

# จุลสาร

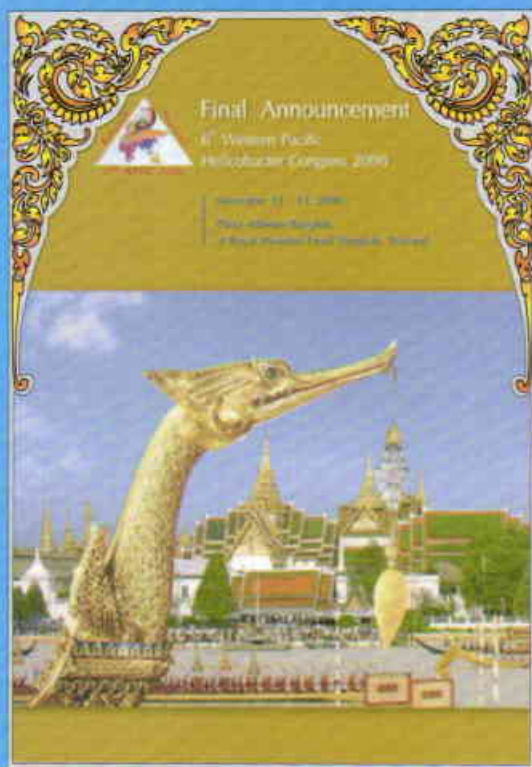
สมาคมแพทย

ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย



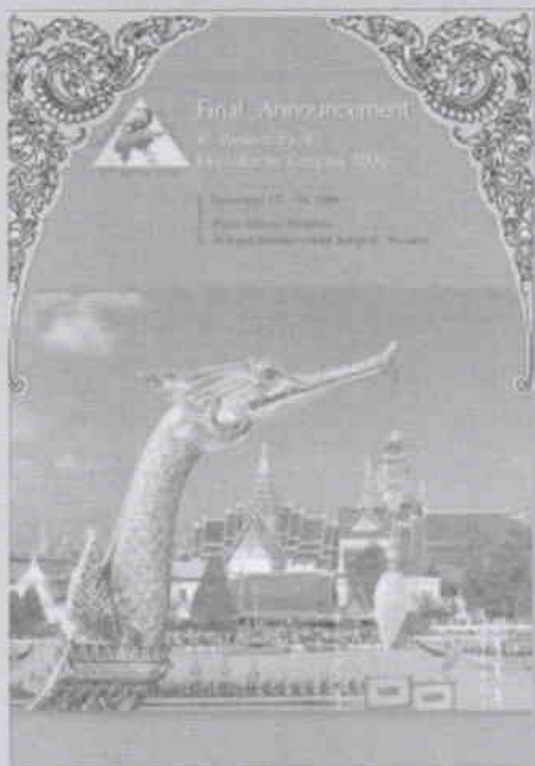
<http://www.thaigastro.org>

ISSN 0857-6351



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

ปีที่ 14 ฉบับที่ 67 ประจำเดือน กันยายน - ตุลาคม 2549



# จุลสาร

สมาคมแพทย์

ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย



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

# คณะอนุกรรมการพ่ายจุลสาร

## สมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

วาระ พ.ศ. 2548-2549

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

# สารบัญ

## จุลสารสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย ปีที่ 14 ฉบับที่ 67 กันยายน-ตุลาคม 2549

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

# คณะกรรมการอำนวยการสมาคมแพทย

ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

วาระ พ.ศ. 2548-2549

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

	ผู้แทนชมรมโรคตับแห่งประเทศไทย
20. พญ.วโรชา มหาชัย	
21. นพ.จรินทร์ โรจน์บัววิทยา	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 ปิยนิรันดร์	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 ไสภณสฤษฏ์สุข	กรรมการกลาง
35. นพ.อุดม คชินทร	กรรมการกลาง
36. พญ.กวรรณิการ์ พรพัฒน์กุล	ที่ปรึกษา
37. นพ.เกรียงไกร อัครวงศ์	ที่ปรึกษา
38. นพ.เต็มชัย ไชยนุวัติ	ที่ปรึกษา
39. นพ.นุสนธิ์ กัลดเจริญ	ที่ปรึกษา
40. นพ.พงษ์พีระ สุวรรณกุล	ที่ปรึกษา
41. นพ.พินิจ กุลละวณิชย์	ที่ปรึกษา
42. นพ.มานิต ลิโทขวลิต	ที่ปรึกษา
43. พล.ต.นพ.วิชัย ชัยประภา	ที่ปรึกษา
44. พญ.วีณา วงศ์พานิช	ที่ปรึกษา

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

# รายงานการประชุม

คณะกรรมการอำนวยการสมาคม

ครั้งที่ 5/2549

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

## วาระที่ 1 เรื่องประธานแจ้งให้ที่ประชุมทราบ

นพ.สถาพร มานัสสสถิตย์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

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

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

## วาระที่ 2 รับรองรายงานการประชุมครั้งที่ 4/2549

ที่ประชุมมีมติรับรองรายงานการประชุมครั้งที่ 4/2549 โดยไม่มีการแก้ไข

## วาระที่ 3 เรื่องสืบเนื่องและการดำเนินงานของฝ่ายต่างๆ

1. การจัดประชุมวิชาการกลางปี 2549

นพ.สมชาย ลีลาภุศลวงศ์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่า การจัดประชุมวิชา



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

## 2. ความคืบหน้าจัดประชุม 6<sup>th</sup> Western Pacific Helicobacter Congress 2006 (6<sup>th</sup> WPHC2006)

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

### วาระที่ 4 เรื่องอื่นๆ

1. นพ.สิริวัฒน์ อนันตพันธุ์พงศ์ เหนรัญญิกสมาคม ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบเกี่ยวกับกระแสเงินสดรับ-จ่าย รวมทั้งสรุปค่าใช้จ่ายในไตรมาสแรกของปี

2. นพ.ทองดี ชัยพานิช ประธานฝ่ายกิจกรรมสังคม ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่า จะจัดทำหนังสือคู่มือประชาชน เพื่อเผยแพร่ความรู้ให้แก่ประชาชน โดยมีลักษณะอ่านแล้วเข้าใจง่าย มีภาพการ์ตูนประกอบ เล่มแรกคาดว่าจะเสร็จภายในปีนี้ และจำหน่ายให้แก่ผู้สนใจทั่วไป ซึ่งมีผู้เขียนบทความคือ นพ.สถาพร มานัสสฤติย์, นพ.อุดม คชินทร, พญ.ศศิประภา บุญญพิสิฐ และ นพ.พรเทพ เปรมโยธิน โดยมี นพ.เกรียงไกร อัครวงค์ เป็นบรรณาธิการ

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

1. ให้มีคำตอบแทนให้แก่ผู้ส่ง article มาลงในวารสาร โดยอาจจะ เป็นในรูปแบบของการให้ทุนวิจัย
2. ควรที่จะช่วยกันผลักดันให้วารสารของไทยเป็นที่ยอมรับของต่างประเทศ
3. ให้ผู้ที่เคยได้รับทุนจากสมาคมไปดูงานที่ต่างประเทศนั้น เขียน article มาลงในวารสารด้วย
4. นพ.กำธร เผ่าสวัสดิ์ ประธานฝ่ายวิจัย ได้แจ้งที่ประชุมทราบว่า จะจัดการอบรมวิจัยเฟลโลว์ประมาณกลางเดือนตุลาคม พ.ศ. 2549
5. นพ.สถาพร มานัสสฤติย์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบแทน พญ.โฉมศรี

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

ที่ประชุมมีมติรับทราบและที่ประชุมมีมติให้ถือเป็นนโยบายปฏิบัติดังนี้

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

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

.....

# Interhospital GI Conference

พญ.สรรพจน์ โคมทอง  
แพทย์ผู้ช่วยอาจารย์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์

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

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

**อาการสำคัญ :** ปวดท้องบริเวณลิ้นปี่ 1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล

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

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

## ผลการตรวจทางพยาธิวิทยาของชิ้นเนื้อ

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

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

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

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

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

## Physical examination

Consciousness, acutely ill, cushinoid appearance

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

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

**Heart :** normal

**Lung :** normal

**Abdomen :** mild distention, soft, mild tenderness at epigastrium

Liver and spleen cannot be palpated

No ascites, active bowel sound

**Extremity :** pitting edema 1+

## ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

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

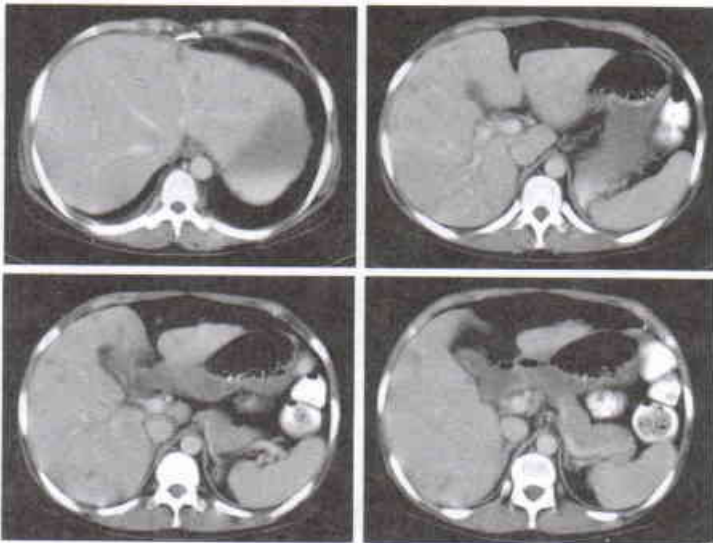
wbc 9210 /mm<sup>3</sup> (N 78.7%, L 15.4%) platelet 285,000 /mm<sup>3</sup>

BUN 10, Cr 0.9 mg/dl, Na 137, K 3.1, Cl 102, HCO<sub>3</sub> 22 mEq/L

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

## การวิเคราะห์ผู้ป่วย

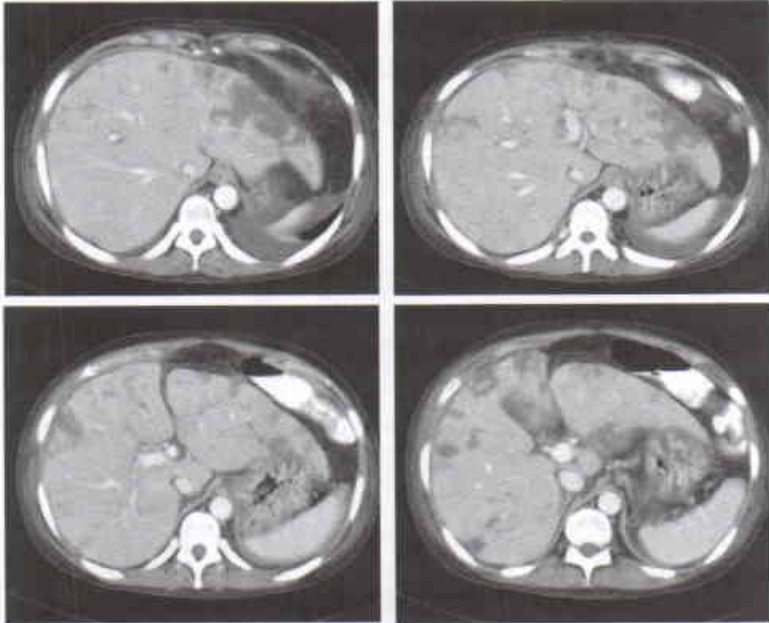
ปัญหาในผู้ป่วยรายนี้มาด้วยอาการปวดท้องบริเวณลิ้นปี่ในผู้ป่วย SLE ที่เป็น immunocompromised host เนื่องจากได้รับยา steroid และยากดภูมิคุ้มกัน การวินิจฉัยแยกโรคอาจแบ่งได้เป็น ภาวะที่เกิดจากโรค SLE เองและอาจเกี่ยวข้องกับ ความรุนแรงของโรค เช่น mesenteric vasculitis, acalculous cholecystitis และ pancreatitis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



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

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

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



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

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

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติมพบ Lupus anticoagulant และ Anticardiolipin IgG positive ผู้ป่วยรายนี้ให้การวินิจฉัยว่าเป็น Hepatic infarction

# Hepatic Infarction

พญ.สรรพจน์ โคมทอง  
แพทย์ผู้ช่วยอาจารย์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์

## คำนิยาม

การตายของเซลล์ตับแบบ coagulative necrosis เกินกว่า 1 hepatic lobule ซึ่งเกิดจากการขาดเลือดของบริเวณดังกล่าว<sup>1,2</sup>

## พยาธิสรีรวิทยา<sup>2-4</sup>

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

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

เนื่องจากตับมีเลือดมาเลี้ยงจากหลายทาง จึงเชื่อว่ามีภาวะบางอย่างที่ทำให้เซลล์ตับมีความเสี่ยงต่อการขาดเลือดได้ง่ายกว่าปกติ เช่น การมีมะเร็งในตับ

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

### ลักษณะทางพยาธิวิทยา<sup>1,4</sup>

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

### สาเหตุ<sup>2, 4-7</sup>

แบ่งเป็น 2 สาเหตุ คือ

#### 1. Obstructive vascular lesion

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

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

#### 2. Non-obstructive vascular lesion

เกิดจากการลดลงของเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงตับโดยไม่มีการอุดตันของเส้นเลือดโดยตรง เช่น ภาวะ shock, sepsis หรือการดมยาสลบ เป็นต้น

### Hepatic infarction ใน Antiphospholipid syndrome<sup>8</sup>

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



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

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

### **อาการและอาการแสดง<sup>1-2</sup>**

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

### **การตรวจทางห้องปฏิบัติการ<sup>1-2</sup>**

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

### **การตรวจทางรังสีวิทยา**

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

### **Ultrasonography<sup>3,4</sup>**

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

## CT scan<sup>2,4,6,10-11</sup>

### Non-contrast CT scan

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

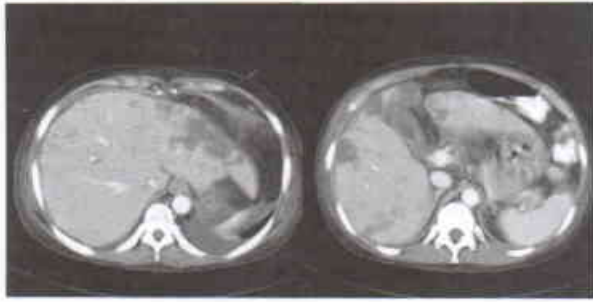
### Contrast CT scan

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

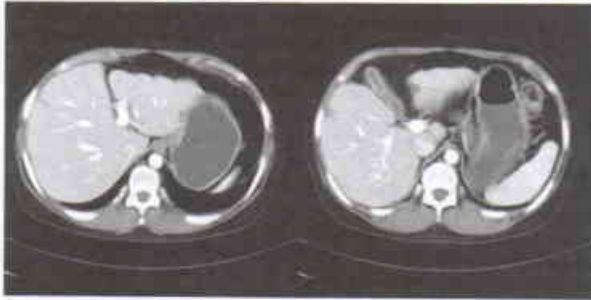
### แบ่งลักษณะที่เห็นจาก CT scan เป็น 3 แบบ ได้แก่

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

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



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



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

### การวินิจฉัยแยกโรคจากลักษณะทางรังสีวิทยา<sup>1,12</sup>

#### 1. Liver abscess

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

#### 2. Focal steatosis/Focal fatty infiltrate

ซึ่งแยกได้ง่ายเพราะมักไม่มีอาการ และไม่มีการเปลี่ยนแปลงทางภาพรังสี เช่น เมื่อเทียบกับการตรวจทางรังสีเดิมของผู้ป่วย หรือการติดตามภาพรังสีในเวลาต่อมา

#### 3. Neoplasm

โดยเฉพาะ metastasis เพราะมักเห็นหลาย lesion หรือ necrotic neoplasm

## การดำเนินและการพยากรณ์โรค

### ภาวะแทรกซ้อนในระยะแรก

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

### ภาวะแทรกซ้อนในระยะหลัง

มี parenchymal atrophy, scarring และ fibrosis

### การรักษา

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

.....

### อ้างอิง

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

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

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

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

.....

# สมาคมของเรา...เล่าเท่าที่รู้

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



หัวข้อ เรื่อง

“สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารที่ข้าพเจ้าอยากเห็น  
ในอนาคต”

โดย : ศาสตราจารย์ดร. นายแพทย์พินิจ กุลละวณิชย์

วัตถุประสงค์ ของสมาคมที่กำหนดไว้มี 5 ข้อดังนี้

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

ให้นำ 5 ข้อนี้ ไปใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานในอนาคตและถ้าผ่านไป

5 ปี 10 ปี ถ้าเก่าไปก็ควรที่จะปรับเปลี่ยนไปตามสมัย ต้องพยายามเปลี่ยนไม่ใช่ยึดถืออันนี้ตลอดไป

แพทย์เฉพาะทางปัจจุบันนี้ มี 76 สาขาและอนุสาขาของการฝึกอบรมซึ่งมีมาก แต่เด็กไม่ค่อยมีอาจารย์ที่จะแนะแนว จึงไม่รู้ว่าเรียนอะไรหรือไม่ควรเรียนอะไร ถ้าหากไม่รู้ว่ามีสาขาอะไร อย่างไร ก็ให้ไปที่แพทยสภา ที่ฝ่ายฝึกอบรม ซึ่งจะได้ข้อมูลตรงจุดนี้

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

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

**เราดูแลและพัฒนาหลักสูตรอยู่ตลอดเวลา** ผมคิดว่าเราควรมีคณะกรรมการดูแลทุกๆ อย่าง โดยเฉพาะหลักสูตรต่างๆ ตลอดไป เพราะเมื่อนายกสมาคมมาแล้วก็ไป แต่ส่วนนี้ยังคงอยู่และจะได้มีความต่อเนื่อง

**การบริหารก็สำคัญมาก** เจ้าหน้าที่ประจำต้องมีเพียงพอ ต้องเก่งภาษา เก่งบริหาร อาจจะต้องมีเจ้าหน้าที่ประจำดูแลเรื่องการฝึกอบรมและการสอบ เช่น ต้องมีการพัฒนาระบบการฝึกอบรม วิธีการสอบตลอดเวลา เพราะการสอบไม่เหมือนกัน ต้องมีคนไปเรียนด้านนี้และเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอด



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

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

**อยากฝากให้ดูมาตรฐานกำลังคน** ดูกำลังคนสำหรับโรงพยาบาลทุกระดับ ควรจะคิดว่าโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ควรมีเท่าไร ถ้าทำได้ดีก็ดี ถ้าหากว่าใครขอข้อมูลก็สามารถจะมีข้อมูลให้ได้ ไม่ใช่มีข้อมูลสำหรับคนที่ใหญ่เท่านั้น ต้องขอได้ตามมาตรฐานที่สมาคมองค์กรแพทย์วางไว้จะเป็นประโยชน์ แต่ต้องด้วยเหตุและผลอันนี้ควรจะดูแลมาตรฐานกำลังคน เครื่องมือ และสถานที่ตามโรงพยาบาลต่างๆ ควรมีเครื่องมืออะไรบ้างเป็นอย่างน้อย สถานที่อย่างเช่น ห้องเครื่องมือ ห้องส่องกล้อง หรือแยกเป็นสัดส่วน ซึ่ง GI Unit ควรมีมาตรฐานตรงนี้ผมก็ขอฝากข้อคิดไว้

**การศึกษาต่อเนื่อง** ก็ต้องให้ความรู้แก่แพทย์ GI, แพทย์ทั่วไป และประชาชนด้วย เป็นทุกปี ทุกครึ่งปี ทุกเดือน ประชุมวิชาการสัญจร ต้องออกไปต่างจังหวัดสัมพันธ์

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

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

.....



## “สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารที่ข้าพเจ้าอยากเห็นในอนาคต”

โดย : เกษแพทย์เกรียงไกร อัครวงค์

ถ้าจะมามองกลับไปที่วัตถุประสงค์ของสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารที่นายแพทย์พินิจได้พูดไปว่า เราต้องการทำอะไรบ้าง ควรทำอะไรบ้าง และได้ทำไปแล้วถึงแค่ไหน การดำเนินงานของสมาคมจะต้องอาศัยอะไรบ้าง

1. บุคลากรมีใครบ้าง แพทย์ที่เป็นสมาชิก ซึ่งผมไม่อยากจะกำหนดว่าเป็นเฉพาะหมอ GI เท่านั้น เพราะเหตุว่าระบบทางเดินอาหารของเรา ผู้ที่เราจะดูแลไม่ใช่เพียงเฉพาะอายุรแพทย์อย่างเดียว ยังมี ศัลยแพทย์, รังสีแพทย์, พยาธิแพทย์ และยังมีกลุ่มที่เป็นลักษณะช่วยเหลือเราในการดูแลผู้ป่วย ผมจึงไม่อยากจะให้สมาชิกแพทย์จำกัดเฉพาะ GI หรือพวกที่จบแพทย์ training GI Fellow เท่านั้น ในอดีตที่ผ่านมาเน้นการประชุมของสมาคม GI การประชุมประจำเดือนหรือหลายๆ ประชุม เราก็จะมีแพทย์หลายๆ หน่วยงานมาร่วมประชุมกับเราเสมอ อย่างเช่น ศัลยแพทย์ ซึ่งอาจารย์ทองดี คงจำได้ ทุกครั้งที่มีการประชุมประจำเดือนก็จะมีอาจารย์จินดา, อาจารย์ทองดี, อาจารย์เกษม หรืออาจารย์กิจจา จะไปร่วมประชุมกับเราเสมอ และจะให้ข้อคิดหลายๆ อย่าง ซึ่งมีประโยชน์กับหมอ MED ของเราด้วย แต่ระยะหลังนี้เราขาดไป ศัลยแพทย์ที่เห็นไปเป็นประจำก็คือ อาจารย์ทองดี คนเดียว อาจารย์ทองดีพูดกับผมว่าถึงจะมาฟัง case ที่ไม่เกี่ยวข้องกับศัลยกรรมก็ได้ความรู้เยอะแยะจากหมอ GI MED ของเรา ในต่อไปข้างหน้าก็คิดว่าจะทำอย่างไรเราถึงจะสามารถดึงแพทย์ศัลยกรรมให้กลับมาเป็นสมาชิกและร่วมประชุมกับเราอีกครั้ง ไม่ว่าจะประชุมวิชาการประจำเดือน ประจำครึ่งปี หรือประจำปี ในต่างประเทศก็ตามแต่ เพราะอย่าลืมว่าในการดูแลรักษาผู้ป่วย เราต้องทำงานกันเป็นทีม ทีมของเราไม่ใช่มีแค่อายุรแพทย์และศัลยแพทย์ แต่ยังต้องพึ่งรังสีแพทย์ พยาธิแพทย์ มาช่วยเราด้วย ถึงจะทำให้มันเกิดประโยชน์ สำคัญที่สุดก็คือสิ่งที่เราต้องการทำเพื่อให้เกิดผลดี เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยให้มากที่สุด นั่นคือเราตั้งหลักเอาไว้ ฉะนั้นแพทย์ที่เป็นสมาชิกในที่นี้ เราจึงอยากพยายามชักจูงไม่ใช่เพียงแค่ว่า GI MED เท่านั้นที่มาเป็นสมาชิก นอกเหนือจากคนไทยแล้วทำไมเราไม่ดึงชาวต่างชาติเข้ามาเป็นสมาชิกเราด้วย เพราะพวกเราบางคนก็ไป

เป็นสมาชิกของสมาคมต่างชาติเยอะ โดยเริ่มต้นจากหมอไทยของเราที่ทำงาน GI ที่ต่างประเทศ เพราะเราอาจได้ประโยชน์จากเขาไม่มากนักน้อย ซึ่งอาจจะทำให้สมาคม GI ของเราเป็นที่ยอมรับของชาติต่างๆ มากขึ้น อยากให้เริ่มจากประเทศเพื่อนบ้านของเราก่อน และแพทย์ GI ที่ทำงานต่างประเทศแล้วดึงคนต่างชาติมาเป็นสมาชิกเรา ซึ่งผมขอฝากเอาไว้

**2. ผู้จัดการ** ผู้จัดการที่ดีจะช่วยแบ่งเบาภาระงานของคณะกรรมการได้มาก เช่น ในเรื่องของการติดต่อ หรืองานธุรการ อย่างที่อาจารย์พิณิจ พูดว่าโดยเฉพาะผู้จัดการที่เก่งภาษาด้วยจะทำให้งานสมาคมเราเป็น International Association จะให้การติดต่อต่างประเทศดีขึ้น เข้าใจกันมากขึ้น แน่นนอนเจ้าหน้าที่ธุรการเราต้องอาศัยแน่ การที่เราจะมีเจ้าหน้าที่ธุรการมากน้อยแค่ไหน อยู่ที่ไหนบ้าง ขึ้นอยู่กับงานของเราจะเป็นอย่างไร เป็นเรื่องที่จะต้องคิดกันต่อไป

**3. สำคัญที่สุดก็คือ ทูทรัพย์** ที่เราจะดำเนินกิจการของสมาคม ทำอย่างไรเราถึงจะมีทุนทรัพย์มากขึ้น ได้จากอะไรบ้าง แน่นนอนที่ผ่านมาในอดีตการหารายได้จากการประชุมวิชาการ ทั้งในประเทศและต่างประเทศเป็นตัวสำคัญ สมัยที่อาจารย์สุจินต์, อาจารย์ยิวกิจ, อาจารย์สมหมาย, หรือผม ก็ตาม ที่เป็นนายกสมาคมเป็นแบบหาเข้ากินค่า ในการประชุมประจำปีแต่ละที่ บางครั้งยังต้องควักเงินเอามาเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานของสมาคมบางส่วน ตอนหลังดีขึ้นที่มีอาจารย์ทองดีมาช่วยพิมพ์ Monograph ก็ได้ประโยชน์กำไรจากการพิมพ์ Monograph ขยายพอใช้ไปพอสมควร หลังจากการจัดประชุม Asian Pacific Association ที่ศูนย์ประชุมสิริกิติ์ นั่นคือก้อนใหญ่ที่เราได้มา และต่อมาอาจารย์เติมไชย ก็สามารถจัด World Congress ได้อีก เราเคยจัด Asian Pacific For Study of Liver อยู่ครั้งหนึ่งที่ดุสิตธานี ไม่ได้เงินมากนัก ฉะนั้นการจัดประชุมวิชาการก็เป็นจุดหนึ่งที่เราสามารถได้เงินเข้ามาเป็นทุนทรัพย์ในการใช้จ่าย และอีกอย่างก็คือ เงินบริจาค ซึ่งก็ยาก แต่จะทำอย่างไร เราถึงจะได้เงินก้อนนั้นมา ผมเคยพูดเรื่องมูลนิธิโรคทางเดินอาหารนี้กับอาจารย์หมอบุญ วณานินทร์ ในปี พ.ศ. 2510 ซึ่งตอนนั้นอาจารย์เป็นเหรียญก้อย ว่าทำไมเราไม่ตั้งมูลนิธิโรคทางเดินอาหารขึ้นมาเพราะถ้าหากตั้งมูลนิธิโรคทางเดินอาหารขึ้นมาคนที่บริจาคก็จะมี แต่จะติดเรื่องยกเว้นภาษีเงินได้กับสรรพากรในระยะเวลาหนึ่ง แต่ถ้าหากตั้งขึ้นได้ ใครก็แล้วแต่ที่บริจาคก็สามารถนำส่วนนั้น ไปลดภาษีของเขาได้เช่นกัน เราก็จะได้นำเงินส่วนนั้นมาบริหารกิจการของสมาคมต่อไปได้ ผมว่าถึงเวลาหรือยังที่เราจะต้องตั้งอันนี้ขึ้นมา

ผมก็ขอฝากด้วย การได้รับความช่วยเหลือจากต่างชาตินั้นเราคงจะต้องพยายามติดต่อกับเขาให้มากขึ้น

#### 4. การประชุมวิชาการ

- การประชุมวิชาการประจำเดือน ส่วนใหญ่แล้วจะเป็นเรื่องของ Fellow หรือแพทย์ที่ให้ความสนใจ แพทย์ที่สนใจผมหมายถึงอาจารย์ หรือแพทย์ที่สนใจทางด้าน GI เท่านั้น ในการจัดประชุมเหมือนเราจัดให้เฉพาะ Fellow เท่านั้น ซึ่งมีแพทย์เข้าฟังน้อย จริงๆ แล้วผมอยากให้สมาชิกไปประชุมกันมากขึ้น เพราะจะทำให้ได้อะไรจากการที่ Fellow ไป review มาให้เรา ทำให้เราประหยัดเวลา ช่วยเราได้มากขึ้นในการดูแลผู้ป่วย การประชุมวิชาการประจำปีก็ยังเป็นประโยชน์ต่อเราอยู่ ปัจจุบันเราทำแต่สิ่งที่เราขาดก็คือ ผมอยากให้มีเรื่องของ GI จากสมาคมอื่นที่สนใจ อย่างที่ผมได้กล่าวในตอนต้นแล้ว ให้เขามี paper บ้าง, แสดงความคิดเห็นบ้าง จะได้มีความหลากหลาย เลือกเอาสิ่งที่มีประโยชน์จะทำให้สมาคมเราเป็นที่รู้จักของคนมากขึ้น เป็นที่ยอมรับมากขึ้น อยากจะจัดทั้งในประเทศและต่างประเทศ ขอให้ชาวต่างประเทศเข้ามาร่วมประชุมด้วยบ้าง เป็นการทำความรู้จักชาวต่างประเทศและให้เขาได้ทำความรู้จักเรามากขึ้นด้วยเช่นกัน โอกาสที่เราจะติดต่อในแง่ต่างๆ รวมทั้งในการส่งคนไปอบรมศึกษาต่อ หรือการจัดหาทุนต่างๆ ซึ่งจะช่วยเราได้มากๆ นั่นคืออนาคตที่ผมอยากให้เห็น

- การประชุมวิชาการกับองค์กรต่างประเทศ ควรจะต้องทำเริ่มต้นด้วยประเทศเพื่อนบ้าน ซึ่งผมก็ทราบว่าสมาคมได้ทำแล้ว นพ.บัญญัติฯ ก็เคยไปประเทศพม่า และเราก็ได้เคยเชิญจากประเทศลาวเข้ามาร่วมประชุม ซึ่งเป็นสิ่งดี และควรที่จะทำต่อไป จะทำให้เขาได้รู้จักเรา ทำให้เราได้ไปแสดงความรู้ ได้ไปเห็นอะไรต่างๆ ในประเทศของเขาด้วย มันเป็นประโยชน์แน่นอน และยิ่งสำคัญในเวลานี้เราไม่ได้อยู่ตัวคนเดียวเราต้องอยู่กับเพื่อนร่วมโลก เพราะฉะนั้นเราควรจะมีสัมพันธกับเขาเอาไว้ เพื่อมีโอกาสในการจัดประชุมใหญ่ๆ ในระหว่างประเทศได้ง่ายขึ้น โดยไม่ต้องเสียเงินมากมาย เพราะเขารู้จักกับเรา นอกเหนือไปจากนั้นแล้วการประชุมในต่างประเทศ นอกจากประเทศเพื่อนบ้านและภูมิภาคเดียวกัน และระดับของโลก สิ่งสำคัญในการประชุมไม่ใช่ไปเพียงเพื่อไปรับฟังอย่างเดียว แต่เราควรจะมีผลงานของเราออกไปเสนอด้วย เพราะว่าการเสนอผลงานของเราในการประชุมระหว่างประเทศจะทำให้เขารู้จักเรา อาจารย์วิวิจ หรืออาจารย์สมหมาย ก็เป็นที่รู้จัก หลังๆ ก็จะเป็นอาจารย์เต็มไชย, อาจารย์ธีระ, อาจารย์ทวีศักดิ์ ซึ่ง

เป็นที่รู้จักมากขึ้นเพราะเรามี paper มีผลงาน ซึ่งคนบางคนไม่รู้ก็ทำให้เขาได้รู้จักเรามากขึ้น เพราะนอกเหนือจากสิ่งเหล่านี้ จากงานวิชาการแล้วเรายังได้อะไรเยอะจากการที่มีสังคม ที่เรามีมนุษยสัมพันธ์ ติดต่องานและกัน ผมถึงอยาก จะเห็นว่าการประชุมวิชาการของเราควรจะมุ่งไปในทางด้านนี้ด้วย ผมจะฝากเอาไว้ด้วย

5. การวิจัย ก็จะเป็นแพทย์ประจำบ้านต่อยอดทำ ผมได้อยู่และได้เห็น การทำวิจัยของแพทย์ประจำบ้านต่อยอดมาหลายปีแล้วผมก็เห็นว่าเรื่องบางเรื่อง ในตอนแรกๆ ไม่น่าจะทำเลย จุดประสงค์ของสมาคมที่ให้แพทย์ประจำบ้านต่อยอดทำวิจัยก็คือ เพื่อหวังให้ได้เรียนรู้วิธีการทำ Research แต่ระยะหลังๆ นี้ อาจารย์ กำนัน และคณะกรรมการ ก็พยายามปรับปรุงผลงานที่ดีขึ้นเรื่อย แต่ผมก็ยังมองเห็นอีกอย่างว่าบางครั้งบางคราว เราแตกแขนงหรือทำให้แต่ละคนทำเพียงเรื่อง เดียวยังไม่ค่อยเหมาะนัก เรามีทุนวิจัยให้กับ Fellow ทำวิจัย ปีละ 800,000.-บาท ซึ่งคณะกรรมการอนุมัติให้แล้วกระจายไป ผมเห็นว่าบางเรื่อง หรือบางปัญหา ควรจะทำโดยยกเอาปัญหาของบ้านเรา ของประเทศเรา ซึ่งอาจจะมี incidence อื่น เยอะแยะเลยที่ต่างประเทศไม่มี โดยเฉพาะยุโรปและอเมริกาไม่มี ทำให้ปรากฏ ขึ้นมาว่าผลของงานวิจัยเราออกมาเป็นยังไง การทำวิจัยนี้อาจทำได้โดยทำร่วมกับอาจารย์ ขณะเดียวกันผมไม่คิดว่ามันจำเป็นที่ Fellow 1 คน จำเป็นต้องทำ วิจัย 1 เรื่อง อาจจะร่วมกันทำก็ได้ ต่างสถาบันก็ทำตามแต่ เพราะเหตุว่าจำนวนของ ผู้ป่วยที่จะเข้ามาศึกษามีมากขึ้น ความน่าเชื่อถือ ความแม่นยำจะมากขึ้น ซึ่งผม คิดว่าอยากจะให้ลองคิดดูและเปลี่ยนแปลงได้ไหม ถ้าหากเราทำอย่างนี้ได้จริงๆ งาน เหล่านั้นสามารถนำไปพิมพ์ในวารสารการแพทย์ของไทย หรือของต่างประเทศก็ได้ เอาไปเสนอในที่ประชุมระหว่างประเทศ, AGA, Europe หรือ Asian pacific ก็ได้ ถ้า เรามี paper ออกไปมากมาย ขึ้น ก็จะมีคนรู้จักเรามากขึ้น ต่างประเทศรู้จักมากขึ้น นั่น คือสิ่งที่ผมอยากเห็น นอกเหนือจากนั้นคงไม่ใช่เฉพาะแพทย์ประจำบ้าน ผมว่า สมาคมก็มีหวังที่จะหาเงินให้สมาชิกทำ research ด้วย ควรจะเน้นปัญหาโรคที่พบ บ่อยๆ ในประเทศไทยในแง่ต่างๆ ทั้งอุบัติการณ์การค้นคว้าการรักษา แล้วก็นำไปเผยแพร่ในที่ประชุมระหว่างประเทศ ถ้าหากเราร่วมมือกันทำ ทั้งแพทย์สมาชิก และทั้ง Fellow ผลงานอันนี้สามารถนำไปเสนอได้ด้วยเลย จะทำให้เราเป็นที่รู้จัก ของต่างประเทศมากขึ้น และต่อไปการจะพึ่งพาอะไรจากเขา หรือการเจรจาอะไร ก็ก็จะง่ายขึ้นด้วยเพราะเขารู้จักเราเป็นอย่างดีแล้ว เพราะฉะนั้นการวิจัยนั้นผมคิด

ว่าคงต้องมาพิจารณาด้วยว่าเราจะทำอะไร ถึงจะให้ผลประโยชน์เกิดขึ้นกับประชาชน เพราะการวิจัยนี้ทำด้วยโรคของคนไทยและมันอาจเป็นผลประโยชน์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยไทยในอนาคตและเพื่อประเทศชาติ โดยทำให้ต่างชาติได้รู้จักเราดีขึ้นในแง่ของการแพทย์ไทย

**6. หลักสูตรการอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอด** ควรจะมีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงในเวลาที่เหมาะสม ไม่ใช่ตายตัว ควรมีคณะกรรมการพิจารณาเรื่องนี้เป็นครั้งคราวตามสมควร การอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดทางด้านวิชาการก็ต้องอบรม แต่สิ่งที่ควรทำซึ่งเป็นเรื่องที่สำคัญก็คือ คุณธรรมและจริยธรรม เพราะเหตุว่าปัจจุบันนี้หมอ GI และทั่วๆ ไป ถูกประชาชนที่ไม่ได้อยู่ในวงการแพทย์ มองเราในลักษณะไม่ค่อยดีเลย สำหรับ Fellow ที่อบรมกับเราต้องมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี ไม่ใช่เฉพาะผู้ร่วมงาน ณ ที่นี้หมายถึง paramedical ทั้งหลายต่อผู้ป่วยและต่อญาติผู้ป่วย ไม่ใช่รักษาเอาเฉพาะวิชาการเท่านั้น โดยไม่คำนึงถึงสิ่งเหล่านี้เลยผมว่ามันผิด เวลานี้ผมมีความรู้สึกว่า ไม่ใช่เฉพาะหมอ GI ที่ไม่สามารถติดต่อกับผู้ป่วย หรือญาติผู้ป่วยได้ให้รู้เรื่องเลย มีผู้ป่วยหลายคนบ่นว่าพูดกับคุณหมอไม่รู้เรื่อง ไม่เข้าใจเลย ซึ่งโดยมากเรามักใช้คำศัพท์แพทย์กับผู้ป่วยมากเกินไป ในทางปฏิบัติถ้าหากเราให้ความร่วมมืออธิบายให้ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยให้เข้าใจได้ชัดเจนแล้ว ปัญหาทั้งหลายเกี่ยวกับการดูแลรักษาพยาบาลก็จะหมดไป ปัญหาที่ถูกฟ้องร้องจากแพทย์สภา หรือถูกฟ้องร้องต่อศาลก็จะน้อยลง แต่สิ่งนี้ผมคิดว่าเรายังขาดอยู่ในการอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอด เพราะมุ่งในแง่ของวิชาการหรือวิจัยมากเกินไป จึงอยากจะฝากเอาไว้ว่า สถาบันที่ฝึกอบรม Fellow ให้คำนึงเรื่องนี้ และอยากจะเห็นการปรับปรุงในสิ่งเหล่านี้ด้วย

**7. การเผยแพร่ความรู้เรื่องโรกระบบทางเดินอาหารให้กับประชาชน** ได้แก่ การประชุมวิชาการสำหรับประชาชน การประชุมปัจจุบันนี้ดำเนินการโดยบริษัทผลิตยา ชมรมบางชมรมของ GI ทำแล้ว และโรงพยาบาลเอกชน แต่ทางสมาคมยังไม่เคยทำตราบนี้เลย ส่วนค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นผมคิดว่าบริษัทขายยาคือที่ให้ความร่วมมือ ซึ่งผมคิดว่าเป็นสิ่งที่ควรจะต้องทำ ควรดำเนินการเพิ่มขึ้น นั่นคือสิ่งที่เราจะทำให้กับประชาชนได้ เพราะเป็นประโยชน์ เป็นการให้ความรู้กับประชาชนรวมทั้งตัวผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วย ก็อาจจะมาฟังเช่นกัน อาจจะมีคำถามต่างๆ มาถามเรา ทำให้ได้ความรู้ความเข้าใจมากขึ้น

การเผยแพร่ทางสื่อสารมวลชน เช่น วิทยุ, โทรทัศน์ ซึ่งค่าใช้จ่ายค่อนข้าง

แพ่ง แต่ถ้าหากมีผู้ช่วยออกค่าใช้จ่ายให้ หรือมีทุนสนับสนุน และทำแล้วมีประโยชน์ก็ควรที่จะทำนิตยสาร หนังสือพิมพ์ ทั้งหลาย หมอเราบางคนก็เริ่มเขียนลงในนิตยสารบ้างตามสมควร ให้ความรู้กับประชาชน และแผ่นพับต่างๆ ในสถานที่โรงพยาบาลที่ปฏิบัติงานหรือคลินิก นั่นก็เป็นวิธีเผยแพร่ความรู้ทางด้าน GI ให้กับผู้ป่วย หรือญาติผู้ป่วยที่มารับการรักษา

การเผยแพร่ความรู้ลงเว็บไซต์ หรือ internet ซึ่งจะต้องลงทุนพอประมาณและต้องมีบุคลากรที่ทำตรงจุดนี้ประจำ ต้องมีคนสนับสนุนที่จะช่วยทำ ต้องมีทีมงานและการเตรียมพร้อมในการถาม-ตอบ ที่ละเอียดรอบคอบและดี เพราะหากไม่ดีก็จะกลายเป็นหมกหมวดความน่าเชื่อถือจากผู้ที่ถูกถามมาก็ได้

**8. อีกจุดหนึ่งก็คือ ขณะนี้มีหลายๆ สมาคมที่แตกแขนงออกไปเป็นสมาคมจากสมาคมแม่** เช่น สมาคมอวัยวะและวิธีตรวจรักษาโรกระบบทางเดินอาหาร ในต่างประเทศที่เกิดขึ้นมีอะไรบ้าง เช่น ในสหรัฐอเมริกา ก็มี AGA เป็นแม่ต่อมาก็เป็น ASGE มี AASLD อย่าลืมน่าสมาชิกของสมาคมเหล่านี้ส่วนใหญ่ก็คือคนกลุ่มเดียวกันเป็นส่วนใหญ่ แต่ก็จะมีบางคนเท่านั้นที่สนใจเฉพาะเรื่อง เฉพาะปัญหาของอวัยวะนั้นๆ โดยเฉพาะ และได้ทำการศึกษาอย่างลึกซึ้งตรงจุดนั้นซึ่งเป็นสิ่งที่ดีไม่มีอะไรเสียหาย แต่ผมไม่อยากจะให้การแยกสมาคมออกไปเป็นเรื่องของการแตกความสามัคคีของหมอ GI ไม่ว่าจะเป็นหมอ GI Med, ศัลยกรรม, พยาธิหรือรังสี ก็ตามแต่ เท่าที่ผมรับทราบมาใครก็ตามที่เป็นสมาชิกของสมาคม AGA ก็เป็นของ ASGE หรือ AASLD ได้ เพราะต่างก็ทำหน้าที่เหมือนกัน เราเองก็มีแพทย์ GI น้อย ซึ่งผมก็คิดว่าหมอ GI ทุกคนที่อยู่ในประเทศไทยก็ไม่ได้ทำเฉพาะเรื่องใดเรื่องหนึ่งอย่างเดียว โดยไม่ได้ดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างอื่นเลย แต่ว่าเราอาจจะเน้นหนักไปทางด้านใดด้านหนึ่ง ผมคิดว่าถ้าเราจะตั้งสมาคมขึ้นมาเพื่อความเจริญของวิชาการนั้น ผมก็คิดว่าไม่น่าจะเสียหายอะไร ซึ่งจะเป็นผลดีด้วยซ้ำถ้าปัญหาเหล่านั้นเป็นปัญหาของเราจริงๆ และเราสามารถจะเรียนรู้ได้จริงๆ อาจจะแตกต่างกับปัญหาในต่างประเทศ ทำแล้วอาจจะรู้สึกซึ่งดีกว่าในต่างประเทศก็ได้ หมอเหล่านั้นอาจจะเป็นที่ปรึกษาให้กับหมอ GI ทั่วไปที่ไม่รู้สึกซึ่งในเรื่องนั้น แต่เราก็ไม่ควรที่จะแตกกันออกไปควรจะเป็นสมาชิกด้วยกัน

เวลานี้ความเจริญก้าวหน้าทางด้านการศึกษาไปรวดเร็ว ผมคิดว่ามันก็จะอาจจะถึงเวลา แต่ประเทศไทยผมอยากขอให้ทุกคนมีสิทธิเป็นสมาชิกของทุกๆ สมาคมของแต่ละสมาคมที่แตกแขนงออกไป ส่วนจะทำอะไรได้แค่ไหนอย่างไร



ก็ไปอีกเรื่อง เพราะอนาคตมันมีมาแน่ แต่ผมไม่ต้องการแตกความสามัคคีของหมอ GI อยากให้ทุกคนใจกว้างพอที่จะรับทุกคนเข้าเป็นสมาชิก เพราะมีแต่ประโยชน์ของสมาชิก เราอาจจะไม่ได้รู้รายละเอียดของเรื่องนั้นมาก แต่เวลาที่จัดประชุมวิชาการก็สามารถที่จะเรียนรู้อะไรบางอย่างได้เหมือนกัน สิ่งที่ผมได้พูดมาทั้งหมดตั้งแต่ต้นจนจบอาจจะไม่ครอบคลุมทุกอย่าง แต่ก็คือความหวัง คือสิ่งที่ผมอยากเห็นในอนาคตของสมาคม

.....

# ชวนอ่านหนังสือ

## อีกหนึ่งฟางฝัน บันทึกกรรมทางของชีวิต

ผู้เขียน/แปล : จิระนันท์ พิตรปรีชา

ปีพิมพ์ : 3/2549

ISBN : 9749916638

ปก/หน้า : ปกอ่อน/303 หน้า

ราคา : 265.00 บาท

ราคาพิเศษ 239.00 บาท

(ลดถึง 26 บาท หรือ 10.00 %)

<http://www.chulabook.com>

ขอเชิญย้อนอดีตไปด้วยกันกับหญิงเก่ง  
และแกร่งคนนี้กันนะครับ



...เมื่อหกปีก่อน...สิบสี่ปีก่อน...หรือย้อนไปไกลถึงยี่สิบสองปีก่อน ฉันเคย  
นั่งตอบคำถามที่ถูกกระหน่ำใส่ อย่างเขาเป็นเขาตาย ทั้งแสงแฟลช สายไมค์ ไฟ  
ห้องอัดรายการทีวี และสมุดปากกาของนักข่าวต่างทำหน้าที่ของมันอย่างซื่อสัตย์  
แต่สิ่งที่ถูกตัดต่อตีความสู่ความรู้สึกของสาธารณชนจะชื่อตรงแค่ไหน... ฉันไม่  
แน่ใจนัก

หกปีก่อนอาจจะเป็นการตอบคำถามชอกช้ำกประเภท “เบื้องหลังความ

สำเร็จ” ของบุคคลผู้ได้รับการยอมรับจากสังคมในฐานะ “กวีซีไรต์” คนใหม่

แต่สิบสี่ปีก่อน คำถามที่ฉันต้องตอบในฐานะ “ผกก.กลับใจ” เป็นเรื่องปวดร้าวที่มีอิสรภาพของชีวิตเป็นเดิมพัน

ขณะที่ยี่สิบสองปีก่อน พวกเขาตั้งคำถามราวกับว่า เด็กนักศึกษา อายุสิบแปดคนหนึ่งที่เผชิญไปมีบทบาทใน “เหตุการณ์ 14 ตุลา” จะรอบรู้ถึงขั้นสามารถวิพากษ์สังคมไทยได้ทั้งระบบ หรือชี้ทางแก้ปัญหาสิทธิสตรีได้ไม่แพ้นักกฎหมายมืออาชีพ

ในเมื่อความเจ็บถูกทำลายไปเป็นระยะ ฉันเรียนรู้ที่จะปรับสไตล์สัมผัสของตัวเองให้รับฟังเฉพาะคำถามที่ “ตอบแล้วดี” อาจจะต้องตอบบ้าง ต่อผู้อื่นที่ฉันปรารถนาดีบ้าง หรือคำถามไหนที่ตอบแล้วอาจก่อความเสียหาย ฉันก็รู้จักปิดเครื่องรับ โดยการหลบเลี่ยงหรือศอกกลับให้บรรดาผู้ที่ทำตัวเป็นนักบุญรุกสะดุดขาตัวเองเสียบ้าง มันสนุกดีที่จะรู้สึกว่าคุณเองแน่ ไม่แพ้พวกพิธีกรรายการล้วงลึกทั้งหลายในเกมถามตอบแบบนี้

แต่ทำไปทำไมฉันเริ่มเมื่อตัวเอง และเบื้องหลังการตอบคำถามที่น่าจะเพิ่มคะแนนเป็นสองสามเท่าให้ตัวเองช่วยไม่ได้ที่ฉันเกิดมาเพื่อจะเขียนมากกว่าพูด

ระยะหลังฉันจึงพยายามนั่งหลบอยู่กับมุมไม้ชายคาบ้าน เพื่ออาศัยความเงียบเป็นสื่อค้นหาคำตอบของอะไรหลายๆ อย่างที่ฉันน่าจะเป็นฝ่ายถามมานานแล้ว มันอาจไม่ได้ผลนัก ในเมื่อโทรศัพท์ยังคงทำหน้าที่ลำเลียงคำถามเก่าๆ และคำเชิญชวนใหม่ๆ เข้ามาไม่ขาดสาย แต่อย่างน้อยความเงียบที่พอมีกี่ช่วยให้ฉันได้ยินเสียงเพรียกของวัยเยาว์หลังจากมันเงียบหายไปเนิ่นนาน

ชวนอ่าน ... โดย ตติสุข

.....

## เจ้าชายน้อย

เป็นหนังสือแปลจากเรื่อง The Little Prince เขียนเรื่องและภาพโดย Antoine de Saint-Exupery นักเขียนชาวฝรั่งเศส เมื่อปี ค.ศ. 1943 หรือ พ.ศ. 2486 จัดเป็นหนังสือเยาวชน ขายตามร้านหนังสือทั่วไป มีทั้งของสำนักพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช แปลโดย อัมพรพรรณ โอตระกูล และสำนักพิมพ์แพรว เยาวชน แปลโดย อาริยา ไพฑูรย์

เจ้าชายน้อยเป็นหนังสือที่ดีมาก และมีชื่อเสียงมากที่สุดเล่มหนึ่งของโลก หนังสือเล่มนี้เหมาะกับทั้งเด็กและผู้ใหญ่ เจ้าชายน้อยเป็นหนังสือที่อ่านได้ทุกวัย มีจุดเด่นที่ความคิดของผู้อ่านจะเปลี่ยนไปทุกครั้งที่อ่าน เพราะจะได้พบกับความอัศจรรย์ในความคิดของเจ้าชายน้อยและความคิดใหม่ๆ ของผู้อ่านเอง

จำนวน : 148 หน้า

ชนิดของปก : ปกอ่อน

เดือนปีที่พิมพ์ 01/2546

ราคาปก 150.00 บาท



...เมื่อตอนอายุได้ 6 ขวบ มีอยู่หนหนึ่งที่ผมเห็นรูปภาพสวยเยี่ยมเป็นเลิศในหนังสือชื่อ “เรื่องจริงที่ข้างอิงใต้” อันเป็นหนังสือเกี่ยวกับชีวิตธรรมชาติในป่าดงดิบ

ภาพที่ว่านั้นเป็นภาพงูเหลือมกำลังขมำเหยื่อตัวหนึ่งอยู่ และนี่คือภาพจำลองดังกล่าว

แล้วยังมีข้อความบรรยายว่า

“งูเหลือมกลืนเหยื่อเป็นๆ ของมันลงไปทั้งตัวโดยไม่บดเคี้ยวเลย จากนั้น

มันก็ไม่อาจกระดิกตัวเคลื่อนที่ไปไหนได้ หากแต่จะนอนแน่นิ่งอยู่อย่างนั้นนานถึง 6 เดือน เพื่อย่อยอาหารให้สำเร็จ”

ผมเฝ้าแต่คิดถึงเรื่องระทึกใจในป่าที่บั้นบ่อยครั้ง แล้วในที่สุด ผมก็กลับกรองถ่ายทอดมันออกมาเป็นภาพวาดชิ้นแรกด้วยดินสอสีจนสำเร็จจนได้

รูปเขียนรูปแรกของผมเป็นอย่างไร

ผมวาดผลงานชิ้นเยี่ยมของตนชิ้นนี้ให้พวกผู้ใหญ่ดู พร้อมกับถามว่า ภาพเขียนของผมทำให้พวกเขากลัวกันบ้างไหม

พวกผู้ใหญ่มักตอบว่า

“ท่าไม้กับแค่นมวกใบเดียว จะทำให้ใครๆ ต้องกลัวด้วย”

ภาพเขียนของผมไม่ใช่รูปหมวกสักหน่อย มันเป็นรูปงูเหลือมที่กำลังย่อยข้างตัวหนึ่งอยู่ในกระเพาะต่างหาก

ผมก็เลยวาดให้เห็นภายในลำตัวของงูเหลือมเสียเลย เพื่อที่พวกผู้ใหญ่จะได้มองออก พวกเขาณะ มักจะต้องการคำอธิบายประกอบเสมอๆ

รูปวาดใบที่สองของผมออกมาเป็นอย่างไร

ทว่าพวกผู้ใหญ่ต่างแนะนำให้ผมเก็บบรรดารูปงูเหลือมไม่ว่าจะในลักษณะปิดทึบ หรือเปิดโปร่งเหล่านั้นเสียที และชี้ให้ผมหันมาสนใจด้านภูมิศาสตร์ ประวัติศาสตร์ วิชาการคำนวณ และไวยากรณ์แทนจะดีกว่า

ด้วยเหตุนี้ ผมจึงวางมือละจากงานอาชีพช่างเขียนที่แสนจะวิเศษสุดนี้ไปเสียตั้งแต่อายุได้ 6 ขวบ

ผมรู้สึกท้อแท้หมดหวังกับความล้มเหลวไม่เป็นท่าในผลงานภาพวาดชิ้นแรกและชิ้นที่สองนั้นจริงๆ

พวกผู้ใหญ่ช่างไม่เคยเข้าใจอะไรต่างๆ เอาเสียเลย เป็นที่น่าเบื่อหน่ายสำหรับเด็กๆ ที่จะต้องคอยชี้แจงอธิบายเรื่องทุกอย่างอยู่เสมอไป

ต่อมาผมจึงเลือกอาชีพอื่นแทน โดยเลือกเรียนขับเครื่องบิน ผมบินไปยังที่ต่างๆ แทบจะทั่วโลก และวิชาภูมิศาสตร์นี่เองที่ผมได้นำมาใช้ประโยชน์ในงานอาชีพเป็นอันมาก

ผมสามารถแยกแยะออกตั้งแต่แวบแรกที่ได้เห็นว่า ที่ไหนคือเมืองจีน หรือตรงไหนคืออริโซนา ซึ่งสิ่งนี้เป็นเรื่องสำคัญมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง หากเรากำลังพลัดหลงทิศทางในยามค่ำคืน

ทั้งๆ ที่ตลอดชีวิตของผมได้มีการติดต่อกับบรรดาผู้คนมากมาย

หลายตา ที่ล้วนจริงจังเอาการเอางานกัน  
ทั้งสิ้น ได้มีโอกาสสังเกตพวกเขาอย่าง  
ใกล้ชิด แต่ก็ไม่ได้ช่วยให้ทัศนคติของผม  
กลับเปลี่ยนเป็นดีขึ้นเลยสักนิด

คราวใดที่ผมได้พบผู้ใหญ่สักคนที่  
พอจะเข้าท่าอยู่บ้าง ผมก็มักทดสอบเขา  
ด้วยรูปเขียนขึ้นแรกที่ผมพกเก็บไว้ตลอด  
เวลารูปนั้น ผมอยากรู้กันว่า ผู้ใหญ่คนนั้น  
จะเข้าใจอะไรๆ อย่างต่องแท้หรือไม่

ที่ว่าเขามักจะตอบผมเป็นเสียงเดียวกับเสมอว่า

“มันเป็นรูปหมวกใบหนึ่งนี่นา”

เมื่อเป็นดังนี้ ผมก็จะไม่คุยถึงเรื่องงูเหลือม เรื่องป่าดงดิบ หรือแม้กระทั่ง  
เรื่องหมู่ดวงดาวกับเขาหรอก

ผมจะเออออตามเขาไปเรื่อยโดยพูดกันแต่เรื่องไฟบริดจ์ เรืองกอล์ฟ ถก  
ปัญหาการเมือง หรือไม่ก็วนอยู่กับความพิถีพิถันในการแต่งกายทั้งหลายแหล่

เท่านั้น ผู้ใหญ่คนนั้นก็พอออกพอใจที่รู้จักใครสักคนที่ดูเอาด่า่านใช้ได้ทีเดียว



ชวนอ่าน ...โดย ตติสุข

.....

# ในแวดวง...แพทย์ระบบทางเดินอาหาร

## Welcome Message



**Varocha Mahachai, M.D., FRCP (C), FACG**  
Chairman, 6<sup>th</sup> Western Pacific Helicobacter Congress 2006

Dear Colleagues,

On behalf of the Organizing Committee, it is a great honour and pleasure to welcome you to the 6<sup>th</sup> Western Pacific Helicobacter Congress 2006 which is to be held from the 12<sup>th</sup> to the 14<sup>th</sup> of November 2006 in Bangkok, Thailand.

We anticipate participation from distinguished authorities worldwide, who will be sharing the latest information on basic and clinical helicobacter research with major focus on problems in Asia-Pacific region linked to information from the Western world with an aim to solve a global issue on *H. pylori* management. The conference will provide opportunities for clinicians, researchers and young investigators from various parts of the world to discuss and present data on different aspects and issues of *H. pylori* as well as breakthrough information on the latest research. We encourage young clinicians and scientists to participate in the Young Investigator Award Program by providing complimentary meeting package.

In addition to the above programs, we are offering you a variety of cultural and social events to make your visit to Thailand enjoyable and memorable. The climate in November which is a winter month in Thailand is quite pleasant and surely relevant for the tour programs. This will allow participants to visit many regions of Thailand which offer multicultural and scenic backgrounds.

We look forward to welcoming you to the 6<sup>th</sup> Western Pacific Helicobacter Congress 2006 in Bangkok, Thailand.

Varocha Mahachai, MD, FRCP (C), FACG  
Chairman, 6<sup>th</sup> Western Pacific Helicobacter Congress 2006

## Governor of Bangkok Welcome Message



**Mr. Apirak Kosayodhin**  
Governor of Bangkok

On behalf of the Bangkok Metropolitan Administration, I would like to extend a warm welcome and a gracious hospitality to all delegation of 6<sup>th</sup> Western Pacific Helicobacter Congress 2006 to Bangkok, the City of Culture and Golden Heritage.

I have learnt that this educational meeting aims to solve a global issue on H. pylori management. I am confident that the meeting will be a great success with the latest research information you will share with others during the meeting and will help you to expand better knowledge of future treatment of patients with peptic ulcer disease.

I am honoured and privileged to extend well-deserved congratulation to Professor Barry Marshall and Professor Robin Warren, the 2005 Noble Prize Awardees for their discovery of bacterium Helicobacter pylori and its role in gastritis and peptic ulcer disease which have made a major breakthrough in the management of peptic ulcer disease leading to improvement the outcome of treatment.

During your stay in Bangkok, I hope that you will find relaxing time to explore Bangkok and impress on visiting here. I and all of Bangkok citizens wish you a pleasant and enjoyable stay in Bangkok.

Sincerely,

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Apirak Kosayodhin', written over a faint, stylized graphic element that resembles a signature or a decorative flourish.

Apirak Kosayodhin  
Governor of Bangkok



## Final Scientific Program

### Sunday 12 November 2006

17 00 - 18.30	Welcome lectures " <i>Global Highlights on H. pylori</i> " - <i>Bacterial Virulence Factors</i> - <i>Host Response and H. pylori</i> - <i>H. pylori and Gastric Cancer Link</i>	John C. Atherton Richard L. Ferrero Takeshi Azuma Barry Marshall
18 30 - 19.00	<i>Honorable lecture by Noble Prize Winner</i>	
19.00	Welcome Reception of 6 <sup>th</sup> WPHC at the Plaza Athenee Hotel, Bangkok	

### Monday 13 November 2006

07.30 - 08.30	Morning symposium : Sponsored by Takeda Co., Ltd.	
08.30 - 08.50	Opening Remarks	
08.50 - 09.50	<b><i>Epidemiology and transmission</i></b> - <i>Epidemiology</i> - <i>Transmission</i>	Hoda M. Malaty Benjamin D. Gold
09.50 - 10.50	<b><i>Novel Diagnostic Application for H. pylori</i></b> - <i>Molecular PCR Technique</i> - <i>Diagnosis of atrophic gastritis with plasma biomarkers</i> - " <i>Challenges in the diagnosis of Helicobacter pylori-population to individual</i> "	Yoshio Yamaoka Pentti Ilmari Sipponen Stuart Hazell
10.50 - 11.15	Coffee Break	
11.15 - 12.30	<i>H. pylori, Present situations in Asia-Pacific Region</i>	Pisaln Mairiang (Thailand) Oung Chakravuth (Cambodia) Shu Dong Xiao (China) Abdul Aziz Rani (Indonesia) Myo Khin (Myanmar) Trun Ngoc Bao (Vietnam)
12.30 - 13.45	Luncheon symposium : Sponsored by Astra Zeneca Ltd. " <i>An intriguing H. pylori and GERD relationship-                  The implication of research findings to clinical practice</i> "	Peter Malfertheiner Varocha Mahachai (Chairman)
13.45 - 14.45	<b><i>Antibiotic Resistance / Eradication Failure</i></b> - <i>Antibiotic Resistance</i> • <i>Bedside to Clinical Application / Sensitivity testing and what else?</i> - <i>Salvage treatment</i> • <i>What options do we have?</i>	Francis Megraud Khean Lee Goh
14.45 - 15.45	Free Paper	
15.45 - 16.00	Coffee Break	
16.00 - 17.45	<b><i>Controversial Issues on H. pylori (Debates)</i></b> - <i>Hp and pH</i> - <i>Hp and NSAIDs</i> - <i>Hp and NUD</i>	+ David Y. Graham - Richard H. Hunt + Francis K.L. Chan - Kwong Ming Fock + Paul Moayyedi - Varocha Mahachai
19.00 - 21.00	Congress Dinner	

# จากบรรณาธิการ

## สวัสดีครับ ท่านผู้อ่านทุกท่าน

ในช่วงเดือนกันยายนที่ผ่านมา โดยเฉพาะ 19 กันยายน พ.ศ. 2549 ก็คงเป็นวันที่ต้องบันทึกไว้ในประวัติศาสตร์การเมืองไทยอีกหน้าหนึ่งที่มีการปฏิรูปเกิดขึ้น สมาชิกหลายท่านคงได้ติดตามข่าวในหน้าหนังสือพิมพ์กันอยู่บ้าง และหลายท่านคงโล่งใจไปกับการที่ประเทศไทยได้มีนายกรัฐมนตรีคนที่ 24 เป็นที่เรียบร้อยแล้ว ก็หวังว่าเราจะได้ก้าวไปข้างหน้าอย่างมั่นคงอีกครั้งหนึ่ง เพื่อเตรียมเข้าสู่ระบอบประชาธิปไตยที่สมบูรณ์ขึ้น ในส่วนงานของสมาคมที่ผ่านมา ก็มีการจัดอบรมความรู้ทางด้าน basic sciences ให้แก่แพทย์ผู้ช่วยอาจารย์ และงานที่สำคัญอีกงานหนึ่งก็คือ การเตรียมการจัดการประชุมวิชาการประจำปี 2549 โดยในปีนี้ทางสมาคมจะจัดร่วมกับงาน The 6<sup>th</sup> Western Pacific Helicobacter Congress 2006 ที่เราได้เป็นเจ้าภาพ โดยจัดในช่วง 12-16 พฤศจิกายน พ.ศ. 2549 ณ โรงแรม Plaza Athenee กรุงเทพฯ มีท่านนายกสมาคม อาจารย์สถาพร และ อาจารย์วโรชา มหาชัย Congress Chairman ช่วยกันจัดเตรียมงานอย่างเต็มที่ ซึ่งจะมีผู้เชี่ยวชาญของโลกที่เกี่ยวข้องกับ *Helicobacter pylori* โดยเฉพาะ Professor Barry Marshall ที่ได้รับรางวัล Nobel Prize จะมาบรรยายเป็น *Honorable lecture* ให้กับงานนี้ด้วย จึงขอเชิญชวนสมาชิกทุกท่าน ลงทะเบียนเพื่อร่วมประชุม หรือ สามารถดูข้อมูลรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ <http://www.6wphc2006.com/>

ส่วนบทความในจุลสารยังคงไว้ซึ่งสาระและบันเทิงเช่นเดิม เช่น บทความสมาคมของเรา...เล่าเท่าที่รู้ ฉบับนี้ได้้นำการถอดเทปการบรรยายพิเศษในหัวข้อเรื่องสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารที่ข้าพเจ้าอยากเห็นในอนาคต โดย ศาสตรา-

ภิกษาน นายแพทย์พิณิจ กุลละวณิชย์ และ นายแพทย์เกรียงไกร อัครวงศ์ ซึ่งจัด  
ขึ้นเนื่องในการประชุมระหว่างสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย  
กับสมาคมแพทย์ส่องกล้องทางเดินอาหารไทย วันที่ 11-12 พฤษภาคม พ.ศ. 2549  
ณ โรงแรมทิพย์วิมาน รีสอร์ทแอนด์สปา ซะอำ จ.เพชรบุรี

ส่วน...ชวนอ่านหนังสือโดย ตติสุข ขอนำเสนอหนังสือ เจ้าชายน้อย เป็น  
หนังสือแปลจากเรื่อง The Little Prince เขียนเรื่องและภาพโดย Antoine de Saint-  
Exupery นักเขียนชาวฝรั่งเศส จัดเป็นหนังสือเยาวชนที่ดีมาก และมีชื่อเสียงมาก  
ที่สุดเล่มหนึ่งของโลก ส่วนอีกเล่มหนึ่งแนะนำให้พบกับ หญิงแกร่งและแกร่งคนนี้  
คุณจิระนันท์ พิตรปรีชา ที่ท่านอาจรู้จักเธอในฐานะ กวีซีไรต์ หรือ ผกก.กลับ  
ใจ หรือ คนที่มีบทบาทในเหตุการณ์ 14 ตุลา ... เจ้าของหนังสือเรื่อง อีกหนึ่งฟางฝัน  
บันทึกแรมทางของชีวิต ก็หวังว่าจะเป็นที่สนใจและเข้ากับบรรยากาศในด้าน  
การเมืองช่วงนี้นะครับ และขอเชิญสมาชิกสมาคมและผู้สนใจติดตามอ่าน  
บทความต่างๆ ได้โดยพลันครับ

**สมบัติ ตริประเสริฐสุข**

battan5410@yahoo.com

battan5410@hotmail.com

.....

# ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิกตลอดชีพ สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

วันที่ .....เดือน .....พ.ศ. ....

ข้าพเจ้าขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกตลอดชีพของ “สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย”

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 : ในการสมัครสมาชิกจะสมบูรณ์ต่อเมื่อได้ผ่านมติที่ประชุมของกรรมการสมาคมฯ แล้วเท่านั้น

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

[ ] เงินสด [ ] เช็คธนาคาร ..... สาขา .....

เลขที่ ..... ลงวันที่ .....

ลงชื่อ .....

(.....)



The Gastroenterological Association of Thailand

# Program Annual Meeting 2006 The Gastroenterological Association of Thailand

November 15 - 16, 2006  
Plaza Athénée Bangkok, Thailand

## Program Annual Meeting 2006

### The Gastroenterological Association of Thailand

November 15 - 16, 2006

Plaza Athénée Bangkok, Thailand

#### Wednesday November 15, 2006

08:00-08:30 Registration

08:20-08:30 Opening Remark:

Dr. Sathaporn Muiratsathit  
President The Gastroenterological  
Association of Thailand

08:30-09:45 Hepatitis B&C Management Today  
and Tomorrow: Tailoring Therapy

Dr. Tansak Tanwandee  
Dr. Theerha Pravisuth  
Dr. Chulima Pramoolnirup  
Moderator: Dr. Warocha Mahachul

09:45-10:30 Coffee Break

10:30-11:00 Recent Progress of GI Imaging

Dr. Chitiana C. Wilke  
Pharmacological Management of  
Acute Variceal Bleeding and  
Hepatorenal Syndrome

Dr. David Fitch

12:00-13:30 The State of the Art in GERD  
Management

Dr. Nicholas J. Talley

13:30-14:30 Topride: The Novel Gastroprokinetic  
Drug in Functional Dyspepsia

Dr. Orsler-Lee Goh

14:30-15:30 Coffee Break

15:30-16:30 What's New in Endoscopy

Mol. Gen. Dr. Sutrakol Chivratsarakul  
Dr. Rangsan Reewong

16:30-17:00 GAT Meeting

#### Thursday November 16, 2006

08:30-09:45 Update on Clinical Utility of Molecular  
Testing for Management of Chronic

Viral Hepatitis

Dr. Tansak Tanwandee  
Dr. Theerha Pravisuth

09:45-10:30 Coffee Break

10:30-12:00 2006 Highlight of GI and Liver Diseases

Dr. Somchai Leelakulchong  
Dr. Taned Chitapourat

Dr. Piyawat Komnrit

12:00-13:30 Treatment of Chronic Viral Hepatitis-  
From Superior Strategy to Successful  
Implementation

Dr. Chulima Pramoolnirup  
Dr. Theerha Pravisuth  
Dr. Tansak Tanwandee  
Col. Dr. Anuchit Chitaputti

13:30-15:00 Free Paper

15:00-15:30 Coffee Break

15:30-17:00 GI Challenge

Dr. Chomsri Kosichawet and Team

17:00 Closing Remark: President of GAT