตับ ถ้าเซลล์ตับตายเป็นบริเวณกว้างอาจทำให้เกิดตับวาย ซึม เหลือง มีน้ำในท้อง และเกิดไตวายได้

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ¹⁻²

มักมี leukocytosis (แยกยากจาก liver abscess) liver enzyme อาจปกติหรือผิดปกติก็ได้ ค่าการทำงานตับอาจสูงขึ้นเพียงเล็กน้อยจนถึงสูงมากก็ได้ อาจพบ alkaline phosphatase และ LDH สูงขึ้นร่วมด้วยได้

การตรวจทางรังสีวิทยา

1. Ultrasonography, CT scan และ MRI
2. Liver-spleen sulfur colloid scintigraphic scan
3. Angiography

Ultrasonography^{3,4}

Inhomogeneous echogenicity มัก low echogenicity ในเนื้อตับขอบเขตชัดเจน (ในระยะแรกๆ อาจเห็นขอบเขตไม่ชัดเจนได้) มักที่ peripheral area อาจเห็นลักษณะ geographic appearance ถ้ามี cystic change อาจเห็น posterior enhancement

CT scan^{2,4,6,10-11}

Non-contrast CT scan

เห็นเป็น low attenuated หรือ isodense lesion เทียบกับ liver parenchyma (ยกเว้น hemorrhagic infarct ซึ่งอาจเห็นเป็น high attenuation ใน non-contrast scan) ส่วนใหญ่จะมีขอบเขตชัดเจน แต่ทั้งนี้ขึ้นกับระยะของโรค ในระยะแรกขอบเขตอาจไม่ชัดเจน แต่เมื่อเวลาผ่านไป ขอบเขตของรอยโรคมักชัดเจนและรอยโรคขนาดเล็กที่เห็นไม่ชัดอาจมารวมกันมีขนาดใหญ่ขึ้นได้

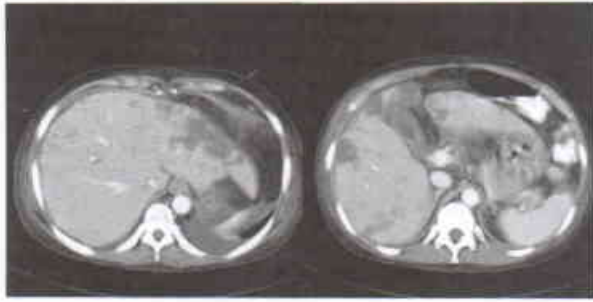
Contrast CT scan

เห็นเป็น low attenuated perfusion defect เนื่องจากเป็นบริเวณที่ไม่มีเลือดไปเลี้ยง มีขอบเขตชัดเจน (Straight border sign) ลักษณะสำคัญคือไม่มี contrast enhancement (ช่วยแยกจาก liver abscess) และ ไม่มีลักษณะของ mass effect ซึ่งจาก CT จะเห็นเป็น enhancing nondisplaced vessels running through the otherwise low-attenuated lesion (ช่วยแยกจาก space-occupying lesion เช่น abscess หรือ ก้อนเนื้องอก)

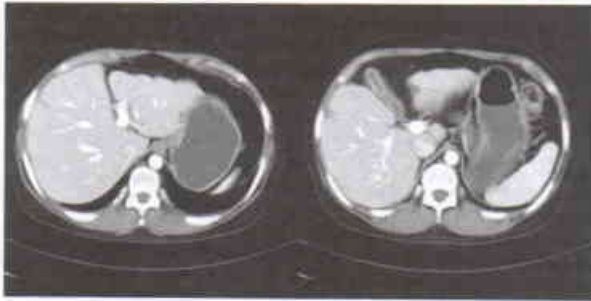
แบ่งลักษณะที่เห็นจาก CT scan เป็น 3 แบบ ได้แก่

1. Peripheral wedge shaped lesion:- extending to and abutting the liver capsule เป็นลักษณะเด่นจำเพาะ
2. Round or ovoid lesion and centrally located:- normal appearing liver parenchyma separating the lesion from liver capsule เป็นลักษณะที่พบบ่อยที่สุด
3. Low attenuation area paralleling the bile duct อาจสัมพันธ์กับการเกิด bile duct necrosis

นอกจากนี้อาจพบมี gas collection หรือ pneumobilia ได้ ซึ่งอาจพบได้ทั้งใน sterile infarct, infected infarct หรือ biliary necrosis และเมื่อมีการติดตามโดยการตรวจทางภาพรังสีจะพบว่ารอยโรคมีการเปลี่ยนแปลง โดยอาจมีการเปลี่ยนแปลงรูปร่างหรือเห็นได้ชัดขึ้น เมื่อติดตามห่างกันตั้งแต่ 48 ชั่วโมงขึ้นไป บริเวณเนื้อตับส่วนที่ตายไปอาจหดเล็ก กลายเป็นลักษณะคล้ายถุงน้ำ หรือ มีหินปูนมาเกาะได้



ภาพที่ 1 Multifocal wedge shaped peripherally located non-enhancing hypodensity lesion



ภาพที่ 2 CT scan show left lobe atrophy with subcapsular retraction in the area correspond to the wedge hypodensity lesions (lesion evolution)

การวินิจฉัยแยกโรคจากลักษณะทางรังสีวิทยา^{1,12}

1. Liver abscess

แยกได้ยากจาก hepatic infarction โดยเฉพาะ infarction ที่เห็นเป็น round lesion, hepatic infarction เองอาจเห็นมี gas อยู่ภายใน lesion ได้ ลักษณะทางรังสีที่ช่วยแยก 2 ภาวะนี้ คือ liver abscess มักเห็น wall enhancement และ irregular thickened wall

2. Focal steatosis/Focal fatty infiltrate

ซึ่งแยกได้ง่ายเพราะมักไม่มีอาการ และไม่มีการเปลี่ยนแปลงทางภาพรังสี เช่น เมื่อเทียบกับการตรวจทางรังสีเดิมของผู้ป่วย หรือการติดตามภาพรังสีในเวลาต่อมา

3. Neoplasm

โดยเฉพาะ metastasis เพราะมักเห็นหลาย lesion หรือ necrotic neoplasm

การดำเนินและการพยากรณ์โรค

ภาวะแทรกซ้อนในระยะแรก

1. Bile leak, biloma และ biliary stricture
2. Infected infarct หรือ abscess
3. Progressive liquefaction เกิด liver rupture และ ภาวะตับวาย ได้
4. Hepatic infarction เป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญหลังการทำปลูกถ่ายตับ และมีอัตราการเสียชีวิตสูง มักต้องการการทำการปลูกถ่ายตับซ้ำ

ภาวะแทรกซ้อนในระยะหลัง

มี parenchymal atrophy, scarring และ fibrosis

การรักษา

ให้การรักษาประคับประคองเพราะผู้ป่วยมักดีขึ้นได้เอง หรือถ้ามีการอุดตันของเส้นเลือดอาจรักษาโดยการทำให้ revascularization ถ้าสัมพันธ์กับภาวะ hypercoagulable state และเป็น major thrombotic episode แนะนำให้ long term anticoagulant therapy

.....

อ้างอิง

1. Federle MP. Diagnostic Imaging Abdomen 1st Edition 2004.
2. Adler DD, Glazer GM, Silver TM. Computed tomography of liver infarction. Am J Roentgenol 1984;142:315-8.
3. Zissin R, Yaffe D, Feigin M, Olsfanger D, Shapiro-Feinberg M. Hepatic infarction in preeclampsia as part of the HELLP syndrome: CT appearance. Abdom Imaging 1999;24:594-6.
4. Holbert BL, Baron RL, Dodd GD. Hepatic infarction caused by arterial insufficiency: spectrum and evolution of CT findings. Am J Roentgenol 1996;166:815-20.
5. Yamashita K, Tsukuda H, Mizukami Y, Ito J, Ikuta S, Kondo Y, et al. Hepatic infarction with portal thrombosis. J Gastroenterol 1997;32:684-8.
6. Lev-Toaff AS, Friedman AC, Cohen LM, Radecki PD, Caroline DF. Hepatic infarct: new observation by CT and sonography. Am J Roentgenol 1987;149:87-90.

7. Kaplan B, Cooper J, Lager D, Abecassis M. Hepatic infarction in a hemodialysis patient with systemic lupus erythematosus. *Am J Kidney Dis* 1995;26:785-7.
8. Kim JH, Ha HK, Yoon KH, Lee YS, Park KB, Lee IJ, et al. CT features of abdominal manifestations of primary antiphospholipid syndrome. *J Comput Assist Tomogr* 1999;23:678-83.
9. Cook GJ, Crofton ME. Hepatic artery thrombosis and infarction: evolution of the ultrasound appearances in liver transplant recipients. *Br J Radiol* 1997;70:248-51.
10. Smith GS, Birnbaum BA, Jacobs JE. Hepatic infarction secondary to arterial insufficiency in native livers: CT findings in 10 patients. *Radiology* 1998;208:223-9.
11. Tanaka J, Heshiki A, Shimizu Y. CT and MRI findings of congestive hepatic infarction caused by tumor thrombus of HCC in the hepatic vein: histopathological correlations. *Radiation Medicine* 1999;17:323-5.
12. Kronthal AJ, Fishman EK, Kuhlman JE, Bohlman ME. Hepatic infarction in preeclampsia. *Radiology* 1990;177:726-8.
13. Mok CC. Investigations and management of gastrointestinal and hepatic manifestations of systemic lupus erythematosus. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2005;19:741-66.
14. Grimbacher B, Huber M, von Kempis J, Kalden P, Uhl M, Kohler G, et al. Successful treatment of gastrointestinal vasculitis due to systemic lupus erythematosus with intravenous pulse cyclophosphamide: a clinical case report and review of the literature. *Br J Rheumatol* 1998;37:1023-8.
15. Abraham S, Begum S, Isenberg D. Hepatic manifestations of autoimmune rheumatic diseases. *Ann Rheum Dis* 2004;63:123-9.
16. Lee CK, Ahn MS, Lee EY, Shin JH, Cho YS, Ha HK, et al. Acute abdominal pain in systemic lupus erythematosus: focus on lupus enteritis (gastrointestinal vasculitis). *Ann Rheum Dis* 2002;61:547-50.
17. Si-Hoe CK, Thng CH, Chee SG, Teo EK, Chng HH. Abdominal computed tomography in systemic lupus erythematosus. *Clin Radiology* 1997;52:284-9.
18. Khong SY, James M, Smith P. Diagnosis of liver infarction postpartum. *Obstetrics & Gynecology* 2005;105:1271-3.
19. al-Hakeem MS, McMillen MA. Evaluation of abdominal pain in systemic lupus erythematosus. *Am J Surg* 1998;176:291-4.
20. Jagarlamudi K, Patel B, Baddoura W. Hepatic infarction in pregnancy associated with the antiphospholipid syndrome. *Am J Gastroenterol* 2003;98suppl: S201-2.
21. Alsulyman OM, Castro MA, Zuckerman E, McGehee W, Goodwin TM. Preeclampsia and

liver infarction in early pregnancy associated with the antiphospholipid syndrome. *Obstet Gynecol* 1996;88:644-6.

22. Choi BG, Jeon HS, Lee SO, Yoo WH, Lee ST, Ahn DS. Primary antiphospholipid syndrome presenting with abdominal angina and splenic infarction. *Rheumatol Int* 2002;22:119-21.
23. Koenig M, Roy M, Baccot S, Cuilleron M, de Filippis JP, Cathebras P. Thrombotic microangiopathy with liver, gut, and bone infarction (catastrophic antiphospholipid syndrome) associated with HELLP syndrome. *Clin Rheumatol* 2005;24:166-8.
24. Mor F, Beigel Y, Inbal A, Goren M, Wyszynski AJ. Hepatic infarction in a patients with the lupus anticoagulant. *Arthritis Rheum* 1989;32:491-5.

.....

สมาคมของเรา...เล่าเท่าที่รู้

การบรรยายพิเศษ
เนื่องในการประชุมระหว่างสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย
กับสมาคมแพทย์ส่องกล้องทางเดินอาหารไทย
ระหว่างวันที่ 11-12 พฤษภาคม พ.ศ. 2549
ณ โรงแรมทิพย์วิมาน รีสอร์ททแอนด์สปา ชะอำ จ.เพชรบุรี



หัวข้อ เรื่อง

“สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารที่ข้าพเจ้าอยากเห็น
ในอนาคต”

โดย : ศาสตราภิธาน นายแพทย์พิง กุลละวณิชย์

วัตถุประสงค์ ของสมาคมที่กำหนดไว้มี 5 ข้อดังนี้

1. บำรุง ส่งเสริม และเผยแพร่วิทยาการทางการแพทย์และวิจัยเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร
2. ดูแลและควบคุมการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอด ให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด
3. เผยแพร่ความรู้ทางด้านโรคระบบทางเดินอาหารแก่ประชาชน
4. ส่งเสริมสามัคคีธรรม จรรยาแพทย์ และสวัสดิการของสมาชิก
5. ส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างสมาคมกับประชาชน และสถาบันการแพทย์ และองค์การวิชาชีพอื่นๆ ในประเทศไทยและต่างประเทศ

ให้นำ 5 ข้อนี้ ไปใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานในอนาคตและถ้าผ่านไป

5 ปี 10 ปี ถ้าเก่าไปก็ควรที่จะปรับเปลี่ยนไปตามสมัย ต้องพยายามเปลี่ยนไม่ใช่ยึดถืออันนี้ตลอดไป

แพทย์เฉพาะทางปัจจุบันนี้ มี 76 สาขาและอนุสาขาของการฝึกอบรมซึ่งมีมาก แต่เด็กไม่ค่อยมีอาจารย์ที่จะแนะนำ จึงไม่รู้ว่าเรียนอะไรหรือไม่ควรเรียนอะไร ถ้าหากไม่รู้ว่ามีสาขาอะไร อย่างไร ก็ให้ไปที่แพทยสภา ที่ฝ่ายฝึกอบรม ซึ่งจะได้ข้อมูลตรงจุดนี้

อัตราแพทย์ของคนไทย 1 คนต่อประชากรควรจะเป็นเท่าไร สำหรับผมคิดว่า 1 ต่อ 1,000 น่าจะดี ซึ่งต้องผลิตแพทย์ให้ได้ 65,000 คน ปัจจุบันมีแพทย์ 30,000 คน เราเปิดอบรม GI มาแล้ว 11 รุ่น ผลิตแพทย์ GI จำนวน 113 คน คำนวณแล้วรวมอาจารย์จากสถาบันที่ผลิตแพทย์ GI แล้วทั้งหมดจะมีประมาณ 177 คน คำนวณแล้วอัตราแพทย์ GI ต่อประชาชนคือ 1 ต่อ 380,000 คน ผมทราบจากประเทศออสเตรเลีย, สหรัฐอเมริกา เขาอยากมีแพทย์ GI 1 คนต่อประชากร 50,000 คน ฉะนั้นเราต้องไปหาข้อมูลและมาคิดว่าอยากได้ประมาณเท่าไร

วิสัยทัศน์ในการเป็นผู้บริหาร ปรัชญาสำหรับผมขอฝากไว้เป็นข้อคิด คือ จะต้องเป็นคนดี เก่ง รอบรู้ มนุษย์สัมพันธ์ดี กระตุนและสนับสนุนลูกน้อง มีความคิดริเริ่ม ทำงานเป็นทีม มีความยุติธรรม มีจุดยืน มีความยืดหยุ่น มีระเบียบ มีศีลธรรม มองเห็นความดี หรือไม่ดีของทุกคน ทุกคนมีความสามารถหมด ต้องใช้คนให้เป็น ให้เหมาะกับงาน รู้จุดแข็ง จุดอ่อนของตนเองและผู้อื่น ต้องเก่งคิด เก่งงาน มนุษย์สัมพันธ์ต้องเยี่ยมเข้ากับทุกคน ทุกชาติ เราเป็นนานาชาติ มีความสามารถในการสื่อสาร การสอน พูดเรื่องยากให้เป็นเรื่องง่าย อยากทำงาน อยากพัฒนา อยากเห็นความก้าวหน้า มีความเสียสละ ผมพูดเสมอว่า **“เราทุกคนจะต้องแบ่งหัวใจออกจากสมอง”** หากว่าสิ่งใดที่ทำไม่ถูกต้องจะต้องคำนึงด้วยเหตุและผล พร้อมทั้งจะรับฟังและกล้าตัดสินใจ ใช้ความรู้ให้เป็นประโยชน์

เราดูแลและพัฒนาหลักสูตรอยู่ตลอดเวลา ผมคิดว่าเราควรมีคณะกรรมการดูแลทุกๆ อย่าง โดยเฉพาะหลักสูตรต่างๆ ตลอดไป เพราะเมื่อนายกสมาคมมาแล้วก็ไป แต่ส่วนนี้ยังคงอยู่และจะได้มีความต่อเนื่อง

การบริหารก็สำคัญมาก เจ้าหน้าที่ประจำต้องมีเพียงพอ ต้องเก่งภาษา เก่งบริหาร อาจจะต้องมีเจ้าหน้าที่ประจำดูแลเรื่องการฝึกอบรมและการสอบ เช่น ต้องมีการพัฒนาระบบการฝึกอบรม วิธีการสอบตลอดเวลา เพราะการสอบไม่เหมือนกัน ต้องมีคนไปเรียนด้านนี้และเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอด

จริยธรรมและการสื่อสาร เพราะขณะนี้กำลังตื่นตัวกับจริยธรรมกันมาก เพราะไม่อยากให้พวกเราโดนฟ้องร้อง พอโดนฟ้องร้องผมก็ช่วยไม่ได้ แต่เราสามารถป้องกันการฟ้องร้องได้ ถ้าพวกเราสอนและสอดแทรกจริยธรรมลงไป เพราะเราจะสอนจริยธรรมทั้งชั่วโมงไม่ได้ ผมก็ฝากไว้ให้ทางสมาคมสอนจริยธรรมด้วย อาจจะมีข้อสอบสอดแทรกไปด้วย และบอกเขาให้รู้ล่วงหน้าด้วยจะได้สนใจ และการสื่อสารสำคัญมากเลย ถ้าพูดกันไม่รู้เรื่องการฟ้องร้องก็เกิดขึ้น

ความรู้ให้กับประชาชน ท่านก็ควรจะต้องมี เช่น วิทยุ, โทรทัศน์ อาจจะต้องเสียเงิน หรือจะเป็นหนังสือพิมพ์อะไรก็ได้ เขียนทุกสัปดาห์ ให้ความรู้แก่ประชาชนในโรคนายๆ ที่พบบ่อย วินิจฉัยยาก ที่มีความเสี่ยง ที่รักษายาก หรือทำแผนพับแจก แดงขาว เมื่อมีข่าว และอย่าลืมให้ข้อมูลกับแพทย์สภา ราชวิทยาลัย และรัฐบาล

อยากฝากให้ดูมาตรฐานกำลังคน ดูกำลังคนสำหรับโรงพยาบาลทุกระดับ ควรจะคิดว่าโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ควรมีเท่าไร ถ้าทำได้ก็จะดี ถ้าหากว่าใครขอข้อมูลก็สามารถที่จะมีข้อมูลให้ได้ ไม่ใช่มีข้อมูลสำหรับคนที่ใหญ่เท่านั้น ต้องขอได้ตามมาตรฐานที่สมาคมองค์กรแพทย์วางไว้จะเป็นประโยชน์ แต่ต้องด้วยเหตุและผลอันนี้ควรจะดูแลมาตรฐานกำลังคน เครื่องมือ และสถานที่ตามโรงพยาบาลต่างๆ ควรมีเครื่องมืออะไรบ้างเป็นอย่างน้อย สถานที่อย่างเช่น ห้องเครื่องมือ ห้องส่องกล้อง หรือแยกเป็นสัดส่วน ซึ่ง GI Unit ควรมีมาตรฐานตรงนี้ผมก็ขอฝากข้อคิดไว้

การศึกษาต่อเนื่อง ก็ต้องให้ความรู้แก่แพทย์ GI, แพทย์ทั่วไป และประชาชนด้วย เป็นทุกปี ทุกครึ่งปี ทุกเดือน ประชุมวิชาการสัญจร ต้องออกไปต่างจังหวัดสัมพันธ์

การวิจัย เรายังทำน้อยมาก การวิจัยยังมีงบประมาณให้น้อยมาก คงต้องเพิ่มให้มากกว่านี้พิจารณาตามความเหมาะสม ต้องจัดโครงการหางบประมาณ โดยเฉพาะเรื่องนี้ ทุกปี บางทีเด็กคิดไม่ออกว่าจะทำวิจัยเรื่องไหน ซึ่งบางทีสมาคมอาจจะต้องมีหัวข้อมาให้ เช่น dyspepsia หรือ gastric ulcer เป็นหัวข้อกว้างๆ ให้เขาคิด ให้พิจารณา และอาจจะทำในสิ่งที่เราอยากได้ด้วย แต่ก็สามารถทำอย่างอื่นได้ด้วยไม่ได้จำกัดความคิดเขา ควรเก็บข้อมูลโรคต่างๆ ไว้ ที่อยู่ในโรงเรียนแพทย์ทุกโรคควรเขียน Protocol ไว้ เลือกโรค อาการที่สำคัญที่มีความเสี่ยงที่พบบ่อย มีความหลากหลายในการวินิจฉัยมาทำ Clinical Practice Guideline (CPG)

ต้องมีเป้าหมายนโยบายทำให้ GI ของไทยเป็นหนึ่งในระดับต้นๆ One of the top in Asia ผมพูดมานานแล้วว่าเราน่าจะดีกว่าของมาเลเซีย เพราะคนของเขาน้อยกว่าเรา สิงคโปร์สมัยหนึ่งเขามีหม้อ GI อยู่ 20 คน แต่เราต้องยอมรับว่าระบบและเงินของเขาดีกว่าเรา ต้องมีประชุมวิชาการร่วมกับต่างประเทศบ่อยๆ เช่น สหรัฐอเมริกา, ออสเตรเลีย, ญี่ปุ่น, ยุโรปบ้าง เสนอเป็นเจ้าภาพมากที่สุดเท่าที่เราทำได้ ซึ่งก็ต้องเตรียมตัว แลกเปลี่ยนนักศึกษาแพทย์ไปต่างประเทศ พยายามส่งแพทย์ของเราไปดูเรื่องการฝึกอบรม การสอบ การศึกษาแพทยศาสตร์ ศึกษาในหลายๆ ประเทศ อย่าไปประเทศเดียว หาที่เรียนให้ หาทุนให้ถ้าจำเป็น ผมก็ขอฝากเรื่องที่กำลังจะมาทั้งหมดนี้ไว้ด้วยให้เป็นข้อคิดต่อไป

.....