



เนื่องในวโรกาสพระราชพิธีฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี ของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ

ขอพระองค์ทรงพระเจริญ

ด้วยเกล้าด้วยกระหม่อมขอเดชะ

ข้าพระพุทธเจ้า คณะกรรมการด้านวิชาการสมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

จุลสาร

สมาคมแพทย์

ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย



<http://www.thaigastro.org>
ISSN 0857-6351

ปีที่ 14 ฉบับที่ 65 ประจำเดือน พฤษภาคม - มิถุนายน 2549





จุลสาร

สมาคมแพทย์

ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

กฎอัยการศึก

สารบัญ

สมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

วาระ พ.ศ. 2548-2549

จุฬารสมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

ปีที่ 14 ฉบับที่ 65 พฤษภาคม-มิถุนายน 2549

1. นพ.เกียรติพงษ์ อัครวงษ์	ที่ปรึกษา
2. นพ.ทองดี ห้วยพานิช	ที่ปรึกษา
3. นพ.พินิจ กุลละวณิชย์	ที่ปรึกษา
4. นพ.สถาพร มานัสสถิตย์	ที่ปรึกษา
5. นพ.สมชาย สีสากุลดวงศ์	ที่ปรึกษา
6. นพ.อุดม ศชินทร	ที่ปรึกษา
7. พอ.นพ.อนุชิต สุชะพทธิ	ที่ปรึกษา
8. นพ.สมบัติ ศรีประเสริฐสุข	ประธานบรรณาธิการ
9. นพ.อนอม จังสืบพงษ์	กองบรรณาธิการ
10. นพ.ธีระพงษ์ ฐิติไพศาล	กองบรรณาธิการ
11. นพ.นพพร อนุฤทธการุศล	กองบรรณาธิการ
12. นพ.พิเศษ พิเศษพงษา	กองบรรณาธิการ
13. นพ.ระพีพันธ์ กัลยาภิรมย์	กองบรรณาธิการ
14. นพ.รังสรรค์ ฤกษ์นิมิตร	กองบรรณาธิการ
15. นพ.สยาม ศิรินธรปัญญา	กองบรรณาธิการ
16. นพ.สุพรรณ พงศ์ประสมชัย	กองบรรณาธิการ
17. นพ.อภิชาติ แสงจันทร์	กองบรรณาธิการ
18. นพ.โอฬาร วิวัฒน์ช่าง	กองบรรณาธิการ
19. นพ.วิญญู จันทระสุนทรกุล	กองบรรณาธิการ
20. พญ.ยารัตน์ โสภณฤกษ์วิเศษ	กองบรรณาธิการ

รายนามคณะกรรมการอำนวยการสมาคมแพทยระบบทางเดินอาหาร	1
รายงานการประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯ ครั้งที่ 3/2549	4
Interhospital conference	
ชายไทยผู้ 29 ปี ปวดท้องมากขึ้นมา 1 สัปดาห์	7
Interhospital GI conference	
ชายไทยโตลด 30 ปี ปวดท้องมาก 1 สัปดาห์	24
"สมาคมของเรา..." เล่าเท่าที่รู้	
การที่คืนชีพของสมาคมแพทยระบบทางเดินอาหาร	
แห่งประเทศไทยในอดีต	44
เกตุจุฬาร	
"สรุปความเป็นมาของวารสาร Thai Journal Gastroenterology	
อย่างเข้าสู่ปีที่ 7"	46
น่านาสาระ	
จากแหล่งอ้างอิง เรื่อง CD วิชาการ เรื่อง ศัพท์บัญญัติอังกฤษ-ไทย	
ฉบับราชบัณฑิตยสถาน ไทย-อังกฤษ รุ่นที่ 1-1	52
ข้อเสนอแนะการดำเนินงานความร่วมมือสมาคมแพทยระบบทางเดิน	
อาหารแห่งประเทศไทยร่วมกับสมาคมแพทยส่องกล้องไทย	55
ในแวดวง...แพทยระบบทางเดินอาหาร	61
ชวนอ่านหนังสือ	
- ความสุขของกะทิ	64
- "คุยกับประสาท"	66
จากบรรณาธิการ	72
ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิกสมาคมฯ	75

คณะกรรมการอำนวยการสมาคมแพทย์

ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

วาระ พ.ศ. 2548-2549

- | | |
|---------------------------------|---------------------------------------|
| 1. นพ.สถาพร มานัสสถิตย์ | นายกสมาคม |
| 2. พญ.ชุติมา ประมูลสินทรัพย์ | รั้งตำแหน่งนายก |
| 3. นพ.องอาจ ไพรสณขารางกูร | อุปนายก |
| 4. นพ.สมชาย ลีลากุลวงศ์ | 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.โจมตี โมฆิตชัยวัฒน์ | ประธานฝ่ายการศึกษาหลังปริญญา |
| 12. นพ.ทองดี ชัยพานิช | ประธานฝ่ายกิจกรรมสังคม |
| 13. นพ.ศตวรรษ ทองสวัสดิ์ | ประธานฝ่ายสารสนเทศและการสื่อสาร |
| 14. นพ.บัญญัติ โอวาทพิารพร | ประธานฝ่ายหาทุน |
| 15. พอ.นพ.อนุชิต จุฑะพุทธิ | ประธานฝ่ายจริยธรรม |
| 16. พอ.นพ.สุรพล ชื่นรัตนกุล | ผู้แทนชมรมเอ็นโคสโคปี้ |
| 17. พอ.นพ.สุรพล สุวรงค์ศรีรัฐ | ผู้แทนชมรมโมธิลิตี้แห่งประเทศไทย |
| 18. นพ.พิศาล ไม้เรียง | ผู้แทนกลุ่มวิจัยโรคกระเพาะอาหาร |
| 19. นพ.พิเศษ พิเศษพงษ์ | ผู้แทนชมรมลำไส้เล็กลำไส้ใหญ่ |



ผู้แทนชมรมโรคตับแข็งแห่งประเทศไทย

- | | | | |
|----------------------------------|-------------|--|--|
| 20. พญ.อโรชา มหาชัย | | | |
| 21. นพ.เจริญพร โจรนโมวโรวิทยา | กรมการากลาง | | |
| 22. พญ.เชลียง ประสงค์ชูชุตินันต์ | กรมการากลาง | | |
| 23. นพ.ถนอม ชิวสืมนพงษ์ | กรมการากลาง | | |
| 24. พญ.นภาพร จรัสบุญกุล | กรมการากลาง | | |
| 25. นพ.ปิยะวัฒน์ โกมลนิศร์ | กรมการากลาง | | |
| 26. นพ.ทวี รัตนบุญเอก | กรมการากลาง | | |
| 27. พศย.นพ.อรพจน์ เตจวรรต | กรมการากลาง | | |
| 28. พญ.วัฒนา สุธีไพศาลเจริญ | กรมการากลาง | | |
| 29. พท.นพ.จามิข ปิยนิรันดร์ | กรมการากลาง | | |
| 30. นอ.นพ.วิญญู จันทร์สุนทรกุล | กรมการากลาง | | |
| 31. นพ.ศรัณย์ วรรณภาสณี | กรมการากลาง | | |
| 32. นพ.สุริยะ จักกะพาท | กรมการากลาง | | |
| 33. พญ.อรพรรณ ไชยมหาพฤกษ์ | กรมการากลาง | | |
| 34. พญ.อาภรณ์ ไสภณตฤษฎ์สุข | กรมการากลาง | | |
| 35. นพ.อุดม ศชินทร | กรมการกลาง | | |
| 36. พญ.กรรณิการ์ พงษ์พัฒน์กุล | ที่ปรึกษา | | |
| 37. นพ.เกรียงไกร ย์ศรีวงศ์ | ที่ปรึกษา | | |
| 38. นพ.เดิมนัย ไชยบุวัตติ | ที่ปรึกษา | | |
| 39. นพ.นุสนธิ์ กัลลิตเจริญ | ที่ปรึกษา | | |
| 40. นพ.พงษ์พีระ ชูวรรณกุล | ที่ปรึกษา | | |
| 41. นพ.พินิจ ฤทธะวงวิชัย | ที่ปรึกษา | | |
| 42. นพ.มานิต สิริเพชรเลิศ | ที่ปรึกษา | | |
| 43. พล.ต.นพ.วิชัย ชัยประภา | ที่ปรึกษา | | |
| 44. พญ.วิไลมา วงศ์พาณิช | ที่ปรึกษา | | |
| 45. พญ.ศศิประภา บุญญพิสิฏฐิ์ | ที่ปรึกษา | | |
| 46. นพ.สมหมาย วิไลรัตน์ | ที่ปรึกษา | | |
| 47. นพ.สงัดดี ทิศะนันท์ | ที่ปรึกษา | | |
| 48. นพ.สังพันธ์ อิศรเสนา | ที่ปรึกษา | | |
| 49. นพ.สิน อุ่นาษฎ์ | ที่ปรึกษา | | |
| 50. พล.อ.ต.นพ.สุจินต์ จาตุจินดา | ที่ปรึกษา | | |
| 51. นพ.สุชา สุระทอง | ที่ปรึกษา | | |

รายงานการประชุม

คณะกรรมการอำนวยการสมาคม
ครั้งที่ 3/2549
ครั้งที่ 3/2549

วันศุกร์ที่ 10 มีนาคม พ.ศ. 2549 เวลา 10.00-12.00 น.

ณ ห้องประชุมเพ็ญชาติ โรงพยาบาลวิชัยยุทธ. กรุงเทพฯ

วาระที่ 1 เรื่องที่ปรึกษาแจ้งให้ทราบ

การปรับปรุงตำแหน่งงานของสมาคม ณ ซอยศูนย์วิจัย นั้น ขณะนี้อยู่
ในระหว่างการตกแต่งห้องประชุม คาดว่าจะแล้วเสร็จในเดือนกรกฎาคม นี้

วาระที่ 2 รับรองรายงานการประชุมครั้งที่ 2/2549

ที่ประชุมมีมติเห็นชอบรายงานการประชุมเล็กน้อย

วาระที่ 3 เรื่องสืบเนื่องและพิจารณา

3.1 ความคืบหน้าจัดประชุมวิชาการกลางปี

เลขานุการสมาคมแจ้งให้ที่ประชุมทราบ ดังนี้

1. กำหนดให้จัดประชุมวิชาการกลางปี วันที่ 13-15 กรกฎาคม 2549
2. สถานที่จัดงานน่าจะจัด ณ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
จ.อุบลราชธานี และจะเดินทางไปดูสถานที่อีกครั้งพร้อมกับ
ประธานฝ่ายปกครองในวันศุกร์ที่ 10 มีนาคม 2549
3. สำหรับหัวข้อและวิทยากรนั้น ขณะนี้ประธานฝ่ายวิชาการและ
การศึกษาคือเรื่องกำลังพิจารณา

3.2 ความคืบหน้าการจัดประชุม 6th Western Pacific
Helicobacter Congress 2006

ประธานจัดงานประชุม ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

1. ขณะนี้กำลังติดต่อกับวิทยากรต่างประเทศ คาดว่าคงจะ
เรียบร้อยภายใน 2 สัปดาห์
 2. Prof. Marshall ยินดีจะมาร่วมงานประชุมนี้
 3. ขอให้ช่วยประชาสัมพันธ์ให้เฟลโล่ช่วยส่ง abstract ในการ
ประชุมนี้ด้วย
- ที่ประชุมเห็นชอบดังนี้

1. ให้ติดต่อ Prof. Marshall บรรยายในช่วง Viki Viranuvatti's lecture
ในการประชุมวิชาการประจำปีของสมาคมด้วย

2. สมาคมจะร่วมจัดเลี้ยงงานดินเนอร์ในการประชุมครั้งนี้ด้วย

3.3 การจัดสัมมนา GI Fellow Day ร่วมกับสัมมนา
ความร่วมมือระหว่างสมาคมกับสมาคมและชมรม
ต่างๆ

เลขานุการสมาคม แจ้งให้ที่ประชุมทราบ ดังนี้

1. กำหนดให้จัดสัมมนาในวันที่ 11-12 พฤษภาคม 2549 ณ โรงแรม
ทิพย์นิภาณ ซะฮ้า จ.เพชรบุรี
2. โปรแกรมการสัมมนากำลังอยู่ในระหว่างดำเนินการ
- 3.4 การจัดเตรียมสอบ GI Fellow ประจำปี 2549
ประธานฝ่ายการศึกษาต่อเนื่อง แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้
1. กำหนดสอบ MCO และ MEO ในวันจันทร์ที่ 5 มิถุนายน 2549 ณ
โรงพยาบาลวิชัยยุทธ

- กำหนดสอบ OSCE ในวันที่อังคารที่ 6 มิถุนายน 2549 ณ โรงพยาบาลวิชัยยุทธ
- กำหนดสอบ Long case ในวันที่ศุกร์ที่ 9 มิถุนายน 2549 ณ โรงพยาบาลศิริราช
- สำหรับการขอข้อสอบนั้น ได้ดำเนินการขอความร่วมมือในการออกข้อสอบประเภทต่างๆ ไปยังสถาบันต่างๆ ที่ประชุมมีมติอนุมัติงบประมาณค่าใช้จ่ายการศึกษาต่อเอง เพื่อให้สามารถประชุมเพื่อพิจารณาออกข้อสอบให้แก่ ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ฯ และอนุมัติค่าตอบแทนให้แก่ผู้ออกข้อสอบด้วย นอกเหนือจากการได้รับค่าตอบแทนจากราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ฯ

วาระที่ 4 การดำเนินการของฝ่ายต่างๆ

ประธานพิจารณางบประมาณสงฆาคมแจ้งให้ประชุมทราบเกี่ยวกับงบประมาณประจำปี 2549 ของแต่ละฝ่าย ที่ประชุมมีมติรับทราบ

Interhospital conference

นพ.อาทิตย์ วงศ์แสนสุข
คณบดีแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผู้ป่วยชายไทย สมรสแล้ว อายุ 29 ปี อาชีพ รับจ้าง จ.สุพรรณบุรี

Chief complaint : ปวดท้องมากขึ้นมา 1 สัปดาห์

Present illness :

1 ปีก่อนมา โรงพยาบาลมีอาการปวดท้อง ลักษณะปวดบิดๆ เป็นพักๆ ที่บริเวณลิ้นปี่ราวมาท้องด้านซ้ายขวา อาการปวดจะเป็นมากขึ้นหลังทานอาหาร ไม่มีคลื่นไส้ ไม่มีอาเจียน ถ่ายเหลวเป็นน้ำมากกว่าเมื่อประมาณครึ่งสัปดาห์ 1 แก้ว ไม่มีมูก ไม่มีเลือดปนโดยจะถ่าย 2 วันครั้ง ไม่มีปวดเบ่ง เบื่ออาหาร น้ำหนักลดประมาณ 6 กิโลกรัมใน 3 เดือน รักษาทานยาที่คลินิกแพทย์นอก เป็นติบอ่อนอีกเสบ อาการพอทุเลา

6 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล อาการปวดท้องเป็นมากขึ้น บางครั้งจุกแน่นใต้ลิ้นปี่หลังรับประทานอาหารโดยเฉพาะช่วงเหนียว อาการปวดท้องเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ จนต้องนอนอืดขวาแก่ปวดที่โรงพยาบาลแพทย์ได้ตรวจ U/S upper abdomen และ CT upper abdomen พบก้อนในท้องจึงส่งตัวรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลขอนแก่น แพทย์ได้ทำ gastroscopy ผลปกติได้รักษาแบบกระเพาะอาหาร อาการพอทุเลา

2 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล คลำได้ก้อนที่บริเวณข้างสะดือด้านขวา คลำได้ตลอดเวลา ขนาดเท่าหัวแม่มือ ไม่ได้ขึ้น กดไม่เจ็บ อาการปวดท้องเป็นมากขึ้น ปวดตลอดเวลาไม่สัมพันธ์กับมื้ออาหาร ปวดจนต้องให้ morphine หรือ pethidine โดยปริมาณการให้เพิ่มมากขึ้น แพทย์ได้ตัดลิ้นใจผ่าตัดเปิดช่อง

ท้อง ผลพบ multiple small mesenteric lymph nodes size 0.5 x 0.3 cm, no collection ผลตรวจชิ้นเนื้อพบว่า Reactive follicular hyperplasia and eosinophilic infiltration หลังการผ่าตัดอากาศปวดท้องดีขึ้นบ้างแต่ต้องรับประทานยาแก้ปวดบางครั้ง

1 เตรียมก่อนมาโรงพยาบาลปวดบิดท้องยังมีอยู่แต่พอทานได้ สังเกตว่าท้องผูก ประมาณ 4-5 วัน จะถ่ายครั้ง ลักษณะเป็นก้อนปกติ ต้องงนนานทานยาระบาย อากาศพอๆแล้ว

3 สืบตาคู่ก่อนมาโรงพยาบาล ท้องผูกเป็นมากขึ้น บางครั้งต้องทานยาาระบายจึงจะถ่าย ถ่ายสืบตาคู่ละ 1-2 ครั้ง แต่ลักษณะอุจจาระไม่เปลี่ยนแปลง อากาศปวดท้องยังพอทนได้

1 สืบตาคู่ก่อนมาโรงพยาบาล อากาศปวดท้องเป็นมากขึ้น ที่มากขึ้นทานยาแก้ปวดไม่ดีขึ้น ไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน ไม่ซีเซี ถ่ายเหลว ปวดท้องบริเวณกลางท้อง ปวดมากจนต้องนอนโรงพยาบาลให้ pethidine ซีดอาการปวดพอๆแล้ว แพทย์จึงส่งตัวมารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์

ประวัติอดีต :

- ปฏิเสธโรคประจำตัว
- ตื่นตูตามพบเทศกาล ไม่ใช่ยาใดเป็นประจำ
- ไม่แพ้ยา
- กินอาหารสุกๆ ติบๆ เป็นประจำ เช่น ก๋วยเตี๋ยว ปลาดิบ

ประวัติครอบครัว :

- ญาติร้างกับภรรยา ปัจจุบันอาศัยอยู่กับบิดาที่เป็นอัมพาตขา
- มีลูก 3 คน ตั้งอยู่ในความดูแลของมารดาของผู้ป่วย

Physical Examination: A Thai man, good consciousness, distress from abdominal pain.

Vital signs: BT-36.5 C, PR 85/min, RR 20/min, BP 120/70 mmHg

HEENT : - pink conjunctiva, anicteric sclera

- cervical lymph node impalpable
- no oral thrush, no oral hairy leukoplakia
- no alopecia, no oral ulcer, no rash
- thyroid gland not enlarge

Heart : normal s1s2, no murmur

Lungs : normal breath sound

Abdomen : surgical scar at the abdominal wall

- mild distended abdomen, no superficial dilatation
- active bowel sound, no superficial mass
- liver span 14 cm., no splenomegaly
- mild tender at epigastrium

CVA : -not tender, no flank mass

Extremities : pitting edema 2+, clubbing of fingers, hesitation mark at left forearm

PR : no mass, no rectal shelf, prostate gland

Investigations :

CBC : (4/8/2548) - Hb 10.6 g/dl Hct 31% MCV 82 MCH 27 MCHC 33

WBC 7300/ mm³ PMN 61 L 27 M 4 E 7 BASO 1

LFT : (26/7/2548)

TP 4.7 Alb 2.0 Glo 2.7 g/dl

TB 0.3 DB 0.0 Chol 159 mg/dl

AST 47, ALT 19 ALP 53 u/l

Chemistry : (26/7/2548)

Na 139 K 3.3 HCO 31.3 Cl 102 mEq/L

Ca 7.5 PO4 3.6 Mg 1.8

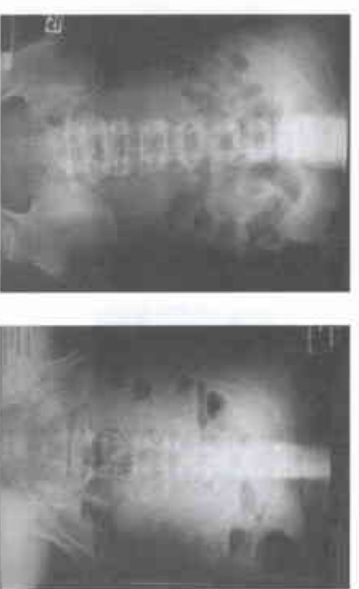
Problem lists :

1. chronic abdominal pain with intra-abdominal lymphadenopathy
2. malabsorption syndrome with history of chronic diarrhea
3. constipation

ในผู้ป่วยรายนี้ที่มีปัญหาที่มาพบแพทย์ที่สำคัญที่สุด คือ อาการปวดท้องโดยลักษณะปวดจะมี progressive abdominal pain และลักษณะปวดเป็น colicky pain ชัดเจน จึงคิดว่า organ ที่น่าจะมีปัญหาคือ hollow viscus organ ซึ่งในที่นี่น่าจะเป็น bowel มากที่สุด และ location จะอยู่ที่ periumbilicus บางครั้งปวดตุๆ ในที่นี้จึงคิดว่าน่าจะมีพยาธิสภาพที่ small bowel มากกว่า large bowel ส่วน nature จะเป็นอะไรนั้นจากประวัติโรจรงพยาบาลชุมชนได้ทำ CT-upper abdomen และได้ทำผ่าตัดทางหน้าท้องตรวจพบมี intra abdominal lymphadenopathy ซึ่งผลทาง histology พบ plasma cell และ eosinophilic infiltration, no abnormal cell เป็นส่วนใหญ่

จากการตรวจร่างกายพบมี malnutrition ชัดเจน มี signs ของ multivitamin deficiency ดังนั้นจึงคิดว่าผู้ป่วยน่าจะมีปัญหาในการดูดซึมสารอาหารและเกลือแร่และวิตามินต่างๆ ซึ่งบริเวณที่ทำหน้าที่ดังกล่าวก็จะอยู่ที่ small bowel โดยเฉพาะที่บริเวณ jejunum และ ileum

แรกจับ film acute abdomen series พบมี small bowel dilate โดยเฉพาะส่วน jejunum จึงได้มี long GI study เพื่อดูบริเวณรอยโรคให้ชัดเจนขึ้น ซึ่งก็พบว่ามี Bowel wall edema ที่ small bowel และ bowel dilatation บริเวณ jejunum เช่นกัน และมีลักษณะ bowel ถูก displaced มาทาง left side abdomen ซึ่งคาดว่าน่าเป็น mass effect จาก extra luminal structure ต้นให้คำใ้สามารถอยู่ด้านซ้าย ดังภาพที่ 1 และภาพที่ 2



ภาพที่ 1 แสดงภาพ abdomen supine/upright film



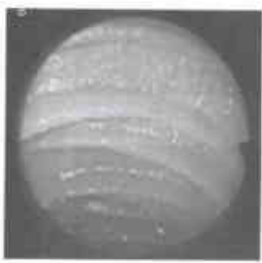
ภาพที่ 2 แสดง long GI study พบลักษณะมี mucosa ที่บริเวณ jejunum dilate และมีลักษณะ flocculation ของ small bowel และลำไส้ถูกดันไปข้างซ้าย ซึ่งแสดงว่ามี mass effect

จากนั้นจึงได้ขอ CT-whole abdomen ต่อเพื่อประเมินลักษณะพยาธิสภาพดังกล่าว ดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 แสดง CT whole abdomen ของผู้ป่วยรายนี้

CT-whole abdomen พบว่ามี small bowel dilatation และ bowel wall edema with intra-abdominal lymphadenopathy (mesenteric node) จริง ในระหว่างนั้นได้นำผู้ป่วยไปทำ enteroscopy พบว่า normal endoscope และได้ทำ random biopsy ที่บริเวณ jejunum ผลชิ้นเนื้อไม่พบความผิดปกติอะไร ดังภาพที่ 4



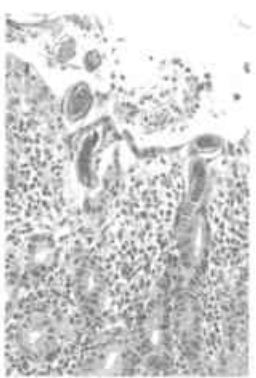
ภาพที่ 4 แสดงภาพ panenteroscopy พบว่าผิดปกติ

ทางแพทย์ผู้ดูแลจึงได้ปรึกษาศัลยแพทย์เพื่อให้ได้ผลชิ้นเนื้อว่า lymph node ที่โตขึ้นนั้นเป็นจากอะไร โดยก่อนผ่าตัดโรคที่คิดถึงมากที่สุดคือ mesenteric tuberculosis รองลงมาที่คิดถึงคือ GI lymphoma ซึ่งทั้งสองโรคอธิบายอาการและลักษณะ film และการที่มี LN ในท้องใต้ได้ และถ้า TB มี submucosal หรือ mucosal lesion ก็จะทำให้ผู้ป่วยมีภาวะ protein losing enteropathy

เกิดภาวะ malnutrition และมี hypocalcemia และระดับ globulin ต่ำลงได้ เมื่อตัดเย็บผ่าตัดเปิดท้อง พบว่ามีลักษณะ mesenteric lymphadenopathy จริง และได้ตัดชิ้นใจตัดลำไส้เล็กส่วนที่ติดกับต่อมน้ำเหลืองที่โตขึ้นออกมาด้วย ผล histology พบว่ามีลักษณะที่มี mucosal injury ของบริเวณ jejunum และพบ parasite จำนวนมากที่มีลักษณะ typical ที่ identified ได้คือ stichosome ดังนั้นจึงให้การวินิจฉัยว่าเป็น intestinal capillaritis จากผลจุลพยาธิวิทยา ดังภาพที่ 5-1-5-2



ภาพที่ 5.1 แสดง gross finding มีลักษณะ enlarge mesenteric lymph node



ภาพที่ 5.2 แสดง histology finding ที่บริเวณ jejunum จาก bowel resection พบว่ามี mucosal injury และพบพยาธิ Capillaritis philippinensis โดยวินิจฉัยจากการพบ stichosome ของพยาธิ

เมื่อมองย้อนกลับไปที่ทงหมดแล้วจะพบว่าในรายนี้เป็น Atypical presentation ของ intestinal capillaritis เพราะผู้ป่วยมีอาการปวดท้องเด่นกว่าอาการท้องเสีย และช่วงหลังมี constipation ซึ่งแทนที่ผู้ป่วยจะมาด้วย chronic diarrhea แต่เมื่อ review ย้อนหลังจะพบว่าสามารถอธิบายลักษณะของผู้ป่วยได้คือ

1. ผู้ป่วยมีประวัติกินปลาดิบ ประมาณ 2 เดือนก่อนเกิดอาการถ่ายเหลวเรื้อรัง

2. ช่วงแรกผู้ป่วยมี intermittent diarrhea ชั่วเจน จนตรวจร่างกายพบลักษณะ malnutrition ได้

3. อาการปวดท้องสามารถอธิบายได้จาก 2 สาเหตุ คือ จากที่มีประวัติ previous surgery ซึ่งส่งผลให้เกิด adhesion หรือ fibrosis ได้ในท้อง ซึ่ง confirm จาก histology ได้ว่า พบลักษณะ muscular ของ bowel บริเวณดังกล่าวมี fibrosis ด้วยซึ่งอาจเกิดจาก accidental trauma ตอนผ่าตัดครั้งก่อนได้ ส่วนสาเหตุอื่นอาจเกิดจากลักษณะที่ LN โคนอกตเบียดลำไส้ หรือมี nerve entrapment ก็อาจเป็นไปได้

4. อาการท้องผูก อธิบายได้ว่าเนื่องจากผู้ป่วยมี severe pain มาก และจะปวดท้องมากขึ้นในเวลากินอาหาร จนทำให้ GI content ลดลง ส่งผลให้เกิดอาการท้องผูกได้

ผู้ป่วยรายนี้หลังผ่าตัดได้ supportive care จนอาการดีขึ้นบ้าง แต่ผู้ป่วยหนักกลับไปก่อนจึงยังไม่เห็นการรักษารักษา intestinal capillaritis ส่วนอาการปวดท้องยังมีบ้าง แต่พอหยุดเลาหลังให้ acetaminophen

Intestinal Capillaritis

นพ.อาทิตย์ วงศ์แสนสุข
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น

พยาธิแบคทีลาเรีย (*Capillaria philippinensis*) เป็นสาเหตุของโรค intestinal capillaritis ที่คนกินพยาธิเข้าไปแล้วพยาธิจะเจริญเติบโตอยู่ในลำไส้เล็ก โดยเฉพาะส่วน jejunum แล้วเกิดพยาธิสภาพอย่างรุนแรง ซึ่งส่วนมากผู้ป่วยมักมีอาการต่างๆ มากมาย แต่โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยด้วยพยาธิเรื้อรัง ซึ่งถ้าไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างถูกต้องจะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ในที่สุด

S:บทอภิปราย

พบผู้ป่วยที่เป็นโรคพยาธินี้ทั่วโลก โดยมีรายงานพบครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2506 ที่ประเทศฟิลิปปินส์ (chitwood et al., 1964) ในศพนี้เสียชีวิตด้วยภาวะ malabsorption หลังจากนั้นก็มีการรายงานโรคพยาธินี้เรื่อยๆ ในปี พ.ศ. 2507 รายงานพบที่เมือง Pudoc West มีผู้ป่วยประมาณ 1,300 ราย นอกจากนี้ยังมีรายงานพบผู้ป่วยโรคนี้ได้ในประเทศอื่นๆ เช่นกัน ได้แก่ ฮอแลนด์, ญี่ปุ่น, เกาหลี, ไต้หวัน และอิหร่าน ผู้ป่วยส่วนมากจะมีอายุในช่วง 20-49 ปี และพบในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง

ในประเทศไทยพบรายงานครั้งแรกที่ตำบลบางพลี จ.สมุทรปราการ เมื่อ พ.ศ. 2516 นอกจากนี้ยังมีรายงานพบผู้ป่วยเพิ่มเติม เช่น สระบุรี นครพนม นครราชสีมา มหาสารคาม กาฬสินธุ์ ร้อยเอ็ด อุบลราชธานี สุรินทร์ ชูติธรธานี ขอนแก่น (Chumleritth et al., 1992) เชียงใหม่ พะเยา (Benjanuwat et al., 1990)

ปรสิตวิทยา (parasitology)

พยาธิในจีนัส *Capillaria* จัดอยู่ในแฟมิลี *Capillariidae* ซึ่งมีรายงานไว้มากกว่า 200 ชนิด โดยที่พบในคนนั้นมีอยู่ 4 ชนิด ได้แก่ *Capillaria hepatica*, *Capillaria nerophila*, *Capillaria plica* และ *Capillaria philippinensis* โดยตัวที่พบบ่อยและเป็นสาเหตุในประเทศไทยคือ *C. philippinensis* นั่นเอง ซึ่งหนอนพยาธิตัวกลม *Capillaria* Spp. นั้นจะมีลักษณะคล้ายหนอนพยาธิตัวกลม *Trichuris* Spp. และ *Trichinella* Spp. แต่แตกต่างกันที่ขนาดของตัวเต็มวัยเท่านั้นเอง และลักษณะของการเกิดโรคในคนก็แตกต่างกัน

รูปร่างและลักษณะ: (morphology)

ไข่ (egg) รูปร่างทรงกระบอกมีฝาปิดถูกหัวท้าย (flattened bipolar plugs)

ลักษณะรูปร่างคล้ายถั่วลิสง (peanut-shaped) ขนาดประมาณ 36-45 x 20-22

มม เปลือกใช้หนา ผิวขรุขระ (pitting egg shell)

ตัวเต็มวัย (Adult) รูปร่างกลม ขนาดเล็ก ผอมบาง ส่วนหัวจะเล็กกว่าส่วนหางเล็กน้อย ด้านหัวจะมีหลอดอาหารเป็นก้อนสีเข้มนับเรียงกับคล้ายลูกชิ้น เรียกว่า "Stichosome" ส่วนครึ่งหลังของลำตัวจะมีลำไส้และอวัยวะไว้สืบพันธุ์

ตัวเมีย ขนาดประมาณ 2.5-5.3 มม ครึ่งล่างที่มีมดลูกมีเข็มนหรือไม่มีตัวอ่อนเจริญอยู่ด้วยได้ พยาธิจึงสามารถออกลูกได้ทั้งชนิดที่เป็นไข่ (oviparous) และเป็นตัวอ่อน (larviparous)

ตัวผู้ ขนาดจะเล็กกว่าตัวเมียเล็กน้อย คือประมาณ 2.3-3.2 มม ลักษณะปลายหางจะแบนแฉก (bursa-like)

วงจรชีวิต (life cycle)

วงจรชีวิตจริงๆ ของพยาธิ *C. philippinensis* ในธรรมชาติยังไม่ทราบชัดเจนนัก ข้อมูลส่วนใหญ่จะได้อาจการศึกษาในห้องทดลอง ซึ่งได้จากการ

ศึกษาในลิง หนูแรท (rat) และหนูเจอร์บิล (gerbil) ซึ่งเชื่อว่าคล้ายกับวงจรชีวิตที่เกิดในคน คือ คนถือเป็น Accidental host กินตัวอ่อนระยะติดต่อกันที่อยู่ในปลาดูเข้าไป โดยกรกินปลาดิบ หรือสุกๆ ดิบๆ ซึ่งพยาธิตัวอ่อนจะเจริญเติบโตเป็นตัวเต็มวัยรุ่นที่ 1 ที่บริเวณเยื่อลำไส้ส่วน jejunum เข้าอาศัยอยู่ในบริเวณข้างลำไส้ เมื่อผสมพันธุ์ก็จะออกลูกเป็นตัว (larviparous) และเจริญเติบโตเป็นตัวเต็มวัยรุ่นที่ 2 ในลำไส้เล็ก (internal autoinfection) ซึ่งพยาธิรุ่นที่ 2 เมื่อผสมพันธุ์ก็แล้วก็จะออกลูกเป็นไข่ได้ แต่ไม่นานกับอายุระของคนที่โตที่สุด ไข่จะถูกนำพาลงน้ำ แล้วปลาดูซึ่งเป็น intermediate host จะกินเข้าไปและพยาธิจะเจริญเติบโตเป็นตัวอ่อนในปลาดูซึ่งใช้เวลาลาอย่างน้อย 3-4 สัปดาห์ ส่วนระยะเวลาวางตัวแก่คนกินปลาดูเข้าไปจนพยาธิเพศเมียเจริญเติบโตและออกลูกเป็นไข่ออกมานับกับอายุจะใช้เวลาประมาณ 1 เดือน

ในประเทศไทยยังไม่มีรายงานพบโฮสต์กึ่งกลางในธรรมชาติ ส่วนในการทดลองพบว่านกแก้วและนกยางกรอกพันธุ์จีน เป็นโฮสต์เฉพาะสำหรับพยาธิตัวนี้ นอกจากนี้จากการศึกษาในห้องทดลอง พบว่าปลาดูน้ำจืด 6 ชนิดสามารถเป็นโฮสต์กึ่งกลางของพยาธินี้ได้ เช่น ปลาดูใน (cycprinus cyprini) ปลาดูชิง (*Rasbora borapetensis*) ปลาดูตะเพียนขาว (*Puntius gonionotus*) ปลาดูริมน (*Trichopsis vittatus*) ปลาดูหัวตะกั่ว (*Aplochelilus pauchai*) และปลาดูหางนกยูง (*Gambusia holbrooki*) ซึ่งพบว่าคนออกก็กินปลาดิบเข้าไปจากการปรุงอาหารแบบสุกๆ ดิบๆ ทำให้ได้รับพยาธิเข้าไปได้

อาการทางคลินิก (clinical manifestation)

อาการต่างๆ ของผู้ป่วยแสดงออกได้หลายอย่างตามพยาธิสภาพที่พยาธิได้อาศัยอยู่ ซึ่งส่วนมากพยาธิแคปซิลลาเรียจะมีกระอาศัยอยู่ที่บริเวณลำไส้เล็ก ส่วน jejunum ซึ่งลำไส้ส่วนนี้ทำหน้าที่ในการดูดซึมสารอาหาร ดังนั้นผู้ป่วยจึงมักแสดงอาการของ malabsorption ให้เห็นร่วมด้วยเสมอ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีอาการของ intermittent chronic voluminous diarrhea เช่น

มาก เพราะค่าเลือดที่ทำงานที่ดูดีขึ้นและสารอาหารเสียไป โดยความถี่ในการถ่วงมัก vary ได้ตั้งแต่ 4-10 ครั้ง/วัน ในรายที่อุจจาระมากจะสูญเสียเกลือแร่ไปจนเสียชีวิตได้ ถ้ารักษาไม่ทันและวินิจฉัยโรคไม่ถูกต้อง นอกจากนี้อาการอื่นที่พบ ได้แก่ abdominal pain, borborygmi, weight loss, malaise, anorexia, vomiting เป็นต้น จากการศึกษาในปี พ.ศ. 2545 อภิตติ จันทร์เลิศฤทธิ์ และคณะ ที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ได้ศึกษาการบวกรวมผู้ป่วยที่วินิจฉัยว่าเป็น intestinal capillaritis ตั้งแต่วันที่ พ.ศ. 2526 ถึงปี พ.ศ. 2544 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 17 ราย อายุเฉลี่ยอยู่ที่ 40.41 ปี, 13 รายเป็นผู้ชาย โดยส่วนใหญ่พบว่าระยะเวลาของ chronic diarrhea จะแตกต่างกันตั้งแต่ 1 เดือนถึง 3 ปี และจำนวนของการถ่ายท้องเสียจะพบได้ตั้งแต่ 2 ถึง 5 ครั้งต่อวัน

ตรวจร่างกาย โดยส่วนมากผู้ป่วยจะผอม (wasting), เพลีย (malaise), ขาด

สารอาหาร (malnutrition)

HEENT: โดยรวมผู้ป่วยจะผอม, anemia, thinning hair, hair loss, temporal muscle wasting, glossitis, cheilitis ซึ่งเกิดจากค่าได้สูญเสียการดูดซึมสารอาหารและวิตามินมันเอง

Abdomen: พบว่าหน้าท้องแบนราบ (flat) แต่ในรายที่มีการสูญเสียโปรตีนเข้าในช่องท้อง อาจพบว่าท้องโตเพราะมีน้ำในช่องท้อง (ascites) ได้ หรือเป็นน้ำใน intraperitoneal ของ bowel ตรวจดูก็จะพบว่าท้องโต แต่ตรวจ shifting dullness, ต่ำเสียงเกิด hyperactive bowel (borborygmi), ตับมีขนาดปกติ

Extremity: พบ muscle wasting, บางรายพบ clubbing of finger, ที่สำคัญมักพบ pitting edema positive

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (laboratory findings)

CBC: - เม็ดเลือดขาวปกติ หรือ leukocytosis

- พบ mild to moderate anemia ขึ้นอยู่กับชนิดของแอนติบอดี
- eosinophilia มักพบได้ไม่มาก
- เกล็ดเลือดมักจะปกติ

การตรวจอุจจาระ : (stool examination)

ใช้เป็นการวินิจฉัยได้ถ้าตรวจพบไข่พยาธิในอุจจาระ แต่เนื่องจากเป็นที่ทราบกันดีว่าไข่พยาธิมักมีผลตรวจพบได้ยากในอุจจาระ (low sensitivity) จึงต้องใช้การตรวจที่ละเอียดขึ้น บางครั้งอาจตรวจซ้ำๆ ติดต่อกันจนถึง 10-20 วันจึงจะพบ ซึ่งถ้าสงสัยมากอาจใช้วิธีการตรวจ stool concentration ที่สูงขึ้น หรือใช้วิธี formalin ether technique ก็ได้ จะพบว่าสามารถตรวจได้มากขึ้น

การตรวจการก้างของตับ (LFT)

พบว่าส่วนมากจะมี hypoalbuminemia ซึ่งโดยเฉพาะจะจากรายงานของอภิตติ จันทร์เลิศฤทธิ์ และคณะ พบว่า albumin ในเลือดจะอยู่ในช่วงประมาณ 1-2 g% เท่านั้น ส่วนจากการรายงานเดียวกันจะพบว่ามีระดับ globulin ที่ต่ำลงด้วย (เฉลี่ยประมาณ 2-3 g%) ซึ่งโดยรวมแล้วเกิดจากรภาวะ protein losing enteropathy นั่นเอง ส่วนการทำงานของตับอย่างอื่นมักไม่พบผิดปกติ

การตรวจระดับเกลือแร่ (Electrolyte)

ส่วนใหญ่จะพบ hypokalemia เหมอซึ่งอาจจะเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น low intake, poorly absorb จาก malabsorption เป็นต้น นอกจากนี้ hypomagnesemia ก็พบได้บ่อยเช่นกัน ภาวะเกลือแร่ผิดปกติดังกล่าว พบว่าเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตได้ electrolyte ตัวอื่นๆ ที่พบผิดปกติได้ เช่น hyponatremia, hypocalcemia ระดับ carotene, total protein ต่ำลงได้เช่นกัน

การตรวจทางรังสีวิทยา (Radiology)

Plain abdomen

พบว่า มี bowel ileus ทั้งจาก hypokalemia และจาก ascites อาจพบ small bowel บริเวณ 3rd part duodenum จนถึง jejunum มีลักษณะ edema ที่ bowel wall หรือมี dilatation ของ bowel หรือมีลักษณะ ileus ได้

ส่วน ascites มักพบได้เสมอ ขึ้นอยู่กับว่าระดับ serum albumin ในเลือดต่ำกว่าน้อยแค่ไหน ในบางรายถ้าตรวจพบ intraluminal fluid ส่วนตัว อาจพบทั้งใน small bowel และ large bowel และระดับความรุนแรงอาจมากน้อยแตกต่างกันไปเช่นกัน

Long GI study

พบลักษณะ malabsorptive pattern ของ bowel ได้คือ intestinal mucosal edema, บางรายพบ loss of vulvulae convergents, บริเวณที่พบผิดปกติมากที่สุด คือ jejunum ในบางรายจะพบ barium ไม่เกาะที่ mucosal wall มากๆ เกิดลักษณะ flocculation ได้

การตรวจทางระบบภูมิคุ้มกันวิทยา (immunology)

โดยมากจะพบระดับ IgE สูงขึ้น แต่พบว่าระดับ IgG, IgM และ IgA จะต่ำลง

การตรวจทางพยาธิวิทยา (Histology)

การตรวจวิธีนี้ใช้เป็นการวินิจฉัยโรคพยาธิแคปซิลลาเรียได้ โดยวิธี duodenal หรือ jejunal aspiration หรือ biopsy นำเอา content มาตรวจดูโดยกล้องจุลทรรศน์ จะพบพยาธิได้จาก duodenal/jejunal content ได้ หรือตรวจพบว่า มีพยาธิที่บริเวณ mucosa ของ jejunum ก็จะใช้วิธีนี้ได้

ส่วนลักษณะของจุลพยาธิวิทยาอื่น ๆ ที่ตรวจพบได้เช่นเดียวกัน คือ มี atrophy ของ crypt of Lieberkühn, มี flattened denuded villi และ dilated mucosal glands และ lamina propria ของลำไส้

ส่วนเซลล์ที่พบจะเป็น plasma cell, lymphocyte, macrophage และ neutrophils in filtration ได้เสมอ

การตรวจการตอบสนองทางเลือด (serology)

ในปัจจุบันมีวิธีการสมัยใหม่ นำเข้ามาตรวจวินิจฉัยโรคพยาธิแคปซิลลาเรีย เพราะการตรวจ stool exam นั้นมีความไวต่ำมาก จากรายงานของอ.ผิวพรรณ มาสิงขร และคณะ ที่ได้ทำการศึกษาตรวจ serum capillaritis antibody ในเลือดของผู้ป่วย ที่คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยได้ทำการศึกษาโดยนำ antigen ของ *Trichinella spiralis* มาตรวจ เพราะสามารถเพาะเชื้อพยาธิ *T. spiralis* จนครบวงจรชีวิตได้ในห้องทดลอง โดยการนำโปรตีนแอนติเจนมาแยกให้หนักโมเลกุล โดยวิธี Western blot analysis พบว่าการตรวจวิธีนี้ใช้วินิจฉัยโรค intestinal capillaritis ได้ทุกราย (100% sensitivity) โดยไม่มีปฏิกิริยากับผู้ป่วยโรคอื่น เช่น Strongyloidiasis, Opisthorchiasis และคนปกติเลย ซึ่งในทางปฏิบัติการตรวจนี้นำมาใช้ได้ในห้องทดลองจะเป็นแอนติเจนของ *T. spiralis* แต่ในแง่แบบแผนปฏิบัติการที่เกิดในกลุ่ม trichinosis และ intestinal capillaritis จะคล้ายกันแต่อาการทางคลินิก แหล่งระบาดหรือลักษณะระบาดของโรค รวมทั้ง general characteristic ของทั้งสองโรคแตกต่างกันโดยสิ้นเชิง และในเบื้องต้นต้นผู้วิจัยได้ศึกษานิยมในการทดสอบนี้กับการตรวจปรสิตซ้ำอีกหลายครั้งในอุจจาระ เพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรคพยาธิร่วมด้วย

การวินิจฉัย (Diagnosis)

การวินิจฉัยโรค intestinal capillaritis นั้นต้องอาศัยทั้งแหล่งระบาด

ของโรค ซึ่งส่วนมากมักอยู่ใกล้แหล่งปลาน้ำจืด โดยเฉพาะแม่น้ำธรรมชาติ เช่น แม่น้ำโขง ดังนั้นผู้ป่วยที่อาศัยแถบอีสานตอนบนล่าง ที่อยู่ใกล้แม่น้ำลำคลอง และมีประวัติการกินปลาน้ำจืดสุกๆ ดิบๆ จะวินิจฉัยและคิดถึงโรคนี้ได้มากขึ้น ส่วนประวัติและตรวจร่างกายอื่น รวมทั้งการตรวจอุจจาระและห้องปฏิบัติการอื่นที่เข้าร่วมในการวินิจฉัย ได้กล่าวมาข้างต้นแล้ว

การรักษา (treatment)

ในปัจจุบันการรักษาโรค intestinal capillarasis นั้นมีหลาย regimens ซึ่งอัตราการตอบสนองของตัวแต่ต่างกันออกไป

1. Mebendazole หรือ Albendazole 400 mg/day x 20-30 วัน หรือในรายที่ Relapse อาจให้นานมากกว่า 30 วัน (Chunlertrith et. Al., 1992)
2. Thiabendazole 1 gm/day x 30 วัน, ถ้าในราย relapse อาจให้นานกว่านั้น (cross and Basaca-Sevilla, 1987) โดยถ้ารักษาไปแล้วอาการโดยสมบูรณ์นั้น อาจต้องตรวจอุจจาระซ้ำเป็นช่วงๆ

เอกสารอ้างอิง

1. Intapan PM, Maleewong W, Sukeepsaisarnjaroen W, Morakote N. Potential use of Trichinella spiralis antigen for serodiagnosis of human capillarasis philippinensis by immunoblot analysis. Parasitol Res. 2005 Dec 7;1-5 [Epub ahead of print].
2. Justus DE, Morakote N, 1981. Mast cell degranulation associated with sequestration and removal of Trichinella spiralis antigens. Int Arch Allergy Appl Immunol. 64:3713-84.
3. Pradatsundarasar A, Pecharanond K, Chintanawongs C, Ungthavorn P. The first case of intestinal capillarasis in Thailand. Southeast Asian J Trop Med Public Health 1973;4:131-4.

4. Lee TD, Giencis RK, Wakelin D. Specific cross-immunity between Trichinella spiralis and Trichuris muris: immunization with heterologous infections and antigens and transfer of immunity with heterologous immune mesenteric lymph node cells. Parasitology 1982;84:381-9.
5. Cross JH. Intestinal capillarasis (Review). Clin Microbiol Rev 1992;5:120-9.
6. Cross JH, Banzon TC, Singson CM. Further studies on Capillaria philippinensis: development of the parasite in the Mongolian gerbil. J Parasitol 1978;64:208-13.
7. Maleewong W, Somratsawat P, Intapan PM, Wongkham C, Chotmongkol V. Immunoblot evaluation of the specificity of the 29-kDa antigen from young adult female worms Angiostrongylus cantonensis for immunodiagnosis of human angiostrongyliasis. Asian Pac J Allergy Immunol 2001;19:267-73.
8. Chunlertrith K, Wairiang P, Sukeepsaisarnjaroen W. Chronic diarrhea in Srinagarind Hospital. Srinagarind Hosp Med J 1988;3:35-9.
9. Roach TA, Wakelin D, Eise HJ, Bundy DAP. Antigenic cross-reactivity between the human whipworm, Trichuris trichiura and the mouse trichuroids Trichuris muris and Trichinella spiralis. Parasite Immunol 1988;10:279-91.
10. Rosenberg EB, Whalen GE, Bennich H, Johnsson SGO. Increased circulating IgE in a new parasitic diseasehuman intestinal capillarasis. N Engl J Med 1970;283:1148-9.

Interhospital GI conference

นพ.สุเมธ เป็ลยกุลสิน

หน่วยโรคทางเดินอาหาร ภาควิชาอายุรศาสตร์
วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหาสมุทรวิทยา

ผู้ป่วยชายไทยโตด อายุ 30 ปี อาชีพรับจ้าง ภูมิภูมิลำเนากรุงเทพมหานคร

CC : ปวดท้องมาก 1 สัปดาห์ ก่อนมาโรงพยาบาล

PI : 3 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปวดท้องมากบริเวณชายโครง

ขวา ปวดแน่นจากซ้ายตบะลงถึง ปวดไม่สัมพันธ์กับมื้ออาหาร ปวดครั้งละ 1-2 ชม. ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน ไม่มีไข้ ไม่มีน้ำหนักลด

1 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล ปวดท้องมากขึ้น ปวดมากตอนกลางคืน ปวดวันละ 1-2 ครั้ง เริ่มตัวเหลือง ตาเหลือง ไม่มีคันตามตัว ไม่มีอุจจาระสีซีด เริ่มมีไข้ต่ำๆ กินยาแล้วไม่ดีขึ้น

PH : ไม่มีประวัติเจ็บป่วยหรือโรคประจำตัวในอดีต ไม่เคยมีตัวเหลือง ตาเหลืองมาก่อน ไม่กินเหล้า ไม่สูบบุหรี่ ปฏิเสธการใช้ยาเสพติด, ยาสมุนไพร, ยาทุกชนิด

FH : ปฏิเสธโรคติดต่อร้ายแรงในครอบครัว

Physical examination

V/S : T 37.9 °C BP 130/90 mmHg P 80/ min RR 18/ min

GA : Thai male, febrile, good consciousness, no tachypnea

HEENT : not pale conjunctiva, moderate icteric sclera, no lymphadenopathy,

no chronic liver stigmata

Heart-Lung : normal

Abdomen : soft, mild tender of RUQ, no rebound tenderness, no superficial vein dilatation, liver span 15 cm, smooth surface and firm in consistency, no hepatic bruit, mild tender on percussion, spleen-dullness on percussion, no ascites

Extremities : no pitting edema

Investigations

CBC : Hb 12.1 g/dl, Hct 36.8%, WBC 16,400 /mm³ : PMN 67% L 25% M7% E1%, platelet 419,000/mm³

LFT : AST 138 ALT 60 ALP 498 U/L (98-279), Alb 2.9 Glo 4.8 g/dl, TB 21.3 DB 20.0 mg/dl

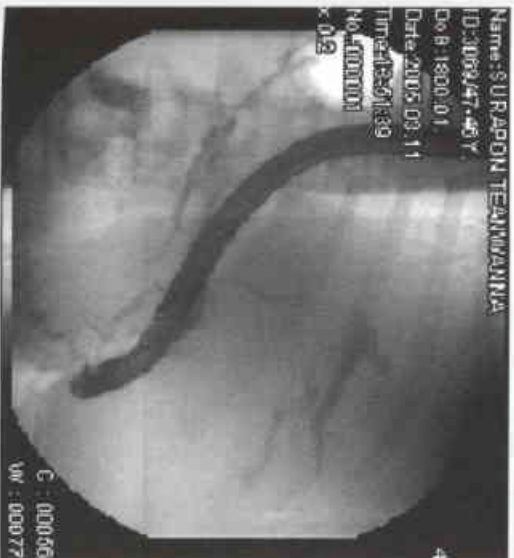
BUN 10 Cr 1.0 mg/dl

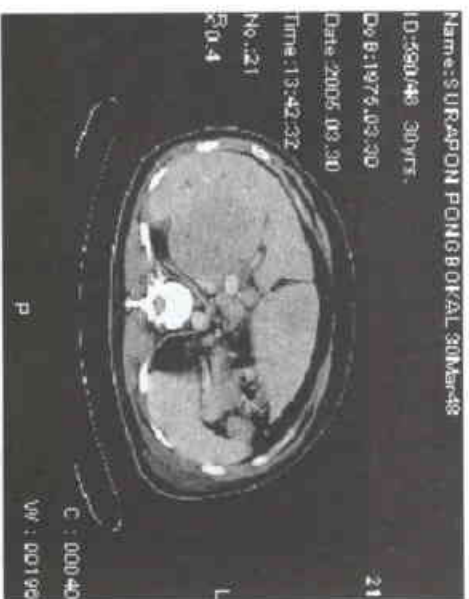
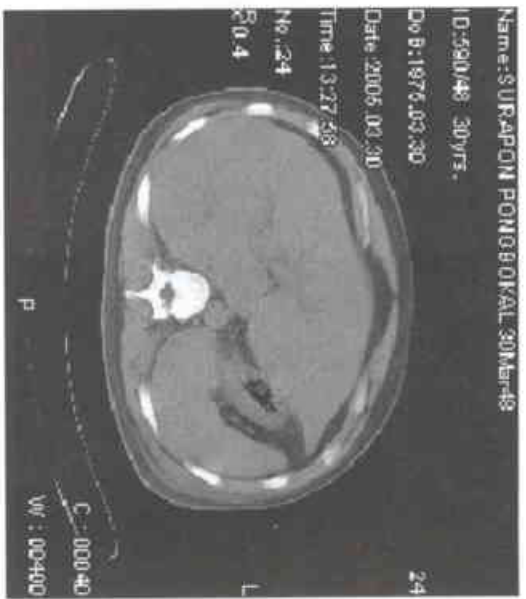
Anti-HIV : non - reactive

HBsAg : neg, AntiHBs : neg, AntiHbc : neg, AntiHCV : reactive

Discussion

จากประวัติและการตรวจร่างกายของผู้ป่วยรายนี้ ปัญหาก็คือ subacute ascending cholangitis with hepatosplenomegaly ในผู้ป่วยที่อายุไม่มาก โรคที่คิดถึงในขณะนั้นมากที่สุดก็คือ Caroli's disease เพราะผู้ป่วยในกลุ่มนี้จะมาด้วยอาการ ascending cholangitis and hepatomegaly โดยไม่อธิบายภาวะ splenomegaly ส่วนโรคที่คิดถึงอันดับรองลงมาคือ ascending cholangitis จากสาเหตุอื่นๆ เช่น CBD stone แต่ผู้ป่วยในนี้จะมีความ hepato-splenomegaly ส่วนโรคอื่นๆ ที่อยู่ในวินิจฉัยแยกโรค ได้แก่ hematological malignancy with hepatobiliary involvement เช่น leukemia หรือ NHL วินิจฉัยแยกโรคต่อมา ได้แก่ Cholangiocarcinoma with ascending cholangitis ซึ่งอธิบาย hepatosplenomegaly ได้ หรือ biliary tract infection with liver abscess





สรุป ในผู้ป่วยรายนี้ วินิจฉัยว่าเป็น Diffuse large B cell lymphoma of stomach from gastric biopsy หลังจากนอนโรงพยาบาล 7 วัน ผู้ป่วยมีอาการขาชาวมอง ต่อมกำเนิดที่ขาโต และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น DVT

และเริ่มให้การรักษาด้วย warfarin, chemotherapy with CHOP พบว่า ต่อมกำเนิดที่ยับลงอย่างรวดเร็วและได้รับการรักษาต่ออีก 5 เดือน อาการของผู้ป่วยแย่ลงและเสียชีวิตด้วย CMV pneumonitis

Gastrointestinal Lymphoma

นพ.สุเมธ เปลียนกลิ่น

วิทยาลัยแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

GI lymphoma นั้นพบได้ร้อยละ 4-20 ของ NHL ทั้งหมดโดย GI tract นั้นเป็น most common extranodal site of presentation ซึ่งในปัจจุบันนี้จากการศึกษา population based studies พบว่า อุบัติการณ์ของ GI-NHL ที่เป็น primary presentation นั้นเพิ่มขึ้น²² โดย GI-NHL นั้นพบร้อยละ 1-4 ของ GI malignancy ทั้งหมดซึ่งได้มีรายงานไว้ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1871 แล้วโดย Billroth การศึกษาต่างๆ ที่เป็น large series เกี่ยวกับ GI-NHL นั้นแสดงในตารางที่ 1²³ และในประเทศไทยได้มีการศึกษาว่า GI-NHL นั้นพบได้ ร้อยละ 9 ของ NHL ทั้งหมดในผู้ใหญ่¹⁰

สำหรับอวัยวะต่างๆ ใน GI tract นั้นพบว่ากระเพาะอาหารและลำไส้เล็ก มีการอุบัติการณ์เป็นอันดับ 1 และ 2 ตามลำดับ ส่วนในหลอดอาหารและลำไส้ใหญ่ นั้นพบได้น้อยมาก ในตารางที่ 2 ได้จำแนกลักษณะต่างๆ ที่เปรียบเทียบกับ GI-NHL ในอวัยวะต่างๆ เช่น predominant symptoms, proportion, histology, staging, 5-years survival ดังแสดงในตารางที่ 2 การที่จะแยกว่าเป็น primary GI-NHL หรือเป็น NHL with GI involvement นั้นคงต้องอาศัย clinical ต่างๆ เพราะจะมีผลต่อการวางแผนการรักษา การดำเนินของโรคซึ่งเราจะสงสัยว่าเป็น primary GI-NHL เมื่อ

- 1) ตรวจไม่พบว่ามีต่อมน้ำเหลือง peripheral โตขณะมีอาการ
- 2) ตรวจไม่พบ mediastinal adenopathy จากเอกซเรย์ปอด
- 3) มี peripheral blood smear ปกติ

- 4) มีการเกิดโรคเฉพาะส่วน GI tract
- 5) ตรวจไม่พบโรคที่ตับและม้าม และภาวะ staging ของ GI-NHL จะรายงานเป็น stage HIV ตามตารางที่ 3¹

ปัจจัยเสี่ยงต่อ GI-NHL^{12,13}

- 1) *Helicobacter pylori* infection เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญใน gastric lymphoma, MALT lymphoma
- 2) HIV เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด Burkitt's lymphoma
- 3) Solid organ transplanted recipient
- 4) Celiac disease (EATCL)
- 5) Inflammatory bowel disease เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อ colonic lymphoma
- 6) HCV infection อาจเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อ GI-NHL

ตารางที่ 1

Table 1. Recent Large Series of GI-NHL					
First Author	No. of Subjects	Distribution	Pathologic Classification	Staging System	Prognostic Factors
Radatzkewicz ²	307	244 stomach 63 intestine	Jasseron	Musshoff	Bulk Stage Histology
Morton ⁶	175	78 stomach 95 intestine	BNLI IWF	Ann Arbor, Manchester	MALT histology Stage Immunophenotype
d'Amore ⁷	306	175 stomach 109 intestine 2 both	Kel, IWF	Musshoff	Age B-syriptomis Stage LDH
Lang ⁸	425	238 stomach 184 intestine	IWF	Manchester	Age Histology Stage Bulk
Koch ⁹	279	208 stomach 51 intestine 19 both	Kel	Musshoff	NS

Abbreviations: IWF, International Working formulation; NS- not stated; BNLI- British National Lymphoma Investigators

ตารางที่ 2

Table 2. Clinical Features of Primary GI-NHL			
Feature	Stomach	Small Intestine	Colon/Rectum
Predomnant symptoms	Pain Nausea, vomiting Weight loss Bleeding	Pain Obstruction Weight loss Malabsorption	Pain Bleeding Diarrhea
Proportion of GI-NHL	55-65%	25%-35%	10%-15%
Predominant histology	MALT Diffuse large B cell	Diffuse large B cell T cell Burkitt's Lymphoblastic	Diffuse large B cell MALT
Stage at presentation	I II ^{1,2} IV	25% 30% 45%	30% 20% 50%
5-year survival	70%-85% 35%-60%	40%-60%	30%-40%
Stage I			
Stage II		20%	

นอกจากนี้ยังมีโรคอื่นๆ ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อ GI-NHL อีก ได้แก่ Rheumatoid arthritis, SLE, Sjogren's syndrome, Wegener's granulomatosis, Wiskott-Aldrich syndrome, Severe combined-immunodeficiency syndrome, Ataxia telangiectasia, X-linked agammaglobulinemia

สำหรับการตรวจพบเชื้อ *H. pylori* ใน gastric lymphoma นั้นอาจพบได้ทั้งร้อยละ 60 โดยที่ไม่มีความสัมพันธ์กันในทางคลินิกทั้งจากการลักษณะทางพยาธิวิทยา

ในเรื่องความสัมพันธ์ของ HCV และ lymphoma นั้นมีรายงานมากมายเกี่ยวกับความสัมพันธ์ดังกล่าวซึ่งมักจะมีทั้งในแง่สัมพันธ์และไม่ได้สัมพันธ์กับการเกิด lymphoma และรายงานต่างๆ นั้นมาจากประเทศที่มีความชุกของโรค HCV infection ในอัตราที่สูง เช่น อิตาลีและญี่ปุ่น โดยมีความสัมพันธ์ทั้ง low grade, intermediate grade และ high grade lymphoma และอาจพบว่า essential mixed cryoglobulinemia อาจจะเป็นปัจจัยเสี่ยงในการกลายแป็น lymphoma ได้ มีการทำ meta-analysis จากปี ค.ศ. 1991-2002 โดย Keitaro M¹ จาก 23 การศึกษามีผู้ป่วย NHL 4,049 คน พบว่าค่า OR for NHL 5.7 (95% CI 4.1-7.9) ; p-value < 0.01 และทำ subgroup analysis เฉพาะ B cell พบว่าค่า OR 5.0 (95% CI 3.6-7.1) ; p value < 0.01 ซึ่งพบว่า HCV นั้นสัมพันธ์กับการเกิด lymphoma ซึ่ง HCV related B cell lymphoma นั้นมักจะมีอาการที่มาด้วย extranodal manifestation และมักจะมีสัมพันธ์กับ essential mixed cryoglobulinemia ถึงร้อยละ 30 โดยพบว่า mean latency period ประมาณ 15 ปี หลังจากมี HCV infection แล้ว

ตารางที่ 3

Staging of GI-NHL

- IE : lymphoma confined to mucosa and submucosa
 - IIE : Lymphoma extending beyond submucosa
 - IIE : Infiltration of regional lymphoma
 - IIE : Infiltration of LN
 - IIE : Infiltration of LN both sides of the diaphragm
 - IV : disseminated to non GI tract organ
- Ann Arbor staging of non GI tract organ

1) Gastric lymphoma

พยาธิกำเนิด

เนื่องจาก gastric lymphoma นั้นนอกจาก MALT lymphoma แล้ว most common cell type จะเป็น diffuse large B cell lymphoma (DLBCL) จาก *H. pylori* พยาธิกำเนิดอาจเริ่มต้นมาจาก MALT lymphoma หรือไม่ก็ได้ ซึ่ง DLBCL นั้นอาจจะ transformed มาจาก low grade MALT หรือไม่ก็ได้ การเกิด DLBCL นั้นอาจจะเริ่มมาจาก chronic *H. pylori* infection แต่มีการกระตุ้น T cell โดยตัวเชื้อโรคเองและมีการ proliferation ของ clonal neoplastic B cell จนกลายแป็น MALT lymphoma และมีการ loss ของ p53, p16 หรือมี DNA miss match ร่วมกับ somatic mutation จนกลายแป็น DLBCL ในที่สุด ใน DLBCL นั้น immunophenotype จะเป็น CD₁₉⁺ CD₂₀⁺ CD₂₂⁺ และ CD_{79a}⁺ แต่ MALT lymphoma จะเป็น CD₂₀⁺ CD_{79a}⁺ CD₁₀⁺ CD₁₃₈⁺ และ T cell จะเป็น CD₃⁺ CD₄⁺ CD₂₅⁺ CD₁₃₈⁻ ซึ่งจะมี immunophenotype ที่แตกต่างกัน

อาการทางคลินิก

อาการและอาการแสดงของผู้ป่วย GI-NHL นั้นมีความแตกต่างกัน ปัจจัยที่จะทำให้เกิดความแตกต่างกันก็คือตำแหน่งที่มี involvement อาการใน

gastric NHL นั้น มักจะพบว่ามีอาการปวดได้มากกว่าที่ลุกลามร้อยละ 70¹⁴ นอกจากนั้นยังพบว่ามีการคัดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น, คลื่นไส้อาเจียน, ไข้, กระเพาะทะลุ, gastric outlet obstruction, ก้อนในช่องท้อง, ต่อมน้ำเหลืองโต, กลืนลำบากได้ด้วย ส่วนอาการ B symptoms เช่น เบื่ออาหาร, ผอมลง, ไข้หนาวสั่น, อ่อนเพลีย ก็พบได้

ระยะของโรค

Staging นั้นมีความสำคัญมากในการบอกพยากรณ์ของโรคในระยะเริ่มทุกชนิด NHL ปกติจะใช้ของ Ann Arbor staging แต่ GI-NHL นั้นอาจจะตัดแปลงไว้ชื่อของ Muschoff¹⁵ ซึ่งจะเหมาะสมกว่าในแง่ของ clinical application และเป็นที่ยอมรับกันมากกว่า ดังแสดงในตารางที่ 3

การทำ staging ใน gastric lymphoma นั้นจำเป็นต้องซักประวัติอย่างละเอียด ตรวจร่างกายอย่างรอบคอบ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องครบถ้วนการส่งตรวจชิ้นเนื้อที่เรียกว่า Hemogram, CBC, LDH, LFT, Cr, protein electrophoresis, immunoelectrophoresis, chest x-rays, Glendoscopy, CT abdomen and chest, Bone marrow study และ Waldayer's ring เสมอ

Gastric lymphoma นั้นพบน้อยกว่าร้อยละ 5 ของ CA stomach เพราะกว่าครึ่งมากจะเป็น adenocarcinoma แต่เป็นชนิดที่พบได้บ่อยที่สุดของ extranodal lymphoma และมักจะพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง 2 ต่อ 1 อายุโดยเฉลี่ยโดยประมาณ 60-65 ปี และมากกว่า ร้อยละ 90 จะเป็น B cell type และเป็น DLBCL ได้ร้อยละ 50 มักพบ immunophenotype CD¹⁹⁺ CD²⁰⁺ CD²²⁺ CD^{79a+} CD⁴⁵

การวินิจฉัย

การวินิจฉัย gastric lymphoma นั้นต้องอาศัยประวัติของผู้ป่วย, การตรวจร่างกาย, การตรวจวินิจฉัยทางพยาธิวิทยา และการตรวจทาง immunohistochemistry ร่วมกัน ซึ่งจะสามารถบอกลักษณะของ lymphoma ทางพยาธิวิทยา

บอกระยะของโรค รวมทั้งจะเป็นแนวทางในการวางแผนการรักษาต่อไปซึ่งผู้ป่วยโดย DLBCL มักจะมีการกระจายของระบบทางเดินอาหารนำมาก่อน ร่วมกับมีอาการ B symptoms

ซึ่ง gastric lymphoma นั้นอาจจะพบว่า normal LDH ได้ถึงร้อยละ 80 และอาจพบว่ามี localized disease ในระยะแรกที่ตรวจพบโรคดังนั้นการตรวจวินิจฉัยโดยการส่องกล้องในทางเดินอาหารจึงมีความสำคัญเพราะว่าลักษณะของโรคนั้นอาจจะมีความแตกต่างกันได้ มักจะเป็น large ulcer, mass หรือเป็น shallow ulcer ก็ได้ ลักษณะอื่นๆ ที่พบได้อาจจะพบว่า มี mucosa บวม, bleedง่าย, มี patchy redness, irregular patchy

ลักษณะทาง gastroscopic finding ที่อาจจะแตกต่างกันใน primary GI-NHL กับ secondary GI-NHL¹⁶ ถ้าเป็น primary มักพบว่ามีโรคที่เป็นที่ corpus และ antrum และเป็น unifocal with ulcerative infiltration และขนาดมักจะมีมากกว่า 5 ซม. และถ้าเป็น secondary GI-NHL มักจะเป็นที่ fundus เป็น multifocal lesion อาจไม่ค่อยเห็น ulcer และขนาดมักจะมีเล็กกว่า 5 ซม.

การตรวจวินิจฉัยทางรังสีวิทยา การทำ CT scan พบว่าร้อยละ 85 จะมีการบวมขึ้นของ gastric fold หรือพบ mass ซึ่งก็พบได้เช่นเดียวกับถ้าทำ MRI ในการทำ EUS อาจจะสามารถบอกความลึกในการ invasion ของ tumor ได้เป็น horizontal extension

ลักษณะทาง Histology

DLBCL นั้นมีลักษณะทาง gross anatomy จะพบเห็นเป็น large ulcer และลักษณะทาง histology จะเห็นเป็น cluster ของกลุ่ม lymphoma cell มารวมกันเป็นกลุ่มๆ และจะเป็นลักษณะของ large cell infiltration ซึ่งก็คือ immunoblast¹⁷ ดังแสดงในรูป ซึ่งในการตรวจยืนยันว่าเป็น B cell in origin ต้องตรวจ B cell antigen จาก immunophenotype แล้วพบ CD¹⁹⁺ CD²⁰⁺ CD²²⁺ CD^{79a+} และ CD⁴⁵ แต่จะไม่พบ CD¹⁰ เพราะ CD¹⁰ มักจะมาจาก low grade lesion มากกว่า

2) Small bowel lymphoma

จัดเป็น second most common of primary GI NHL พบได้ร้อยละ 20 จากอุบัติการณ์ทั้งหมด พบ B cell type ร้อยละ 75 - 95 และพบ T cell type ได้ร้อยละ 10-25 อาการและอาการแสดงมีความหลากหลายขึ้นอยู่กับบริเวณของลำไส้เล็กที่เป็นโรคว่าเป็นบริเวณใด อาการและอาการแสดงดังกล่าว ได้แก่ อาการปวดท้อง, ความอยากอาหารลดลง, มอมนลงน้ำหนักลด, คลื่นไส้ อาเจียน, ไข้ต่ำๆ หรือ B symptom, ท้องผูกเรื้อรัง, ท้องเสียเรื้อรัง, ลำไส้ทะลุ, เลือดออกในระบบทางเดินอาหาร. ลำไส้จุดเด่นหรือ severe malabsorption ในผู้ป่วยบางรายก็อาจมาด้วยอาการใน early stage ได้ เพราะมีเลือดออก

Small bowel B cell lymphoma นั้นพบได้มากกว่า T cell อาการที่นำมาคือปวดท้อง, น้ำหนักลด หรือท้องเสียเรื้อรังจัดว่าเป็น chemoresponsive tumor มากกว่า T cell การรักษา small bowel lymphoma นั้นขึ้นอยู่กับอาการที่นำมา เช่น ถ้ามีลำไส้จุดเด่นก็อาจจะได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดแล้วพบก้อนมะเร็ง จึงได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดตามมา เพราะการรักษาในผู้ป่วยแต่ละคนจะมีความแตกต่างกันออกไป และมักจะได้นยาเคมีบำบัดร่วมด้วย

Small bowel T cell lymphoma มักจะเป็น Enteropathy associated T cell lymphoma (EATCL) ซึ่งมักจะสัมพันธ์กับ Celiac disease มีการศึกษาติดตามผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวพบว่ามีโอกาสที่จะเกิด T cell (EATCL) มากกว่าในผู้ป่วยกลุ่มนี้ เมื่อเทียบกับกรเกิด B cell และ EATCL นั้นเป็น tumor ที่ aggressive มาก บางครั้งอาจมาด้วย perforation และเป็น tumor ที่พบใน small bowel มากที่สุด แทนจะไม่พบในอวัยวะอื่นเลย ใน EATCL นั้น จะพบว่ามีการแสดงอาการแสดงคล้ายคลึงกัน และพบว่ามีการ immunophenotype เป็น CD₃, CD₄, CD₈, CD₁₀₃ ซึ่งเป็น marker T cell type ซึ่งใน EATCL นั้นไม่ค่อยตอบสนองกับ chemotherapy เหมือน B cell type

Multiple lymphomatous polyposis นี้เป็น GI tract polyps มากมายใน lumen เป็น B cell in origin มักจะมาด้วยอาการปวดท้องและเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร อาจจะมีพบได้ทั้งใน small bowel และ colon โดยมักจะพบที่ IC valve มีความผิดปกติของ t (14 ; 18) (q32 ; q21) Bcl-2 rearrangement และมี immunophenotype คือ CD₅, CD₁₀, CD₁₉, CD₂₀, CD₂₄ มักจะสัมพันธ์กับ mantle cell lymphoma ซึ่งการรักษาให้เคมีบำบัดเหมือนกัน

Burkitt's lymphoma พบตลอด GI tract มักจะพบมากที่ distal ileum, caecum และ IC valve มีความสัมพันธ์โดยตรงกับการติดเชื้อ HIV และ EBV อาจมีความสัมพันธ์กับ rearranged of c-myc และมี immunophenotype คือ CD₅, CD₁₀, CD₁₉, CD₂₀, CD₂₂, CD₂₄ สำหรับ Burkitt's lymphoma นั้นจัดเป็น highly aggressive tumor มักพบในเด็กและผู้ป่วย AIDS เป็นส่วนใหญ่

3) Esophageal lymphoma

พบได้น้อยมาก < ร้อยละ 1 ใน GI NHL ทั้งหมดมักจะพบเป็น report case มากกว่า พบเป็น B cell มาด้วยอาการกลืนลำบากจาก mass ใน esophagus การรักษาเหมือนกับ GI NHL อื่นๆ

4) Colonic lymphoma

พบน้อยมากเช่นกัน น้อยกว่าร้อยละ 1 ของ GI NHL ทั้งหมดมักจะสัมพันธ์กับ immunodeficiency status เช่น HIV อาการมัก nonspecific ทำให้วินิจฉัยโรคได้ล่าช้า มักพบ B cell type เป็นส่วนใหญ่เช่นกัน อาจจะมี ความสัมพันธ์กับ IBD ได้ การรักษาก็เหมือนกับ GI NHL อื่น

เอกสารอ้างอิง

1. Devasa SS, Fears T: Non-Hodgkin's lymphoma time trends: United States and international data. *Cancer Res*1992;52:5432s-40s (suppl).
2. Leena H,Jukka-Pekka M, Matti J, et al. Primary gastrointestinal non-Hodgkin's lymphoma. *Acta Oncol* 1997;36:69-74.
3. Ducreux M, Boutron M-C, Piard F, et al. A 15-year series of gastrointestinal non-Hodgkin's lymphomas: A population-based study. *Br J Cancer* 1998;77:511-4.
4. Billoth T: Multiple lymphome. Erfolgreiche behandlung mit arsenik. *Wien Med Wochenschr*1871;21:1066.
5. Radaszewicz T, Dirgosis B, Bauer P: Gastrointestinal malignant lymphomas of the mucosa-associated lymphoid tissue: Factors relevant to prognosis. *Gastroenterology* 1992;102:1628-38.
6. Morton JE, Leyland MJ, Hudson GV, et al. Primary gastrointestinal non-Hodgkin's lymphoma: A review of 175 British National Lymphoma Investigation cases. *Br J Cancer* 1993;67:776-82.
7. d'Amore F, Bincker H, Gronbaek K, et al. Non-Hodgkin's lymphoma of the gastrointestinal tract: A population-based analysis of incidence, geographic distribution, clinicopathologic presentation features, and prognosis. *J Clin Oncol* 1994;12:1673-84.
8. Liang R, Todd D, Chan TK, et al. Prognostic factors for primary gastrointestinal lymphoma. *Hematol Oncol*1995;13:153-163.
9. Koch P, Grothaus-Pinke B, Hiddemann W, et al. Primary lymphoma of the stomach: Three year results of a prospective multicenter study. *Ann Oncol* 1997;8:585-8 (suppl 1).
10. Sukpanichnant S, Udomsakdi-Auewarakul C, Fuchutrakool T, et al. Gastrointestinal lymphoma in Thailand: a clinicopathologic analysis of 120

- cases at Siriraj Hospital according to WHO classification. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 2004;35:666-76.
11. Musshoff K. Klinische stadlerenteilung der Nicht-Hodkin lymphoma. *Strahlen therapie* 1977;153:218-21.
 12. Cump M, Gospodarowicz M, Shepherd FA. Lymphoma of the gastrointestinal tract. *Seminar Oncol* 1999;26:324-37.
 13. Keituro M, Aaron K. Effect of HCV infection on the risk of NHL : A meta-analysis of epidemiological studies. *Cancer Sci* 2004;95:745-52.
 14. Sanchez-Buueno F , et al. Prognosis factor in primary GI NHL : A multivariate analysis of 76 cases. *Eur J Surg* 1998;100:3-14.
 15. Kolve M, Fischbach W, Greinier A , et al. Differences in endoscopic and clinicopathological features of primary and secondary gastric non-Hodkin's lymphoma. *Gastrointestl Endose* 1999;25:307-15.
 16. Franssila KO, Jaster N, Sivula A. Gastrointestinal non-Hodgkin's lymphoma: A population-based clinicopathologic study of 111 adult cases with follow-up of 10-15 years. *APMIS*1993;101:631-41.
 17. Taal BG, Burgers JMV, van Heerde P, et al. The clinical spectrum and treatment of primary non-Hodgkins lymphoma of the stomach. *Ann Oncol* 1993;4:839-46.

สมาคมฯ ของเราเล่าเท่าที่รู้ การพัฒนาระบบของสถาบันแพทย์ระบบ ทางเดินอาหารแห่งประเทศไทยในอดีต

นายแพทย์สมพนธ์ บุญญะบุยย์

โรงพยาบาลศรีวิชัยยศ

ตามที่ได้อ่านเรื่อง "สมาคมของเรา...เล่าเท่าที่รู้" ในจุลสารสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย มกราคม-กุมภาพันธ์ ปี พ.ศ. 2549 โดยมีประวัติการก่อตั้งสมาคมเมื่อ 19 กรกฎาคม ปี พ.ศ. 2503 ผมจึงคิดว่า น่าจะได้นำภารกิจของการสมาคมฯ ในช่วงหนึ่งที่ผมเข้าไปเกี่ยวข้องด้วย เราได้เป็นประวัติของสมาคม เพราะผมเองเป็นสมาชิกของสมาคมในยุคต้นๆ หลังจากกลับจากอเมริกา และได้มีโอกาสเรียน GI กับ Professor Bockus เจ้าพ่อโรคระบบทางเดินอาหารที่ Graduate School of Medicine ที่ University of Pennsylvania จึงให้ความสนใจในโรคนี้ เมื่อกลับประเทศไทยก็ได้เข้าประชุมประจำปีของสมาคมโรคทางเดินอาหารครั้งสุดท้ายที่โรงพยาบาลประสาทพญาไท เพราะอาจารย์ประสพ รัตนากร เป็นเลขาธิการสมาคม อาจารย์อุดม โปษะกฤษณะ และอาจารย์ภักจ วิจารณ์ฐิติ เป็นผู้นำ แต่ได้ทราบว่าเกิดมี conflict ระหว่างเตียงเรียนแพทย์ศิริราช จุฬาฯ และเตียงใหม่ หลังจากนั้นสมาคมจึงไม่มี activity ไปหลายปี จนผมได้ย้ายมาเป็นหัวหน้าหน่วยโรคทางเดินอาหารและอายุรศาสตร์เขตร้อนที่รามธิบดีใน ปี พ.ศ. 2512 ซึ่งอาจเป็นหน่วยวิชาการแห่งเดียวในโลกที่ได้รวม 2 สาขาเข้าด้วยกันเพราะผมเห็นว่าในประเทศเราโรคทั้ง 2 ระบบนี้เกี่ยวข้องกันอย่างมากจึงขอตั้งเป็นหน่วยนี้ขึ้น ซึ่งเราเริ่มสอนนักศึกษาแพทยารามาธิบดีรุ่น 1 เป็นต้นไป เราได้จัด GI Grand Round ขึ้นเป็นประจำทุกสัปดาห์และเป็นที่ยอมรับของ intern, resident และนักศึกษาแพทยอื่นๆ เพราะเรามีอาจารย์โรคทางเดินอาหารที่กลับจากต่าง

ประเทศ 3 คน คือ นายแพทย์อุดม หะรินสุต นายแพทย์เกรียงไกร อัครวงศ์ และอาจารย์สุชา ตูระทอง ทางศิษย์มีศิษย์แพทย์ชื่อดัง 2 คน คือ นายแพทย์จินดา สุวรรณรัตน์ และนายแพทย์ทองดี ชัยพานิช และยังมีรังสีแพทย์ที่ให้ความรู้ครบครันแก่ที่ประชุม คือ นายแพทย์จิจิโรจน์ สุชาติ เรามี case ที่น่าสนใจและอภิปรายกันอย่างสนุกสนานและได้ความรู้มาก ต่อมาเราจึงจัดเป็นการประชุมโรคทางเดินอาหารประจำปีเดือน โดยผมเชิญเพื่อนรุ่นเดียวกันที่อยู่ GI ที่ศิริราช คือ นายแพทย์อุกฤษดิ์ เปล่งวาณิช ที่จากพวกเขาไปแล้ว และนายแพทย์สมหมาย วิไลรัตน์ หัวหน้าทางเดินอาหารจากจุฬาฯ มาประชุมกันทุกเดือนที่รามธิบดี จนทำให้การประชุมนี้โด่งดังมาก ครั้งหนึ่งอาจารย์วิกิจ วิจารณ์ฐิติ ได้เข้าร่วมประชุมด้วยได้เห็นบรรยากาศทางวิชาการที่โดดเด่น อาจารย์จึงบอกผมว่า อยากรขอให้จัดในนามของสมาคมโรคทางเดินอาหารที่เรามี activity ไปหลายปีแล้ว เป็นการรื้อฟื้นกิจกรรมของสมาคมขึ้นมาใหม่ เราจึงได้จัดการฟื้นคืนชีพสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทยขึ้นอีกครั้ง และหลังจากนั้นได้มีการดำเนินงานต่อเนื่องมาจนถึงวันที่สมาคมแข็งแกร่งแล้วผมได้ทยอยตัวเองออกมาเพื่อมาทำงานให้สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย

ดังนั้น เพื่อให้ประวัติของสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทยมีความสมบูรณ์ ผมจึงขอให้ข้อมูลข้างต้นนี้แต่สมาชิกของสมาคมปัจจุบัน ซึ่งเป็นแพทย์รุ่นใหม่จะได้ทราบการฟื้นคืนชีพของสมาคมครั้งหนึ่งในอดีตก่อนจะมาถึงวันนี้ และต้องขอขอบคุณแพทย์ที่ผมได้เอ่ยชื่อไว้ทั้งหมด ที่มีส่วนในการทำให้สมาคมที่สำคัญที่สุดแห่งหนึ่งของการแพทย์ไทย ได้กลับมาทำประโยชน์ให้แก่การแพทย์ไทยและชะงักโลกอย่างในปัจจุบัน

นายแพทย์สมพนธ์ บุญญะบุยย์
19 เมษายน 2549

สรุปความเป็นมาของวารสาร

“7 years itch : Thai Journal Gastroenterology”

การจัดทำ Thai Journal Gastroenterology โดยสมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย ได้เริ่มต้นมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2538 ในสมัยที่อาจารย์พิเศษ กุลละวณิช เป็นนายกสมาคม โดยมีบรรณาธิการที่ทำวารสารคนแรกคือ อาจารย์สิน อนุราษฎร์ แต่ต่อมาชื่อชุดชื่อของบางประการทำให้งานฝ่ายวารสารหยุดไป และต้องทำการตั้งประธานฝ่ายวารสารขึ้นมาใหม่เพื่อจะได้ดำเนินงานเรื่อง Journal of Gastroenterology ต่อไป ซึ่งก็เพื่ออาจารย์สุธา คุระทอง มารับผิดชอบคือในสมัยของ อาจารย์กรณิการ์ เป็นนายกสมาคม และในที่สุดสมาคมก็มีการจัดทำ Thai Journal of Gastroenterology ต่อไปได้โดยเน้นเรื่องงานวิจัยและวิชาการแต่เพียงอย่างเดียว ซึ่งมีความแตกต่างไปจากจุลสารสมาคมฯ โดยลักษณะมีทั้งบทความที่เป็นทั้งภาษาไทยและอังกฤษในช่วงแรก ซึ่งออกเผยแพร่ในปี พ.ศ. 2543 และดำเนินการต่อเนื่องมาจนถึงปี พ.ศ. 2545 หลังจากที่มีวารสารสมาคมฯ ออกมาทั้งหมด 3 เล่ม แล้ว จึงมีการเปลี่ยนบรรณาธิการคนที่ 3 คือ อาจารย์รังสรรค์ ฤกษ์นิมิต ที่กรุณารับผิดชอบต่อเนื่องในสมัยของนายกสมาคมคนใหม่คือ อาจารย์บัญชา โอวาทพรพร โดยได้ให้ชุดที่วารสารขึ้นมาในรูปแบบคล้ายเดิมแต่จัดทำเป็นฉบับภาษาอังกฤษทั้งหมด และดำเนินการให้ออกตรงเวลาและสม่ำเสมอ คือ ออกทุก 4 เดือน โดยใน 3-4 ปีที่ผ่านมา (ปี พ.ศ. 2546-2549) ก็ได้รับความร่วมมือจากอาจารย์ในหลายสถาบันที่ช่วยส่งบทความที่น่าสนใจ รวมถึงได้รับการสนับสนุนจากท่านนายกสมาคม อาจารย์บัญชา อาจารย์ศกพร และประธานฝ่ายวิจัย อาจารย์ภัทร ที่กำหนดให้แพทย์ผู้ช่วยอาจารย์ทำผลงานวิจัยเสร็จแล้วให้เขียนลงตีพิมพ์ในวารสารนี้เป็น original articles อย่างไรก็ตาม ปัญหาของวารสารในประเทศไทยของหลาย ๆ สมาคมหรือของราชวิทยาลัยก็คือ ปัญหาการขาดแคลน

บทความนิพนธ์ต้นฉบับ และทำให้กองบรรณาธิการต้องพยายามติดต่อผู้เขียนหรือแม้แต่เขียนเอง จึงเป็นการหนักและใช้เวลานานมาก

อย่างไรก็ตาม อาจารย์รังสรรค์และกองบรรณาธิการ ก็ดำเนินการได้ตามเป้าหมายคือ ออกวารสารได้ตรงตามกรอบเวลาและมีเนื้อหาหลักครบถ้วนมาถึง 4 ปี และน่าจะเป็นพื้นฐานที่ดีต่อการพัฒนาคุณภาพของวารสารให้ดียิ่งขึ้นต่อไป หากยังคงได้รับการสนับสนุนจากทุกๆ ฝ่าย...ดังที่ ท่านอาจารย์ เต็มชัย ไชยบุจิต ได้บรรยายไว้ในหัวข้อ “Evolution of GI Association: Look at them and explore us” ในงานประชุมวิชาการประจำปี พ.ศ. 2548 ว่า “...วัตถุประสงค์ของสมาคมฯ ก็คือ บำรุงส่งเสริมและเผยแพร่วิทยากรทางการแพทย์และการวิจัยเกี่ยวกับโรคระบบทางเดินอาหาร” สำหรับวารสารและวิจัยนั้น เราไปถึงได้ครับแต่ต้อง Planking และต้องใช้เวลา แต่ผมไม่ทราบ ว่าต้องใช้เวลานานแค่ไหน คงต้องใช้เวลาพอสมควร ส่วนประการสุดท้ายก็คือ ผมไม่อยากจะเข้าไปมากหรอก แต่ว่าเป็น Best hour for time และเราต้องเป็น Leadership and Gastroenterology ครับ...”

และในท้ายที่สุด ขอบันทึกความตั้งใจและความพยายามของอาจารย์อาวุโสหลาย ๆ ท่านที่ช่วยกันผลักดันให้วารสารของสมาคมก้าวอย่างมาได้จนถึงปีที่ 7 และเชื่อว่าก็จะก้าวต่อไปได้อย่างมั่นคง

รายงานการประชุมคณะกรรมการอำนวยการสหภาพฯ ครั้งที่ 5/2541 ณ โรงแรมโกลด์วิวทาวเวอร์ กรุงเทพฯ วันศุกร์ที่ 28 สิงหาคม 2541

...นายแพทย์สุวิมล นิตะนันท์ นายกสมาคมฯ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบเกี่ยวกับการที่ขณะนี้นายแพทย์สิน อนุราษฎร์ ได้ขาดการติดต่อไป ดังนั้นประธานฝ่ายวารสารจึงว่างลง จึงจะขอความคิดเห็นเห็นจากที่ประชุมจะให้การตั้งประธานฝ่ายวารสารขึ้นมาใหม่หรือยังคงไว้เช่นเดิม เพื่อจะได้ดำเนินการเรื่อง Journal of Gastroenterology ต่อไป

ที่ประชุมมีการอภิปรายกันอย่างกว้างขวางและมีมติเห็นชอบให้นายแพทย์ทองดี ชัยพานิช ร่วมกับคณะอนุกรรมการฝ่ายวารสาร พิจารณาดูว่าจะดำเนินการต่อไปอย่างไร และแจ้งให้ที่ประชุมทราบในคราวต่อไป...

รายงานการประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯ ครั้งที่ 2/2542 ณ โรงแรมโกลด์วิวทาวเวอร์ กรุงเทพฯ

วันศุกร์ที่ 12 กุมภาพันธ์ 2542

...แพทย์หญิงกรรณิการ์ พรพัฒน์กุล ได้ขอความเห็นจากที่ประชุมว่า
สมาคมฯ จะดำเนินการจัดทำวารสารของสมาคมฯ ต่อไปหรือไม่

ข้อเสนอเพื่อพิจารณาคือ ถ้าจะจัดทำ Journal ต่อไป

การได้

1. ต้องปรับปรุงคุณภาพให้เป็นที่ยอมรับในการขอผลงานทางวิชาการได้

2. กองบรรณาธิการต้องเป็นผู้ที่มีประสบการณ์สูงและมีความรับผิดชอบด้านเนื้อหา จะต้องเป็นผู้มีเวลา และสามารถหา Sponsor ให้ได้ หรือว่ายอมลงทุนโดยสมาคมฯ

ในการนี้จะไม่ทำ ก็ให้พยายามที่จะพิมพ์ใน International Journal ให้ได้มากที่สุด

1. ปรับปรุงคุณภาพงานวิจัยให้ดีขึ้น

2. ทา English writer มาช่วยแปลภาษาอังกฤษให้

3. ติดต่อกับ พี่ผู้ชักจูง Editorial Board เขียนขอคำแนะนำและขอการสนับสนุนให้ได้ลงตีพิมพ์ในวารสารฟรี

4. ใช้ประโยชน์จากงานวิจัยของ Fellow โดยให้ขอการยืมปรึกษาโดยช่วยเหลือหรือดำเนินการต่อไปงานวิจัยนั้นถ้าเริ่มมีคุณภาพจนตีพิมพ์ได้ ซึ่งแต่ละปีจะมีผลงานออกมามากพอสมควร

ที่ประชุมมีมติให้ดำเนินการทำวารสารสมาคมฯ ต่อไปโดยมอบหมายให้แพทย์หญิงกรรณิการ์ พรพัฒน์กุล ดำเนินการพิจารณาหาประธานในการจัดทำวารสารสมาคมฯ...

จุลสารสมาคม ฉบับที่ 31 ปีที่ 7 พฤษภาคม 2542

...การทำวารสารของสมาคมฯ

อาจารย์สุชา คุระทอง กรุณาปรับเป็นบรรณาธิการวารสารของสมาคมฯ

ซึ่งดิฉันรู้สึกเป็นพระคุณอย่างสูง เนื่องจากการทำวารสารนั้นไม่ใช่ทางง่าย ต้องเป็นผู้เสียสละเวลามาก แต่อาจารย์ก็ยอมทำเพื่อสมาคมฯ ดิฉันก็หวังว่าพวกเรารุ่นๆ คนต้องช่วยอาจารย์ด้วย เพื่อให้สมาคมฯเรามีศักยภาพที่ระดับหนึ่ง...

แพทย์หญิงกรรณิการ์ พรพัฒน์กุล (สารจากนายกสมาคม...)

จุลสารสมาคม ฉบับที่ 33 ปีที่ 7 ตุลาคม 2542

...หนังสือ Gastroenterology Journal of Thailand เล่มแรก เริ่มเป็นรูปเป็นร่างแล้ว อาจารย์สุชา คุระทอง และกองบรรณาธิการก็ได้กรุณาจัดทำอย่างไม่เห็นแก่เหน็ดเหนื่อย คิดว่าเราจะได้เห็นโฉมหน้าของหนังสือเร็วๆ นี้ ขอความกรุณาท่านสมาชิกส่งบทความการวิจัยไปที่กองบรรณาธิการเพื่อลงพิมพ์ ซึ่งถ้าเราช่วยกันมาตรวจการแพทย์ของเราจะดีขึ้นเรื่อยๆ

แพทย์หญิงกรรณิการ์ พรพัฒน์กุล (สารจากนายกสมาคม...)

จุลสารสมาคม ฉบับที่ 35 ปีที่ 8 ตุลาคม 2543

...เป็นระยะเวลาเกือบ 8 เดือน ที่ดิฉันไม่ได้รายงานกิจการต่างๆ ให้สมาชิกทราบ เนื่องจากเรางดออกจุลสารสมาคมฯ ขณะนี้ทางคณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯ มีมติให้ออกจุลสารสมาคมฯ ตามคู่ไปกับวารสารสมาคมฯ โดยจุลสารมีจุดประสงค์ให้สื่อข่าวสารของสมาคมเป็นหลัก ดิฉันจึงมีโอกาสดูติดต่อกับท่านสมาชิกมาตลอด...

แพทย์หญิงกรรณิการ์ พรพัฒน์กุล (สารจากนายกสมาคม...)

จุลสารสมาคม ฉบับที่ 37 ปีที่ 9 กุมภาพันธ์ 2544

...ด้านวารสารทางวิชาการ ขณะนี้ก็มี The Thai Journal of Gastroenterology พิมพ์ออกมาแล้ว 2 ฉบับ โดยได้รับความกรุณาจากอาจารย์สุชา คุระทอง ซึ่งเป็นบรรณาธิการ ตลอดจนคณะกรรมการของกองบรรณาธิการ และฉบับต่อไปก็กำลังจะออกตามมา ขอเชิญชวนท่านสมาชิกที่มอบบทความและผลงานวิจัย สามารถส่งเข้ามาได้นะคะ จุลสารสมาคมที่ทยอยไประยะหนึ่งแต่ด้วยเสียงเรียกร้องของสมาชิก ขณะนี้ใกล้จะมาตามปกติ...

แพทย์หญิงกรรณิการ์ พรพัฒน์กุล (สารจากนายกสมาคม...)

Volume	Number	Month/Year	Editors	Associate Editors	Image in GI-Hepatology	Case reports	Digestive Endoscopy Corner
1	1	JUL-SEP / 1995	Sim Anuras	Nusont Kiadcharoen Virasak Wongpatitoon	-	- GI - Gastricostomiasis - Hepatic Leiomyosarcoma	-
2	1-2	JAN-AUG / 2001	Sucha Kurathong	Chutima Pramodsinsap Karnorn Paosavasiti	- Biliary Ascariasis causing acute pancreatitis - Supplement	- Hepatitis associated Barakol - Supplement	- Tuberculosis of colon
3	1	JAN-DEC / 2002	Sucha Kurathong	Chutima Pramodsinsap Karnorn Paosavasiti	- Supplement	- Supplement	- Supplement
4	1	MAY-AUG / 2003	Rungsun Rekrinmitr	Chutima Pramodsinsap Sombat Teeprasertsuk	- Mirizzi syndrome - Oriental Cake	- Obscure GI Bleeding by jejunal AVM - Colonic intussusception	- Colonic ulcer caused by pill - Pancreas divisum - Heterotrophic pancreas
4	2	SEP-DEC / 2003	Rungsun Rekrinmitr	Sombat Teeprasertsuk	- Imaging of pancreatic cystic neoplasm	- Herxoch-Schonlein Purpura - Dieulafoy's lesion / Diaphragmatic rupture	- Herpes simplex esophagitis
5	1	JAN-APR / 2004	Rungsun Rekrinmitr	Sombat Teeprasertsuk	- Imaging of focal liver mass	- Epithelioid hemangioendothelioma of liver	- Sigmoid diverticulitis - Ampullary CA / RT-proctitis
5	2	MAY-AUG / 2004	Rungsun Rekrinmitr	Sombat Teeprasertsuk	- Imaging of Budd-Chiari syndrome	- EBV Hepatitis	- Portal hypertensive colopathy - Puetz-Jegher syndrome
5	3	SEP-DEC / 2004	Rungsun Rekrinmitr	Sombat Teeprasertsuk	- Von Hippel-Lindau syndrome	- Intraductal Papillary Cholangiocarcinoma - Blue rubber bleb syndrome	- Melanosis duodeni - Celiac sprue / Jejunal Hookworm
6	1	JAN-APR / 2005	Rungsun Rekrinmitr	Sombat Teeprasertsuk Supot Pongprasobchai	- Imaging of GIST	- Henoch-Schonlein Purpura - IHSF in adult	- Crohn's / Duodenal varices - Candida / Pill esophagitis
6	2	MAY-AUG / 2005	Rungsun Rekrinmitr	Sombat Teeprasertsuk Supot Pongprasobchai	- Pneumoperitoneum - Virtual colonoscopy	- Gastric amyloidosis with UGIB	- HSP / Barrett's esophagus - Colon CA / Erosive esophagitis
6	3	SEP-DEC / 2005	Rungsun Rekrinmitr	Sombat Teeprasertsuk Supot Pongprasobchai Nusont Kiadcharoen	- Spectrum of Nodules in cirrhosis : MRI Appearance	- GIST in liver - CMV infection in steroid-Native UC	- Extrinsic mass compress on at duodenum - GAVE / Severe UC - CMV colonic ulcer
7	1	JAN-APR / 2006	Rungsun Rekrinmitr	Sombat Teeprasertsuk Supot Pongprasobchai Nusont Kiadcharoen	- Spectrum of Nodules in cirrhosis : MRI Appearance	- GIST in liver - CMV infection in steroid-Native UC	- Extrinsic mass compress on at duodenum - GAVE / Severe UC - CMV colonic ulcer

ภาษาสาร:

จากแหล่งอ้างอิงเรื่อง CD วิชาการ

ศัพท์บัญญัติอังกฤษ-ไทย ฉบับราชบัณฑิตยสถาน

ไทย-อังกฤษ รุ่นที่ 1-1

จึงขอนำเสนอ “คำที่มักเขียนผิดบ่อยๆ” ให้เป็นที่รู้จักและนำไปใช้
เขียนในบทความวิชาการ ให้ถูกต้อง ดังต่อไปนี้

ก	แคลอรี
แก๊สเลือด	แคปซูล, ถุงหุ้ม
เกาต์	แคลเซียม
แกงมูลเข็น	โคม่า
กัญชากอน	คอเลสเตอรอล
กัญโคต	โครโมโซม
ไกลบูลิน	
กัญโคตคอร์ติโคอยด์	จ
ไกลโคเจน	เจริญม์, ล้ำไ้เล็กส่วนกลาง
การส่องตรวจกระเพาะ (gastroscopy)	จันส์, ตุ๊กต
ค	ช
คอร์อะตีนิม	ช็อก
คัลนิกา	
คอมพลิวเมนต์, ส่วนต่อเติม	
คาร์โบไฮเดรต	

ช	ช
ชิวสต์	ชิวสต์
เซลล์	เซลล์
ไซโทพลาสซึม	ไซโทพลาสซึม
ค	ค
คูเียตีนิม, ล้ำไ้เล็กส่วนต้น	
ท	ท
ทอนซิล	ทอนซิล
เทคโลโลยี	เทคโลโลยี
โทรรอยด์	โทรรอยด์
เทคนิค, กัลวรี	
น	น
นิวโตรฟิล, การชอบติดสีเป็นกลาง	
บ	บ
แบคทีเรีย, แบคทีเรียเมีย (ภาวะเลือด มีแบคทีเรีย)	
ย	ย
ยีสต์, ล่า ยูกิก	
ร	ร
รังสีเอกซ์ (X-ray)	
รีฟลิกซ์, ภิรยาสมองฉบับพจน์	
รีนาทอยด์	
รีเซปเตอร์, หน่วยรับความรู้สึก	
เร็กคัม, ใ้ตั้ง	
พ	พ
พิกัล, ฟอซ	
พลาสมา	
โพลิป, ตั้งเนื้อเนือก	
โพลอรซ์, กระเพาะส่วนปลาย	

ป	ป
ปรัลิต	
โปรตีน	
โปรโตซัว, ลัตวีเซลล์เดี่ยว	
ผ	ผ
ผักกอก, ผ่าไปรุ่ง	

- ล
 คามินาพรเพ็ญ, เนื้อเยื่อคอแต่เยื่อผนัง
 ลิ้มไฟแช็ค
 ลิ้มไพเราะ, มะเข็ญี่มน้ำเหลือง
 ฎ
 วิตามิน
 อ
 อะนาทีแล็กซีส (anaphylaxis)
 อัลตราซาวนด์, คลื่นเสียงควมถี่สูง
 อารักอน (argon)
 อิมบูลิน
 อิมบูไนล์, วิทยาภูมิคุ้มกัน

- ข
 ฮอริโมน
 ฮีมาโทคริต, ปริมาตรเม็ดเลือดแดงในเลือด
 เฮโมโกลบิน

ข้อสรุปแผนการดำเนินงานความร่วมมือ
 สมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย
 ร่วมกับ สมาคมแพทย์ส่องกล้องไทย
 วันศุกร์ที่ 12 พฤษภาคม พ.ศ. 2549 เวลา 10.00-11.30 น.
 ณ ห้องประชุม HALL C โรงแรมโนโวเทล ทิวธานีมาท ชะอำ จ.เพชรบุรี

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม

1. นพ.สถาพร มาโนสถิตติชัย
2. พญ.ชุติมา ประมุขสิงห์ทรัพย์
3. พต.อ.ต.นพ.สุจินต์ จารุจินดา
4. พต.ต.นพ.วิชัย ชัยประชา
5. พญ.ศศิประภา บุญญพิสิญ์
6. นพ.เกรียงไกร อัครวงค์
7. พญ.พนิดา ทองอุทัยศรี
8. นพ.องอาจ ไพรพัฒตราชกุล
9. นพ.ทวี รัตน์ชูเอก
10. นพ.รังสรรค์ ฤกษ์นิมิตร
11. พต.ต.นพ.สุรพล ชื่นรัตน์กุล
12. พญ.ภาพร จักรบุญกุล
13. นพ.สิริวัฒน์ อนุตนาพันธ์พงษ์
14. นพ.สมชาย ลีลาฤกษ์วงศ์
15. พอ.นพ.วาณิช ปิยะรัตนศรี
16. นพ.นัญชา โอวาทพร
17. นพ.จรินทร์ ใจจันบัวรักษา
18. นพ.พิศาล ไม่เรียง
19. นพ.ธีระ พิรัชวิสุทธิ
20. นพ.สมบัติ ศรีประเสริฐสุข
21. พอ.นพ.สุรพล สุรางค์ศรีรัฐ
22. นพ.ทองดี ชัยพานิช

หลักการดำเนินงานความร่วมมือของ 2 สมาคม

1. ให้ความร่วมมือระหว่างสมาคมทั้งสอง
2. ให้ความเคารพและให้เกียรติซึ่งกันและกัน
3. ให้มีการตั้งผู้แทนของ 2 สมาคม เข้าร่วมประชุมใน Business Meeting ของแต่ละสมาคมอย่างสม่ำเสมอ

รูปแบบกิจกรรม

1. จัดประชุมวิชาการประจำปีร่วมกับมีติละ 1 ครั้ง ในรูปแบบ Digestive Disease Week
2. ร่วมมือเพื่อทำการ Bid เป็นเจ้าภาพการจัดประชุมนานาชาติ เช่น การจัดประชุม Asia Pacific 2009
3. ร่วมมือเพื่อทำการจัดฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอด โดยจะมีการประชุมในรายละเอียดย่อยไป
4. เปิดโอกาสให้สมาชิกของแต่ละสมาคมได้รับสิทธิการเข้าเป็นสมาชิกตามเงื่อนไขที่กำหนดโดยแต่ละสมาคม

Vision ของ สภามแพทยระบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

- จะให้สมาคมฯ เป็นเลิศและเป็นผู้นำทางด้านในระบบทางเดินอาหารในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก
- ส่งเสริมการก้าหนดพันธกิจเป็นรูปธรรมชัดเจน มีการนำเสนอในแต่ละฝ่ายดังต่อไปนี้

ฝ่ายวิชาการเสถอดยั

- จัดให้มีการประชุมวิชาการปีละ 2 ครั้ง โดยมีการประชุมใหญ่ปีละปี และ 1 ครั้ง ลักษณะคล้ายการประชุม DDW เป็นการประชุมแบบ joint meeting โดยจัดร่วมกับสมาคม, ชมรม และราชวิทยาลัยต่างๆ โดยใช้เวลาการจัดประชุม 3-5 วัน (สำหรับการแบ่งสรรรายได้จากการประชุมจะมีกาสรพิจฉารายละเอียดในโอกาสต่อไป)
- ให้มี theme ของกาสรประชุมชัดเจน โดยพยายามให้มีความหลากหลายในสาขาที่เกี่ยวข้อง เช่น X-ray, GI-Pathology, Surgery, Ped-GI คล้ายกับการจัดประชุม DDW และคำนึงถึง theme ของกาสรประชุมให้เป็นแบบ

International และใช้ภาษาอังกฤษในการประชุมบาง session โดยเน้นความก้าวหน้าทางวิชาการ อาจจะทำให้มีการประชุมแบบ international joint meeting ด้วย

- เรื่อง CME ยังไม่มีการพิจารณาในรายละเอียด

การจัดประชุมวิชาการประจำปี (Interhospital GI Conference)

ใ้ข้กาสรจัดต่อไป โดยปรับปรุงใ้ข้เรื่องของกาสรยัส่วนร่วม

- Staff, เฟลโลว์ ให้มีส่วนร่วมและมีมติชมก้าขึ้น
 - มีผู้รับผิดชอบชัดเจน เช่น อาจตั้งกลุ่มเอจากรยัผู้รับผิดชอบ
 - มีการนำเอจากรยัในสาขาที่มีส่วนร่วมเข้ามาร่วมดำเนินการอภิปราย
 - มีการรวบรวมผู้เกี่ยวข้องทำเป็นสื่อการสนทนในรูปแบบต่างๆ หรือตีพิมพ์ลงในจุลสาร วารสารทั้งในและต่างประเทศด้วยคุณภาพเพียงพอ
 - อาจมีการแบ่งให้แต่ละชมรมหรือสมาคมที่เกี่ยวข้องรับผิดชอบแต่ละครั้งไป (โดยการแบ่งโดยคก)
- ทั้งนี้ใ้ข้ทางฝ่ายเสขวาและประธานวิจฉากรช่วยกันร่วมพิจารณาถึงแนวทางการปรับปรุงต่อไป

ฝ่ายศึกษาหลังปริญญา

ที่ประชุมเห็นว่าเรื่องนี้เป็นเรื่องใหญ่จำเป็นต้องมีการคุยในรายละเอียด ซึ่งคิดว่าคงจะต้องมีการจัดสัมมนาในเรื่องนี้โดยเฉพาะ ทั้งนี้ใ้ข้มีการปรึกษาในบางประเด็น อาทิ

- การประเมินผลกาสรตอบ ใ้ข้มีการพิจารณาการก้ากับคะแนนประเมินระหว่างกาสรที่ก้ากับมาจากการตอบเพียงครั้งเดียวเพื่อตัดสิณกาสรตอบใ้ข้หรือชก

- ให้เฟลด์โลว์มีเอกภต elective แต่ละสถาบันประมาณ 2 แห่ง โดยให้อาจารย์ในสถาบันที่รับ elective เป็นผู้ประเมินเฟลด์โลว์
- พิจารณาถึงเรื่องของสถาบันฝึกอบรมที่อาจจะมีการขาดบางหัวข้อวิชาที่ต้องรู้ตามกฎหมายเวชของสมาคม โดยหาสถาบันฝึกอบรมที่มีความพร้อมช่วยเสริมในเรื่องนี้ โดยมีสมาคมเป็นตัวประสาน
- การพิจารณาหลักสูตรของเฟลด์โลว์ เช่น เรื่อง endoscopy เป็นต้น ที่ประชุมเสนอให้มีการจัดหลักสูตรช่วยขอต่อแพทย์-สหภาพโดยเร็ว
- ควรมีสถาบันพี่เลี้ยง
- มีการส่งแพทย์ไปดูงานต่างประเทศ

ฝ่ายวิจัย

- ควรกำหนดจุดประสงค์สำหรับการวิจัยของเฟลด์โลว์ให้ชัดเจน ที่ประชุมมีความเห็นว่าการวิจัยสำหรับเฟลด์โลว์นั้นเป็นการศึกษาเพื่อให้เฟลด์โลว์ทำวิจัยเป็น แต่อาจจะสามารถพัฒนาเป็นงานวิจัยที่สามารถตีพิมพ์หรือนำเสนอในการประชุมงานวิชาชีพได้ ก็จะเป็นการดี โดยสมาคมยินดีเป็นผู้สนับสนุนเป็นกรณีๆ ไป
- ควรสนับสนุนวิจัยเพื่อที่จะได้มีผลงานที่ดีที่สุดมาถอดพิมพ์ในวารสารวิชาการต่างประเทศได้ หรืออย่างน้อยสามารถตีพิมพ์ในวารสารและชุดตำราของสมาคม
- การทำวิจัยคือระบบ multi-center study และควรมี randomized
- ผลงานที่เฟลด์โลว์ทำเสร็จแล้ว อาจารย์ที่ดูแลสามารถนำมาทำต่อและลงตีพิมพ์ได้
- แหล่งเงินสนับสนุนการศึกษาค้นคว้าวิจัยขอได้จากแหล่งอื่น เช่น CRCN หรือ Clinical Research Collaboration Network

- สมาคมอาจจะเป็นตัวกำหนดหัวข้องานวิจัยที่มีผลกระทบต่อประเทศชาติในเชิงใหญ่ๆ ในบางงานวิจัย

ฝ่ายกิจกรรมสังคม

- เสนอให้มีการเผยแพร่ความรู้ให้ประชาชนในด้านต่างๆ มากขึ้น อาทิ
- จัดให้มีการบรรยายเพื่อให้ความรู้แก่ประชาชน
 - มีสื่อความในหนังสือพิมพ์, ทีวี, วิทยุ (ให้ไปศึกษาในรายละเอียดเพิ่มเติม)
 - มีแผนพิมพ์เรื่องราวการศึกษาจัดทำโดยสมาคม เป็นต้น
- โดยประสานงานกับ website ของสมาคม

ฝ่าย website สภา

ให้มีการปรับปรุง website เนื่องจากมีความจำเป็นที่ต้องอาศัยผู้ที่เป็น web master และตอบคำถามดูแลรับผิดชอบโดยตรง เสนอให้ประธาน website พิจารณาหาผู้รับผิดชอบหรือทีมงาน โดยอาจมีการกำหนดค่าตอบแทนให้

ฝ่ายจริยธรรม

ที่ประชุมมีความเห็นว่าการเสริมประเด็นจริยธรรมนั้นเป็นเรื่องยากสำหรับการดำเนินงาน อย่างไรก็ตามเรื่อกีติมีการเสนอความเห็นเพื่อให้ประธานฝ่ายจริยธรรมนำไปพิจารณา อาทิ

- มีการกำหนดหัวข้อเกี่ยวกับจริยธรรม ในการประชุมวิชาการของสมาคม

- อาจมีกฏตั้ง Ethic guideline,
- มีการจัด course อบรม ในเรื่องจริยธรรมของสมาคม หรือมีการกำหนดเกณฑ์ขั้นต่ำของผู้ที่ต้องผ่านการฝึกอบรมในเรื่องจริยธรรม ซึ่ง

อาจต้องมีการกำหนดสัดส่วนของ follow กับ staff ที่ผ่านการอบรม
ด้านจริยธรรม เป็นต้น

- สนับสนุนให้มี ethic course สำหรับสมาชิกสมาคม

ฝ่ายกฎหมาย

มีตัวชี้วัดในการจัดตั้งมูลนิธิโรคทางเดินอาหาร โดยกำหนดวัตถุประสงค์
ในการจัดตั้งให้กว้างๆ แต่ชัดเจน อาทิ การรณรงค์เพื่อการงดเหล้า ซึ่งมีผล
กระทบต่อประชาชนและทำให้ผู้บริโภคเสี่ยงเห็นถึงความสำคัญโดยควรจะ
เป็นการดำเนินการแยกจากสมาคม

สำหรับโครงสร้างสมาคมที่มีอยู่ขณะนี้ประชุมยังไม่มีการมองในราย
ละเอียด แต่ได้มีการพิจารณาโครงสร้างในแต่ละฝ่ายแล้ว เห็นว่ายังคงให้มี
ฝ่ายต่างๆ คงเดิม ยังไม่ได้รับการเพิ่มกรรมการฝ่ายอื่นๆ เพื่อให้บรรลุ vision
แต่อย่างใด สิ่งที่ต้องคำนึงคือเรื่อง

- Priority ควรกำหนด ให้ชัดเจน
- Time frame รวมทั้งแผนการประเมินการดำเนินการของสมาคมเป็น
ระยะๆ

ในแวดวง...แพทยระบบทางเดินอาหาร

สมาคมแพทยระบบทางเดิน
อาหารแห่งประเทศไทย ร่วมกับ
สมาคมแพทยส่องกล้องไทย ได้
ร่วมประชุมเสนอความคิดเห็นเกี่ยวกับ
กับแผนการดำเนินงานความร่วมมือ
มือของทั้ง 2 สมาคม เมื่อวันศุกร์ที่
12 พฤษภาคม พ.ศ. 2549 เวลา
10.00-11.30 น. ห้องประชุม HALL
C โรงแรมโนโวเทล ทิวาภิรมย์ธานี
จ.เพชรบุรี



โปรแกรมการจัดประชุมวิชาการกลางปี 2549

วันที่ 13-15 กรกฎาคม พ.ศ. 2549

ณ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จ.อุบลราชธานี

“Update in the Management of GI Emergencies”

วันพฤหัสบดีที่ 13 กรกฎาคม พ.ศ. 2549

10.00-10.25	Registration	
10.25-10.30	Opening remark	
10.30-11.00	Foreign body of the upper GI tract	พล.ต. นพ.สุรพล สัมรัตนกุล
11.00-11.30	Causitic injury of the esophagus	นพ.ปัญญา ไชยหาญทรัพย์
11.30-12.00	Nonvariceal upper GI hemorrhage	นพ.อภิชาติ แสงจันทร์
12.00-14.00	Luncheon symposium : BMS	
14.00-14.30	Management of variceal hemorrhage	นพ.ธีระพงษ์ สุชาพิศาล
14.30-15.00	Lower GI hemorrhage	นพ.ธนศักดิ์ ภูิตาพรนารักษ์
15.00-15.30	Coffee Break	
15.30-17.00	Afternoon symposium: Roche	

08.00-09.30	Symposium : Thai Osaka	
09.30-10.00	Acute abdomen: practical approach & pitfalls	นพ.ธีรพงศ์ นิมนานกุลพงษ์
10.00-10.30	Acute mesenteric ischemia	นพ.ทีเกษ ภัณฑะพงษ์ชา
10.30-11.00	Coffee Break	
11.00-11.30	Acute pancreatitis	นพ.สุพรรณ พงศ์ประคับซัย
11.30-12.00	Biliary tract infection	นพ.สุพรรณ ศศวรรษธีรารัง
12.00-14.00	Luncheon symposium: GSK	
14.00-14.30	Acute liver failure	พญ.จางลิ้นี่ ไชยภักดิ์สุลา
14.30-15.00	Ascitic fluid infection and peritonitis in cirrhotic patients	พญ.จินดาวิมลีย์ เขียวชะอุ่มกุล

วันศุกร์ที่ 14 กรกฎาคม พ.ศ. 2549

วันเสาร์ที่ 15 กรกฎาคม พ.ศ. 2549

15.00-15.30	Coffee break	
15.30-16.00	Hemipentoneum	นพ.สมมติ ศรีประเสริฐสุ
16.00-17.30	Afternoon symposium: Schering-Plough	
17.30-18.00	ประชุมบัณฑิตบัณฑิตประจำปี 2549	

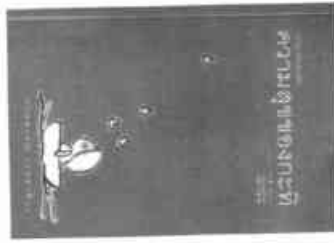
08.00-09.30	Symposium: Astra	
09.30-10.00	Radiologic Imaging in GI emergencies	พญ.ปิณฑากรณี อภิศารณรักษ์
10.00-10.30	Interventional radiology in GI emergencies	นพ.ศักดิ์วัชร จันทร์จาม
10.30-11.00	Coffee break	
11.00-11.30	Emergency complications following GI endoscopy	นพ.ทวี รัตนบุษยา
11.30-12.00	Emergency complications following ERCP	นพ.รังสรรค์ ฤกษ์นิมิตร์
12.00-12.05	Closing remark	



ความสุขของกะทิ

หนังสือ “ความสุขของกะทิ”

โดย คุณงามพรรณ เวชชาชีวะ



หากความฝันเป็นแรงขับเคลื่อนให้ก้าวเดินไปบนเส้นทางชีวิต ความสุขที่ไต่ระดับขึ้นสู่การเติบโตทางจิตพลละกำลังและแรงขับสู้ใจมิให้อ่อนล้าและท้อถอย ยิ่งวันคืนล่วงไป ความฝันอาจดูไกลสุดเอื้อมและแรงใจลดน้อยถอยลง เมื่อนั้นกลับไม่มองให้หนักสงสัยว่าความสุขที่เคยสัมผัส เหตุใดจึงหนีหายไปหรือได้มาด้วยยากกว่าเคย จนเกิดคำถามว่า อาจจะเป็นเพราะเราตั้งเงื่อนไขกับตัวเองและชีวิตมากจนความสุขกลายเป็นเรื่องยากกระมัง

น่าจะเป็นเช่นนั้น แรงจูงใจในการเขียนความสุขของกะทิเกิดขึ้นเช่นนี้เอง เด็กน้อยยัยศกุนทุจะหยิบของขวัญกล่องตัวมาเป็นของขวัญได้อย่างน่าอัศจรรย์ขนาดไหนให้พิถีพิถันเข้าไปดูโลกนั้นใกล้ๆ

“ตามหาพระจันทร์” บอกเล่าเหตุการณ์ต่อจาก ความสุขของกะทิ หัวใจดวงเล็กๆ ที่ขอบฟ้า จากความโศกเศร้าเพราะสูญเสียผู้เป็นที่รักยอมต้องเฝ้าเวลาดานอมรรักษา และแน่นอนว่าต้องมี “ยาใจ” ที่ถูกต้อง การรับมือและระงับความทุกข์ให้



ความเศร้าอยู่ร่วมในเนื้อชีวิตได้อย่างลงตัวจะช่วยให้ชีวิตดำเนินต่อไปอย่างไม่สะดุดร่นัก ซึ่งแน่นอนว่าไม่ใช่เรื่องง่าย ไม่ว่าเป็นเด็กหรือผู้ใหญ่

โลกของเด็กหญิงกะทิมีเสียงจากธรรมชาติริมคลองซบกลิ่นหอม ร่ายล้อมด้วยผู้รักใคร่เมตตา และแน่นอนว่าลมทุกต้นตามบระสาเด็ก แม้ว่าการขาดแม่ยังเป็นเงาสีเทาในชีวิต

ขอเชิญสัมผัสโลกใบเล็กใบนี้ที่ผู้อ่านเคยเยี่ยมชมและคุ้นเคยดีแล้ว อีกครั้ง ผู้เขียนหวังว่าจะเป็นช่วงเวลาแห่งความบันเทิงที่เรียกรอยยิ้ม เสียงหัวเราะ และน้ำตาจากความประทับใจได้อีก และนั่นคงเป็นขวัญให้กับผู้เขียนที่ไม่หวังอะไรอื่นนอกจากไปกว่ามีผู้ร่วมวงในโลกจินตนาการนี้

“ทั้งสองเล่มที่น่าเสนอนี้ จัดเป็นเรื่องสั้นที่นำเสนองาน สะท้อนชีวิตที่รู้จักค้นหาเรื่องสุขใจได้อย่างดี เต็มกระทัดรัดพกพาไปอ่านได้ง่าย และเมื่ออ่านจบแล้ว ก็จะได้รับรู้ถึงความสุข และความอิมเมจ หัวใจว่าผู้อ่านจะได้ลองหามาให้อ่านเล่นกันดู”

...ตติสุข...

“คุยกับประกาศ” ของ คุณประกาศ ปรสราชนท์ (พีจ๊ก)

โดย “ตติสุข”



ประกาศ ชลสรานนท์ เป็นที่รู้จักกันดีในฐานะนักคิดและนักเขียน เป็นผู้ก่อตั้งและแต่งเพลงให้กับวงดนตรีโอเดียน ซึ่งนับเป็นกลุ่มดนตรีที่ได้รับการยอมรับกันทั่ว เป็นการบุกเบิกแนวเพลงใหม่ๆ ทั้งเนื้อหาและท่วงทำนอง ให้กับวงการเพลงไทย มีผลงานเพลงที่ได้รับเสียงนิยมมาตั้งแต่ยังเป็นนิสิต โดยเฉพาะเพลงที่มีเนื้อหาและลีลาแตกต่างจากเพลงรักทั่วไป เช่น ไม่มีซีดี ไฟกับดอกทานตะวัน พ่อ พี่ชายที่แสนดี คู่ทรหด เทียบละไม ต้นธูปากับคนตาบอด นิทานห้อยดาวลาวาวไทย ชื่นๆ อีกมากมาย เจ้าภาพวงเจริญ ฯลฯ

ประกาศ เคยได้รับรางวัลด้านสื่อสารมวลชนมากมาย เช่น รางวัลชนะเลิศยอดเยี่ยมโทรทัศน์ทองคำจาก *เทวตาตลกสวรรค์*, รางวัลละครยอดเยี่ยม ASIAN TELEVISION AWARDS จากละครชุด พ่อ, รางวัลเพลงยอดเยี่ยม Best of Awards จากมิวสิกวิดีโอเพลง *เร่ชายฝัน* ได้รับรางวัลนักอนุรักษ์วัฒนธรรมไทยยอดเยี่ยมประจำปี 2548 จากกระทรวงวัฒนธรรม และได้รับรางวัล Life Time Achievement ซึ่งถือเป็นรางวัลเกียรติยศของคนทำงานด้านภาพยนตร์และดนตรียุคใหม่ จาก Fat Awards

ทำงานเขียน นอกจากจะเป็นผู้ก่อตั้งนิตยสารไปยาตใหญ่แล้ว ยังเป็นผู้เขียนบทความลงคอลัมน์ คุยกับประกาศ ในหนังสือพิมพ์มติชน ซึ่งได้แสดงทัศนคติสังคมและผู้คนในมุมมองอย่างน่าสนใจ จึงขอยกเนื้อหากบางส่วนให้เห็นมุมมองต่อการดำเนินชีวิตของประกาศ มาให้อ่านกันดูและถ้าติดใจก็หาซื้อได้ในส่วนของสำนักพิมพ์มติชนและเวิร์คพอยท์

อ้างอิง: ประวัตินิติศก่าเตเต้น สมภาคมนิสิศก่าตถก่าปีคัยจุฬาฯ
<http://th.wikipedia.org/wiki>



ก๊างบ่ทำอะไร

ถึงพี่ประกาศ

เคยถูกถามนะว่า ทำงานกันไปเพื่ออะไร อาจจะเป็นคำตอบง่ายๆ ไร้สาระนะ แต่หนูก็คิดเหมือนกันว่าทำไปเพื่ออะไร เพื่อเงินหรือเปล่า เพื่อตัวเองหรือเพื่อคนอื่น เพราะแต่ละวันเราก็ต้องทำอะไรที่เหมือนกัน เดิมทีวันแต่งตัวตอมเช้า รดตืด ตอกบิธร อยู่ทำงาน บางทีก็เบื่อ บางทีก็ขี้ขี้ เป็นอย่างนี้ทุกวันนี้... อยากได้ความคิดเห็น หรือคำตอบดีๆ จากคำถามที่ว่า...ทำงานไปเพื่ออะไร?

วันนี้ผมมีเรื่องที่จะเล่าให้ฟังสองเรื่อง เรื่องแรกคือ ทฤษฎีของมาลาโลว์ เรื่องที่สองคือเรื่องเล่าจากหอไอเฟล

เรื่องแรกนั้น เป็นเรื่องเกี่ยวกับแนวความคิดทางจิตวิทยาของชาว

อเมริกันคนหนึ่ง ที่อาจจะมาภาษาที่ฟังดูยากๆ ไปสักหน่อย แต่ผมชอบ
ปากว่าจะพยายามขอยธิบายในภาษาของผมให้ดีที่สุด ย้ำจนถึงตรงนี้ถ้า
ใครอยากเข้ามาอ่านเรื่องเล่าจากหอไอเฟลเลย ผมก็จะไม่คิดน้อยใจอันใด
เพราะไม่ว่าใครก็ยอมอยากอ่านอะไรที่สนุกและเข้าใจง่าย

ถามว่า มันเกี่ยวอะไรกันใหม่สองเรื่องนี้ มันไม่ต่อเนื่องกันโดยตรง
หรือครับ แต่คล้ายๆ ชาวเหนียวกับทุเรียนนั่น

เรื่องแรกครับ อับราฮัม เอช. มาสโลว์ (พ.ศ. 2451-2513) เจ้าของ
ทฤษฎีจิตวิทยาบุคลิกภาพและทฤษฎีจิตวิทยามนุษยนิยม ได้กล่าวไว้
ว่า “มนุษย์เป็นผู้ไม่หยุดนิ่ง”

ประโยคนั้นแปลว่าอะไร มันแปลว่า “มนุษย์นั้นมีความต้องการไม่
สิ้นสุดใช่ไหม”

ประโยคที่สองที่ผมแปลนี้ มาสโลว์ก็พูดไว้ก่อนแล้ว ฟังดูก็ไม่น่า
เราใจอะไรเท่าไรนะครับ เราๆ ท่านๆ ก็ฟังคำสอนทางพุทธที่มีความหมาย
ประมาณนี้มาเยอะแล้ว

ต่อไปก็เป็นประโยคที่ตามมาครับ มาสโลว์บอกว่า “ความต้องการที่
ยังไม่ได้รับการตอบสนอง จะเป็นสิ่งกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม”

ฝั่งนั้นชอบอธิบายอะไรทำนองนั้นเสมอฟังอย่างเรารู้ว่าเป็นภาษาฝรั่ง
แต่ยอมรับนะครับว่าฟังแล้วเข้าใจได้ดี ผมชอบเรียกการอธิบายแบบนี้ว่า การ

อธิบายแบบคณิตศาสตร์ คือ มันฟังแล้วเห็นภาพ เหมือนสมการสองข้าง
เหมือนอนุกรมของตัวเลข

ต่อไปนี้เป็นประโยคที่สี่ของมาสโลว์
ประโยคที่สำคัญที่สุด เพราะมาสโลว์ได้รับการยอมรับว่าเป็นเจ้า

แห่งทฤษฎีทางจิตวิทยาสายมนุษยนิยมก็ด้วยประโยคนั้นแหละครับ
“ความต้องการของมนุษย์เป็นไปตามลำดับขั้น”

มาสโลว์แบ่งลำดับขั้นความต้องการของมนุษย์ออกเป็น 5 ขั้น คือ
ขั้นที่ 1 ความต้องการทางกาย ความต้องการขั้นพื้นฐานนี้ ไม่
เพียงมนุษย์เท่านั้นที่มี สัตว์โลกอื่นๆ ก็มีครับ เมื่อหิว เมื่อกระหายก็ต้องการ
อาหารและน้ำ เมื่อหายใจไม่ออกก็ต้องการอากาศหนาวร้อนก็ต้องการ
เสื้อผ้า หรือถ้าขอรึ้นบนเมฆสูงผ่านชั้นเมฆก็ต้องการพศตรงข้าม รวมไปถึง
เมื่อเจ็บไข้ได้ป่วยก็ต้องการรักษา

ขั้นที่ 2 ความต้องการความปลอดภัย หลังจากตอบสนองขั้น
แรกได้แล้ว มนุษย์ก็จะเริ่มคิดเมื่อไปอกข้างหนึ่ง นั่นคือเริ่มกลัวถูกทำร้าย กลัว
อาหารไม่พอ กลัวหนาวเกินไป กลัวร้อนเกินไป ดังนั้น การตอบสนองต่อ
การสร้างที่พักอาศัยและการกักตุนอาหารไว้จึงเกิดขึ้น การมีเพื่อนฝูง
เมื่อเหลือเอาไว้ หรือการเลี้ยงสัตว์ไว้มากาย การมีอาวุธไว้ป้องกันตนเองก็
เพื่อตอบสนองความต้องการขั้นนี้ทั้งนั้น

ถึงตรงนี้ขออนุญาตหมายเหตุนิดนึงว่า มนุษย์
ก็คิดค้น “เงิน” ขึ้นมา มันเป็นสิ่งสมมติที่สามารถแลกเปลี่ยนสิ่งของ
เพื่อตอบสนองความต้องการขั้นนี้ซึ่งบนไปได้อย่างดี

ขั้นที่ 3 ความต้องการทางสัมพันธภาพ ความต้องการขั้นนี้เริ่ม
ไม่ค่อยเกี่ยวโดยตรงกับร่างกายแล้ว แต่เนื่องจากธรรมชาติของมนุษย์เป็น
สัตว์สังคม สัตว์สังคมนี้มันจะเป็นตัวอะไรก็ตามย่อมต้องการถูกพหุต่อทั้ง
การถวายเป็นเพียงลำพัง ด้วยเหตุนี้มนุษย์จึงต้องการความรักและมิตรภาพ
เพื่อผูกสัมพันธ์ภาพไว้

เพื่อน คู่รัก ครอบครัว ชุมชน จึงเป็นสิ่งจำเป็นของมนุษย์ในอีกขั้น
หนึ่ง มีข้อคิดบางอย่างประการเกี่ยวกับ “เงิน” ที่ผมพูดไว้ในข้อที่แล้ว พอมาถึง
ขั้นนี้เราอาจเห็นได้ว่า เงินชั๊กจะไม่สามารถตอบสนองความต้องการขั้นนี้ได้
ครบถ้วนแล้ว บางคนอาจจะบอกว่าเขาเคยใช้เงินเพื่อนหรือคนรักได้ แต่เมื่อ
ผมเถิด ถ้ามันจะซื้อได้จริงๆ มันก็คงได้แค่เพียงผิวเผิน ซึ่งครั้งชั่วคราวเท่านั้น
ลองดูซิมซอไปเรื่อยๆ ลิสครับว่าเงินซื้อได้หมดไหม

ขั้นที่ 4 ความต้องการยอมรับนับถือ ในขั้นนี้ มาสโลว์ยังแบ่งเป็นสองแบบ แบบแรก คือปรารถนาการนับถือตนเอง ต้องการมีความเชื่อมั่นในตนเอง มีความสำเร็จโดยไม่ต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่น พึ่งๆ ดูแล้วมนุษย์นี้ช่างเรื่องมากดีแท้ๆ พวกหนู หมาก กาก โก้ คงไม่มีหรอกครับ ความปรารถนาที่จะนับถือตนเอง

ส่วนแบบที่สองคือ ปรารถนาได้รับการยกย่องนับถือจากผู้อื่น แปลงๆ ก็คือพวกเกียรตินิยมเสียยิ่งนั้นแหละครับ

มาถึงขั้นนี้แล้ว มองดูหลายๆ บางคนอาจจะบอกว่า เงินยิ่งน่าจะมีอำนาจที่จะซื้อได้อยู่เยอะแยะ และสรรเสริญนี้ ไม่รู้สิครับ ผมว่าสังคมเขาจะรู้สึกว่าอันไหนซื้อ อันไหนไม่ซื้อ ที่สำคัญหากซื้อมาได้จริงมันก็แค่หลอกคนอื่นได้ คนเรามีมันหลอกตัวเองได้ทีไหนกัน สุดท้ายแล้วไม่เลิกๆ ก็ยังคงขาดการยอมรับนับถือตัวเอง และเมื่อขาดการยอมรับนับถือตนเอง มนุษย์ก็เริ่มไม่มีความสุขแล้ว

หมายเหตุ มาถึงเรื่องเงินอีกครึ่ง สังเกตเห็นไหมครับว่า **ขั้นความต้องการขั้นสูงขึ้น เงินก็ยิ่งหมดความหมายไปเรื่อยๆ** ลองอ่านขั้นสุดท้ายของความ ต้องการของมนุษย์ดูสิครับ

ขั้นที่ 5 ความต้องการในอุดมคติแห่งตน ความต้องการในอุดมคติแห่งตน ภาษาฝรั่งที่ มาสโลว์ว่าไว้คือ SELF ACTUALIZATION NEED แปลกกันไปหลายล้านกิโลด้วย ล้านกิโลหนึ่งแปลว่า คือ ความต้องการความสำเร็จตามความนึกคิดของตนเอง อีกล้านกิโลหนึ่งแปลว่า ความต้องการความสมบูรณ์ในความเป็นมนุษย์ ฯลฯ

ขออนุญาตอธิบายดังนี้ดีกว่า
 สิ่งที่มีความรักในประเทศอินเดียจนคนทั้งโลกต้องหันมามอง สิ่งที่เขาที่เราทำจากโลกต้องค้อมหัว ความรู้ที่เปรียบดังกุญแจไขจักรวาลที่ไอเอสไตนัดค้นพบ การช่วยชีวิตสัตว์ป่าให้ได้อยู่ในธรรมชาติอย่างอิสระของ



คุณสืบ นาคะเสถียร หรือแม้แต่การทำงานโดยไม่เห็นแก่เหน็ดเหนื่อยของอาสาสมัครในวิกิพจนานุกรมเสรีนามิ ฯลฯ มนุษย์เหล่านี้ไม่ได้ทำเพื่อตนเอง ความต้องการทั้งสี่ขั้นต้นนี้แหละ
 อุดมคติเป็นสิ่งเดียวที่พวกเขาไปถึง
 เงินไม่มีค่าใดเลยสำหรับความ ต้องการขั้นสูงสุดของมนุษย์ตาม ทฤษฎีของมาสโลว์
 จบแล้วครับเรื่องเล่าเรื่องแรก

จากบรรณาธิการ

สวัสดิการ กำแพงแก้วทุกก้าว

สมาชิกหลายท่านคงได้ผ่านช่วงพักร้อนและได้ไปเที่ยวพักผ่อนกันมาพอสมควรและเชื่อว่าหลายท่านคงได้ร่วมเป็นส่วนหนึ่งในวาระมหามงคลแห่งการเฉลิมฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี ของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดช ไม่ว่าจะเป็นด้วยวิธีแต่งกายในชุดสีเหลือง ซึ่งเป็นสีประจำวันพระราชสมภพของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ หรือวิธีต่างๆ ก็ตาม เพื่อแสดงให้เห็นว่าเรารักในหลวงและจะทำสิ่งดีๆ เพื่อในหลวงอย่างไรพร้อมเพรียงกัน ในส่วนการดำเนินงานของสมาคม ก็ได้มีการจัดสัมมนาเพื่อการวางแผนงานของสมาคมให้บรรลุตามเป้าหมาย เมื่อวันที่ 11-12 พฤษภาคม ที่ผ่านมา โดยมีท่านนายกสมาคม อาจารย์สถาพร และ อาจารย์สุติมา รั้งตำแหน่งนายก รวมทั้งคณะกรรมการสมาคมก็ได้เข้าร่วมให้ความเห็นอันเป็นประโยชน์ โดยสาระสำคัญอันหนึ่งที่ได้จากการสัมมนาครั้งนี้ก็คือ แนวทางการดำเนินงานร่วมกันของสมาคมใหม่ที่เกิดขึ้นจากชมรมย่อยในสมาคมของเราก็คือ สมาคมต้องกล่อกช่องทางเดินอาหารไทย ซึ่งน่าจะนำไปสู่การพัฒนาและสร้างผลงานอันจะเป็นประโยชน์ต่อทั้งสมาชิกและประชาชน

ต่อไปในอนาคต ทางจุลสารจึงได้คัดเลือกรูปจากการประชุมดังกล่าวมาให้สมาชิกได้อ่านกัน ส่วนบทความอื่นๆ ก็ยังคงไว้ซึ่งสาระและบันเทิงเช่นเดิมในฉบับบทความ สมาคมของเรา...เล่าเท่าที่รู้ ก็ต้องขอกราบขอบพระคุณอาจารย์สมพันธ์ บุญยุคุปต์ อดีตสมาชิกสมาคมในยุคต้นๆ และเป็นอดีตหัวหน้าหน่วยโรคทางเดินอาหารและอายุรศาสตร์เขตร้อน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ที่กรุณาให้ข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับสมาคมของเราดังที่นำเสนอในหัวข้อ "การฟื้นคืนชีพของสมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทยในอดีต" ส่วน ...ชวนอ่านหนังสือโดย ตติสุข ขอนำเสนอหนังสือ 2 เล่ม เล่มแรก คือ "ความสุขของกะทิ เล่ม 1-2" โดยคุณงามพรรณ เวชชาชีวะ ซึ่งเป็นเรื่องของ เด็กน้อยคนหนึ่งที่จะหนีภัยเรื่องใกล้ตัวมาเป็นเรื่องสุขใจได้อย่างน่าอัศจรรย์ จนชวนให้เข้าไปดูโลกนั้นใกล้ๆ และน่าจะน่ามากเป็นข้อคิดสำหรับหลายๆ คนที่ยังค้นหาความสุขในชีวิตไม่พบ ส่วนอีกเล่มหนึ่งก็คือ "คุยกับประสาท" ของ คุณประสาท ชลศรานนท์ (พี่จิก) ที่ได้สะท้อนให้เห็นแนวคิดเชิงบวกต่อคำถามอันหลากหลายในชีวิตประจำวัน พร้อมเสนอความคิดเห็นแปลกเปลี่ยนโดยมีมุมมองที่แตกต่างชวนให้เราได้คิดตามและข้อคิดดีๆ หัวใจว่าผู้อ่านจะได้รับความสุขเพลิดเพลินหลังได้อ่านหนังสือทั้งสองเล่มนี้แน่ครับ

และสุดท้ายก็ขอเชิญชวนสมาชิกสมาคมและผู้สนใจสมัครเข้าร่วมการประชุมวิชาการกลางปี 2549 ซึ่งกำหนดไว้ในช่วง 13-15 กรกฎาคม 2549 ที่โรงพยาบาลสระบุรีเพื่อประสงค์ จุฬาลงกรณ์ฯ ดังรายละเอียดที่ส่งไว้ในแฉວວງຂ່າວ หัวใจจะได้พบกับแน่ครับ

สมบัติ ศิริประเสริฐสุข
battan5410@yahoo.com
battan5410@hotmail.com

ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิกตลอดชีพ สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

วันที่เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้าขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกตลอดชีพของ “สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหาร
แห่งประเทศไทย”

โดยรับรองว่าจะปฏิบัติตามกฎข้อบังคับและระเบียบของสมาคมฯ ทุกประการ รายละเอียดของข้าพเจ้ามีดังนี้

กรุณาเขียนด้วยตัวบรรจง [] นายแพทย์ [] แพทย์หญิง

1. ชื่อ-สกุล

First Name/Last Name

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 E-mail

4. ที่ทำงาน

โทรศัพท์ โทรสาร

5. การติดต่อทางไปรษณีย์ กรุณาส่งไปที่ [] บ้าน [] ที่ทำงาน

6. ผู้รับรองในการสมัครสมาชิกของสมาคมฯ ครั้งนี้ คือ

1.)

2.)

การสมัครสมาชิกสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

1. ใบสมัครสมาชิก
2. ค่าสมัครสมาชิก จำนวน 1,000.00 บาท (ตลอดชีพ)

สถานที่รับสมัคร

สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

ตึกผะอบ ชั้น 1 สาขาวิชาโรคระบบทางเดินอาหาร

โรงพยาบาลศิริราช บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700 โทร. 0-2419-7283 ต่อ 104

โทรสาร 0-2412-0586

หมายเหตุ : ในการสมัครสมาชิกจะสมบูรณ์ได้เมื่อได้ผ่านมติที่ประชุมของกรรมการสมาคมฯ แล้วเท่านั้น

พร้อมกันนี้ ข้าพเจ้าได้ชำระเงินเป็นค่าสมัครสมาชิกตลอดชีพแล้ว เป็นเงิน 1,000.00 บาท (=หนึ่งพันบาทถ้วน=) ซึ่งข้าพเจ้า ได้ชำระเป็น

[] เงินสด [] เช็คธนาคาร สาขา

เลขที่ ลงวันที่

ลงชื่อ

(.....)