

จุลสาร

สมาคมแพทย์

ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย



<http://www.thaigastro.org>

ISSN 0857-8351



- ชายไทยคู่ อายุ 30 ปี ใช้ 2 วันก่อนมาโรงพยาบาล
- Topic review Recommendation for Refractory Ascites in Cirrhotic patients Role of LVP and TIPS
- ชวนอ่านหนังสือ : "ต้องเป็นที่หนึ่งให้ได้" โดย บัณฑิต อึ้งรังษี

ปีที่ 14 ฉบับที่ 68 ประจำเดือน พฤศจิกายน - ธันวาคม 2549



จุลสาร

สมาคมแพทย์

ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย



http://www.thaigastro.org
ISSN 0657-9351

คณะกรรมการพ่ายจุลสาร

สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

วาระ พ.ศ. 2548-2549

- | | |
|-------------------------------|------------------|
| 1. นพ.เกรียงไกร อัครวงศ์ | ที่ปรึกษา |
| 2. นพ.ทองดี ชัยพานิช | ที่ปรึกษา |
| 3. นพ.พินิจ กุลละวณิชย์ | ที่ปรึกษา |
| 4. นพ.สถาพร มานัสสถิตย | ที่ปรึกษา |
| 5. นพ.สมชาย ลีลากุลสงวงศ์ | ที่ปรึกษา |
| 6. นพ.อุดม คชินทร | ที่ปรึกษา |
| 7. พอ.นพ.อนุชิต จูฑะพุทธิ | ที่ปรึกษา |
| 8. นพ.สมบัติ ตริประเสริฐสุข | ประธานบรรณาธิการ |
| 9. นพ.ถนอม จิวสีบพงษ์ | กองบรรณาธิการ |
| 10. นพ.ธีระพงษ์ สุขไพศาล | กองบรรณาธิการ |
| 11. นพ.นพพร อนุกุลการกุศล | กองบรรณาธิการ |
| 12. นพ.พิเศษ พิเศษพงษ์ษา | 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 วิวัฒน์ษา | กองบรรณาธิการ |
| 19. นอ.นพ.วิญญู จันทรสุนทรกุล | กองบรรณาธิการ |
| 20. พญ.อาภัสณี ไสภณสฤษฎ์สุข | กองบรรณาธิการ |

สารบัญ

จุลสารสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย ปีที่ 14 ฉบับที่ 68 พฤศจิกายน-ธันวาคม 2549

รายนามคณะกรรมการอำนวยการสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหาร	1
สารจากนายกสมาคม	4
สารจากเลขาฯ	6
รายงานการประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคม ครั้งที่ 6/2549	10
Interhospital Conference	
ชายไทยคู่ 30 ปี ใช้ 2 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล	13
Topic review	
Recommendation for Refractory Ascites in Cirrhotic patients Role of LVP and TIPS	35
“สมาคมของเรา...” เล่าเท่าที่รู้	
สรุปเกร็ดสมาคม Milestone of GAT (พ.ศ. 2530-2550)	53
ชวนอ่านหนังสือ	
“ต้องเป็นทีหนึ่งให้ได้”	62
ในดวงใจ...แพทย์ระบบทางเดินอาหาร	66
จากบรรณาธิการ	75
โบสถ์นครเข้าเป็นสมาชิกสมาคมฯ	77



คณะกรรมการอำนวยการสมาคมแพทย

ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

วาระ พ.ศ. 2548-2549

- | | |
|---------------------------------|---------------------------------------|
| 1. นพ.สถาพร มานัสสถิตย | นายกสมาคม |
| 2. พญ.ชุตินา ประมูลสินทรัพย์ | รั้งตำแหน่งนายก |
| 3. นพ.องอาจ ไพรสณทรวงูร | อุปนายก |
| 4. นพ.สมชาย สีสากุศลวงค์ | เลขาธิการ |
| 5. นพ.สมบัติ ตรีประเสริฐสุข | 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.โฉมศรี โฆษิตชัยวัฒน์ | ประธานฝ่ายการศึกษาหลังปริญญา |
| 12. นพ.ทองดี ชัยพานิช | ประธานฝ่ายกิจกรรมสังคม |
| 13. นพ.ศตวรรษ ทองสวัสดิ์ | ประธานฝ่ายสารสนเทศและการสื่อสาร |
| 14. นพ.บัญญัติ โอวาทพิารพร | ประธานฝ่ายหาทุน |
| 15. พอ.นพ.อนุชิต จุฑาทุทธิ | ประธานฝ่ายจริยธรรม |
| 16. พอ.นพ.สุรพล ชื่นรัตนกุล | ผู้แทนชมรมเอ็นโดสโคปี้ |
| 17. พอ.นพ.สุรพล สุรางค์ศรีรัฐ | ผู้แทนชมรมโมติลิตีแห่งประเทศไทย |
| 18. นพ.พิศาล ไม้เรียง | ผู้แทนกลุ่มวิจัยโรคกระเพาะอาหาร |
| 19. นพ.พิเศษ พิเศษพงษา | ผู้แทนชมรมลำไส้เล็กลำไส้ใหญ่ |

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

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

สารจากนายกสมาคม

สวัสดิ์ สมาชิกสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารฯ ทุกท่าน

หนังสือจุลสารสมาคมฯ ฉบับนี้จะเป็นผลงานฉบับสุดท้ายในวาระของคณะกรรมการบริหารชุดนี้ ในช่วงวาระ พ.ศ. 2548-2549 ซึ่งผมเป็นนายกสมาคมฯ อยู่ ผมรู้สึกยินดีเป็นอย่างยิ่งที่ได้เห็นความก้าวหน้าของกิจกรรมต่างๆ ของสมาคมฯ ที่ดำเนินไปได้ด้วยดีตลอด 2 ปี และมีความเข้มแข็งมากขึ้นเรื่อยๆ ทั้งในด้านการจัดประชุมประจำปีและปลายปีของสมาคมฯ ในด้านงานวิจัย งานวิชาการ และงานกิจกรรมเพื่อให้ความรู้แก่ประชาชน นอกจากนี้ยังได้มีการจัดให้ประเทศไทยเป็น OMGE endoscopy training center ได้สำเร็จ โดยมีศูนย์ส่องกล้องระบบทางเดินอาหารวิจิตรวิธานวัตดี เป็น training center หลัก มีการเปิดสำนักงานถาวรของสมาคมฯ ที่ซอยศูนย์วิจัยอย่างเป็นทางการในวันที่ 15 ธันวาคม พ.ศ. 2549 มีชมรม 2 ชมรมที่มีกิจกรรมและความก้าวหน้ามากจนสามารถแยกไปเปิดเป็นสมาคมฯ ต่างหาก 2 สมาคมฯ คือ สมาคมแพทย์ส่องกล้องทางเดินอาหารไทย และสมาคมโรคตับ (ประเทศไทย) ความร่วมมือระหว่างทั้ง 2 สมาคมฯ นี้กับสมาคมแพทย์โรคระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทยเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ตรงกันข้ามจะต้องมีความใกล้ชิดสนิทสนมร่วมมือกันมากขึ้นอีก เพื่อให้ประเทศไทยก้าวหน้าต่อไปเพื่อความเป็นเลิศในแวดวงของสังคมแพทย์โรคระบบทางเดินอาหารนานาชาติ โดยเฉพาะในแถบเอเชีย

ผมขอถือโอกาสนี้ขอบคุณคณะกรรมการอำนวยการทุกท่าน รวมทั้งเจ้าหน้าที่ของสมาคมฯ ทุกคน ที่ได้ทำงานอย่างทุ่มเทเสียสละ ไม่เห็นแก่เหน็ดเหนื่อย ทำให้งานของสมาคมฯ ลุล่วงไปด้วยดีตลอด 2 ปี อีกทั้งขอขอบคุณบริษัทฯ และเครื่องมือต่างๆ ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ร่วมมือเป็นอย่างดี และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าคงจะได้รับความร่วมมือที่ดีเช่นนี้อีกต่อไป ตราบนานเท่านาน โดยเฉพาะในช่วงที่อาจารย์ชุตินิมา ประมุขลลินทรัพย์ จะรับเข้ามาเป็นนายกสมาคมฯ คนต่อไป

ขอขอบคุณ นพ.สมบัติ ตริประเสริฐสุข ที่กรุณาสละเวลาอันมีค่าในการจัดทำหนังสือจุลสารสมาคมตลอดระยะเวลา 2 ปีที่ผ่านมา จนหนังสือประสบความสำเร็จและจัดพิมพ์อย่างต่อเนื่อง หน้าปกหนังสือจุลสารแต่ละฉบับจะเปลี่ยนไปอย่างทันยุคทันสมัย

สุดท้ายนี้ ในวาระดิถีขึ้นปีใหม่ 2007 ผมและคณะกรรมการอำนวยการสมาคม ขออวยพรให้สมาชิกทุกท่านมีความสุข คิดสิ่งใดขอให้ได้สมปรารถนามีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ครอบครัวมีความสุขตลอดปี 2007 และตลอดไป

รศ.นพ.สถาพร มานัสสฤษดิ์
นายกสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

สารจากเลขาธิการ

“6 ปี ในสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย”

ผมโชคดีที่มีโอกาสเข้ามาทำงานในสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย ในช่วง 6 ปีที่ผ่านมาตั้งแต่เป็นรองเลขาธิการสมาคม จนกระทั่งเป็นเลขาธิการสมาคม มีโอกาสเห็นการเปลี่ยนแปลง และการพัฒนาของสมาคมนี้พอสมควร แม้จะเป็นเพียงช่วงระยะเวลาหนึ่งก็ตาม แต่นับว่าเป็นช่วงระยะเวลาของรอยต่อของคนในยุคก่อตั้งสมาคม ตั้งแต่อาจารย์หมอวีภิจ วีรานุกวัตต์, อาจารย์สุจินต์ จารุจินดา, อาจารย์วิชัย ชัยประภา จำได้ว่าตอนเข้ามาสมาคมใหม่ๆ เมื่อ 6 ปีก่อน เป็นกรรมการกลางที่มีอายุน้อยที่สุดในสมาคม ยังรู้ตื่นเต้นว่ามีโอกาสได้เข้ามาทำงานในสมาคม ซึ่งต้องถือว่าเป็นสมาคมที่ใหญ่พอสมควร ช่วงที่ผมเข้ามาใหม่ๆ จำได้ว่ามีสมาชิก 600-700 คน แต่ตอนนี้มีสมาชิกเกือบ 1,000 คนแล้ว แถมยังมีทุนสำรองพอสมควรในการที่จะใช้เพื่อผลักดันงานในหลายๆ ส่วนที่เป็นประโยชน์ต่อสมาชิกสมาคมและต่อประเทศชาติอีกด้วย

6 ปีที่ผ่านมาได้เห็นตั้งแต่กรรมการจำนวนไม่มากเท่านี้ จนปัจจุบันเรามีกรรมการเต็มรูปแบบถึง 35 คน โดยมีตัวแทนจากชมรมต่างๆ เข้ามาเป็นกรรมการ มีกรรมการจากการเลือกตั้งจำนวน 4 คนเพิ่มเติมจากเดิม ทำให้สมาชิกมีส่วนร่วมมากขึ้นในการคัดกรองกรรมการกลาง ซึ่งที่ผ่านมากรรมการเหล่านี้ก็ทำงานเป็นตัวแทนได้อย่างดีเยี่ยม มีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงหลักสูตรตลอดจน การจัด Basic Science จัดอบรมงานวิจัยให้

กับ fellow ซึ่งมีอาจารย์กำธร เผ่าสวัสดิ์ เป็นหัวเรี่ยวหัวแรงใหญ่ จนทำให้ งาน Research ของ fellow เป็นเรื่องเป็นราว มีงานที่ fellow ทำร่วมกับ อาจารย์และสามารถนำเสนอในที่ประชุมระดับนานาชาติ อาทิ DDW Meeting ที่อเมริกาอย่างต่อเนื่อง มีการจัดการประกวดผลงานวิจัยกันทุกปี แรกๆ fellow กับ staff แต่ละแห่งที่มี training fellow ก็ติดขัด แต่ในปัจจุบันเป็น ของที่รู้สึกว่ถ้าขาดงานอันนี้ไป training fellow ของเราคงกร่อยไป มากไป กว่านั้นเรายังมีความร่วมมือของสมาคม GAT กับบริษัทฯในการพิจารณา ให้ทุนกับสมาชิกไปศึกษาข้อมูลหรือดูงานต่อในต่างประเทศในระยะสั้น ทำให้มีโอกาสเพิ่มพูนความรู้ของสมาชิก ซึ่งส่งผลดีต่อสมาชิก สถาบัน และ ต่อประเทศไทยอีกด้วย มี activity ของ fellow ในหลายรูปแบบ ทั้ง GI Fellow Day ซึ่งได้ริเริ่มจนในปัจจุบันเราได้ทำมา 3 ปีแล้ว มีการเลือกประธาน fellow ในแต่ละปี ขาดแต่เรื่องทำเนียบสมาชิก ซึ่งผมคิดว่าน่าจะดำเนินการได้ใน สมัยนายกสมาคมท่านใหม่ในปีหน้า

สมาคมเราโตขึ้นจริงๆ ในช่วง 2 ปีมานี้ เรามีอีก 2 สมาคม ซึ่งเพิ่มขึ้น ได้แก่ สมาคมแพทย์ส่องกล้องทางเดินอาหารไทยกับสมาคมโรคตับ (ประเทศไทย) ซึ่งเปิดตัวไปไม่นาน ก็คิดว่าคงจะมีความร่วมมือกันทั้ง 3 สมาคม ทั้ง ในเรื่องวิชาการ วิจัย และความสัมพันธ์ ผมเรียนตรงๆ ว่า แรกๆ ก็เป็นห่วง สมาคมทางเดินอาหารเช่นกันว่าสมาคมเราไม่ใหญ่โตเช่นในอเมริกาหรือใน ญี่ปุ่น ที่ว่าสมาชิกเยอะมากจนต้องแยกตัวไปตั้งสมาคมใหม่ แต่ถึงอย่างไร เขาก็ยังช่วยกันด้วยดีผิดกับของเราที่สมาชิกยังไม่ถึงกับมากพอ ยิ่งไปกว่านั้น สมาชิกจำนวนมากก็ยังสนใจในหลายๆ field อีก ดีที่ว่าความสัมพันธ์ใน สมาคมของเรา ซึ่งในปัจจุบันถือว่าเราเป็นสมาคมที่มีความสัมพันธ์และ ความผูกพันกันดีดีมาก น่าจะพูดได้ว่าดีที่สุดในการร่วมมือกันในการทำ กิจกรรมในเกือบทุกๆ ด้านก็ว่าได้ ก็คงได้แต่ฝากคนรุ่นหลังๆ ให้ช่วยกันมอง ข้อนี้และช่วยกันปรับปรับโครงสร้างสมาคมไปด้วย ในเรื่องการจัดประชุมรวม กับของสมาคมก็มีการมองกันไว้ว่าอาจเป็นแบบ DDW ของอเมริกาที่ทุก สมาคมมาร่วมกันจัดปีละ 1 ครั้ง ก็ได้ เป็นต้น

เป็นครั้งแรกของสมาคมเราที่มีส่วนร่วมกับการช่วยเหลือประเทศชาติ โดยได้มอบเงินจำนวน 1 ล้านบาท ช่วยเหลือผู้ประสบภัยจากสึนามิ โดยเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน พ.ศ. 2548 อาจารย์สถาพร มานัสสถิตย์ นายกสมาคมได้ไปรับพระราชทานโล่จากพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว

เรามีการเปลี่ยนแปลงการทำจุลสารสมาคมทั้งหน้าปก เนื้อหา และรูปเล่ม วารสารสามารถเป็นจริงเป็นจัง จึงมีความต่อเนื่องได้อย่างที่ท่านเห็นในปัจจุบัน

เรามีโอกาสจัดงานประชุมระดับ World Congress of Gastroenterology (WCOG 2002) เมื่อวันที่ 24 กุมภาพันธ์-1 มีนาคม พ.ศ. 2545 มากไปกว่านั้น ประเทศไทย ยังได้โอกาสในการเป็น Endoscopy Training Center ของ OMGE อีก ทำให้สมาคมเราเป็น International Training Center มากขึ้น ผลพวงของการจัด World Congress Meeting นั้น ทำให้ประเทศไทยมี credit เพียงพอในการเป็นสมาคมแพทย์นักร้อง ให้กับสมาคมแพทย์อื่นๆ ได้เป็นแนวทางอ้างอิงในการจัดประชุมทางการแพทย์ระดับโลกได้หรือแม้กระทั่งการจัด AGA-Thailand ที่เชียงใหม่เมื่อวันที่ 12-16 ธันวาคม พ.ศ. 2542 ก็ตาม ก็ทำให้เราเป็นสมาคมที่รู้จักกันมากขึ้นในระดับโลก ที่เรายังขาดก็คือการเข้าไปเป็นกรรมการในสมาคมนานาชาติเหล่านี้ ซึ่งถือว่าเรายังมีกรรมการในการต่างๆ น้อยอยู่ ก็คงต้องฝากความหวังไว้กับอาจารย์อาวุโสที่มี power ที่จะช่วยผลักดันรุ่นน้องๆ ให้ขึ้นไปเป็นกรรมการในระดับต่างๆ ให้จนได้

ที่ยังขาดสำหรับสมาคมคือ เรายังมีผลงานวิจัยที่ผลักดันโดยสมาคมไม่มากนัก แม้ว่าจะเริ่มมีออกมาบ้าง อนาคตวารสารของเราถ้ามีความต่อเนื่องกับมีคุณภาพเหมือนที่ผ่านมาคงได้เข้าไปใน Medline เรายังมีกิจกรรมกับสมาชิกได้ไม่มากเท่าที่ควร กิจกรรมสำหรับประชาชนต้องให้เห็นเด่นชัดกว่านี้ สมาคมยังไม่สามารถเป็นจุดนำของสังคมและประเทศไทยในทางทางเดินอาหารได้อย่างแท้จริง

ท้ายที่สุดเราก็มีที่ตั้งของสมาคมที่อาคารเฉลิมพระบารมี 50 ปี ชอย
ศูนย์วิจัย (ชื่อไว้นานแล้ว) เสร็จเป็นที่เรียบร้อยแล้ว สามารถเปิดทำการได้
จริงสำหรับพวกเราสมาชิกทุกคนได้แล้ว ดังนั้นการประชุมต่างๆ ของ
สมาคมก็สามารถที่จะใช้สถานที่นี้หรือถ้าหากสมาชิกจะติดต่อกับทางสมาคม
ก็จะมี การติดต่อเป็นเรื่องเป็นราวเสียที

ผมเขียนมาค่อนข้างยืดยาว แต่ก็คงทำให้สมาชิกพอเห็นได้ว่าในช่วง 6
ปีที่ผ่านมาสมาคมเรามีอะไรเปลี่ยนแปลงไปบ้าง ผมเข้ามาสมาคมไม่นาน
แต่ก็มีความรักในสมาคมนี้ อยากเห็นความเจริญเกิดขึ้นแก่สมาคมเราในทุกๆ
ด้าน ซึ่งคิดว่าคงตรงกับใจของเราทุกคนเช่นกัน

นพ.สมชาย ติลากุลวงศ์
เลขาธิการสมาคม แพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

รายงานการประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคม ครั้งที่ 6/2549

วันศุกร์ที่ 13 ตุลาคม พ.ศ. 2549 เวลา 10.00-12.00 น.
ณ ห้องประชุมจรัสเมือง ชั้น 2 โรงแรมเดอะกวีนาทเวอร์, กรุงเทพฯ

วาระที่ 1 เรื่องประธานแจ้งให้ที่ประชุมทราบ

นพ.สถาพร มานัสสฤติย์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

1. ขอเรียนเชิญคณะกรรมการอำนวยการสมาคม ร่วมทำบุญสำนักงานสมาคมในวันศุกร์ที่ 15 ธันวาคม พ.ศ. 2549 เวลา 10.00-12.00 น. ณ สำนักงานสมาคม ชั้น 7 ซอยศูนย์วิจัย อาคารเฉลิมพระบารมี 50 ปี, กรุงเทพฯ
2. ตามที่สมาคมร่วมกับ OMGE ได้จัดตั้งศูนย์ Endoscopy Training และได้รับเงินสนับสนุนจาก OMGE นั้นขณะนี้ทางโรงพยาบาลราชวิถีได้ดำเนินการอบรมแพทย์จากต่างประเทศ จำนวน 2 ท่าน และทางสมาคมจะจ่ายค่าอบรมให้ทางโรงพยาบาลราชวิถีเป็นจำนวนเงินท่านละ 2,000 USD/3 เดือน

วาระที่ 2 รับรองรายงานการประชุมครั้งที่ 5/2549

ที่ประชุมมีมติรับรองรายงานการประชุมครั้งที่ 5/2549 โดยไม่มีการแก้ไข

วาระที่ 3 เรื่องสืบเนื่องและการดำเนินงานของฝ่ายต่างๆ

1. การจัดประชุมวิชาการประจำปี 2549

นพ.สมชาย ลีลากุลดวงศ์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

- 1.1 โปรแกรมการประชุมได้จัดทำเสร็จเรียบร้อยแล้ว
- 1.2 ทางโรงแรมคิดอัตราค่าเช่าพื้นที่แสดงนิทรรศการเวชภัณฑ์
ทางการแพทย์วันละ 50,000 บาท
- 1.3 จำนวนบูธทั้งหมด 44 บูธ
- 1.4 ขณะนี้มีแพทย์ไทยลงทะเบียนแล้วประมาณ 185 ท่าน

2. ความคืบหน้าจัดประชุม 6th Western Pacific Helicobacter Congress 2006

พญ.วโรชา มหาชัย ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

- 2.1 ขณะนี้มีแพทย์จากต่างประเทศลงทะเบียนมาแล้วประมาณ
150 ท่าน
- 2.2 สำหรับ Free paper มีผู้ส่งมามากพอสมควร
- 2.3 จะจัดงานเลี้ยงสำหรับผู้เข้าร่วมประชุมในวันที่ 12 และวันที่
13 พฤศจิกายน พ.ศ. 2549

วาระที่ 4 เรื่องอื่นๆ

1. นพ.สิริวัฒน์ อนันตพันธุ์พงศ์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบเกี่ยวกับ
กระแสเงินสดรับ-จ่ายของสมาคม และที่ประชุมมีมติรับทราบ
2. นพ.อุดม คชินทร ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบเกี่ยวกับผู้ที่ได้รับทุน GAT-
EISAI ประจำปี 2549 คือ พญ.จินดารัตน์ เจียเจษฎากุล และทุน
GAT-GSK-EISAI ประจำปี 2550 คือ นพ.อภิชาติ แสงจันทร์
3. พญ.ชุติมา ประมูลสินทรัพย์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมเกี่ยวกับการจัด
ตั้งสมาคมโรคตับ (ประเทศไทย) และจะจัดการประชุมวิชาการ
ครั้งแรกในวันที่ 3-4 ธันวาคม พ.ศ. 2549 ณ โรงแรมริเจนท์ ชะอำ,
จ.เพชรบุรี และขอเรียนเชิญคณะกรรมการอำนวยการสมาคมนร่วม
งานประชุมครั้งนี้ด้วย โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น
4. นพ.สมชาย ลีลากุลวงศ์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

- 4.1 สมาชิกสมาคมได้ส่งผลการรับรองผู้สมัครเลือกตั้งตำแหน่ง
รัฐมนตรี วาระ พ.ศ. 2550-2551 คือ นพ.องอาจ ไพโรสถนทรานุกร
- 4.2 และสมาชิกได้ส่งผลการรับรองกรรมการอำนวยการสมาคม
ที่มาจากกาเลือกตั้ง วาระ พ.ศ. 2550-2551 จำนวน 4 ท่าน
คือ นพ.พลรัตน์ วิไลรัตน์, พญ.นภาพร จำริญกุล, นพ.สุนทร
ชินประสาทศักดิ์ และ นพ.ราวิณ โชนี

Interhospital Conference

พญ.หนึ่งฤทัย ภิรมย์
คณะแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า

ผู้ป่วยชายไทยคู่ อายุ 30 ปี ภูมิลำเนา กทม. อาชีพ รับจ้าง
(admit 4 มี.ค. 2549)

อาการสำคัญ : ใช้ 2 วันก่อนมา โรงพยาบาล

ประวัติปัจจุบัน :

- เป็นโรค aplastic anemia (วินิจฉัยเมื่อ ก.ย. 2547) s/p Allogenic peripheral stem cell transplantation (มี.ค. 2548) with Chronic GVHD (ก.ค. 2548) ยาที่ได้รับมี : Cyclosporin (100) 1x2, Prednisolone(5) 4-0-3, Bactrim 2x2, Acyclovir (400) 1x1, Itraconazole 1/2 solution (200) bid
- 2 วันก่อนมา โรงพยาบาล ใช้สูง ไม่หนาวสั่น ปัสสาวะบ่อยและแสบขัด ไม่ปวดท้อง ไม่มีคลื่นไส้ หรืออาเจียน กินอาหารได้
- 1 วันก่อนมา โรงพยาบาล ยังมีใช้สูงตลอด ถ่ายอุจจาระเหลวเป็นน้ำ 4-5 ครั้ง ปริมาณไม่มาก ไม่มีคลื่นไส้หรืออาเจียน ไม่ปวดท้อง ตรวจปัสสาวะ : WBC 30-40, RBC 10-15/HF ให้การวินิจฉัยเป็น acute pyelonephritis หลังรับรักษาใน โรงพยาบาลได้ 3 วัน ใช้ลดลง อัลตราซาวนด์ ช่องท้องบน : Both kidneys showed inhomogeneous low

echoic parenchymal tissue without stone or mass or hydronephrosis. mild splenomegaly with two intrasplenic lesions size about 2 cm. and 3.5 cm.

- ขณะนอนในโรงพยาบาลได้ 10 วัน ผู้ป่วยมีอาการปวดท้องบิบบๆ ทั้งท้อง ปวดมากบริเวณท้องน้อยด้านซ้าย มีท้องอืดและปวดท้องมากขึ้น ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน ถ่ายอุจจาระปัสสาวะปกติ

ประวัติอดีต :

- 5.ค. 2548 pulmonary aspergillosis
- ไม่ได้มีสุรา, ไม่สูบบุหรี่

Physical examination

Vital signs : T 38.8^oc, PR 110/min, RR 22/min, BP 130/70 mmHg

GA : fully conscious, mild pale, mild jaundice, moon face, ecchymosis all extremities

Heart : normal S1, S2, no murmur

Lung : normal BS

Abdomen : markedly distend, absent bowel sound, generalized tender, rebound tenderness positive, liver and spleen can't be palpated, tympanic on percussion, liver dullness positive, shifting dullness negative

Neurological : normal

PR : no rectal shelf, no mass

Investigations

- CBC : Hb 12.1g/dl, Hct.35.8%, WBC 6,800 /mm³ (PMN 65%, L 22%, M 13%), Platelet 52,000 /mm³ MCV 100, MCH 34, MCHC 33.9

- LFT : albumin 2.9 g/dl, globulin 2.2 g/dl, AST 66 U/L, ALT 103 U/L, ALP 321 U/L, TB 4.7 mg/dl, DB 3.3 mg/dl
- BS 80 mg/dl, BUN 25 mg/dl, Cr. 1.0 mg/dl, LDH 632 U/L
- Na 135, K 3.53, CL 102, HCO 20 mEq/L
- UA : pH 6.5, sp.gr. 1.010, WBC 2-3, RBC 10 /HF
- PT 14.4 (9-14) sec, INR 1.21, APTT 35.8 (20-36) sec

Investigations 1 เดือน ก่อนมา โรงพยาบาล (ก.พ. 2549)

- LFT : AST 51 U/L, ALT 146 U/L, ALP 213 U/L, TB 1.3 mg/dl, DB 0.5 mg/dl, TP 5.7 g/dl, Albumin 3.4 g/dl
- CBC : Hb 10.9 g/dl, Hct.32.8%, WBC 6,900 /mm³ (PMN 78%, L 18%, M 1.4%, E 0.3%, B 2%), Platelet 52,000 /mm³

CT whole abdomen (Figure 1-2)



Figure 1



Figure 2

The liver shows a tiny hypodense nodule at superior surface of anterior segment right lobe, a-few-mm. size, too small to determine nature of which, possible cyst, infection,

- A few rim enhancing lesions in spleen, likely abscesses.
- Ascites, diffuse fat strand and enhanced peritoneum are consistent with clinical of peritonitis.

- The pancreas, GB, kidneys are not remarkable.
- No evidence of gallstone or bile duct dilatation.
- No lymphadenopathy is shown.
- Intra-peritoneal free air was seen.
- Visualized basal lungs show minimal pleural effusion.

Impression : Suspected splenic abscess, intra-peritoneal free air.

- EBV viral load < 100 copies/ml
- CMV viral load < 400 copies/ml (400-100,000 copies/ml)

ปรึกษาทางศัลยแพทย์ เพื่อทำการผ่าตัดรักษาต่อไป

Operative findings and procedures

- Perforated sigmoid colon 0.4 mm.
- Small and large bowel dilatation with fibrin coated
- Turbid peritoneal fluid about 800 ml.
- Treatment : Hartmann's operation

Pathological report of sigmoid colon (Figure 3-4)

- Post transplant EBV lymphoproliferative disorder, large B-cell lymphoma.
- The immunohistochemical study reveals those large lymphoid cells are positive for CD20, in a CD43+, CD8+, and few CD30+ lymphoid cells background. EBV study reveals few of those large atypical cells are positive for EBV LMP and many cells of approximately 80% are positive for EBV EBER.

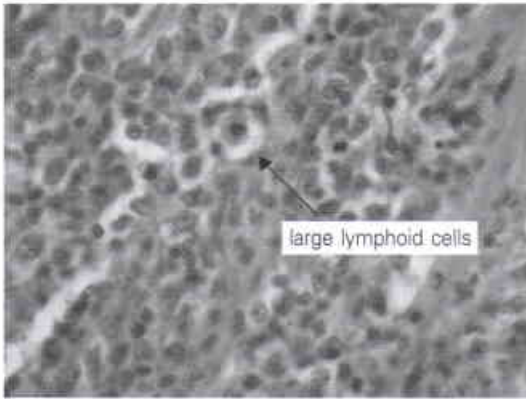


Figure 3 : H&E stain showed large lymphoid cells

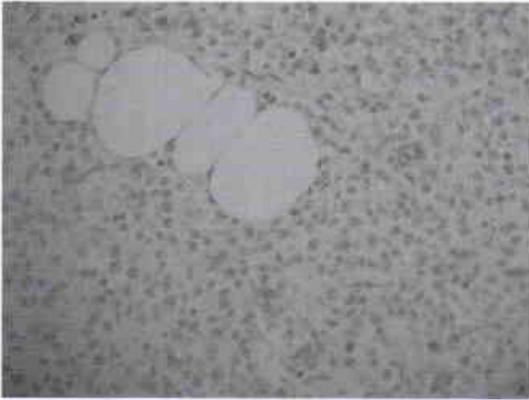


Figure 4 : EBV study reveals few of those large atypical cells are positive for EBV LMP and many cells of approximately 80% are positive for EBV EBER.

Post-transplant lymphoproliferative disorders (PTLD)

พญ.หนึ่งฤทัย ภิรมย์
คณะแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า

Post-transplant lymphoproliferative disorders (PTLD) เป็น polyclonal หรือ monoclonal lymphoid proliferation ซึ่งเกิดภายหลังการทำ solid organ transplantation (SOT) หรือ hematopoietic stem cell transplantation (HSCT) และมักสัมพันธ์กับการตรวจพบการติดเชื้อ Epstein-Barr virus (EBV)¹

ระบาดวิทยา

Post-transplant lymphoproliferative disorders (PTLD) พบประมาณ ร้อยละ 21 ของ malignancy ทั้งหมดในผู้ที่ได้รับการทำ transplantation หรือ ร้อยละ 5 ของมะเร็งในประชากรทั่วไป² และ lymphoma ในผู้ที่ได้รับการทำ transplantation จะเป็น non-Hodgkin Lymphoma ร้อยละ 93 หรือร้อยละ 65 ในประชากรทั่วไป ซึ่งส่วนใหญ่เป็น large- B-cell lymphomas (ร้อยละ 90) ร่วมกับ extranodal involvement ร้อยละ 30-70

อุบัติการณ์

อุบัติการณ์โดยรวมของ PTLD ภายหลังการทำ solid organ transplantation พบประมาณร้อยละ 1 และมีแนวโน้มพบมากขึ้นในปัจจุบัน ส่วนอุบัติการณ์ของ PTLD ภายหลังการทำ hematopoietic stem cell transplanta-

tion ที่ 10 ปี พบประมาณร้อยละ 1 โดยพบว่าร้อยละ 82 ของผู้ที่เกิด PTLD มักเกิดภายในปีแรก (โดยเฉพาะ 5 เดือนแรก) ของการทำ hematopoietic stem cell transplantation

อุบัติการณ์ของ PTLD ภายหลังจากการเปลี่ยนถ่ายตับ, ไต, หัวใจ, ปอด และลำไส้หรือภายหลังจากการเปลี่ยนถ่ายอวัยวะหลายอย่างร่วมกันพบประมาณร้อยละ 1-2^{4,5}, ร้อยละ 1-3⁶⁻⁸, ร้อยละ 2-6^{4,6,9-10}, ร้อยละ 2-9^{4,9,11,12} และร้อยละ 11-33^{4,9,11,12} ตามลำดับ

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิด PTLD

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิด PTLD ภายหลัง solid organ transplantation ขึ้นอยู่กับ

1. Degree of overall immunosuppression^{2,6,10,13}: ได้แก่ ความบกพร่องในการทำงานของ T-cell, ชนิดของ induction therapy^{6,7,10,13,14,15} และระยะเวลาในการรับยา tacrolimus ขนาดสูง¹⁵⁻¹⁸

2. EBV sero-status of recipient : อัตราการเกิด PTLD ในผู้ที่ได้รับการเปลี่ยนถ่ายอวัยวะที่เป็น EBV-seronegative จะสูงกว่าผู้ที่มี EBV-seropositive 24 เท่า ปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ได้แก่ ประวัติของ malignancy ก่อนการเปลี่ยนถ่ายอวัยวะ และการมี HLA matches เพียงเล็กน้อย¹⁹

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิด PTLD ภายหลัง hematopoietic stem cell transplantation ขึ้นอยู่กับ²⁰

1. Unrelated or HLA-mismatched related donor

2. T cell depletion of donor marrow

3. Administration of anti-thymocyte globulin or anti-CD3 antibodies ในการป้องกันหรือรักษา acute graft-versus-host disease

อัตราการเกิด PTLD จะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8 ในผู้ป่วยที่มี 2 ปัจจัยเสี่ยงหลัก เป็นร้อยละ 22 ในผู้ป่วยที่มีมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ปัจจัยเสี่ยง ส่วนภาวะ Chronic graft-versus-host disease เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการเกิด late onset PTLD

พยาธิวิทยา

ส่วนใหญ่จะสัมพันธ์กับการเกิด B cell proliferation ร่วมกับการติดเชื้อ EBV ในภาวะที่ได้รับการกดภูมิคุ้มกันมาเป็นระยะเวลาสั้น²¹⁻²⁵ แต่อย่างไรก็ตามในภาวะที่ไม่มีติดเชื้อ EBV ก็สามารถเกิด PTLD ได้²⁶ ซึ่งส่วนใหญ่ของ PTLD cell ในผู้ที่ได้รับการทำ solid organ transplantation มักมีจุดกำเนิดมาจากตัวผู้รับเอง¹ แต่ก็อาจมาจากอวัยวะของผู้ที่บริจาคได้²⁷⁻³⁰ ส่วนใหญ่ของ PTLD ในผู้ที่ได้รับการทำ hematopoietic stem cell transplantation มักเกิดจากอวัยวะของผู้ที่บริจาค

อาการและอาการแสดง

พบว่ามากกว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยจะมีเรื่องของ extranodal masses³¹ และตำแหน่งที่เกิดได้คือ gastrointestinal tract, lungs, skin, liver, central nervous system และตัวของ allograft เอง โดยพบว่าร้อยละ 20-25 จะมี CNS disease (พบน้อยในประชากรทั่วไป) และประมาณร้อยละ 20-25 จะเกิดที่ allograft เอง³² ซึ่งจะนำไปสู่การเกิด allograft dysfunction

ชนิดของ EBV-related PTLD^{21,31}

1. Benign polyclonal proliferation พบประมาณร้อยละ 55 ซึ่งจะมีอาการแบบ Mononucleosis-like syndrome แต่จะมี normal cytogenetics และมักเกิดภายใน 2-8 อาทิตย์หลังจากเริ่มให้ immunosuppressant หรือหลังจากได้รับ anti-rejection treatment

2. Polyclonal B cell proliferation with evidence of early malignant transformation พบประมาณร้อยละ 30 โดยอาการทางคลินิกจะคล้ายกับ Benign polyclonal proliferation แต่มี clonal cytogenetics abnormalities และ/หรือ Ig gene rearrangements

3. Monoclonal B cell proliferation with malignant cytogenetics and Ig gene rearrangements พบประมาณร้อยละ 15 และพบบ่อยว่ามี extranodal involvement

Late onset PTLD

มีรายงานของการเกิด PTLD ประมาณ ร้อยละ 31 ในผู้ที่มี EBV negative ภายหลังจากการทำ solid organ transplantation เกิน 1 ปี โดยมี survival ที่ 1 ปี ประมาณ ร้อยละ 57 และมีบางรายงานพบการเกิด late onset PTLD ในผู้ที่มี EBV negative ประมาณ ร้อยละ 56 โดยระยะเวลาการเกิดเฉลี่ยประมาณ 79 เดือนภายหลังจากการทำ transplantation และมี median survival ประมาณ 7 เดือน

การวินิจฉัย

สิ่งที่ช่วยในการวินิจฉัยคือการทำ tissue biopsy แนะนำให้ทำ excisional node biopsy โดยลักษณะของ neoplastic forms ของ EBV-positive PTLD ควรจะมีลักษณะดังต่อไปนี้³³

1. Disruption of underlying tissue architecture by lymphoproliferative process
2. Presence of mono- or oligoclonal populations as determined by cellular or viral markers
3. EBV infection of many cells

การวินิจฉัย neoplastic PTLD ควรจะมีลักษณะดังกล่าวข้างต้นอย่างน้อย 2 ใน 3 ข้อร่วมกับตรวจพบ lymphoid tumor ส่วนการตรวจ EBV viral load ไม่ช่วยในการวินิจฉัยโรคแต่อาจช่วยในการประเมินผลการตอบสนองต่อการรักษา และถ้าพบว่าอวัยวะที่ได้รับการทำ transplantation มีการทำงานที่ผิดปกติหรือพบความผิดปกติจากการทำ imaging ก็อาจพิจารณาทำ biopsy ของอวัยวะที่พบความผิดปกตินั้น

การตรวจ monoclonal gammopathy มีประโยชน์ในการติดตามดูว่ามี persistent ของ monoclonal protein ในเลือดหรือปัสสาวะหรือไม่ซึ่งเป็น noninvasive screening³⁴⁻³⁶ การตรวจ monoclonal gammopathy ช่วยในการประเมินการมี remission ของ PTLD โดยมี positive and negative predictive values ที่ร้อยละ 91 และร้อยละ 100³⁶

การรักษา

การรักษาขึ้นกับชนิดของ EBV-related PTLD

■ Two polyclonal EBV-induced diseases (benign polyclonal lymphoproliferation and polyclonal B cell proliferation with evidence of early malignant transformation) :

ให้การรักษาโดยการลด immunosuppressive drugs ร่วมกับการให้ antiviral therapy^{9,37-40} ซึ่งส่วนใหญ่ของ polyclonal lymphoproliferative disease จะตอบสนองดีต่อการรักษาด้วยการลดขนาดของ immunosuppressive drugs เพียงอย่างเดียว โดยพบการตอบสนองต่อการรักษาถึงร้อยละ 60-70 ถ้าเป็นระยะ early PTLD

■ Monoclonal malignant lymphoma :

การรักษาโดยการลดขนาดของ immunosuppressive drugs แต่ถ้าไม่ได้ผลอาจให้การรักษาโดยการให้ chemotherapy, anti-B cell antibody การฉายแสงหรือการผ่าตัด⁴⁰⁻⁴⁴

■ การลด immunosuppression :

การลดขนาด immunosuppression ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของ PTLD³³ ในกรณีที่เป็นการเจ็บป่วยรุนแรงร่วมกับมี extensive disease ควรลดขนาดของ prednisolone จนเหลือเป็น maintenance dose 7.5- 10 มก./วัน ร่วมกับการหยุด immunosuppressive agents ส่วนกรณีที่เป็นการเจ็บป่วยรุนแรงร่วมกับมีเพียง limited disease ให้ลดขนาดของ cyclosporin A หรือ tacrolimus และ prednisolone ลงอย่างต่ำร้อยละ 50 ร่วมกับการหยุด azathioprine และ mycophenolate หลังจากนั้นอีก 2 สัปดาห์ให้ลดขนาดยาลงอีกร้อยละ 50 และขณะที่ทำการลดขนาดของ immunosuppression จะต้องมีการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดในเรื่องของการเกิด organ rejection

■ Antiviral therapy :

ยังไม่มีหลักฐานชัดเจนเกี่ยวกับประสิทธิภาพของ antiviral therapy³³ แต่มีรายงานการตอบสนองต่อการให้ Ganciclovir ใน Polyclonal disease⁴⁵ ใน

กรณีที่เป็น Plasmacytic hyperplasia และ mononucleosis-like syndromes หลัง transplant อาจตอบสนองต่อ antiviral therapy⁴⁶ แต่ยังไม่มียาต้านไวรัสที่มีชีวิตเกี่ยวกับผลการรักษาด้วย acyclovir ในผู้ที่ เป็น EBV-associated PTLD⁴⁷ แต่เนื่องจาก acyclovir และ Ganciclovir มี toxicity ที่ต่ำ จึงยังแนะนำให้ใช้ acyclovir หรือ Ganciclovir ร่วมกับการลดขนาดของ immunosuppression ในการรักษา PTLD⁴⁸

■ IFN alpha :

มีรายงานผู้ป่วยที่ตอบสนองต่อการใช้ IFN alpha ในผู้ที่ไม่ตอบสนองต่อการลดขนาดของ immunosuppression หรือการใช้ oral acyclovir และ intravenous immune globulin⁴⁹ แต่ IFN-alpha อาจส่งเสริมให้เกิด irreversible acute rejection

■ Chemotherapy and Radiation therapy :

ผู้ป่วยที่เป็น monoclonal malignancies สามารถให้การรักษาด้วย chemotherapy เช่น cyclophosphamide ร่วมกับ prednisone หรือ CHOP (cyclophosphamide, doxorubicin, vincristine, prednisone) และ novel therapies^{41,50-53}

นอกจากนี้มีการศึกษาผลของการใช้ CHOP ร่วมกับการหยุด immunosuppressive drug ในผู้ป่วย PTLD ภายหลังจากการทำ renal transplantation จำนวน 10 ราย ซึ่งส่วนใหญ่เป็น EBV-positive พบว่าได้ complete remission 6 ราย, partial remission 2 ราย และเสียชีวิต 2 ราย (median survival 27 เดือน) และไม่พบว่ามีอาการเกิด allograft rejection

มีรายงานการใช้เคมีบำบัดในผู้ป่วยที่เกิด PTLD ภายหลังจากการทำ heart transplantation จำนวน 8 รายที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยการลด immunosuppressive drug พบว่าผู้ป่วย 6 ใน 8 รายได้ complete response จากการให้ ProMACE-CytoBOM และไม่พบการเกิด relapses หลังจากติดตามผู้ป่วยไปที่ระยะเวลาเฉลี่ย 38 เดือน ส่วนผู้ป่วยอีก 2 ใน 8 รายเสียชีวิตหลังจากได้รับเคมีบำบัด⁴¹

การรักษาด้วยการฉายแสงอาจจะได้ประโยชน์สำหรับ localized dis-