

# จุลสาร

สมาคมแพทย์

ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย



<http://www.thaigastro.org>

ISSN 0857-8351



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

ปีที่ 14 ฉบับที่ 68 ประจำเดือน พฤศจิกายน - ธันวาคม 2549



# จุลสาร

สมาคมแพทย์

ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย



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

# คณะกรรมการพ่ายจุลสาร

## สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

วาระ พ.ศ. 2548-2549

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

# สารบัญ

## จุลสารสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย ปีที่ 14 ฉบับที่ 68 พฤศจิกายน-ธันวาคม 2549

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



# คณะกรรมการอำนวยการสมาคมแพทย

## ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

วาระ พ.ศ. 2548-2549

- |                                 |                                       |
|---------------------------------|---------------------------------------|
| 1. นพ.สถาพร มานัสสฤติย์         | นายกสมาคม                             |
| 2. พญ.ชุตินา ประมูลสินทรัพย์    | รองตำแหน่งนายก                        |
| 3. นพ.องอาจ ไพรสณทรวงกูร        | อุปนายก                               |
| 4. นพ.สมชาย สีสากุลวงศ์         | เลขาธิการ                             |
| 5. นพ.สมบัติ ตรีประเสริฐสุข     | รองเลขาธิการ                          |
| 6. นพ.สิริวัฒน์ อนันตพันธุ์พงศ์ | เหรัญญิก                              |
| 7. นพ.ธีระ พิรัชวิสุทธิ         | ปฏิคมและสวัสดิการ                     |
| 8. นพ.กำธร เผ่าสวัสดิ์          | ประธานฝ่ายวิจัย                       |
| 9. นพ.ทวีศักดิ์ แทนวันดี        | ประธานฝ่ายวิชาการและการศึกษาต่อเนื่อง |
| 10. นพ.รังสรรค์ ฤกษ์นิมิตร      | ประธานฝ่ายวารสาร                      |
| 11. พญ.โฉมศรี โฆษิตชัยวัฒน์     | ประธานฝ่ายการศึกษาหลังปริญญา          |
| 12. นพ.ทองดี ชัยพานิช           | ประธานฝ่ายกิจกรรมสังคม                |
| 13. นพ.ศตวรรษ ทองสวัสดิ์        | ประธานฝ่ายสารสนเทศและการสื่อสาร       |
| 14. นพ.บัญญัติ โอวาทพิสารพร     | ประธานฝ่ายหาทุน                       |
| 15. พอ.นพ.อนุชิต จุฑาทุทธิ      | ประธานฝ่ายจริยธรรม                    |
| 16. พอ.นพ.สุรพล ชื่นรัตนกุล     | ผู้แทนชมรมเอ็นโดสโคปีย์               |
| 17. พอ.นพ.สุรพล สุรางค์ศรีรัฐ   | ผู้แทนชมรมโมติลิตีแห่งประเทศไทย       |
| 18. นพ.พิศาล ไม้เรียง           | ผู้แทนกลุ่มวิจัยโรคกระเพาะอาหาร       |
| 19. นพ.พิเศษ พิเศษพงษา          | ผู้แทนชมรมลำไส้เล็กลำไส้ใหญ่          |

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

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



# สารจากนายกสมาคม

## สวัสดิ์ สมาชิกสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารฯ ทุกท่าน

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

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

ขอขอบคุณ นพ.สมบัติ ตริประเสริฐสุข ที่กรุณาสละเวลาอันมีค่าในการจัดทำหนังสือจุลสารสมาคมตลอดระยะเวลา 2 ปีที่ผ่านมา จนหนังสือประสบความสำเร็จและจัดพิมพ์อย่างต่อเนื่อง หน้าปกหนังสือจุลสารแต่ละฉบับจะเปลี่ยนไปอย่างทันยุคทันสมัย

สุดท้ายนี้ ในวาระดิถีขึ้นปีใหม่ 2007 ผมและคณะกรรมการอำนวยการสมาคม ขออวยพรให้สมาชิกทุกท่านมีความสุข คิดสิ่งใดขอให้ได้สมปรารถนามีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ครอบครัวมีความสุขตลอดปี 2007 และตลอดไป

**รศ.นพ.สถาพร มานัสสฤษดิ์ย์**  
**นายกสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย**

# สารจากเลขาธิการ

## “6 ปี ในสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย”

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

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

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

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

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

เรามีการเปลี่ยนแปลงการทำจุลสารสมาคมทั้งหน้าปก เนื้อหา และรูปเล่ม วารสารสามารถเป็นจริงเป็นจัง จึงมีความต่อเนื่องได้อย่างที่ท่านเห็นในปัจจุบัน

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

ที่ยังขาดสำหรับสมาคมคือ เรายังมีผลงานวิจัยที่ผลักดันโดยสมาคมไม่มากนัก แม้ว่าจะเริ่มมีออกมาบ้าง อนาคตวารสารของเราถ้ามีความต่อเนื่องกับมีคุณภาพเหมือนที่ผ่านมามคงได้เข้าไปใน Medline เรายังมีกิจกรรมกับสมาชิกได้ไม่มากเท่าที่ควร กิจกรรมสำหรับประชาชนต้องให้เห็นเด่นชัดกว่านี้ สมาคมยังไม่สามารถเป็นจุดนำของสังคมและประเทศไทยในด้านการเดินอาหารได้อย่างแท้จริง

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

ผมเขียนมาค่อนข้างยืดยาว แต่ก็คงทำให้สมาชิกพอเห็นได้ว่าในช่วง 6  
ปีที่ผ่านมาสมาคมเรามีอะไรเปลี่ยนแปลงไปบ้าง ผมเข้ามาสมาคมไม่นาน  
แต่ก็มีความรักในสมาคมนี้ อยากเห็นความเจริญเกิดขึ้นแก่สมาคมเราในทุกๆ  
ด้าน ซึ่งคิดว่าคงตรงกับใจของเราทุกคนเช่นกัน

**นพ.สมชาย ติลากุลวงศ์**  
**เลขาธิการสมาคม แพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย**

# รายงานการประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคม ครั้งที่ 6/2549

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

## วาระที่ 1 เรื่องประธานแจ้งให้ที่ประชุมทราบ

นพ.สถาพร มานัสสสถิตย์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

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

## วาระที่ 2 รับรองรายงานการประชุมครั้งที่ 5/2549

ที่ประชุมมีมติรับรองรายงานการประชุมครั้งที่ 5/2549 โดยไม่มีการแก้ไข

## วาระที่ 3 เรื่องสืบเนื่องและการดำเนินงานของฝ่ายต่างๆ

1. การจัดประชุมวิชาการประจำปี 2549

นพ.สมชาย ลีลากุลดวงศ์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

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

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

พญ.วโรชา มหาชัย ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

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

## วาระที่ 4 เรื่องอื่นๆ

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



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

# Interhospital Conference

พญ.หนึ่งฤทัย ภิรมย์  
คณะแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า

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

อาการสำคัญ : ใช้ 2 วันก่อนมา โรงพยาบาล

ประวัติปัจจุบัน :

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

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

- ขณะนอนในโรงพยาบาลได้ 10 วัน ผู้ป่วยมีอาการปวดท้องบ๊อบๆ ทั้งท้อง ปวดมากบริเวณท้องน้อยด้านซ้าย มีท้องอืดและปวดท้องมากขึ้น ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน ถ่ายอุจจาระปัสสาวะปกติ

#### ประวัติอดีต :

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

### Physical examination

**Vital signs** : T 38.8<sup>o</sup>c, PR 110/min, RR 22/min, BP 130/70 mmHg

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

**Heart** : normal S1, S2, no murmur

**Lung** : normal BS

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

**Neurological** : normal

**PR** : no rectal shelf, no mass

### Investigations

- CBC : Hb 12.1g/dl, Hct.35.8%, WBC 6,800 /mm<sup>3</sup> (PMN 65%, L 22%, M 13%), Platelet 52,000 /mm<sup>3</sup> MCV 100, MCH 34, MCHC 33.9

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

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

- LFT : AST 51 U/L, ALT 146 U/L, ALP 213 U/L, TB 1.3 mg/dl, DB 0.5 mg/dl, TP 5.7 g/dl, Albumin 3.4 g/dl
- CBC : Hb 10.9 g/dl, Hct.32.8%, WBC 6,900 /mm<sup>3</sup> (PMN 78%, L 18%, M 1.4%, E 0.3%, B 2%), Platelet 52,000 /mm<sup>3</sup>

### CT whole abdomen (Figure 1-2)

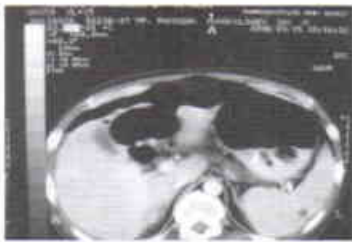


Figure 1

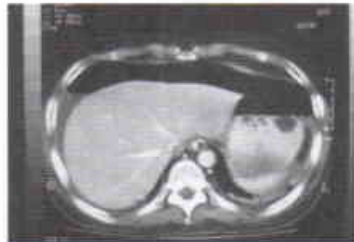


Figure 2

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

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

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

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

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

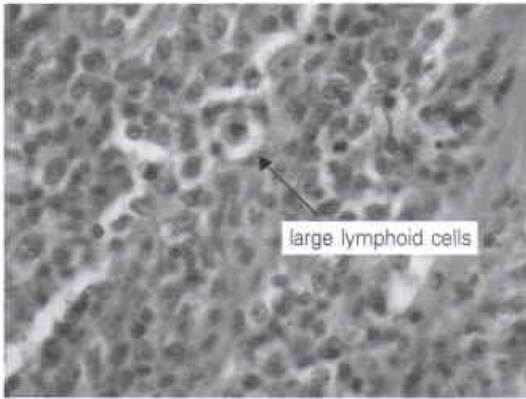
ปรึกษาทางศัลยแพทย์ เพื่อทำการผ่าตัดรักษาต่อไป

#### **Operative findings and procedures**

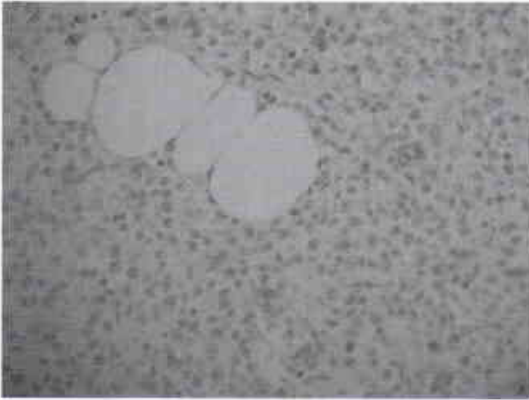
- Perforated sigmoid colon 0.4 mm.
- Small and large bowel dilatation with fibrin coated
- Turbid peritoneal fluid about 800 ml.
- Treatment : Hartmann's operation

#### **Pathological report of sigmoid colon (Figure 3-4)**

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



**Figure 3 :** H&E stain showed large lymphoid cells



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

# Post-transplant lymphoproliferative disorders (PTLD)

พญ.หนึ่งฤทัย ภิรมย์  
คณะแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า

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

## ระบาดวิทยา

Post-transplant lymphoproliferative disorders (PTLD) พบประมาณ ร้อยละ 21 ของ malignancy ทั้งหมดในผู้ที่ได้รับการทำ transplantation หรือ ร้อยละ 5 ของมะเร็งในประชากรทั่วไป<sup>2</sup> และ lymphoma ในผู้ที่ได้รับการทำ transplantation จะเป็น non-Hodgkin Lymphoma ร้อยละ 93 หรือร้อยละ 65 ในประชากรทั่วไป ซึ่งส่วนใหญ่เป็น large- B-cell lymphomas (ร้อยละ 90) ร่วมกับมี extranodal involvement ร้อยละ 30-70

## อุบัติการณ์

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

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

อุบัติการณ์ของ PTLD ภายหลังจากการเปลี่ยนถ่ายตับ, ไต, หัวใจ, ปอด และลำไส้หรือภายหลังจากการเปลี่ยนถ่ายอวัยวะหลายอย่างร่วมกันพบประมาณร้อยละ 1-2<sup>4,5</sup>, ร้อยละ 1-3<sup>6-8</sup>, ร้อยละ 2-6<sup>4,6,9-10</sup>, ร้อยละ 2-9<sup>4,9,11,12</sup> และร้อยละ 11-33<sup>4,9,11,12</sup> ตามลำดับ

## ปัจจัยเสี่ยงของการเกิด PTLD

**ปัจจัยเสี่ยงของการเกิด PTLD ภายหลัง solid organ transplantation ขึ้นอยู่กับ**

1. Degree of overall immunosuppression<sup>2,6,10,13</sup>: ได้แก่ ความบกพร่องในการทำงานของ T-cell, ชนิดของ induction therapy<sup>6,7,10,13,14,15</sup> และระยะเวลาในการรับยา tacrolimus ขนาดสูง<sup>15-18</sup>

2. EBV sero-status of recipient : อัตราการเกิด PTLD ในผู้ที่ได้รับการเปลี่ยนถ่ายอวัยวะที่เป็น EBV-seronegative จะสูงกว่าผู้ที่มี EBV-seropositive 24 เท่า ปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ได้แก่ ประวัติของ malignancy ก่อนการเปลี่ยนถ่ายอวัยวะ และการมี HLA matches เพียงเล็กน้อย<sup>19</sup>

**ปัจจัยเสี่ยงของการเกิด PTLD ภายหลัง hematopoietic stem cell transplantation ขึ้นอยู่กับ<sup>20</sup>**

1. Unrelated or HLA-mismatched related donor

2. T cell depletion of donor marrow

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

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



## พยาธิวิทยา

ส่วนใหญ่จะสัมพันธ์กับการเกิด B cell proliferation ร่วมกับการติดเชื้อ EBV ในภาวะที่ได้รับการกดภูมิคุ้มกันมาเป็นระยะเวลาสั้น<sup>21-25</sup> แต่อย่างไรก็ตามในภาวะที่ไม่มีติดเชื้อ EBV ก็สามารถเกิด PTLD ได้<sup>26</sup> ซึ่งส่วนใหญ่ของ PTLD cell ในผู้ที่ได้รับการทำ solid organ transplantation มักมีจุดกำเนิดมาจากตัวผู้รับเอง<sup>1</sup> แต่ก็อาจมาจากอวัยวะของผู้ที่บริจาคได้<sup>27-30</sup> ส่วนใหญ่ของ PTLD ในผู้ที่ได้รับการทำ hematopoietic stem cell transplantation มักเกิดจากอวัยวะของผู้ที่บริจาค

## อาการและอาการแสดง

พบว่ามากกว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยจะมีเรื่องของ extranodal masses<sup>31</sup> และตำแหน่งที่เกิดได้คือ gastrointestinal tract, lungs, skin, liver, central nervous system และตัวของ allograft เอง โดยพบว่าร้อยละ 20-25 จะมี CNS disease (พบน้อยในประชากรทั่วไป) และประมาณร้อยละ 20-25 จะเกิดที่ allograft เอง<sup>32</sup> ซึ่งจะนำไปสู่การเกิด allograft dysfunction

## ชนิดของ EBV-related PTLD<sup>21,31</sup>

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

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

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

## Late onset PTLD

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

### การวินิจฉัย

สิ่งที่ช่วยในการวินิจฉัยคือการทำ tissue biopsy แนะนำให้ทำ excisional node biopsy โดยลักษณะของ neoplastic forms ของ EBV-positive PTLD ควรจะมีลักษณะดังต่อไปนี้<sup>33</sup>

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

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

การตรวจ monoclonal gammopathy มีประโยชน์ในการติดตามดูว่ามี persistent ของ monoclonal protein ในเลือดหรือปัสสาวะหรือไม่ซึ่งเป็น noninvasive screening<sup>34-36</sup> การตรวจ monoclonal gammopathy ช่วยในการประเมินการมี remission ของ PTLD โดยมี positive and negative predictive values ที่ร้อยละ 91 และร้อยละ 100<sup>36</sup>

## การรักษา

### การรักษาขึ้นกับชนิดของ EBV-related PTLD

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

ให้การรักษาโดยการลด immunosuppressive drugs ร่วมกับการให้ antiviral therapy<sup>9,37-40</sup> ซึ่งส่วนใหญ่ของ polyclonal lymphoproliferative disease จะตอบสนองดีต่อการรักษาด้วยการลดขนาดของ immunosuppressive drugs เพียงอย่างเดียว โดยพบการตอบสนองต่อการรักษาถึงร้อยละ 60-70 ถ้าเป็นระยะ early PTLD

### ■ Monoclonal malignant lymphoma :

การรักษาโดยการลดขนาดของ immunosuppressive drugs แต่ถ้าไม่ได้ผลอาจให้การรักษาโดยการใช้ chemotherapy, anti-B cell antibody การฉายแสงหรือการผ่าตัด<sup>40-44</sup>

### ■ การลด immunosuppression :

การลดขนาด immunosuppression ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของ PTLD<sup>33</sup> ในกรณีที่เป็นการเจ็บป่วยรุนแรงร่วมกับมี extensive disease ควรลดขนาดของ prednisolone จนเหลือเป็น maintenance dose 7.5- 10 มก./วัน ร่วมกับการหยุด immunosuppressive agents ส่วนกรณีที่เป็นการเจ็บป่วยรุนแรงร่วมกับมีเพียง limited disease ให้ลดขนาดของ cyclosporin A หรือ tacrolimus และ prednisolone ลงอย่างต่ำร้อยละ 50 ร่วมกับการหยุด azathioprine และ mycophenolate หลังจากนั้นอีก 2 สัปดาห์ให้ลดขนาดยาลงอีกร้อยละ 50 และขณะที่ทำการลดขนาดของ immunosuppression จะต้องมีการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดในเรื่องของการเกิด organ rejection

### ■ Antiviral therapy :

ยังไม่มีหลักฐานชัดเจนเกี่ยวกับประสิทธิภาพของ antiviral therapy<sup>33</sup> แต่มีรายงานการตอบสนองต่อการให้ Ganciclovir ใน Polyclonal disease<sup>45</sup> ใน

กรณีที่เป็น Plasmacytic hyperplasia และ mononucleosis-like syndromes หลัง transplant อาจตอบสนองต่อ antiviral therapy<sup>46</sup> แต่ยังไม่มียาต้านไวรัสที่มีชีวิตเกี่ยวกับผลการรักษาด้วย acyclovir ในผู้ที่ เป็น EBV-associated PTLD<sup>47</sup> แต่เนื่องจาก acyclovir และ Ganciclovir มี toxicity ที่ต่ำ จึงยังแนะนำให้ใช้ acyclovir หรือ Ganciclovir ร่วมกับการลดขนาดของ immunosuppression ในการรักษา PTLD<sup>48</sup>

#### ■ IFN alpha :

มีรายงานผู้ป่วยที่ตอบสนองต่อการใช้ IFN alpha ในผู้ที่ไม่ตอบสนองต่อการลดขนาดของ immunosuppression หรือการใช้ oral acyclovir และ intravenous immune globulin<sup>49</sup> แต่ IFN-alpha อาจส่งเสริมให้เกิด irreversible acute rejection

#### ■ Chemotherapy and Radiation therapy :

ผู้ป่วยที่เป็น monoclonal malignancies สามารถให้การรักษาด้วย chemotherapy เช่น cyclophosphamide ร่วมกับ prednisone หรือ CHOP (cyclophosphamide, doxorubicin, vincristine, prednisone) และ novel therapies<sup>41,50-53</sup>

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

มีรายงานการใช้เคมีบำบัดในผู้ป่วยที่เกิด PTLD ภายหลังจากการทำ heart transplantation จำนวน 8 รายที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยการลด immunosuppressive drug พบว่าผู้ป่วย 6 ใน 8 รายได้ complete response จากการให้ ProMACE-CytoBOM และไม่พบการเกิด relapses หลังจากติดตามผู้ป่วยไปที่ระยะเวลาเฉลี่ย 38 เดือน ส่วนผู้ป่วยอีก 2 ใน 8 รายเสียชีวิตหลังจากได้รับเคมีบำบัด<sup>41</sup>

การรักษาด้วยการฉายแสงอาจจะได้ประโยชน์สำหรับ localized dis-

ease หรือ CNS involvement<sup>54-56</sup>

#### ■ Anti-B-cell antibodies:

มีรายงานการศึกษาถึงประสิทธิภาพของ anti-CD21 และ anti-CD<sup>24</sup> murine monoclonal antibody ในผู้ป่วยที่เป็น severe PTLD จำนวน 59 ราย (31 รายได้รับการทำ organ transplant และ 28 รายได้รับการทำ bone marrow transplant)<sup>57</sup> พบว่าได้ complete remission 36 ใน 59 ราย (ร้อยละ 61) ในขณะที่อัตราการเกิด relapse พบเพียงร้อยละ 8

การใช้ anti-CD20 monoclonal antibody (rituximab) ทำให้เกิด complete remission ในผู้ป่วย PTLD บางรายภายหลังการทำ solid organ transplantation หรือ hematopoietic cell transplantation<sup>44,58-75</sup> การให้การรักษาผู้ป่วย PTLD ด้วย rituximab ตั้งแต่ในระยะเริ่มต้นร่วมกับการลดขนาดของ immunosuppression เป็นวิธีมาตรฐานในการรักษาผู้ป่วยที่เป็น CD20+ PTLD

#### ■ Other treatment strategies:

##### - Intravenous immunoglobulin (IVIG)

การใช้ IVIG ร่วมกับการรักษาด้วยวิธีอื่นๆ เช่น การลด immunosuppression, การใช้ antiviral agents, anti-B-cell antibodies และ interferon พบว่าให้ผลการรักษาที่ดี<sup>76,77</sup>

##### - Adoptive immunotherapy

มีการศึกษาการใช้ Immunotherapy ร่วมกับ lymphokine-activated autologous killer cells ในผู้ป่วย PTLD จำนวน 7 รายพบว่า ผู้ป่วย 4 รายที่เป็น EBV-positive จะได้ complete regression ของ tumor ภายหลังให้การรักษาด้วย interleukin-2

Adoptive immunotherapy สามารถใช้ในการรักษาและป้องกัน การเกิด PTLD ภายหลังการทำ bone marrow transplantation

##### - Other modalities

วิธีการรักษาอีกวิธีหนึ่งคือการใช้ infusions ของ donor leukocytes หรือ

EBV-specific cytotoxic T cell lines ในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงที่เป็น polyclonal PTLD และในบางรายของ monoclonal B cell lymphoma<sup>78-86</sup>

มีรายงานการศึกษาในผู้ป่วยจำนวน 5 รายที่ได้รับการทำ bone marrow transplant ร่วมกับมี B-cell lymphoma พบว่าผู้ป่วยทั้งหมดได้ complete pathologic และ clinical responses<sup>78</sup> และได้รับ clinical remission ภายใน 14-30 วัน ภายหลังจาก infusions และมีผู้ป่วยจำนวน 3 รายที่ยังคงมี clinical remission ตลอดเป็นเวลา 10-16 เดือน

## การป้องกัน

มีรายงานการศึกษาแบบ retrospective multicenter case-control study ในผู้ป่วยที่ได้รับการเปลี่ยนถ่ายไต พบว่าการให้ antiviral therapy ก่อนการเปลี่ยนถ่ายไตจะช่วยลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิด PTLD<sup>87</sup> โดยเฉพาะปัจจัยเสี่ยงของการเกิด PTLD ภายในปีแรกหลังการทำ transplantation ร้อยละ 38 สำหรับทุกๆ 30 วันของการรักษาด้วย Ganciclovir และมีอีกการศึกษาหนึ่งซึ่งเป็นแบบ retrospective study พบว่า การให้การป้องกันด้วย acyclovir หรือ Ganciclovir สามารถลดอัตราการเกิด PTLD ได้ สำหรับผู้ที่ได้รับการเปลี่ยนถ่ายไตกระดุกพบว่า anti-B-cell monoclonal antibodies และ adoptive immunotherapy สามารถรักษาและป้องกันการเกิด PTLD<sup>27</sup> ส่วน cytotoxic T-cells สามารถใช้ในการป้องกันการเกิด PTLD ในผู้ป่วยที่ได้รับการทำ allogeneic HCT ที่มีความเสี่ยงสูงต่อ EBV-induced lymphoma

## การพยากรณ์โรค

อัตราการตายในผู้ที่เป็น monoclonal malignancy มีรายงานไว้ที่ร้อยละ 80<sup>13</sup> โดยเฉพาะ T-cell lymphoma จะมีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี ส่วนการพยากรณ์โรคในผู้ที่เป็น clonality และมี extension ของโรคพบว่า มีการพยากรณ์โรคที่หลากหลายและมี overall survival rates ประมาณร้อยละ 25-35<sup>88</sup>

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาแบบ multivariate analysis ในผู้ป่วย 61 ราย

พบว่าปัจจัยที่ช่วยในการพยากรณ์โรคคือการมี performance status graded 2 และมีรอยโรคมากกว่าหนึ่งตำแหน่งจะสัมพันธ์กับการตอบสนองต่อการรักษาที่ไม่ดี<sup>89</sup> และมีรายงานการศึกษาจาก Israel Penn International Transplant Tumor Registry ในผู้ป่วย PTLD ภายหลังจากการทำการปลูกถ่ายไต<sup>90</sup> พบว่าการเพิ่มอัตราการตายสัมพันธ์กับระยะเวลาในการเริ่มวินิจฉัยโรคภายหลังจากผ่าตัด โดยพบว่าถ้าวินิจฉัยโรคได้ภายใน 6 เดือนหลังการผ่าตัดจะมี อัตราตายร้อยละ 64 และถ้าวินิจฉัยโรคได้หลัง 6 เดือนหลังการผ่าตัดจะมีอัตราการตายร้อยละ 54 นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อการพยากรณ์โรคคือ การมีอายุที่เพิ่มขึ้น, การมีรอยโรคหลายตำแหน่ง, การไม่ได้รับการผ่าตัด ร่วมกับมี allograft involvement

## เอกสารอ้างอิง

1. Straathof KC, Savoldo B, Heslop HE, Rooney, CM. Immunotherapy for post-transplant lymphoproliferative disease. Br J Haematol 2002;118:728.
2. Penn I. Cancers complicating organ transplantation. N Engl J Med 1990;323:1767.
3. Andreone P, Gramenzi A, Lorenzini S, et al. Posttransplantation lymphoproliferative disorders. Arch Intern Med 2003;163:1997.
4. Walker RC, Paya CV, Marshall WF, et al. Pretransplantation seronegative Epstein-Barr virus status is the primary risk factor for posttransplantation lymphoproliferative disorder in adult heart, lung, and other solid organ transplantations. J Heart Lung Transplant 1995;14:214.
5. Penn I. Posttransplantation de novo tumors in liver allograft recipients. Liver Transpl Surg 1996;2:52.
6. Opelz G, Henderson R, for the Collaborative Transplant Study. Incidence of non-Hodgkin lymphoma in kidney and heart transplant recipients. Lancet 1993;342:1514.
7. Cockfield SM, Preiksaitis JK, Jewell LD, Parfrey NA. Post-transplant lymphoproliferative disorder in renal allograft recipients. Clinical experience

- and risk factor analysis in a single center. *Transplantation* 1993;56:88.
8. Fauli RJ, Hollett P, McDonald SP. Lymphoproliferative disease after renal transplantation in Australia and New Zealand. *Transplantation* 2005;80:193.
  9. Armitage JM, Kormos RL, Stuart RS, et al. Posttransplant lymphoproliferative disease in thoracic organ transplant patients: Ten years of cyclosporine-based immunosuppression. *J Heart Lung Transplant* 1991;10:877.
  10. Swinnen LJ, Costanza-Nordin MR, Fisher SG, et al. Increased incidence of lymphoproliferative disorders after immunosuppression with the monoclonal antibody OKT3 in cardiac transplant recipients. *N Engl J Med* 1990;323:1723.
  11. Aris RM, Maia DM, Neuringer IP, et al. Post-transplantation lymphoproliferative disorder in the Epstein-Barr virus-naive lung transplant recipient. *Am J Respir Crit Care Med* 1996;154:1712.
  12. Levine SM, Angel L, Anzueto A, et al. A low incidence of posttransplant lymphoproliferative disorder in 109 lung transplant recipients. *Chest* 1999;116:1273.
  13. Penn I (Ed). *Immunosuppression and lymphoproliferative disorders*. PRO/COM, University of Cincinnati Medical Center, 1992.
  14. Bustami RT, Ojo AO, Wolfe RA, et al. Immunosuppression and the risk of post-transplant malignancy among cadaveric first kidney transplant recipients. *Am J Transplant* 2004;4:87.
  15. Opelz G, Dohler B. Lymphomas after solid organ transplantation: a collaborative transplant study report. *Am J Transplant* 2004;4:222.
  16. Shapiro R, Scantlebury VP, Jordan ML, et al. FK506 in pediatric kidney transplantation- primary and rescue experience. *Pediatr Nephrol* 1995;9 Suppl:S43.
  17. Dharnidharka VR, Sullivan EK, Stablein DM, et al. Risk factors for posttransplant lymphoproliferative disorder (PTLD) in pediatric kidney transplantation: A report of the North American pediatric renal transplant cooperative study (NAPRTCS). *Transplantation* 2001;71:1065.
  18. Dharnidharka VR, Ho PL, Stablein DM, Harmon WE. Mycophenolate, tacrolimus and post-transplant lymphoproliferative disorder: A report of the North American Pediatric Renal Transplant Cooperative Study. *Pediatr Transplant* 2002;6:396.



19. Caillard S, Dharnidharka V, Agodoa L, et al. Posttransplant Lymphoproliferative Disorders after Renal Transplantation in the United States in Era of Modern Immunosuppression. *Transplantation* 2005;80:1233.
20. Curtis RE, Travis LB, Rowings PA, et al. Risk of lymphoproliferative disorders after bone marrow transplantation: A multi-institutional study. *Blood* 1999;94:2208.
21. Hanto DW. Classification of Epstein-Barr virus associated posttransplant lymphoproliferative diseases: Implications for understanding their pathogenesis and developing rational treatment strategies. *Annu Rev Med* 1995;46:381.
22. Patton DF, Wilkowski CW, Hanson CA, Shapiro R. Epstein-Barr virus determines clonality in post-transplant lymphoproliferative disorders. *Transplantation* 1990;49:1080.
23. Hanto DW, Frizzera G, Gajl-Peczalska KJ, et al. Epstein-Barr virus-induced B-cell lymphoma after renal transplantation: acyclovir therapy and transition from polyclonal to monoclonal B-cell proliferation. *N Engl J Med* 1982;306:913.
24. Randhawa PS, Jaffe R, Demetris AJ, et al. Expression of Epstein-Barr virus-encoded small RNA (by the EBER-1 gene) in liver specimens from transplant recipients with post-transplantation lymphoproliferative disease. *N Engl J Med* 1992;327:1710.
25. Kotton CN, Fishman JA. Viral infection in the renal transplant recipient. *J Am Soc Nephrol* 2005;16:1758.
26. Leblond V, Davi F, Charlotte F, et al. Posttransplant lymphoproliferative disorders not associated with Epstein-Barr virus: A distinct entity? *J Clin Oncol* 1998;16:2052.
27. Weissmann DJ, Ferry JA, Harris NL, et al. Posttransplantation lymphoproliferative disorders in solid organ recipients are predominantly aggressive tumors of host origin. *Am J Clin Pathol* 1995;103:748.
28. Petit B, Le Meur Y, Jaccard A, et al. Influence of host-recipient origin on clinical aspects of posttransplantation lymphoproliferative disorders in kidney transplantation. *Transplantation* 2002;73:265.
29. Hjelle B, Evans-Holm M, Yen TS, et al. A poorly differentiated lymphoma of

- donor origin in a renal allograft recipient. *Transplantation* 1989;47:945.
30. Cheung AN, Chan AC, Chung LP, et al. Post-transplantation lymphoproliferative disorder of donor origin in a sex-mismatched renal allograft as proven by chromosome in situ hybridization. *Mod Pathol* 1998;11:99.
  31. Nalesnik MA, Jaffe R, Starzl TS, et al. The pathology of posttransplant lymphoproliferative disorders occurring in the setting of cyclosporine A-prednisone immunosuppression. *Am J Pathol* 1988;133:173.
  32. Penn I, Porat G. Central nervous system lymphomas in organ allograft recipients. *Transplantation* 1995;59:240.
  33. Paya CV, Fung JJ, Nalesnik MA, et al. Epstein-Barr virus-induced posttransplant lymphoproliferative disorders. ASTS/ASTP EBV-PTLD Task Force and The Mayo Clinic Organized International Consensus Development Meeting. *Transplantation* 1999;68:1517.
  34. Badley AD, Portela DF, Patel R, et al. Development of monoclonal gammopathy precedes the development of Epstein-Barr virus-induced posttransplant lymphoproliferative disorder. *Liver Transpl Surg* 1996;2:375.
  35. Pageaux GP, Bonnardet A, Picot MC, et al. Prevalence of monoclonal immunoglobulins after liver transplantation: relationship with posttransplant lymphoproliferative disorders. *Transplantation* 1998;65:397.
  36. Lemoine A, Pham P, Azoulay D, et al. Detection of gammopathy by serum protein electrophoresis for predicting and managing therapy of lymphoproliferative disorder in 911 recipients of liver transplants. *Blood* 2001;98:1332.
  37. European best practice guidelines for renal transplantation. *Nephrol Dial Transplant* 2002;17 (Suppl 4):1.
  38. Flinger RL. Neoplasms occurring in solid organ transplant recipients. In: *Solid Organ Transplantation Pathology*, Hammond, EH (Ed), Saunders, Philadelphia 1994: p. 262-73.
  39. Starzl TE, Nalesnik MA, Porter KA, et al. Reversibility of lymphomas and lymphoproliferative lesions developing under cyclosporin-steroid therapy. *Lancet* 1984;1:583.

40. Tsai DE, Hardy CL, Tomaszewski JE, et al. Reduction in immunosuppression as initial therapy for posttransplant lymphoproliferative disorder: Analysis of prognostic variables and long-term follow-up of 42 adult patients. *Transplantation* 2001;71:1076.
41. Swinnen LJ, Mullen GM, Carr TJ, et al. Aggressive treatment for postcardiac transplant lymphoproliferation. *Blood* 1995;86:3333.
42. DeMario MD, Liebowitz DN. Lymphomas in the immunocompromised patient. *Semin Oncol* 1998;25:492.
43. Davis CL, Wood BL, Sabath DE, et al. Interferon-alpha treatment of posttransplant lymphoproliferative disorder in recipients of solid organ transplants. *Transplantation* 1998;66:1770.
44. Elstrom RL, Andreadis C, Aqui NA, et al. Treatment of PTLD with rituximab or chemotherapy. *Am J Transplant* 2006;6:569.
45. Pirsch JD, Stratta RJ, Sollinger HW, et al. Treatment of severe Epstein-Barr virus-induced lymphoproliferative syndrome with ganciclovir: two cases after solid organ transplantation. *Am J Med* 1989;86:241.
46. Hanto DW. Classification of Epstein-Barr virus-associated posttransplant lymphoproliferative diseases: implications for understanding their pathogenesis and developing rational treatment strategies. *Annu Rev Med* 1995;46:381.
47. Zutter MM, Martin PJ, Sale GE, et al. Epstein-Barr virus lymphoproliferation after bone marrow transplantation. *Blood* 1988;72:520.
48. MacMahon EM. More on virostatic therapy for advanced lymphoproliferation associated with Epstein-Barr virus in an HIV-infected patient. *N Engl J Med* 2000;343:71.
49. O'Brien S, Bernert RA, Logan JL, Lien YH. Remission of posttransplant lymphoproliferative disorder after interferon alfa therapy. *J Am Soc Nephrol* 1997;8:1483.
50. Smets F, Vajro P, Cornu G, et al. Indications and results of chemotherapy in children with posttransplant lymphoproliferative disease after liver transplantation. *Transplantation* 2000;69:982.
51. Mamzer-Bruneel MF, Lome C, Morelon E, et al. Durable remission after ag-

- gressive chemotherapy for very late post-kidney transplant lymphoproliferation: A report of 16 cases observed in a single center. *J Clin Oncol* 2000;18:3622.
52. Oertel SH, Papp-Vary M, Anagnostopoulos I, et al. Salvage chemotherapy for refractory or relapsed post-transplant lymphoproliferative disorder in patients after solid organ transplantation with a combination of carboplatin and etoposide. *Br J Haematol* 2003;123:830.
53. Gross TG, Bucuvalas JC, Park JR, et al. Low-dose chemotherapy for Epstein-Barr virus-positive post-transplantation lymphoproliferative disease in children after solid organ transplantation. *J Clin Oncol* 2005;23:6481.
54. Koffman BH, Kennedy AS, Heyman M, et al. Use of radiation therapy in posttransplant lymphoproliferative disorder (PTLD) after liver transplantation. *Int J Cancer* 2000;90:104.
55. His ED, Singleton TP, Swinnen L, et al. Mucosa-associated lymphoid tissue-type lymphomas occurring in post-transplantation patients. *Am J Surg Pathol* 2000;24:100.
56. Snanoudj R, Durrbach A, Leblond V, Caillard S. Primary brain lymphomas after kidney transplantation: Presentation and outcome. *Transplantation* 2003;76:930.
57. Benkerrou M, Jais JP, Leblond V, et al. Anti-B-cell monoclonal antibody treatment of severe posttransplant B- lymphoproliferative disorder: prognostic factors and long-term outcome. *Blood* 1998;92:3137
58. Yang J, Tao Q, Flinn IW, et al. Characterization of Epstein-Barr virus-infected B cells in patients with posttransplantation lymphoproliferative disease: Disappearance after rituximab therapy does not predict clinical response. *Blood* 2000;96:4055.
59. Gonzalez-Barca E, Domingo-Domenech E, Gomez-Codina J, et al. First-line treatment with rituximab improves survival of patients with post-transplant lymphoproliferative disease (PTLD) (abstract). *Blood* 2004;104:39a.
60. Cook RC, Connors JM, Gascoyne RD, et al. Treatment of post-transplant lymphoproliferative disease with rituximab monoclonal antibody after lung transplantation [letter]. *Lancet* 1999;354:1698.
61. Zilz ND, Olson LJ, McGregor CG. Treatment of post-transplant lymphoproliferative disorder with monoclonal cd20 antibody (rituximab) after heart transplanta-

- tion. *J Heart Lung Transplant* 2001;20:770.
62. Blaes AH, Peterson BA, Bartlett N, et al. Rituximab therapy is effective for posttransplant lymphoproliferative disorders after solid organ transplantation. *Cancer* 2005;104:1661.
  63. Faye A, Quartier P, Reguerre Y, et al. Chimaeric anti-CD20 monoclonal antibody (rituximab) in post-transplant B-lymphoproliferative disorder following stem cell transplantation in children. *Br J Haematol* 2001;115:112.
  64. Verschuuren EA, Stevens SJ, van Imhoff GW, et al. Treatment of posttransplant lymphoproliferative disease with rituximab: The remission, the relapse, and the complication. *Transplantation* 2002;73:100.
  65. Webber S, Harmon W, Faro A, et al. Anti-CD20 monoclonal antibody (rituximab) for refractory PTLD after pediatric solid organ transplantation: Multicenter experience from a registry and from a prospective trial (abstract). *Blood* 2004;104:213a.
  66. Milpied N, Vasseur B, Parquet N, et al. Humanized anti-CD20 monoclonal antibody (Rituximab) in post transplant B-lymphoproliferative disorder: a retrospective analysis on 32 patients. *Ann Oncol* 2000;11 Suppl 1:113.
  67. Choquet S, Leblond V, Herbrecht R, et al. Efficacy and safety of rituximab in B-cell post-transplantation lymphoproliferative disorders: results of a prospective multicenter phase 2 study. *Blood* 2006;107:3053.
  68. Oertel S, Zeidler K, Grefer J, et al. Monotherapy with the anti-CD20 antibody rituximab in patients with post transplant lymphoproliferative disease: results of a multicentre phase II study (abstract). *Blood* 2002;100:573a.
  69. EBPG Expert Group on Renal Transplantation. European best practice guidelines for renal transplantation. Section IV: Long-term management of the transplant recipient. IV.6.1. Cancer risk after renal transplantation. Post-transplant lymphoproliferative disease (PTLD): prevention and treatment. *Nephrol Dial Transplant* 2002; 17 Suppl 4:31. (also *Ibid*: p. 35).
  70. Garnier JL, Stevenson G, Blanc-Brunat N, et al. Treatment of post-transplant lymphomas with anti-B-cell monoclonal antibodies. *Recent Results Cancer Res* 2002; 159:113.
  71. Oertel SH, Verschuuren E, Reinke P, et al. Effect of Anti-CD 20 Antibody

- Rituximab in Patients with Post-Transplant Lymphoproliferative Disorder (PTLD). *Am J Transplant* 2005;5:2901.
72. Choquet S, Leblond V, Herbrecht R, et al. Efficacy and safety of rituximab in B-cell post-transplant lymphoproliferative disorders: results of a prospective multicentre phase II study. *Blood* 2005.
  73. Jain AB, Marcos A, Pokharna R, et al. Rituximab (chimeric anti-CD20 antibody) for posttransplant lymphoproliferative disorder after solid organ transplantation in adults: long-term experience from a single center. *Transplantation* 2005;80:1692.
  74. Gong JZ, Stenzel TT, Bennett ER, et al. Burkitt lymphoma arising in organ transplant recipients: a clinicopathologic study of five cases. *Am J Surg Pathol* 2003;27:818.
  75. Berney T, Delis S, Kato T, et al. Successful treatment of posttransplant lymphoproliferative disease with prolonged rituximab treatment in intestinal transplant recipients. *Transplantation* 2002;74:1000.
  76. Schaar CG, van der Pijl JW, van Hoek B, et al. Successful outcome with a "quintuple approach" of posttransplant lymphoproliferative disorder. *Transplantation* 2001;71:47.
  77. Cantarovich M, Barkun JS, Forbes RD, et al. Successful treatment of post-transplant lymphoproliferative disorder with interferon-alpha and intravenous immunoglobulin. *Clin Transplant* 1998;12:109.
  78. Papadopoulos EB, Ladanyi M, Emanuel D, et al. Infusions of donor leukocytes to treat Epstein-Barr virus associated lymphoproliferative disorders after allogeneic bone marrow transplantation. *N Engl J Med* 1994;330:1185.
  79. O'Reilly RJ, Small TN, Papadopoulos E, et al. Biology and adoptive cell therapy of Epstein-Barr virus-associated lymphoproliferative disorders in recipients of marrow allografts. *Immunol Rev* 1997;157:195.
  80. Rooney CM, Smith CA, Ng CY, et al. Use of gene-modified virus-specific T-lymphocytes to control Epstein-Barr virus related lymphoproliferation. *Lancet* 1995;345:9.
  81. Haque T, Crawford DH. The role of adoptive immunotherapy in the prevention and treatment of lymphoproliferative disease following transplantation. *Br J*

Haematol 1999;106:309.

82. Haque T, Taylor C, Wilkie GM, Murad P. Complete regression of posttransplant lymphoproliferative disease using partially HLA-matched Epstein Barr virus-specific cytotoxic T cells. *Transplantation* 2001;72:1399
83. Comoli P, Labrio M, Basso S, et al. Infusion of autologous Epstein-Barr virus (EBV)-specific cytotoxic T cells for prevention of EBV-related lymphoproliferative disorder in solid organ transplant recipients with evidence of active virus replication. *Blood* 2002;99:2592.
84. Haque T, Wilkie GM, Taylor C, et al. Treatment of Epstein-Barr-virus-positive post-transplantation lymphoproliferative disease with partly HLA-matched allogeneic cytotoxic T cells. *Lancet* 2002;360:436.
85. Sun Q, Burton R, Reddy V, Lucas KG. Safety of allogeneic Epstein-Barr virus (EBV)-specific cytotoxic T lymphocytes for patients with refractory EBV-related lymphoma. *Br J Haematol* 2002;118:799.
86. Comoli P, Maccario R, Locatelli F, et al. Treatment of EBV-related post-renal transplant lymphoproliferative disease with a tailored regimen including EBV-specific T cells. *Am J Transplant* 2005;5:1415.
87. Funch DP, Walker AM, Schneider G, et al. Ganciclovir and acyclovir reduce the risk of post-transplant lymphoproliferative disorder in renal transplant recipients. *Am J Transplant* 2005;5:2894.
88. Savage P, Waxman J. Post-transplantation lymphoproliferative disease. *QJM* 1997;90:497.
89. Leblond V, Dhedin N, Bruneel MF, et al. Identification of prognostic factors in 61 patients with posttransplantation lymphoproliferative disorders. *J Clin Oncol* 2001;19:772.
90. Trofe J, Buell JF, Beebe TM, et al. Analysis of factors that influence survival with post-transplant lymphoproliferative disorder in renal transplant recipients: the Israel Penn International Transplant Tumor Registry experience. *Am J Transplant* 2005;5:775.

# Recommendation for Refractory Ascites in Cirrhotic patients Role of LVP and TIPS

นพ.ดนัย ลิ้มมธุรสกุล

ผศ.นพ.สมบัติ ตริประเสริฐสุข

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Refractory ascites คำจำกัดความ คือภาวะน้ำในช่องท้อง (ascites) ที่ไม่สามารถกำจัดออกหรือกลับมามีใหม่ในระยะเวลาอันสั้นหลังการเจาะระบายน้ำในช่องท้องและไม่สามารถรักษาได้ด้วยยาขับปัสสาวะ<sup>1</sup> แบ่งได้เป็น 2 ชนิด (ดังตารางที่ 1) คือ

## 1. Diuretic resistant ascites

ภาวะน้ำในช่องท้องที่ไม่สามารถกำจัดออกหรือกลับมามีใหม่ในระยะเวลาอันสั้น ซึ่งไม่ตอบสนองต่อการจำกัดเกลือและได้รับยาขับปัสสาวะในขนาดสูงพอแล้ว

## 2. Diuretic intractable ascites

ภาวะน้ำในช่องท้องที่ไม่สามารถกำจัดออกหรือกลับมามีใหม่ในระยะเวลาอันสั้น เนื่องจากไม่สามารถให้ยาขับปัสสาวะในขนาดที่เหมาะสมได้ เพราะมีภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาขับปัสสาวะ

Ascites หมายถึง การมีน้ำในช่องท้องสามารถแบ่งได้เป็น 3 ระดับ แต่ที่สามารถตรวจพบได้ทางคลินิกมักเป็นระดับที่ 2 ถึง 3

**ระดับที่ 1** น้ำในช่องท้องปริมาณน้อย ตรวจพบได้โดยการทำอัลตราซาวนด์

**ระดับที่ 2** น้ำในช่องท้องปริมาณปานกลาง



**ระดับที่ 3** น้ำในช่องท้องปริมาณมากหรือแน่นมาก (massive or tense ascites)

การเจาะระบายน้ำในช่องท้อง (mobilization of ascites) คือการลดระดับของน้ำในช่องท้องจนเหลือระดับที่ 1 หรือน้อยกว่า

### **ตารางที่ 1** เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะ Refractory ascites<sup>2</sup>

1. ระยะเวลาการรักษา : ผู้ป่วยต้องได้รับยาขับปัสสาวะอย่างเต็มที่อย่างน้อย 1 สัปดาห์ (spironolactone 400 มก./วัน และ furosemide 160 มก./วัน)
2. การไม่ตอบสนองต่อการรักษา : น้ำหนักลดลงน้อยกว่า 0.8 กก. ภายในระยะเวลา 4 วันและปริมาณโซเดียมที่ขับออกทางปัสสาวะน้อยกว่าปริมาณโซเดียมที่ได้รับ
3. การเกิดขึ้นใหม่ของน้ำในช่องท้องภายในระยะเวลาอันสั้น : การเกิดขึ้นใหม่ของน้ำในช่องท้องที่ระดับ 2-3 ภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์หลังการระบายน้ำออก
4. ภาวะแทรกซ้อนจากยาขับปัสสาวะ :
  - Diuretic-induced hepatic encephalopathy หมายถึง การเกิดภาวะ encephalopathy โดยไม่พบปัจจัยกระตุ้นอื่นๆ
  - Diuretic-induced renal impairment การเพิ่มขึ้นของระดับ creatinine มากกว่าร้อยละ 10 หรือมากกว่า 2 มก./ดล. ภายหลังการรักษา
  - Diuretic-induced hyponatremia การลดลงของระดับโซเดียมมากกว่า 10 mmol/l และระดับโซเดียมลดลงจนต่ำกว่า 125 mmol/l
  - Diuretic induced hypo or hyperkalemia ระดับโพแทสเซียมต่ำกว่า 3 mmol/l หรือมากกว่า 6 mmol/l

## Recidivant ascites

ภาวะน้ำในช่องท้องที่กลับมีใหม่มากกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้งภายในระยะเวลา 12 เดือน ถึงแม้ว่าจะได้รับการรักษาอย่างเต็มที่ด้วยการจำกัดเกลือและยาขับปัสสาวะในขนาดที่เหมาะสมแล้ว

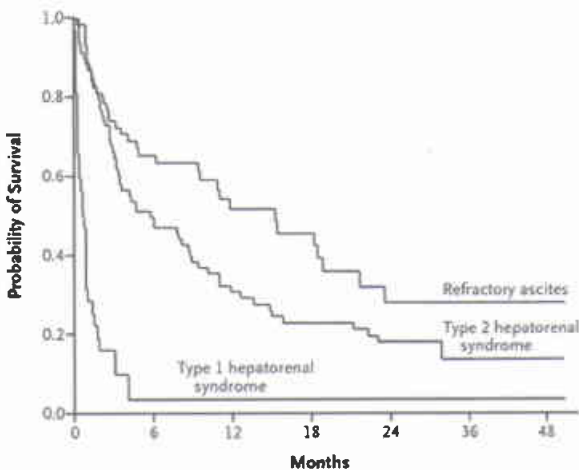
## พยาธิสรีรวิทยา

ปัจจัยหลักของการเกิดน้ำในช่องท้องคือ splanchnic vasodilatation<sup>3</sup> ซึ่งเกิดจากการที่มีการเพิ่มของแรงต้านทานภายในตับจากการสร้างพังผืดในภาวะตับแข็ง<sup>4</sup> ทำให้เกิดความดันในระบบเลือดดำ portal สูงขึ้น ซึ่งมีผลให้เกิดการสร้างสารที่ทำให้หลอดเลือดขยายตัว (vasodilator) ส่วนใหญ่เป็น nitric oxide เพิ่มขึ้น ส่งผลให้มีการขยายตัวของหลอดเลือดทั่วร่างกายทำให้มีการลดลงของ effective arterial blood volume ทำให้ร่างกายมีการตอบสนองโดยการเพิ่มการอัตราการเต้นของหัวใจและปริมาณเลือดที่บีบตัวออกจากหัวใจ เกิดเป็นภาวะ hyperdynamic circulation เกิดการกระตุ้นระบบ renin angiotension aldosterone system (RAS) โดยรวมของผลดังกล่าวจะทำให้เกิดการสะสมของสารน้ำในช่องท้อง ซึ่งในระยะแรกยังตอบสนองต่อ ยาขับปัสสาวะ แต่ในระยะหลังที่ไม่ตอบสนองต่อยาขับปัสสาวะจนมีการคั่งของน้ำในช่องท้องมากขึ้นเกิดเป็นภาวะ refractory ascites ซึ่งถ้าเป็นมากขึ้นจนมีไตวายร่วมด้วยจะเรียกว่า hepatorenal syndrome (HRS) นั้นเอง<sup>3,5</sup>

อุบัติการณ์ของภาวะนี้ มีการศึกษาโดย Benvegnu และคณะ<sup>6</sup> ได้ทำการติดตามผู้ป่วยโรคตับแข็งจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี 312 รายเป็นเวลามากกว่า 15 ปี พบว่ามีภาวะน้ำในช่องท้องประมาณร้อยละ 25 ของผู้ป่วยทั้งหมดที่ระยะเวลา 10 ปี โดยพบเป็นภาวะแทรกซ้อนอันดับสองรองจากมะเร็งตับ นอกจากนี้จากการศึกษาอื่นๆ ยัง พบภาวะ refractory ascites ประมาณร้อยละ 5-10 ของภาวะน้ำในช่องท้อง

## พยากรณ์โรค

ภาวะนี้เป็นภาวะที่มีอัตราการตายสูงมาก จากการศึกษาระยะยาวโดย Moreau และคณะ พบว่าหลังจากมีภาวะ refractory ascites แล้วจะมีอัตราการรอดชีวิตที่ 1 ปี ประมาณร้อยละ 52 โดยอัตราการรอดชีวิตจะยิ่งลดลงถ้าพบมีภาวะ (HRS) ร่วมด้วย<sup>3</sup> ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงอัตราการรอดชีวิตในผู้ป่วย refractory ascites และ (HRS)

โดยพบว่าปัจจัยบางอย่างมีผลต่ออัตราการรอดชีวิต เช่น อายุมาก, ภาวะมะเร็งตับ, เบาหวาน จะมีผลให้อัตราการรอดชีวิตลดลง ส่วนการหยุดดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยที่มีภาวะตับแข็งจากแอลกอฮอล์ มีผลเพิ่มอัตราการรอดชีวิตได้<sup>7</sup>

## มีการรักษาหลัก 4 วิธีคือ<sup>8</sup>

1. Large volume paracentesis (LVP) plus albumin infusion

2. Transjugular intrahepatic portosystemic shunt (TIPS)
3. Peritoneovenous shunt
4. Liver transplantation

### 1. Large volume paracentesis (LVP) plus albumin infusion

การเจาะระบายน้ำในช่องท้องเป็นระยะ เป็นการรักษาที่มีตั้งแต่สมัยกรีกโบราณ ปัจจุบันถือว่าการรักษาหลักสำหรับภาวะนี้ โดยทั่วไปมักต้องเจาะระบายน้ำทุก 2 ถึง 4 สัปดาห์ 3 พบว่าการเจาะระบายน้ำในช่องท้องเช่นนี้มีภาวะแทรกซ้อนที่พบได้คือ Paracentesis-induced circulatory dysfunction (PICD) คือ การกระตุ้นระบบ renin angiotensin aldosterone system อย่างรุนแรง โดยวัดจาก plasma renin activity เพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 50 จนมีค่ามากกว่า 4 ng/ml ในวันที่ 6 เมื่อเทียบกับก่อนเจาะระบายน้ำในช่องท้อง<sup>9</sup> มีการศึกษาพบว่าเกิดจากการกระตุ้น peripheral arteriolar vasodilatation ซึ่งพบได้อยู่แล้วในผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้เป็นมากขึ้น<sup>10</sup>

ภาวะนี้จะพบร่วมกับการทำงานของไตที่ลดลง, การกลับเป็นซ้ำของน้ำในช่องท้องได้บ่อย และลดอัตราการรอด โดยจะพบภาวะนี้ได้ถึงร้อยละ 80 ของผู้ป่วยที่ไม่ได้รับ plasma volume expander ซึ่งสามารถป้องกันได้โดยการให้ albumin<sup>11</sup> มีการศึกษาพบว่าการเจาะระบายน้ำในช่องท้อง 5 ลิตร โดยไม่ให้ albumin ทดแทนจะไม่มี การเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนโลหิต ทั้งของร่างกายและระบบไต โดยวัดระดับความเข้มข้นของเลือด (Hct), glomerular infiltration rate, ค่าการทำงานของหัวใจ (cardiac index), plasma renin activity, plasma aldosterone activity เปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการเจาะระบายน้ำในช่องท้อง 12 แต่ถ้ามีการเจาะระบายน้ำในช่องท้องมากกว่า 5 ลิตรขึ้นไป มีการศึกษาเปรียบเทียบการให้ albumin กับ plasma volume expander ชนิดอื่นคือ dextran, polygeline พบว่า การให้ albumin 8 กรัม ต่อ ascites 1 ลิตรที่ได้รับการเจาะระบายออก สามารถป้องกัน PICD ได้มาก

กว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>9</sup> ซึ่งผลการศึกษาในระยะหลังยังคงยืนยันถึงประโยชน์ของการให้ albumin ในการป้องกันภาวะนี้ได้<sup>11</sup> แต่การให้ albumin ก็มีข้อเสียอยู่ที่ราคาแพงและไม่ได้มีผลต่ออัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย

ส่วนปริมาณน้ำในช่องท้องที่เหมาะสมว่าควรจะออกเท่าใด มีการศึกษาโดย Tito และคณะ<sup>13</sup> พบว่าการเจาะระบายน้ำในช่องท้องออกทั้งหมดในครั้งเดียว ร่วมกับการให้ albumin สามารถทำได้อย่างปลอดภัยได้เหมือนกับการเจาะระบายน้ำบางส่วนติดต่อกันแม้ในผู้ป่วยที่มีภาวะ hyponatremia ร่วมด้วยก็ตาม<sup>14</sup> โดยการเจาะระบายน้ำในช่องท้องทั้งหมดจะมีการเปลี่ยนแปลงของสมดุลทางระบบหัวใจและหลอดเลือดตลอดจนฮอร์โมนอย่างมาก<sup>15</sup> ซึ่งการให้ albumin ร่วมด้วยจะป้องกันภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ได้<sup>16</sup>

### **สรุปแนวทางการเจาะระบายน้ำในช่องท้องร่วมกับการให้ albumin<sup>17</sup>**

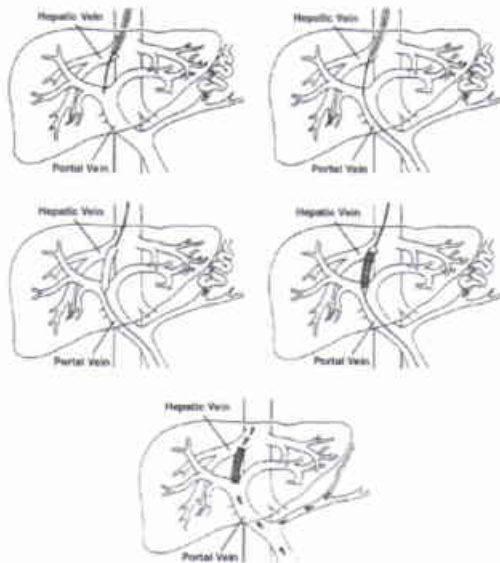
1. ในกรณีเจาะระบายน้ำน้อยกว่า 5 ลิตร สามารถให้พลาสมาสังเคราะห์ทดแทน albumin หรือเจาะระบายน้ำโดยไม่ต้องให้พลาสมาทดแทนได้
2. ในกรณีเจาะระบายน้ำมากกว่า 5 ลิตร พิจารณาให้ albumin ทดแทนโดยให้ albumin 8-10 กรัมต่อปริมาณน้ำในช่องท้องที่เจาะระบาย 1 ลิตร หรือให้ 25% Human albumin 50 cc/ ขวด จำนวน 4 ขวดต่อการเจาะน้ำออก 5 ลิตร

การเจาะระบายน้ำในช่องท้องร่วมกับการให้ albumin เป็นการรักษาเพื่อบรรเทาอาการ แต่ไม่ได้เปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพของโรค, ไม่มีผลต่ออัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย และเนื่องจาก albumin มีผลชั่วคราว ดังนั้นจะมีการกลับเป็นใหม่ของน้ำในช่องท้องได้

## Transjugular intrahepatic portosystemic shunt (TIPS)

เป็นการใส่ stent ภายในตับโดยแพทย์รังสีรักษา ผ่านทางหลอดเลือดดำใหญ่ที่คอ (internal jugular vein) เพื่อเชื่อมระบบเส้นเลือดดำระหว่าง hepatic vein กับ portal vein ภาพที่ 2<sup>3</sup>

TIPS สามารถลดน้ำในช่องท้องได้โดยการลด portal pressure ซึ่งลดการทำงานของ endogenous vasoconstrictor system และเพิ่มการไหลเวียนของเลือดไปที่ไต รวมทั้งเพิ่มอัตราการกรองของไตด้วย (glomerular filtration rate)<sup>8</sup> ภายหลังการใส่ TIPS จะมีผลต่อระบบไหลเวียนเลือดทั้งของร่างกาย, ระบบทางเดินหายใจ และระบบทางเดินอาหาร โดยจะมีการไหลเวียนเลือดออกจากตับทำให้มีเลือดมาที่ตับลดลง ซึ่งในผู้ที่มีภาวะตับไม่ดีอยู่ก่อนหรือมี Child-Pugh score สูงอาจมีผลให้เกิดภาวะตับวายได้ โดยจะต้องมีการประเมินผู้ป่วยก่อนทำหัตถการนี้ ดังตารางที่ 2



ภาพที่ 2 แสดงขั้นตอนการใส่ TIPS

## ตารางที่ 2 แนวทางการตรวจทางห้องปฏิบัติการก่อนการใส่ TIPS<sup>18</sup>

คลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ

ภาพรังสีปอดปกติ

2 D Echocardiography : Ejection fraction  $\geq$  55%, right sided cardiac pressure, diastolic function ปกติ

Radionuclide angiography ปกติ

Doppler ultrasound ไม่พบมีการอุดตันของ portal vein และ hepatic vein

Child-Pugh score  $\leq$  12 หรือ INR  $\leq$  2 และ bilirubin  $\leq$  5 มก./ดล.

ไม่มีการติดเชื้อในกระแสโลหิตรวมทั้งไม่มีสาเหตุจากในช่องปากและฟัน

นอกจากนี้จะต้องตรวจหาพยาธิสภาพของไตด้วย เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรจะมีการทำงานของไตที่เกือบปกติเพื่อใช้ในการขับน้ำในช่องท้อง ดังนั้นจึงควรมีผลตรวจปัสสาวะปกติ, ปัสสาวะ 24 ชั่วโมงมีโปรตีนรั่วน้อยกว่า 500 มก. และ ultrasonography ดูว่าไตมีขนาดปกติ ส่วนข้อห้ามในการใส่ TIPS แสดงดังในตารางที่ 3

## ตารางที่ 3 ข้อห้ามในการใส่ TIPS 19

Absolute	Relative
- Primary prevention of variceal	- Hepatoma
- bleeding	- Portal vein thrombosis
- Congestive heart failure	- Severe coagulopathy
- Multiple hepatic cysts	INR>5
- Uncontrolled systemic infection	- Thrombocytopenia
or sepsis	- platelet < 20,000/ cm <sup>3</sup>
- Unrelieved biliary obstruction	- Moderate pulmonary
- Severe pulmonary hypertension	- hypertension

โดย refractory ascites เป็นภาวะที่มีการศึกษาแล้วว่าสามารถรักษาด้วย TIPS ได้ผลดีเช่นเดียวกับ secondary prevention of variceal bleeding โดยมีผลในการลดความดันใน portal vein โดยตรง ซึ่งภาวะ refractory ascites จะแตกต่างจาก variceal bleeding ตรงที่ยังไม่มีระดับของ hepatic venous gradient pressure (HVPG) ที่เหมาะสมภายหลังการใส่ TIPS มีการแนะนำว่าที่ระดับต่ำกว่า 8 มม.ปรอท น่าจะเป็นระดับที่เหมาะสม<sup>19</sup> พบว่าการรักษาด้วย TIPS ได้ผลสำเร็จประมาณร้อยละ 80 ของผู้ป่วย refractory ascites

### ภาวะแทรกซ้อนของการใส่ TIPS

พบภาวะแทรกซ้อนได้หลายอย่าง ที่สำคัญคือการอุดตันของ TIPS จนมีคำกล่าวว่าการอุดตันของ TIPS เป็นเหมือน Achilles's heel ของ TIPS เสียทีเดียว<sup>20</sup> ส่วนภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ พบได้ตามตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** ภาวะแทรกซ้อนของ TIPS<sup>21</sup>

ภาวะแทรกซ้อน	ความถี่ (ร้อยละ)
<b>TIPS dysfunction</b>	
Thrombosis	10-15
Occlusion/stenosis	18-78
<b>Transcapsular puncture</b>	33
Intraperitoneal bleed	1-2
<b>Fistulae</b>	Rare
<b>Hemobilia</b>	<5
<b>Sepsis</b>	2-10
<b>Hemolysis</b>	10-15
<b>Encephalopathy</b>	
New/worse	10-44
Chronic	5-20



## TIPS dysfunction

พบเมื่อมีการอุดตันของ lumen มากกว่าร้อยละ 50 หรือ HVPG เพิ่มขึ้นมากกว่า 12 มม.ปรอท อาการและอาการแสดงที่พบได้ คือ มีการกลับเป็นใหม่ของสาเหตุที่ทำให้ต้องใส่ TIPS แบ่งออกได้เป็น

1. TIPS thrombosis เกิดเร็วกว่าและสามารถเกิดได้ภายใน 24 ชั่วโมง หลังใส่ TIPS

2. TIPS stenosis มักเกิดหลังจากใส่ TIPS 30 วัน โดยทั่วไปสามารถพบภาวะนี้ได้ถึง ร้อยละ 70 ของผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ TIPS โดยมีระดับความรุนแรงแตกต่างกันออกไป เชื่อว่าเกิดจากการมี pseudointimal hyperplasia ภายใน lumen<sup>19</sup>

มีการศึกษาพบว่าการใช้ covered stent สามารถช่วยลดภาวะนี้ได้ โดย Bureau และคณะ ได้ทดลองใช้ Polytetrafluorethylene-covered stent พบว่าสามารถเพิ่มอายุการใช้งานของ stent, ลดการกลับเป็นใหม่ของอาการ, ลดการทำ TIPS ซ้ำ ตลอดจนไม่เพิ่มอัตราการเกิด hepatic encephalopathy ด้วย<sup>22</sup> การศึกษาอื่นก็ให้ผลไปในทิศทางเดียวกัน<sup>23,24</sup>

ภายหลังการใส่ TIPS จะต้องมีการติดตามด้วย doppler USG ที่ 1 และ ทุก 3 เดือนเป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปี โดยใน refractory ascites ต้องติดตามไปจนไม่พบน้ำในช่องท้องอีก ในกรณีที่สงสัยว่ามีการอุดตันของ TIPS ให้ทำการตรวจ venogram เพิ่มเติมเพื่อยืนยันการวินิจฉัย

## Hepatic encephalopathy

พบภาวะ hepatic encephalopathy เกิดขึ้นใหม่หรือแย่ลงกว่าเดิม ประมาณร้อยละ 20-30 หลังใส่ TIPS โดยมี Odd ratio 2.26 (95% CI, 1.3-3.7)<sup>25</sup> ส่วนใหญ่ของผู้ป่วยตอบสนองดีต่อการให้ lactulose<sup>26</sup> แต่ยังมีข้อแย้งว่า lactulose ควรจะเริ่มให้เลยหลังการใส่ TIPS หรือเมื่อเกิดภาวะ hepatic encephalopathy แล้ว จากการศึกษาพบว่าไม่แตกต่างกัน<sup>27</sup> ดังนั้นการลดภาวะนี้จะ

ต้องแยกผู้ป่วยที่มีภาวะ hepatic encephalopathy และผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิด hepatic encephalopathy ดังตารางที่ 5 ออกไป

#### ตารางที่ 5 ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิด encephalopathy ภายหลัง TIPS<sup>18</sup>

อายุมาก

เคยมีภาวะ encephalopathy มาก่อน

Child-Pugh class C

Trail making test score for part B > 100 วินาที

Portosystemic gradient ภายหลัง TIPS ลดลงจนน้อยกว่า 5 มม.ปรอท

#### อัตราการตาย (Mortality)

อัตราการรอดชีวิตที่ 1 ปี ของ refractory ascites ภายหลังการใส่ TIPS อยู่ระหว่าง ร้อยละ 48-90 ซึ่งจะต่ำกว่าการทำ TIPS ในภาวะ variceal bleeding โดยมีตรรกษนี้ชี้วัดหลายอย่างที่ใช้สำหรับพยากรณ์อัตราการรอดของผู้ป่วย ได้แก่<sup>19</sup>

##### 1. Model for end-stage liver disease (MELD) score

เป็นตรรกษนี้ที่ถูกพัฒนาเพื่อใช้ในการพยากรณ์อัตราการรอดภายหลังการใส่ TIPS ในทุกกรณี โดยใช้ตัวแปร 3 อย่างที่แสดงถึงการทำงานของตับและไต ตามสูตร  $3.8 \times \log(\text{bilirubin [mg/dl]}) + 11.2 \times \log(\text{INR}) + 9.6 \times \log(\text{Cr [mg/dl]})$

โดยอัตราการรอดของผู้ป่วยที่ MELD score มากกว่าหรือเท่ากับ 18 จะมากกว่ากลุ่มที่คะแนนต่ำกว่า<sup>28</sup> บ่งชี้ว่าถ้ามีการทำงานของตับแย่มากกว่าเดิมเท่าไร โอกาสรอดของผู้ป่วยจะน้อยลงด้วยเท่านั้น ถึงแม้ว่า TIPS จะทำงานได้ดีก็ตาม<sup>18</sup>

2. ใช้ค่า bilirubin, ALT, encephalopathy มาคำนวณเป็นคะแนนดังตารางที่ 6

## ตารางที่ 6 ปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการตายภายหลังการใส่ TIPS <sup>29</sup>

Serum bilirubin > 3 มก./ดล. (1 คะแนน)

AST > 100 ยูนิต/ล. (1 คะแนน)

Pre-TIPS encephalopathy unrelated to bleeding (1 คะแนน)

Urgency of TIPS (2 คะแนน)

ความเสี่ยงต่ำ 0 คะแนน ความเสี่ยงปานกลาง 1-3 คะแนน ความเสี่ยงสูง  
4-5 คะแนน

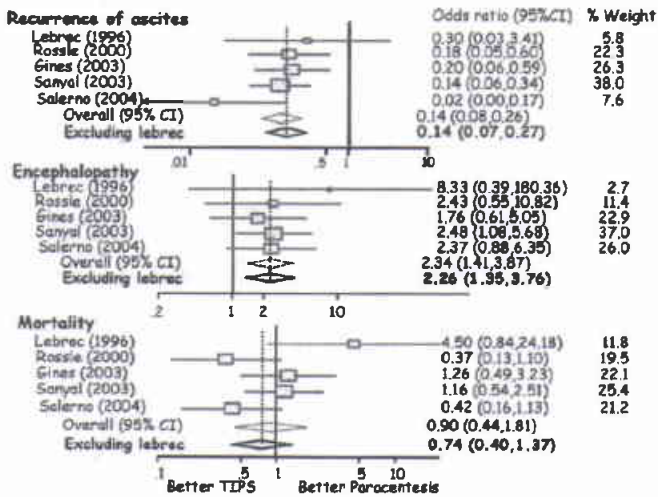
### 3. Child-Turcotte-Pugh score

โดยธรรมชาติทั้งสามข้อ สามารถพยากรณ์อัตราการรอดที่ 3 เดือนได้เหมือนกัน ในขณะที่ MELD score จะพยากรณ์อัตราการรอดที่ 1 ปีได้ดีที่สุด<sup>19</sup> ซึ่งในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต้องพิจารณาถึงความจำเป็นในการเปลี่ยนตับก่อนการเลือกใส่ TIPS จะทำให้ได้ผลการรักษาที่ดีกว่า โดยในผู้ป่วยที่ไม่มีข้อห้าม TIPS ยังเป็นเหมือนการรักษาเพื่อช่วยบรรเทาอาการในระยะสั้นก่อนการเปลี่ยนตับ และมีข้อดีตรง TIPS ไม่มีผลต่อกายวิภาคของผู้ป่วยและการลดความดันใน portal vein ช่วยให้การเปลี่ยนตับทำได้ง่ายขึ้นด้วย<sup>30</sup>

### ผลของ TIPS เปรียบเทียบกับ Large volume paracentesis (LVP) ต่อการรักษา refractory ascites

ปัจจุบันมีการศึกษาขนาดใหญ่ 5 การศึกษา randomized controlled trial : RCT<sup>26,31-34</sup> เปรียบเทียบ TIPS กับ LVP ในการรักษา refractory ascites รวมผู้ป่วยทั้งหมด 330 ราย ได้รับการรักษาด้วย TIPS 162 ราย และได้รับการรักษาด้วย LVP 168 ราย พบว่าการศึกษาในระยะแรก ผลการรักษาด้วย TIPS ยังไม่ค่อยดีนัก และมีอัตราการตายสูงในผู้ป่วย child class C<sup>31</sup> และมีบางการศึกษาที่ TIPS ได้ผลดี เนื่องจากมีการรวมผู้ป่วย recidivant ascites ร่วมด้วย<sup>26,32</sup>

มีการศึกษา meta-analysis 3 การศึกษาเปรียบเทียบ 5 RCT<sup>25,35,36</sup> สรุปว่า TIPS สามารถควบคุมภาวะน้ำในช่องท้องในระยะยาวได้ดีกว่า แต่จะมีผลข้างเคียงคือ hepatic encephalopathy มากกว่าการเจาะระบายน้ำในช่องท้อง ซึ่ง hepatic encephalopathy ไม่ได้เพิ่มขึ้นมากเหมือนในภาวะ variceal bleeding เนื่องจาก refractory ascites มักพบในโรคตับระยะที่มีอาการมากซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะ hepatic encephalopathy อยู่แล้ว<sup>21</sup> มีการศึกษาพบว่า hepatic encephalopathy ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นน้อยกว่าที่ควรจะเป็นภายหลังจากการทำ TIPS<sup>37</sup> ส่วนผลต่ออัตราการรอดชีวิตพบว่า มี 2 การศึกษา<sup>35,36</sup> ได้ผลไม่แตกต่างกัน แต่มี 1 การศึกษาพบว่า TIPS มีแนวโน้มจะเพิ่มอัตราการรอดชีวิตมากกว่าแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>25</sup> ดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบผลการรักษาด้วย TIPS กับ LVP<sup>25</sup>

## สรุป TIPS

เป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพดีในการรักษา refractory ascites ตลอดจนสามารถป้องกันอาการกลับเป็นใหม่ของน้ำในช่องท้อง และมีแนวโน้มว่าจะมีผลดีต่ออัตราการรอดชีวิตมากกว่าการเจาะระบายน้ำในช่องท้อง พิจารณาทำเมื่อต้องเจาะระบายน้ำในช่องท้องทุก 1 ถึง 2 สัปดาห์

## Peritoneovenous shunt

เป็นการระบายน้ำในช่องท้องเข้าสู่ระบบไหลเวียนโลหิตโดยเข้าทาง internal jugular vein มีผลแทรกซ้อนเหมือน TIPS คือมีการอุดตันและการติดเชื้อได้<sup>20</sup> ผลการรักษาในระยะยาวไม่ดีและไม่มีผลต่ออัตราการรอดชีวิต ปัจจุบันมีที่ใช้กันน้อยลงมาก อาจพิจารณาในรายที่ไม่เหมาะสมต่อการรักษาอื่นที่ได้กล่าวมาแล้ว<sup>2</sup>

## Liver transplantation

จัดเป็น definite treatment ของการรักษา refractory ascites เนื่องจากเป็นการรักษาเดียวที่มีผลต่ออัตราการรอดชีวิต ผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำในช่องท้องทุกรายควรได้รับการพิจารณาเรื่องการเปลี่ยนตับ เนื่องจากเป็นภาวะที่มีอัตราการตายสูง ภายหลังจากผ่าตัดเปลี่ยนตับน้ำในช่องท้องจะค่อยๆ หายไปภายใน 2 สัปดาห์<sup>34,38</sup>

## โดยสรุป

Refractory ascites จัดเป็นภาวะแทรกซ้อนที่มักพบทีหลังในโรคตับระยะสุดท้าย โดยการรักษาด้วยการเปลี่ยนตับเป็นการรักษาเดียวที่มีผลเพิ่มอัตราการรอดชีวิตให้ผู้ป่วยได้ ส่วนการรักษาโดยการเจาะระบายน้ำในช่องท้องร่วมกับการให้อัลบูมินทดแทนและการทำ TIPS เป็นการรักษาตามอาการเท่านั้น โดย TIPS อาจพิจารณาทำเพื่อช่วยลดอาการก่อนที่จะทำการ

ผ่าตัดเปลี่ยนตับได้ TIPS มีประสิทธิภาพในการรักษามากกว่าการเจาะระบายน้ำแต่ก็มีภาวะแทรกซ้อนมากกว่าด้วย การเลือกผู้ป่วยอย่างเหมาะสมและการใช้ cover stent มีผลช่วยลดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ TIPS ได้

## เอกสารอ้างอิง

1. Arroyo V, Gines P, Gerbes AL, et al. Definition and diagnostic criteria of refractory ascites and hepatorenal syndrome in cirrhosis. *Hepatology* 1996;23:164-76.
2. Moore KP, Wong F, Gines P, et al. The management of ascites in cirrhosis: report on the consensus conference of the international ascites club. *Hepatology* 2003;38:258-66.
3. Gines P, Cardenas A, Arroyo V, et al. Management of cirrhosis and ascites. *N Engl J Med* 2004;350:1646-54.
4. Dib N, Oberti F, Cales P. Current management of the complication of portal hypertension: variceal bleeding and ascites. *CMAJ* 2006;174:1433-43.
5. Blendis L, Wong F. The natural history and management of hepatorenal disorders: from pre-ascites to hepatorenal syndrome. *Clinical medicine* 2003;3:154-9.
6. Benvegnu L, Gios M, Boccato S, et al. Natural history of compensated viral cirrhosis : a prospective study on the incidence and hierarchy of major complications. *Gut* 2004;53:744-9.
7. Moreau R, Deleuge P, Pessione F, et al. Clinical characteristics and outcome of patients with cirrhosis and refractory ascites. *Liver International* 2004;24:457-64.
8. Chutaputti A. Management of refractory ascites and hepatorenal syndrome. *Journal of Gastroenterology and Hepatology* 2002;17:456-61.
9. Gines A, Fernandez-Esparrach G, Monescillo A, et al. Randomized trial comparing albumin, dextran 70, and polygeline in cirrhotic patients with ascites treated by paracentesis. *Gastroenterology* 1996;111:1002-10.
10. Ruiz-del-Arbol L, Monescillo A, Jimenez W, et al. Paracentesis-induced circulatory dysfunction: Mechanism and effect on hepatic hemodynamics in cirrhosis. *Gastroenterology* 1997;113:579-86.
11. Sola-Vera J, Minana J, Ricart E, et al. Randomized trial comparing albumin and

- saline in the prevention of paracentesis-induced circulatory dysfunction in cirrhotic patients with ascites. *Hepatology* 2003;37:1147-53.
12. Peltekian KM, Wong F, Liu PP, et al. Cardiovascular, renal, and neurohumoral responses to single large-volume paracentesis in patients with cirrhosis and diuretic-resistant ascites. *Am J Gastroenterol* 1997;92:394-9.
  13. Tito L, Gines P, Arroyo V, et al. Total paracentesis associated with intravenous albumin management of patients with cirrhosis and ascites. *Gastroenterology* 1990;98:146-51.
  14. Vila MC, Coll S, Sola R, et al. Total paracentesis in cirrhotic patients with tense ascites and dilutional hyponatremia. *Am J Gastroenterol* 1999;94:2219-23.
  15. Pozzi M, Osculati G, Boari G, et al. Time course of circulatory and humoral effects of rapid total paracentesis in cirrhotic patients with tense, refractory ascites. *Gastroenterology* 1994;106:709-19.
  16. Luca A, Garcia-Pagan JC, Bosch J, et al. Beneficial effects of intravenous albumin infusion on the hemodynamic and humoral changes after total paracentesis. *Hepatology* 1995;22:753-8.
  17. Runyon BA. AASLD practice guideline. Management of adult patients with ascites due to cirrhosis. *Hepatology* 2004;39(3):841-56.
  18. Wong F. The use of TIPS in chronic liver disease. *Annals of Hepatology* 2006;5:5-15.
  19. Boyer TD, Haskal ZJ. AASLD practice guideline. The role of transjugular intrahepatic portosystemic shunt in the management of portal hypertension. *Hepatology* 2005;41:386-400.
  20. Rosemurgy AS, Zervos EE, Clark WC, et al. TIPS versus peritoneovenous shunt in the treatment of medically intractable ascites. *Ann Surg* 2004;239:883-91.
  21. Boyer TD. Transjugular intrahepatic portosystemic shunt: current status. *Gastroenterology* 2003;124:1700-10.
  22. Bureau C, Garcia-Pagan JC, Ojal P, et al. Improved clinical outcome using polytetrafluoroethylene-coated stents for TIPS: results of a randomized study. *Gastroenterology* 2004;126:469-75.
  23. Vignali C, Bargellini I, Grosso M, et al. TIPS with expanded polytetrafluoroethylene-

- covered stent: results of an Italian multicenter study. *American journal of radiology* 2005;185:472-80.
24. Amarapurkar DN, Punamiya S, Patel ND. An experience with covered transjugular intrahepatic portosystemic shunt for refractory ascites from western India. *Annals of hepatology* 2006;5(2):103-8.
  25. D'Amico G, Luca A, Morabito A, et al. Uncovered transjugular intrahepatic portosystemic shunt for refractory ascites: a meta-analysis. *Gastroenterology* 2005;129:1282-93.
  26. Salerno F, Merli M, Riggio O, et al. Randomized controlled study of TIPS versus paracentesis plus albumin in cirrhosis with severe ascites. *Hepatology* 2004;40:629-35.
  27. Riggio O, Masini A, Efrati C, et al. Pharmacological prophylaxis of hepatic encephalopathy after transjugular intrahepatic portosystemic shunt: a randomized controlled study. *Journal of hepatology* 2005;42: 674-9.
  28. Ferral H, Gamboa P, Postoak DW, et al. Survival after elective transjugular intrahepatic portosystemic shunt creation: prediction with model for end-stage liver disease score. *Radiology* 2004;231:231-6.
  29. Chalasani N, Clark WS, Martin LG, et al. Determinants of mortality in patients with advanced cirrhosis after transjugular intrahepatic portosystemic shunting. *Gastroenterology* 2000;118:138-44.
  30. Wright AS, Rikers LF. Current management of portal hypertension. *J Gastrointest Surg* 2005;9:992-1005.
  31. Lebrec D, Giuily N, Hadengue A, et al. Transjugular intrahepatic portosystemic shunts: comparison with paracentesis in patients with cirrhosis and refractory ascites: a randomized trial. *J Hepatol* 1996;25:135-44.
  32. Rossle M, Ochs A, Gulberg V, et al. A comparison of paracentesis and transjugular intrahepatic portosystemic shunting in patients with ascites. *N Engl J Med* 2000;342:1701-7.
  33. Gines P, Uriz J, Calahorra B, et al. Transjugular intrahepatic portosystemic shunting versus paracentesis plus albumin for refractory ascites in cirrhosis. *Gastroenterology* 2002;123:1839-47.



34. Sanyal AJ, Genning C, Reddy KR, et al. The north American study for the treatment of refractory ascites. *Gastroenterology* 2003;124:634-41.
35. Albillos A, Banares R, Gonzalez M, et al. A meta-analysis of transjugular intrahepatic portosystemic shunt versus paracentesis for refractory ascites. *Journal of Hepatology* 2005;43:990-6.
36. Deltenre P, Mathurin P, Dharancy S, et al. Transjugular intrahepatic portosystemic shunt in refractory ascites: a meta-analysis. *Liver international* 2005;25:349-56.
37. Campbell MS, Brensinger CM, Sanyal AJ, et al. Quality of life in refractory ascites : transjugular intrahepatic portal-systemic shunting versus medical therapy. *Liver Hepatology* 2005;42:635-40.
38. Stewart CA, Wertheim J, Olthoff K, et al. Ascites after liver transplantation-a mystery. *Liver Transplantation* 2004;10:654-60.

# สมาคมของเรา...เล่าเท่าที่รู้

## สรุปเกียรติสมาคม Milestone of GAT (พ.ศ. 2503-2550)

■ วันที่ 9 มีนาคม พ.ศ. 2503 มีการประชุมแพทย์ไทยจากสถาบันการแพทย์ต่างๆ ขึ้น เพื่อดำเนินการก่อตั้งสมาคม เป็นครั้งแรกและลงมติเป็นเอกฉันท์จัดตั้งสมาคมโรคทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

■ วันที่ 19 กรกฎาคม พ.ศ. 2503 วันก่อตั้งสมาคม ณ โรงพยาบาลประสาทพญาไท และมีกรรมการ รุ่นที่ 1 เพียง 7 ท่าน เท่านั้น วาระของกรรมการบริหารมีกำหนด 2 ปี

นายกสมาคม นพ.วิกิจ วีรานูวัตต์	โรงพยาบาลศิริราช
อุปนายกสมาคม นพ.อุดม โปษะกฤษณะ	โรงพยาบาลศิริราช
เลขาธิการ นพ.ประวิช อุชชิน	โรงพยาบาลจุฬา
เหรัญญิก นพ.อุกฤษณ์ เปล่งวงษ์	โรงพยาบาลศิริราช
ปฏิคม นพ.ประสพ รัตนากร	โรงพยาบาลประสาทพญาไท
นายทะเบียน นพ.ประณต โพธิ์ทัด	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
บรรณารักษ์ นพ.อาจันต์ บุญยะเกตุ	โรงพยาบาลราชวิถี

■ พ.ศ. 2512 อ.สมพนธ์ บุญยคุปต์ หัวหน้าหน่วยโรคทางเดินอาหารและอายุรศาสตร์เขตร้อนที่รามาริบัติโน ได้จัด GI Grand Round ขึ้นเป็นประจำทุกสัปดาห์เป็นที่นิยมของ intern, resident และนักศึกษาแพทย์มาก เพราะเรามีอาจารย์โรคทางเดินอาหารที่กลับจากต่างประเทศ 3 คน คือ นพ.อุดม หนะรินสุต นพ.เกรียงไกร อัครวงค์ และอ.สุชา คุระทอง ทางศัลยมี

คล้ายแพทย์ชื่อดัง 2 คน คือ นพ.จินดา สุวรรณรัตน์ และนพ.ทองดี ชัยพานิช และยังมีรังสีแพทย์ คือ นพ.วิโรจน์ สุขชาติ ต่อมาจัดเป็นการประชุมโรคทางเดินอาหารประจำเดือนโดยมีอาจารย์ GI ที่ศิริราช คือ นพ.อุกฤษต์ เปล่งวานิช และนพ.สมหมาย วิไลรัตน์ หัวหน้าทางเดินอาหารจากจุฬา มาประชุมกันทุกเดือนที่รามาริบัติ และเมื่อ อ.วิกิจ วีรานุกัตติ ได้เข้ามาร่วมประชุมด้วยได้เห็นบรรยากาศทางวิชาการที่โดดเด่น จึงขอให้จัดในนามของสมาคมโรคทางเดินอาหารที่ใหญ่โตไม่มี activity ไปหลายปีแล้ว เป็นการรื้อฟื้นกิจกรรมของสมาคมขึ้นมาใหม่

■ พ.ศ. 2521-2525 สมาคมได้จัดการทำหลักสูตรศึกษาเรื่องการใช้กล้องในโรกระบบทางเดินอาหาร ที่เรียกว่า Digestive Endoscopy ที่ประเทศไทยเป็นครั้งแรกและจัดต่อเนื่อง 5 ครั้งในสมัยที่ นพ.อุดม ไปชะกฤษณะ เป็นนายกสมาคมและมี นพ.สมหมาย วิไลรัตน์ โรงพยาบาลจุฬา เป็นประธานงานหลัก

■ พ.ศ. 2530 จัดทำจุลสารสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทยได้เริ่มดำเนินการเป็นครั้งแรกโดยมีบรรณาธิการคนแรกคือ อ.อุดม คชินทร ในสมัยของ อ.เต็มชัย ไชยนิวติ เป็นนายกสมาคม จนถึงปัจจุบันมีรายชื่อบรรณาธิการจุลสารสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย ดังนี้

1. นพ.อุดม คชินทร
2. พอ.นพ.อนุชิต จุฑาทุทธิ
3. นพ.สมชาย สีสากุลดวงศ์
4. นพ.สมบัติ ตรีประเสริฐสุข

■ พ.ศ. 2535 (1992) จัดการประชุมในระดับนานาชาติ 9<sup>th</sup> APCGE

■ พ.ศ. 2536-2537 อ.สังพันธ์ เป็นนายกสมาคมเป็นผู้เริ่มให้มีการฝึก Fellows และให้มีการวิจัยเป็นข้อบังคับ โดยต่อมาในสมัย อ.พินิจ เป็นนายก

สมาคมสนับสนุนให้สมาคม ใช้เงินออมที่มีอยู่สนับสนุนการวิจัย และมี อ.พิศาล เป็นผู้ริเริ่มให้มีจัดการอบรมการวิจัย ต่อมา ปี พ.ศ. 2541 อ.สวัสดิ์ หิตะนันท์ เป็นนายกสมาคมเป็นผู้ริเริ่มให้ทุน เฟลโลว์ไป AGA โดยพิจารณา จากการประกวดผลงานวิจัยของเฟลโลว์ และ ปี พ.ศ. 2546 อ.บัญญัติ ให้มี กฎระเบียบของสมาคมฯ ให้นำผลงานของเฟลโลว์ลงวารสาร โดยกว่า 10 ปี ที่ผ่านมามี อ.กำธร เผ่าสวัสดิ์ ช่วยรับผิดชอบเป็นประธานฝ่ายวิจัยมาโดย ตลอด

■ พ.ศ. 2537 มีการจัดการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดสาขา โรคระบบทางเดินอาหารเป็นครั้งแรกจนถึงปัจจุบันมีสถาบันฝึกอบรมทั้งหมด 11 แห่ง และแพทย์ที่ผ่านการอบรมไป 11 รุ่น มีจำนวน 113 คน

■ พ.ศ. 2538 มีการจัดสอบ Board Fellow GI เป็นครั้งแรก

■ พ.ศ. 2539 (1996) First Vikit Viranuvatti's Lecture โดย Dr. Yamada T. ในการจัดประชุมวิชาการประจำปีครั้งที่ 38 ณ โรงแรม สยามอินเตอร์คอนติ- เนนตัล, กรุงเทพฯ

■ พ.ศ. 2541 การจัดทำ Thai Journal Gastroenterology โดยสมาคม แพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทยได้เริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541 ในสมัยที่ อ.สวัสดิ์ หิตะนันท์ เป็นนายกสมาคม โดยมี บรรณาธิการที่ทำการสารคนแรกคือ อ.สิน อนุราษฎร์ แต่ต่อมามีข้อขัดข้อง บางประการทำให้งาน ฝ่ายวารสารหยุดไปและต้องทำการตั้งประธานฝ่าย วารสารขึ้นมาใหม่เพื่อจะได้ดำเนินงานเรื่อง Journal of Gastroenterology ต่อ ไปซึ่งก็ได้ อ.สุชา คุระทอง มารับผิดชอบต่อในสมัยของ อ.กรรณิการ์ พร- พัฒน์กุล เป็นนายกสมาคมและในที่สุดสมาคมก็มีวารสาร Thai Journal of Gastroenterology ต่อไปได้โดยเน้นเรื่องงานวิจัยและวิชาการแต่เพียงอย่างเดียว ซึ่งมีความแตกต่างไปจากจุลสารสมาคม โดยลักษณะมีทั้งบทความที่เป็น ทั้งภาษาไทยและอังกฤษโดยเล่มแรกออกมาในปี พ.ศ. 2543 และดำเนิน งานต่อมาจนถึงปี พ.ศ. 2545 หลังจากที่มีวารสารสมาคมฯ ออกมาทั้งหมด 3

เล่ม แล้ว จึงมีการเปลี่ยนบรรณาธิการคนที่ 2 คือ อ.รังสรรค์ ฤกษ์นิมิต ที่  
กรุณามารับผิดชอบต่อในสมัยของนายกสมาคมคนใหม่คือ อ.บัญชา ใจวาท-  
พัชรพร โดยได้ให้จัดทำวารสารขึ้นในรูปแบบคล้ายเดิมแต่จัดทำเป็นฉบับ  
ภาษาอังกฤษทั้งหมด และดำเนินการให้ออกตรงเวลาและสม่ำเสมอ คือ ออก  
ทุก 4 เดือน

- 12-16 ธันวาคม พ.ศ. 2542 เป็นเจ้าภาพจัดประชุม AGA-Thailand

- พ.ศ. 2543 (2000) จัดการประชุมในระดับนานาชาติ DDW Thailand

- วันที่ 26 เมษายน พ.ศ. 2544 อ.วิกิจ วีรานุกต์ดี ผู้ก่อตั้งสมาคม  
แพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย ได้จากไปอย่างไม่มีวันกลับ

- 1 มีนาคม พ.ศ. 2545 (2002) เป็นเจ้าภาพจัดการประชุมในระดับ  
นานาชาติ WCOG

- วันที่ 14 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2548 นายกสมาคม นพ.สถาพร  
มานัสสิทธิ์ พร้อมด้วย นพ.ทองดี ชัยพานิช, พล.ต.นพ.วิชัย ชัยประภา,  
พล.อ.ต.นพ.สุจินต์ จารุจินดา และ นพ.สมชาย สีลากุลลงวงศ์ ได้มอบเงิน  
จำนวน 1 ล้านบาท ในนามสมาคม ให้แก่ประธานมูลนิธิราชประชานุเคราะห์  
เพื่อนำไปก่อสร้างโรงเรียนที่ประสบภัยจากคลื่นยักษ์สึนามิ ณ ที่ทำการ  
มูลนิธิราชประชานุเคราะห์

- วันที่ 20 มีนาคม พ.ศ. 2549 สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยาม-  
บรมราชกุมารี เสด็จพระราชดำเนินมาทรงเปิดศูนย์ส่องกล้องระบบทางเดิน  
อาหาร วิกิจ วีรานุกต์ดี และตั้งเป็นศูนย์ฝึกอบรมการส่องกล้องระบบทาง  
เดินอาหารระหว่างประเทศ (Endoscopy training center of World Gastroen-  
terology Organization : OMGE)

- พ.ศ. 2549 (2006) จัดการประชุมในระดับนานาชาติโดยการจัดการ  
ประชุมวิชาการประจำปี 2549 ทางสมาคมจัดร่วมกับงาน the 6<sup>th</sup> Western  
Pacific Helicobacter Congress 2006 ที่เราได้เป็นเจ้าภาพ โดยจัด 12-16  
พฤศจิกายน พ.ศ. 2549 ณ โรงแรม Plaza Athenee กรุงเทพฯ

■ พ.ศ. 2549 มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่มีการเติบโตขึ้นจากชมรมในสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย มาเป็นสมาคมโดยมี 2 สมาคมใหม่ที่จัดตั้งขึ้น ได้แก่ สมาคมแพทย์ส่องกล้องทางเดินอาหารไทย และสมาคมโรคตับ (ประเทศไทย)

■ พ.ศ. 2550 ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงชุติมา ประมูลสินทรัพย์ เป็นนายกสมาคมของทั้งสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย และสมาคมโรคตับ (ประเทศไทย) เป็นครั้งแรก

■ พ.ศ. 2541-ปัจจุบัน มีการมอบทุนแก่แพทย์ผู้ช่วยอาจารย์ที่มีผลงานวิจัยที่ได้คะแนนประเมินสูงสุดในแต่ละปีการศึกษาเพื่อไปประชุม American Gastroenterological Association (AGA) ดังนี้

- พ.ศ. 2541
1. นพ.ธเนศ ชิตาพนารักษ์  
หน่วยทางเดินอาหาร ภาควิชาอายุรศาสตร์  
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
  2. พญ.ฐิติมา วุฒิมิวัฒมนกุล  
หน่วยทางเดินอาหาร ภาควิชาอายุรศาสตร์  
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช

- พ.ศ. 2542
1. นพ.สุรพงษ์ รัชตภูษิต  
หน่วยทางเดินอาหาร ภาควิชาอายุรศาสตร์  
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี
  2. นพ.สมิตร ฐิติฎี  
หน่วยทางเดินอาหาร ภาควิชาอายุรศาสตร์  
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

- พ.ศ. 2543
1. นพ.สมบัติ ตรีประเสริฐสุข  
หน่วยทางเดินอาหาร ภาควิชาอายุรศาสตร์  
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
  2. นพ.ธีระพงษ์ สุขไพศาล

- หน่วยทางเดินอาหาร ภาควิชาอายุรศาสตร์  
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช
- พ.ศ. 2544 1. นพ.รัฐกร วิไลชนม์  
หน่วยทางเดินอาหาร ภาควิชาอายุรศาสตร์  
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
2. นพ.นรินทร์ อัจฉะนันท์  
หน่วยทางเดินอาหาร ภาควิชาอายุรศาสตร์  
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี
- พ.ศ. 2545 1. นพ.สว่างพงษ์ พูลทรัพย์  
หน่วยทางเดินอาหาร ภาควิชาอายุรศาสตร์  
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช
- พ.ศ. 2546 1. นพ.ภัทรพงศ์ กมลภรณ์  
หน่วยทางเดินอาหาร ภาควิชาอายุรศาสตร์  
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี
- พ.ศ. 2547 1. นพ.เผด็จ หนูพันธ์  
หน่วยทางเดินอาหาร ภาควิชาอายุรศาสตร์  
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
- พ.ศ. 2548 1. พญ.วรัญญา กิจคุณาเสถียร  
หน่วยทางเดินอาหาร ภาควิชาอายุรศาสตร์  
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
2. นพ.อภิชาติ สุรเมธากุล  
หน่วยทางเดินอาหาร ภาควิชาอายุรศาสตร์  
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
3. พญ.ฐนิตา พัชรตระกูล  
หน่วยทางเดินอาหาร ภาควิชาอายุรศาสตร์  
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
4. นพ.สรพชัย เอกธัญสกุล  
หน่วยทางเดินอาหาร ภาควิชาอายุรศาสตร์  
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ทุน Young Investigators  
เพื่อการประชุม Asian Pacific Congress of Gastroenterology  
ครั้งที่ 10 ณ เมืองโยโกฮามา ประเทศญี่ปุ่น  
เดือนกันยายน ค.ศ. 1996

1. นพ. ปิยะวัฒน์ โกมลมิศร์  
หน่วยทางเดินอาหาร ภาควิชาอายุรศาสตร์  
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
2. สมชาย สีสากุลวงศ์  
หน่วยทางเดินอาหาร ภาควิชาอายุรศาสตร์  
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช

ทุน Young Clinicians Award  
เพื่อการประชุม World congress of Gastroenterology 1998  
เมืองเวียนนา ประเทศออสเตรีย เดือนกันยายน

1. นพ.ไพศาล เวชชพิพัฒน์  
ภาควิชาศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
2. นพ.ธเนศ ชิตาพนารักษ์  
หน่วยทางเดินอาหาร ภาควิชาอายุรศาสตร์  
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลมหาสารคาม เชียงใหม่

รางวัลผลงานวิจัยดีเยี่ยม ประจำปี พ.ศ. 2542  
สาขาวิทยาศาสตร์เคมีและเภสัช จากสภาวิจัยแห่งชาติ  
เรื่อง การพัฒนาวัคซีนอหิวาต์ชนิดกิน

1. ศ.นพ.พลรัตน์ วิไลรัตน์  
ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล



**ทุน Young Clinicians Attendance Scholarship**  
**World Congress of Gastroenterology 2005 กันยายน**  
**Montreal Canada**

1. นพ.รัฐกร วิไลชนม์  
หน่วยทางเดินอาหาร ภาควิชาอายุรศาสตร์  
โรงพยาบาลธรรมศาสตร์
2. พญ.อาภัสณี ไสภณสฤกษ์สุข  
หน่วยทางเดินอาหาร ภาควิชาอายุรศาสตร์  
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี
3. นพ.สมบัติ ตรีประเสริฐสุข  
หน่วยทางเดินอาหาร ภาควิชาอายุรศาสตร์  
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

■ The list of past present presidents of the Gastroenterological Association of Thailand are presented, as follows:

- |               |                          |
|---------------|--------------------------|
| 1. 1961-1962  | Dr. Vikit Viranuvatti    |
| 2. 1963-1964  | Dr. Udom Posacrisana     |
| 3. 1965-1966  | Dr. Vikit Viranuvatti    |
| 4. 1967-1968  | Dr. Vikit Viranuvatti    |
| 5. 1969-1970  | Dr. Vikit Viranuvatti    |
| 6. 1971-1972  | Dr. Vikit Viranuvatti    |
| 7. 1973-1974  | Dr. Sompon Bunnyakupta   |
| 8. 1975-1976  | Dr. Sommai Wilairatana   |
| 9. 1977-1978  | Dr. Ukrist Plengvanit    |
| 10. 1979-1980 | Dr. Kriengkrai Akarawong |
| 11. 1981-1982 | Dr. Sujin Charuchinda    |

12. 1983-1984 Dr. Sommai Wilairatana
13. 1985-1986 Dr. Anek Yuvachi
14. 1987-1988 Dr. Termchai Chainuvati
15. 1989-1990 Dr. Sucha Kurathong
16. 1991-1992 Dr. Termchai Chainuvati
17. 1993-1994 Dr. Sachapan Isarasena
18. 1995-1996 Dr. Pinit Kullavanijaya
19. 1997-1998 Dr. Sawadh Hitanant
20. 1999-2000 Dr. Kannikar Phornphutkul
21. 2001-2002 Dr. Sasiprapa Boonyapisit
22. 2003-2004 Dr. Bancha Ovartlarnporn
23. 2005-2006 Dr. Sathaporn Manatsathit
24. 2007-2008 Dr. Chutima Pramoolsinsap

## ชวนอ่านหนังสือ

### หนังสือ “ต้องเป็นที่หนึ่งให้ได้” หรือ Conduct your dreams



โดย “บณัทิต อึ้งรังษี” จัดพิมพ์โดยสำนักพิมพ์มติชน เป็นหนังสือที่ น่าสนใจ จัดเป็นเชิง how to สู่ความสำเร็จแบบที่ใช้ประสบการณ์ตรงมาแล้ว ผู้กั้นฟังได้อย่างคมคาย กระชับ คนหนุ่มที่ประสบความสำเร็จในระดับเวที โลกในฐานะวาทกรชาวไทย ที่ได้รับรางวัลการแข่งขันวาทกรระดับ นานาชาติหลายครั้งตั้งแต่อายุน้อย “ต้องเป็นที่หนึ่งให้ได้” มี 39 ข้อคิด สำหรับ คนที่ด้อยโอกาส เป็นหนทางสร้างฝันให้เป็นจริง มีเนื้อหาเรื่องราวตัวอย่าง ชีวิตของเขาและคนดังระดับอินเตอร์ฯ เช่น บรูซ ลี, เจินหลง, ไทเกอร์ วูดส์ และไมเคิล จอร์แดน ที่ต่อสู้มาโดยไม่มีแต้มต่อมากนัก เช่น ไม่รวยมาก่อน ไม่มี สายสัมพันธ์ที่ดีมาก่อน หนังสือเล่มนี้ ต้องการให้คนรุ่นใหม่หรือวัยรุ่นที่ กำลังมองว่าชีวิตจะไปทางไหน และมีความฝันแล้ว แต่ไม่รู้จะสร้างให้เป็น ความจริงได้อย่างไร? เป็นข้อคิดที่จะช่วยจุดประกาย...อย่างที่คุณเขียนสรุปไว้ สั้นๆ ว่า “As A Man Thinks, He is.” มนุษย์จะพัฒนาการไปอย่างที่ตนคิด...

รหัสหนังสือ : 9789743237799

จำนวน : 176 หน้า

ผู้แต่ง : บัณฑิต อึ้งรังษี

ขนาดรูปเล่ม : 131 x 184 มม.

เนื้อในพิมพ์ : สีสีในเล่ม

ชนิดของปก : ปกอ่อน

เดือน/ปี ที่พิมพ์ : 09/2549

ราคาปก 170 บาท



## ประวัติ

วาทยกร บัณฑิต อึ้งรังษี

วาทยกรชาวไทย บัณฑิต อึ้งรังษี ได้รับการยอมรับจากนานาชาติว่าเป็นวาทยกรรุ่นใหม่ที่สำคัญคนหนึ่งของโลก จากการที่เขาได้รับรางวัลการแข่งขันวาทยกรระดับนานาชาติหลายครั้ง เช่น ที่ประเทศฝรั่งเศส (Besancon Competition) ในปี พ.ศ. 2540, ที่ประเทศโปรตุเกส (รางวัลชนะเลิศ) ในปี พ.ศ. 2542 ที่ประเทศฮังการี ในปี พ.ศ. 2545 และล่าสุดที่ คาร์เนกีฮอลล์ (Carnegie Hall) มหานครนิวยอร์ก ประเทศสหรัฐอเมริกา ในปี พ.ศ. 2545 ในการแข่งขัน Maazel-Vilar International Conducting Competition ซึ่งเป็นการแข่งขันวาทยกรที่สำคัญที่สุดในโลก โดยเป็นผู้ชนะเลิศจากผู้แข่งขัน 362 คนทั่วโลก จากการตัดสินของคณะกรรมการที่มีชื่อเสียงของโลกเช่น Lorin Maazel, Kyung-Wha Chung, Glenn Dicterow, Krzysztof Penderecki ฯลฯ

หลังจากการแข่งขัน บัณฑิตได้รับเชิญไปกำกับวงดนตรีออร์เคสตราที่สำคัญต่างๆ ทั่วโลก วงต่างๆ ที่เขาได้กำกับมาแล้วก็มีวง New York Philharmonic Orchestra, Los Angeles Philharmonic Orchestra, Orchestra Filarmonica di Arturo Toscanini และวงในประเทศต่างๆ เช่น สเปน ตุรกี เกาหลี ออสเตรเลีย รัสเซีย อิตาลี ออสเตรีย อังกฤษ ฝรั่งเศส เยอรมนี เชโกสโลวะเกีย ไทย โปรตุเกส และทั่วประเทศสหรัฐอเมริกา รวมทั้งคณะนักร้องประสานเสียงชื่อดังของโลก Mormon Tabernacle Choir ซึ่งถ่ายทอดสดออกอากาศทั่วประเทศสหรัฐอเมริกาและในเวลาอันใกล้นี้เขาก็จะได้เปิดคอนเสิร์ตที่โรงละคร La Scala ที่มีเกียรติของอิตาลี ในเดือนตุลาคมปี พ.ศ. 2547 นี้ เขาจะนำวง Orchestra Internazionale d'Italia ตระเวนเปิดการแสดงทั่ว เอเชีย



บัณฑิตได้เคยทำงานร่วมกับศิลปินชั้นนำของโลก เช่น Maxim Vengerov, Mikhail Pletnev, Julia Migenes, the LaBeque Sisters, Paula Robison, Christopher Parkening, Christine Brewer และ Elmer Bernstein และเขายังได้รับการกล่าวขวัญถึงจากหนังสือพิมพ์และสื่อสำคัญต่างๆ ของโลก ได้แก่ Los Angeles Times, New York Times, American Record Guide, Charleston Post and Courier, Deseret News, Salt Lake Tribune, Gramophone magazine, New York Magazine, L'Unione Sarda (อิตาลี), El Correo Gallego (สเปน) ฯลฯ

ปัจจุบัน นอกเหนือจากการเดินทางไปกำกับวงต่างๆ ทั่วโลกแล้ว บัณฑิตยังดำรงตำแหน่งให้กับวง New York Philharmonic และวง Charleston Symphony Orchestra บัณฑิตเคยได้รับตำแหน่งสำคัญๆ ได้แก่ Associate Conductor ของวง Utah Symphony, Music Director ของวง Debut Orchestra (Los Angeles), Apprentice Conductor ของวง Oregon Symphony Orchestra และ Assistant Conductor ของวง Santa Rosa Symphony

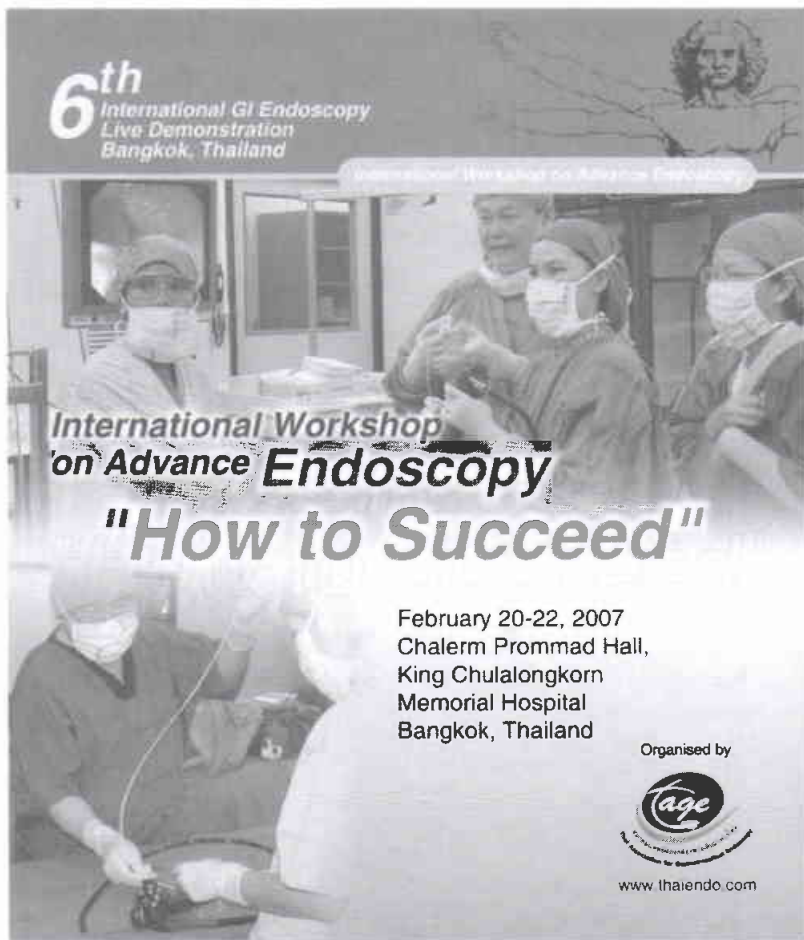
บัณฑิตได้รับการศึกษาเบื้องต้นที่โรงเรียนอัสสัมชัญ อัสสัมชัญพาณิชย และมหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ และไปศึกษาต่อวิชาดนตรีที่มหาวิทยาลัยวูลองกองที่ประเทศออสเตรเลีย ศึกษาวิชาการอำนวยการวงที่ University of Michigan ในสหรัฐอเมริกา และศึกษาเพิ่มเติมในประเทศอิตาลี ออสเตรีย รัสเซีย เยอรมนี และฟินแลนด์ ในปี พ.ศ. 2541 เขาเป็นหนึ่งในวาทกกรุ่นใหม่ 9 คนจากทั่วโลกที่ได้รับเชิญไปศึกษาที่ Carnegie Hall ในมหานครนิวยอร์ก ซึ่งเป็นเหตุให้เขาได้รับทุน Leonard Bernstein Fellowship ไปศึกษาต่อกับ Seiji Ozawa ที่ Tanglewood Music Center ปัจจุบันนี้บัณฑิตอาศัยอยู่ที่ประเทศสหรัฐอเมริกา โดยมีภรรยาเป็นนักร้องโซปราโน ชื่อ แมรี เจน อึ้งรังษี และ เร็วๆ นี้เพิ่งมีสมาชิกใหม่เป็นลูกสาวชื่อ นาริศา อึ้งรังษี

## อ้างอิง

[http://www.bunditmusic.com/biography\\_thai.html](http://www.bunditmusic.com/biography_thai.html)

<http://www.manager.co.th/mgrWeekly/ViewNews.aspx?NewsID=9490000075542>

# ในแวดวง... แพทย์ระบบทางเดินอาหาร




**6<sup>th</sup>**  
International GI Endoscopy  
Live Demonstration  
Bangkok, Thailand

International Workshop on Advance Endoscopy

**International Workshop  
on Advance Endoscopy  
"How to Succeed"**

February 20-22, 2007  
Chalerm Prommad Hall,  
King Chulalongkorn  
Memorial Hospital  
Bangkok, Thailand

Organised by



www.thaiendo.com

## February 20, 2007

- 08:30 - 09:00 **Registrations**
- 09:00 - 09:05 **Opening Ceremony**  
Dr.Pinit Kullavanijaya, MB, chB  
Secretary General of Thai Medical Council
- 09:05 - 10:00 Live Demonstration session 1
- 10:00 - 10:30 Lecture 1 : **Basic for EUS part 2**  
Dr. Christopher Khor, MD  
National Hospital of Singapore
- 10:30 - 10:50 Coffee break and Exhibits
- 10:50 - 11:10 Minitalk 1 : **Inform & consent for therapeutic endoscopy**  
Dr. Glen Lehman, MD  
Indiana University
- 11:10 - 12:10 Live demonstration session 2
- 12:10 - 12:45 Luncheon & Exhibition
- 12:45 - 13:30 Luncheon Symposium - Fujinon  
**Roles of Double balloon endoscopy : Present and Beyond**  
Dr. Hinori Yamamoto, MD
- 13:30 - 14:30 Live demonstration session 3
- 14:30 - 14:50 Minitalk 2 : **"Tips for colonic, polypectomy"**  
Dr. Apichat Sangchan, MD  
Faculty of Medicine Khon Kaen University
- 14:50 - 15:10 VDO Quiz 1
- 15:10 - 15:30 Coffee break and Exhibits
- 15:30 - 15:50 Minitalk 3 : **"Endoscopic report:database & management"**  
Dr. Jirasak Wannaprasert, MD  
Surgery Department, Rajavithi Hospital
- 15:50 - 16:10 Minitalk 4 : **"Practical tips for endoscopic treatment of acalasia"**  
Dr. Sutep Goniachanvit, MD
- 16:30 - 17:00 Annual TAGE Business meeting
- 17:00 **Welcome Reception**

[www.thaiendo.com](http://www.thaiendo.com)







## February 21, 2007

- 08:30 - 09:00 **Summary from yesterday**
- 09:00 - 10:00 Live demonstration session 4
- 10:00 - 10:30 **"Trick for selective biliary cannulation"**  
Dr. Yudhtana Sattawatthamrong, MD  
Bumrungrad Hospital
- 10:30 - 10:50 Coffee break and Exhibits
- 10:50 - 11:10 Minitalk 5: **"Role of ERCP for acute pancreatitis"**  
Dr. Supoj Pongprasorbchai, MD  
Faculty of Medicine, Mahidol University
- 11:10 - 11:30 Minitalk 6: **"Endoscopic therapy for chronic pancreatitis"**  
Dr. Bancha Ovarthamporn, MD  
Faculty of Medicine Songklanakarin University
- 11:30 - 12:30 Live demonstration session 5
- 12:30 - 13:30 Luncheon Symposium Olympus  
**"Role of magnify chromo endoscopy for early colonic neoplasm"**  
Dr. Yasushi Sano, MD  
National Cancer Center Hospital East, Japan
- 13:30 - 14:30 Live demonstration session 6
- 14:30 - 14:50 Minitalk 7 : **"Role of EUS for non GI diseases"**  
Prof. Paul Fockens  
Department of Gastroenterology  
& Hepatology AMC University of Amsterdam
- 14:50 - 15:10 Minitalk 8 : **"Difficult biliary access EUS or ERCP?"**  
Dr. Ryan Ponnudurai, MB, chB  
Selayang Hospital Selangor, Malaysia
- 15:10 - 15:30 Coffee break and Exhibits
- 15:30 - 15:45 VDO Quiz 2
- 15:45 - 16:15 Interesting GI-Endoscopy VDO Clip by delegates
- 16:15 - 16:30 Wrap-up 2  
Dr. Yudhtana Sattawatthamrong, MD

[www.thaiendo.com](http://www.thaiendo.com)

February 22, 2007

Hands on workshop at Rajvithee hospital

1. **EUS Diagnostic and FNA**

Dr. Ryan Ponnudurai, MB, chB & Dr. Thawee Rattanachu-ek, MD

2. **Double balloon enteroscopy upper & lower**

Dr. Hironori Yamamoto, MD & Dr. Sombat Treeprasertsuk, MD

3. **Magnify endoscopy and NBI chromoendoscopy**

Dr. Yasushi sano, MD & Dr. Rungsun Rerknimitr, MD

4. **GI bleeding :**

Dr. Yudhtana Sattawatthamrong, MD &

Dr. Nopporn Anukulkamkulsol, MD

- Hemo clipping

- Glue injection

- Bipolar coaptation

- EVL

5. **Tube feeding placement (PEG, PEJ)**

: Dr. Thawee Rattanachu-ek, MD & Dr. Jerasak Wannaprasert, MD

6. **Endoscopic Disinfection (For nurse only)**

K. Washira Srisabai

K. Daranee Salarak

(Notice) Deadline Registration for Hands on workshop before Dec 10, 2006

## Host Faculty

Dr. Thawee Ratanachu-Ek, MD

Dr. Yudhtana Sattawatthamrong, MD

Dr. Rungsun Rerknimitr, MD

Dr. Sombat Treeprasertsuk, MD

Dr. Varocha Mahachai, MD

Dr. Thawachai Akaraviputh, MD

Dr. Nopporn Anukulkamkulsol, MD

[www.thaiendo.com](http://www.thaiendo.com)





## GI Endoscopy: How to succeed



### International Workshop on Advance Endoscopy

Title  Prof.  Dr.  Mr.  Ms.  Mrs.

Name \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_

Organization \_\_\_\_\_

City \_\_\_\_\_

Country \_\_\_\_\_

Phone \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Mobile \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Registration Fee	Feb 20-21, 2007	Workshop Feb 22, 2007	Registration Both Sessions
Physicians	120 US\$ (3,000 THB)	28 US\$ (700 THB)	120 US\$ (3,000 THB)
1 Physician + 1 Nurse, Registered both sessions	-	-	190 US\$ (4,750 THB)
Nurses	40 US\$ (1,000 THB)	40 US\$ (1,000 THB)	80 US\$ (2,000 THB)

Bank Siam Commercial Bank public company limited  
 Branch Thai: Red Cross  
 Account Name Thai: Association for Gastrointestinal Endoscopy  
 Saving Account No. 045-2 96432-1  
 Swift Code SICOTHBK



Please send your filled-in Registration Forms to:



**TAGE**

King Chulalongkorn Memorial Hospital  
 Promphun Building, Room no. 306, RamaIV Rd.,  
 Pathumwan, Bangkok, 10330 Thailand  
 Tel 66-2256-4265 Fax 66-2252-7839





งานแสดงอันตื่นตาตื่นใจในการจัดประชุมวิชาการครั้งที่ 1 ของ  
สมาคมโรคตับ (ประเทศไทย) ช่วง 3-4 ธันวาคม พ.ศ. 2549 ณ โรงแรมรีเจนท์  
ชะอำ จ. เพชรบุรี





การจัดการประชุมวิชาการประจำปี 2549 สมาคมได้จัดร่วมกับงาน the 6<sup>th</sup> Western Pacific Helicobacter Congress 2006 ที่เราได้เป็นเจ้าภาพ โดยจัดในช่วง 12-16 พฤศจิกายน พ.ศ. 2549 ณ โรงแรม Plaza Athenee กรุงเทพฯ

มีท่านนายกสมาคม อ.สถาพร มานัสสฤติย์ และ อ.วโรชา มหาชัย Congress Chairman และคณะกรรมการช่วยกันจัดงานจนประสบความสำเร็จเป็นอย่างดีและยังมีผู้เชี่ยวชาญของโลกในด้าน *Helicobacter pylori* โดยเฉพาะ *Professor Barry Marshall* ที่ได้รับรางวัล Nobel Prize มาบรรยายเป็น *Honorable lecture* ให้กับงานนี้ด้วย



การจัดการประชุมวิชาการประจำปี 2549 ของทางสมาคม ในปีนี้ทางฝ่าย postgraduate โดยประธานคือ อ.โคมศรี ได้ริเริ่ม ให้มีส่วน learning center ที่เตรียมกรณีศึกษาที่น่าสนใจ จำนวน 14 รายมาให้สมาชิกผู้เข้าร่วมประชุมทำการทดสอบกัน รวมทั้งมีรางวัลให้ด้วยโดยการสนับสนุนเป็นอย่างดีจากท่านนายกสมาคม อ.สถาพร มานัสสฤติชัย

## จากบรรณาธิการ

### สวัสดีครับ ท่านผู้อ่านทุกท่าน

ก็ใกล้เวลาแห่งการเฉลิมฉลองเทศกาลส่งท้ายปีเก่าต้อนรับปีใหม่แล้ว เชื่อว่าผู้อ่านหลายท่านคงจะมีโอกาสได้ทบทวนชีวิตในรอบปีที่ผ่านมาว่ามีข้อดีที่ควรจดจำไว้ และข้อบกพร่องที่ควรแก้ไขอย่างไรก่อนจะก้าวข้ามไปสู่ปีใหม่กันนะครับ ในช่วงเดือนพฤศจิกายนและธันวาคม พ.ศ. 2549 สมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย ก็ได้มีกิจกรรมที่สำคัญคือเป็นเจ้าภาพจัดงาน the 6<sup>th</sup> Western Pacific Helicobacter Congress 2006 ร่วมกับการจัดประชุมวิชาการประจำปี 2549 ของสมาคม ณ โรงแรม Plaza Athenee กรุงเทพฯ โดยมีท่านนายกสมาคม อาจารย์สถาพร และ อาจารย์วโรชา มหาชัย Congress Chairman ในงานนี้ก็ได้รับคำชมจากผู้เข้าร่วมประชุมเป็นอย่างดี มีผู้เข้าร่วมประชุมรวม 321 ท่าน มีบริษัทฯ และตัวแทนสนับสนุนการจัดงานถึง 44 บริษัท ก็ต้องขอขอบพระคุณผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านด้วย นอกจากนี้ ในช่วง 3-4 ธันวาคม พ.ศ. 2549 ก็มีการจัดประชุมวิชาการครั้งที่ 1 ของสมาคมใหม่อีกหนึ่งสมาคม นั่นก็คือสมาคมโรคตับ เชื่อมั่นว่าจะช่วยสร้างสรรคงานที่เกี่ยวข้องกับโรคตับของประเทศไทยให้ก้าวหน้าต่อไป ส่วนงานอื่นๆ ของสมาคมก็มีการจัดอบรมความรู้ทางด้านการทำวิจัยให้กับแพทย์ผู้ช่วยอาจารย์ ในช่วง 19-20 ตุลาคม พ.ศ. 2549 ที่ โรงพยาบาลวิชัยยุทธ ในส่วนสมาคมแพทย์



สองกล้องทางเดินอาหารไทยก็แจ้งข่าวมาเชิญชวนสมาชิกเข้าร่วมการประชุม the 6<sup>th</sup> International GI Endoscopy : Live Demonstration ช่วง 20-22 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2550 ณ ห้องประชุมเฉลิมพรหมมาส คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์

สำหรับบทความในจุลสารก็มีบทความทบทวนวิชาการ คือ การดูแลรักษาปัญหา refractory ascites และบทความประจำฉบับ เช่น Interhospital GI conference สาระบันเทิงอื่นๆ ก็ยังคงมาครบถ้วนเช่นเดิม โดยเฉพาะบทความ สมาคมของเรา...เล่าเท่าที่รู้ ฉบับนี้ก็ขอนำสรุปรวบรวมเหตุการณ์ และผลงานสำคัญๆ ต่างๆ ของสมาคมของเรามาบันทึกไว้เป็นการส่งท้าย ในนามของคณะบรรณาธิการต้องขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ทุกท่านที่ให้คำแนะนำปรับปรุงจุลสาร ขอบพระคุณท่านนายกสมาคมอาจารย์สถาพร ที่ให้โอกาสทำงานชิ้นนี้ ขอบพระคุณ อาจารย์อุดม คชินทร ที่กรุณาให้คำแนะนำบทความต่างๆ อย่างดีเสมอมา ขอบคุณคุณพรทิพย์ คุณอรุณ และแพทย์ผู้ช่วยอาจารย์ที่ช่วยเตรียมต้นฉบับมาอย่างต่อเนื่องทำให้จุลสารออกได้ตรงเวลาเป็นจำนวน 10 เล่ม ในเวลา 2 ปีที่ผ่านมา ทั้งนี้หากมีข้อผิดพลาดใดๆ ผมก็ขออภัยมา ณ ที่นี้ ด้วยครับ และในฉบับหน้า ปี 2550 บก. ท่านต่อไปภายใต้การนำของท่านนายกสมาคม อาจารย์ชุตินา ประมุข-สินทรัพย์ ก็จะมาดำเนินการต่อไป ขอเชิญสมาชิกและผู้สนใจติดตามอ่านบทความต่างๆ ได้โดยพลันครับ สวัสดี

**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 สาขาวิชาโรกระบบทางเดินอาหาร

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 .....

(.....)



จุลสารสภากว่า 10 เล่ม ในระยะเวลา 2 ปี สนับสนุนโดย อ.ศาทพร ภาณุสิทธิ์  
 ดำเนินการโดยกองวิทยาสภากม โทร: พ.ศ. 2548-2549