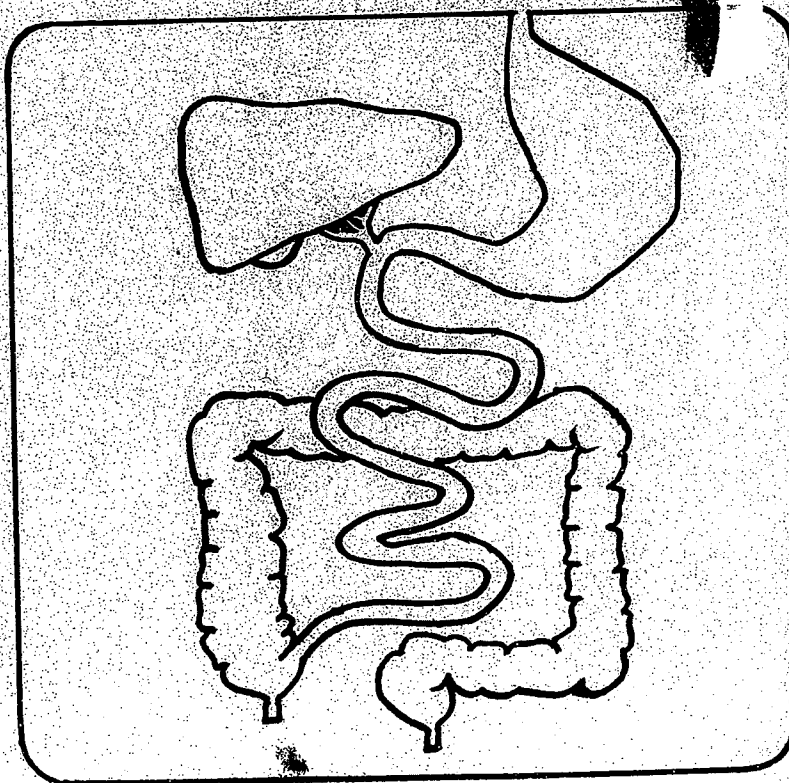


จุลสาร  
สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหาร  
แห่งประเทศไทย

ปีที่ ๑ ฉบับที่ ๑

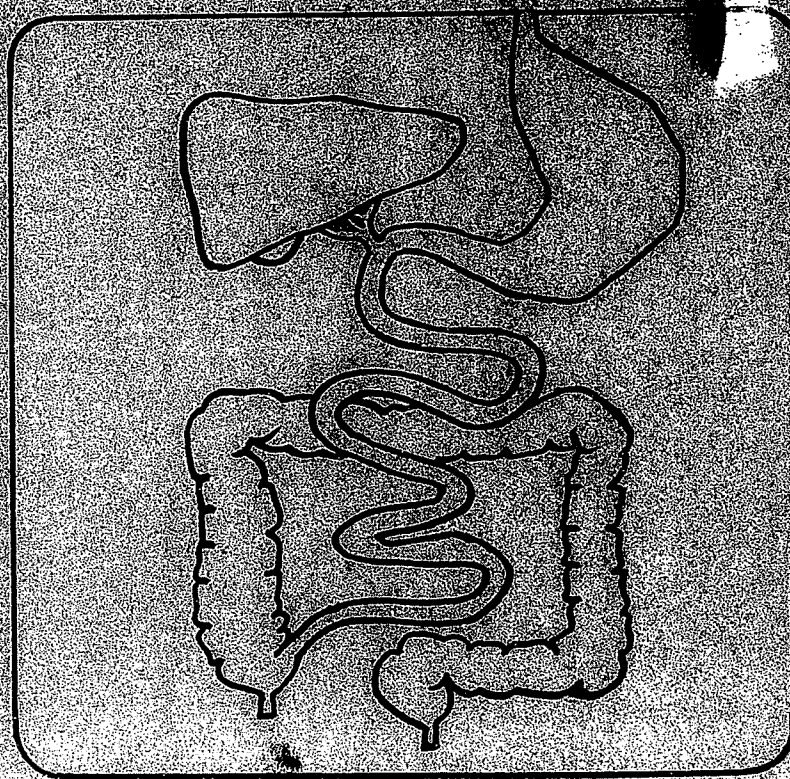
เมษายน 2530





จุลสาร  
สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหาร  
แห่งประเทศไทย

ปีที่ ๑ ฉบับที่ ๑ เมษายน ๒๕๓๐







จุลสาร

สมาคมแพทย์

ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

บรรณาธิการ	:	นพ. อุดม คชินทร
กองบรรณาธิการ	:	นพ. ไพโรจน์ เหลือเรืองกุล พญ. อรพรรณ ชินะภัก นส. สิริยุพา แสนเจริญ
ศิลปกรรม	:	หน่วยกราฟิค ร.ร. เวชนิทัศน์ นายเอนก เกตุสมพร



รายงานประจำปีกรรมการ

สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย วาระ พ.ศ.2530-2532



นายกสมาคม	นายแพทย์ ชัยชัย	ไชยบุญวัด
อุปนายก	นายแพทย์ สุชา	กฐระทอง
เลขาธิการ	นายแพทย์ ไพโรจน์	เหลืองโรจนกุล
เทร่ญญิก	นายแพทย์ บุญ	วนาสิน
ปฏิคม	นายแพทย์ จรินทร์	โรจนนวรวิทยา
ประธานฝ่ายการศึกษา	นายแพทย์ วีระศักดิ์	ว่องไพฑูรย์
ประธานฝ่ายวารสาร	นายแพทย์ ทองดี	ชัยพานิช
ประธานฝ่ายโรคตับ	นายแพทย์ วิกิจ	วีรานุวัตต์
ประธานฝ่ายเอนโคสโคปี	นายแพทย์ สมหมาย	วิไลรัตน์
ประธานฝ่ายวิจัย	นายแพทย์ นุสนธิ์	กลัดเจริญ
ที่ปรึกษา	นายแพทย์ วิกิจ	วีรานุวัตต์
	นายแพทย์ อุกฤษต์	เปล่งวาณิช
	นายแพทย์ สัจจันต์	จารุจินดา
	นายแพทย์ เกรียงไกร	อัครวงศ์
	นายแพทย์ สมพนธ์	บุญยคุปต์
	นายแพทย์ สวัสดิ์	หิตะนันท์
	นายแพทย์ เอนก	ยิวจิตติ

กรรมการกลาง

แพทย์หญิงกรรณิการ์	พรพัฒน์กุล
แพทย์หญิงจารุ	อรรถไพศาลศรีดี
แพทย์หญิงจินดา	สุวรรณรักษ์
นายแพทย์ชูเกียรติ	อัคราณิชย์
นายแพทย์คณัย	ตันงามตรง
แพทย์หญิงนภาพร	จำริญกุล
นายแพทย์มานิต	ลีโทชวลิต
นายแพทย์วรพันธ์	เสาวรส
แพทย์หญิงวีณา	วงศ์พานิช
นายแพทย์พินิจ	สุรินทรางกูร
นายแพทย์พิศาล	ไม้เรียง
นายแพทย์สังข์พันธ์	อิศรเสนา
นายแพทย์สุนทร	ไทยสมักร
แพทย์หญิงอรพรรณ	ชินะภัก



จุลสารสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

ปีที่ 1 เล่มที่ 1

เมษายน 2530

สารบัญ

	หน้า
สารสันจากนายกสมาคมฯ	4
รายงานการประชุมสมาคมฯ ครั้งที่ 1/2530	5
รายงานการประชุมสมาคมฯ ครั้งที่ 2/2530	12
รายงานการประชุมทางวิชาการของสมาคมฯ	
A man with acute left abdominal pain	17
สันที่สสนาเรื่อง acute appendicitis	21
A woman with fever, jaundice and previous abdominal surgery	24
Interesting topics "Hepatitis B Vaccine"	29
แนะนำหนังสือ	35
ข่าว - ประกาศ	39
กำหนดการประชุมวิชาการและธุรการของสมาคมฯ ประจำปี 2530	43
บรรณาธิการแถลง	44

พิมพ์ที่หน่วยพิมพ์โรงพยาบาลศิริราช 2530 จำนวน 250 เล่ม

### สาส์นจากนายกสมาคมฯ

ข้าพเจ้าขอขอบคุณที่ได้รับความสนับสนุน และไว้วางใจจากท่านสมาชิก เพื่อมารับใช้สมาคมฯ ในวาระนี้

จุลสารที่ท่านเห็นอยู่นี้ เป็นสื่อใหม่จากสมาคมฯ สู่มหาชิก เพื่อให้ท่านได้รับข่าวสารและความรู้จากสมาคมฯ เป็นระยะ ๆ

ต้องขอขอบคุณ นายแพทย์อุคม คชินทร ซึ่งรับเป็นบรรณาธิการ ซึ่งรับรองว่าทุก 4 เดือน ท่านจะได้รับสารจากเรา

ข้าพเจ้าและคณะกรรมการทุกท่านของสมาคมฯ จะพยายามทำทุกอย่างเพื่อให้สมาคมฯ ของเราก้าวไปอย่างไม่หยุดยั้งเพื่อเป็นประโยชน์กับท่านสมาชิก และประเทศชาติอีกด้วย

ศาสตราจารย์นายแพทย์เติมชัย ไชยนุวัติ

สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

รายงานการประชุมครั้งที่ 1/2530

วันศุกร์ที่ 20 กุมภาพันธ์ 2530 เวลา 12.30-14.30 น.

ณ ห้องประชุมชั้น 2 ตึกศิษย์เก่า โรงพยาบาลศิริราช

เริ่มประชุมเวลา 12.30 น.

รายนามผู้เข้าร่วมประชุม

- |                       |                |            |        |
|-----------------------|----------------|------------|--------|
| 1. นายแพทย์เดิมีชัย   | ไชยนิติ        | นายกสมาคมฯ | ประธาน |
| 2. นายแพทย์วิกิจ      | วีรานันต์      |            |        |
| 3. นายแพทย์อุกฤษดิ์   | เปล่งวาณิช     |            |        |
| 4. นายแพทย์เกรียงไกร  | อัศวรงค์       |            |        |
| 5. นายแพทย์เอนก       | ยุวจิตติ       |            |        |
| 6. นายแพทย์สุชา       | กู่ระทอง       |            |        |
| 7. นายแพทย์ไพโรจน์    | เหลือจโรจนกุล  |            |        |
| 8. นายแพทย์จรินทร์    | โรจนนวรวิทยา   |            |        |
| 9. นายแพทย์วีระศักดิ์ | ว่องไพฑูรย์    |            |        |
| 10. นายแพทย์ทองดี     | ชัยพานิช       |            |        |
| 11. นายแพทย์นุสนธิ์   | กลัดเจริญ      |            |        |
| 12. แพทย์หญิงจารุ     | อรรถไพศาลศรีดี |            |        |
| 13. นายแพทย์คณัย      | คันทามตรง      |            |        |
| 14. นายแพทย์มานิต     | ลีโทชวลิต      |            |        |
| 15. นายแพทย์วรพันธ์   | เสาวรส         |            |        |
| 16. แพทย์หญิงวีณา     | วงศ์พานิช      |            |        |

17. นายแพทย์สุนทร ไทยสมัคร

18. นายแพทย์อุดม กชินทร

วาระที่ 1 ประธานที่ประชุมแจ้งนโยบายทั่วไปของคณะกรรมการอำนวยการ  
ชุดใหม่วาระ 2530-2532 ดังนี้

1. กระจายความรู้โรคทางเดินอาหารออกสู่ต่างจังหวัด โดยการจัดประชุมวิชาการ, การบรรยาย, หรือการอภิปรายที่โรงพยาบาลต่างจังหวัด
2. ส่งเสริมความรู้และให้การประชาสัมพันธ์กิจกรรมต่าง ๆ ของสมาคมถึงสมาชิกทุกท่าน โดยจัดทำจุลสารสมาคมส่งให้สมาชิก
3. ส่งเสริมการวิจัยโรคระบบทางเดินอาหารในหมู่สมาชิกและผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือ

วาระที่ 2 ประธานฝ่ายวิชาการได้จัดทำร่างหมายกำหนดการประชุมวิชาการ  
ของสมาคมสำหรับปี 2530-2531 ไว้ประกอบด้วยการประชุมวิชาการ  
การประจำเดือน, การประชุมวิชาการกลางปี และการอบรมระยะ  
สั้นแก่แพทย์ผู้สนใจ และการประชุมวิชาการใหญ่ประจำปี

การประชุมวิชาการประจำเดือน นพ.วิกิจ เสนอว่าให้จัดทุก  
เดือน เพื่อกระตุ้นสมาชิกไม่ให้ล้า นพ.นุสนธิ์ แจ้งว่าสมาชิกทาง  
รพ.จุฬามีความเห็นว่าการประชุมวิชาการประจำเดือนขณะนี้จัดดี  
เกินไป อยากให้จัดห่างกว่านี้ นพ.เกรียงไกร ชี้แจงวัตถุประสงค์  
ของการจัดประชุมวิชาการประจำเดือนว่า เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยน  
ความรู้ และความเห็นทางวิชาการกัน นอกจากนั้นยังเป็นโอกาสให้  
สมาชิกได้มีโอกาสพบปะพูดคุยสังสรรค์กัน ที่ประชุมมีมติให้จัดทุก 2

เดือนตามเดิมไปก่อน แต่จะเปลี่ยนแปลงรูปแบบการประชุมให้น่าสนใจยิ่งขึ้นแก่สมาชิก เช่น จัดให้มีการอภิปรายผู้ป่วย 1 ราย และมีการทบทวนวิชาการเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วยที่น่าสนใจ หรือเชิญผู้ทรงคุณวุฒิทั้งในและนอกประเทศมาบรรยายเรื่องที่น่าสนใจต่าง ๆ

การประชุมวิชาการกลางปี 2530 ตามที่ประธานฝ่ายวิชาการเคยวางแผนไว้ว่าจะจัดเป็นอบรม digestive endoscopy ช่วงกลางปี นพ.เอนก มีความเห็นว่า คงเปลี่ยนแปลงตามที่ต้องการไม่ได้ เนื่องจากเลขานุการและท่านนายกสมาคมฯ ชุดที่แล้วได้ทำเรื่องขออนุมัติจากกระทรวงสาธารณสุขจัดอบรมระยะสั้นเรื่องโรคทางเดินอาหาร ขึ้นในวันที่ 22-26 มิถุนายน 2530 และทางกระทรวงสาธารณสุขได้ตอบอนุญาตให้แพทย์ในสังกัดกระทรวงฯ เข้ารับการอบรมแล้วหลายท่าน ที่ประชุมมีมติให้จัดการอบรมระยะสั้นโรคทางเดินอาหารตามเวลาดังกล่าวโดยจัดรวมไปกับการประชุมวิชาการกลางปี แต่เนื่องจากเวลากระชั้นชิดอาจจำเป็นต้องเลื่อนการเสนอขอความรายงานทางวิชาการไปไว้ในการประชุมใหญ่ปลายปีแทน

สำหรับการประชุมวิชาการกลางปีในปีต่อไป (2531) จะจัดประชุมที่ต่างจังหวัด เช่น หาดใหญ่ เพื่อส่งเสริมความรู้ทางวิชาการในโรงพยาบาลต่างจังหวัด

การประชุมวิชาการใหญ่ปลายปี 2530 ที่ประชุมมีความเห็นว่าปีนี้จะจัดการอบรมระยะสั้นทาง digestive endoscopy

โดยจะเชิญวิทยากรจากต่างประเทศมาร่วมด้วยเช่นเคย และจะจัด  
ร่วมไปกับการประชุมวิชาการใหญ่ปลายปี นพ.เกรียงไกร เสนอ  
ให้มีการเสนอรายงานทางวิชาการเฉพาะเรื่องเกี่ยวกับ Endo-  
scopy เท่านั้น ส่วนเรื่องในสาขาวิชาอื่น ๆ ให้ไปนำเสนอในที่  
ประชุมวิชาการกลางปีแทน

ผู้ประชุมหลายท่านให้ความเห็นว่า ระยะเวลาในการอบรม  
endoscopy ซึ่งเดิมกำหนดไว้นาน 2 สัปดาห์ ก่อนข้างจะยาว  
เกินไป ควรจัดเวลาให้สั้นกระชับขึ้น นพ.จรินทร์ ให้ความเห็นว่า  
จะจัดอบรมระยะเวลานานเท่าใด คงขึ้นกับจุดประสงค์ของการอบรม  
ว่า ต้องการเพียงให้ได้รับความรู้ความคิดทั่วไป หรือต้องการให้ผู้เข้า  
อบรมสามารถนำไปปฏิบัติได้ด้วยตนเอง

นพ.นุสนธิ์ แจ้งว่า ประธานฝ่าย endoscopy แจ้งผ่านมาถึง  
ที่ประชุมว่า ประสงค์จะจัดการอบรม endoscopy ต่างหากจาก  
การประชุมวิชาการกลางปีหรือปลายปี และช่วงเวลาการอบรมไม่  
ควรสั้นกว่า 2 สัปดาห์ ที่ประชุมมีมติให้ประธานฝ่ายวิชาการไป  
หารือกับประธานฝ่าย endoscopy ในเรื่องรายละเอียดเวลา  
และรูปแบบการจัด

ประธานในที่ประชุม สรุปว่า กลางปีนี้จะจัดอบรมระยะสั้น  
digestive endoscopy สำหรับปี 2531 กลางปีจัดประชุม  
วิชาการที่ต่างจังหวัด และประชุมใหญ่ปลายปีร่วมกับการอบรมระยะ  
สั้น นอกจากนี้จะจัดวิทยากรคณะหนึ่งออกไปตาม รพ.ต่างจังหวัด  
ใกล้กรุงเทพฯ แบบ lecture tour , panel tour ซึ่งรูป-

วาระที่ 3 วาระที่ 3 แบบนี้จะขึ้นอยู่กับ รพ.ต่างจังหวัดที่จะไปนั้นต้องการแบบใด  
ประธานฝ่ายวิจัยแถลงนโยบายการส่งเสริมการศึกษาวิจัยโรคระบบ  
ทางเดินอาหาร โดยมีแนวทางปฏิบัติดังนี้

1. รวบรวมบทความวิจัยของสมาชิกรวมทั้งวิทยากรโรคระบบทางเดินอาหาร  
ที่ปรากฏในวารสารการแพทย์ภายในและต่างประเทศ นพ.อำนาจ  
ศิริรัตนบัลล์ และบรรณารักษ์ห้องสมุด รพ.จุฬาฯ กำลังรวบรวม  
อยู่ และยินดีจะเผยแพร่ทางสมาคมฯ นพ.วิกิจ เสนอให้สมาคมฯ  
มีจดหมายไปขอผลงานวิจัยของสมาชิกทุกท่านจะทำให้การรวบรวม  
สะดวกและเร็วขึ้น ทางสมาคมฯ อาจพิมพ์รายชื่อผลงานวิจัยเหล่านี้  
(รวมหรือไม่รวมบทความ) แจกแก่สมาชิกตอนปลายปี

2. บริการให้คำปรึกษาแนะนำแก่สมาชิกสมาคมฯ ผู้ต้องการ  
ทำโครงการศึกษาวิจัยโรคระบบทางเดินอาหาร

3. พิจารณาให้ทุนสนับสนุนโครงการศึกษาวิจัยโรคระบบทาง-  
เดินอาหารแก่แพทย์ไทยผู้สนใจ

วาระที่ 4 วาระที่ 4 นพ.อุดม คชินทร แห่ง รพ.ศิริราช แจ้งว่ายินดีจะรับเป็นบรรณา-  
ธิการจัดพิมพ์จุลสารแจกแก่สมาชิก จุลสารนี้จะพิมพ์รายงานการ  
ประชุมธุรการ, การประชุมวิชาการประจำเดือน และกิจกรรม  
ต่าง ๆ ของสมาคมฯ รวมทั้งบทความหรือบทความทางวิชาการ  
ที่น่าสนใจ สำหรับการประชุมวิชาการประจำเดือน จะสรุปประวัติ  
ผู้ป่วยที่น่าสนใจที่ประชุม และจุดสำคัญ ๆ ในการวินิจฉัยหรือ

ที่อภิปรายกันในที่ประชุม คาดว่าคงจะใช้งบประมาณจัดทำประมาณ  
10 บาท/เล่ม ออกปีละ 3-4 เล่ม

สาระที่ 5 ประธาที่ประชุมแจ้งว่า สมาคมได้รับการทาบหาจากคุณสถาพร  
สิริสิงห์ แห่ง Thai Convention Promotion Associa-  
tion ว่ายินดีจะช่วยเหลือถ้าจะจัดการประชุมนานาชาติขึ้นในประ-  
เทศไทย เช่น การประชุม 9<sup>th</sup> Asian Pacific Congress  
of Gastroenterology ปี 1990 ต่อจากประเทศเกาหลี ทาง  
สมาคมยินดีจะช่วยตั้งแต่การเตรียมการจัดเอกสาร, ภาพยนตร์ ไป  
ชักชวนให้มาจัดการประชุมดังกล่าวครั้งต่อไปในประเทศไทย สมาคม  
นี้ตั้งขึ้นด้วยความร่วมมือระหว่างการท่องเที่ยวแห่งประเทศไทยกับ  
ธุรกิจการท่องเที่ยวเอกชนภายในประเทศ โดยมีวัตถุประสงค์ส่งเสริม  
ให้มีการจัดการประชุมนานาชาติขึ้นในประเทศ

สาระที่ 6 เรื่องอื่น ๆ

เรื่องการแก้ไขข้อบังคับของสมาคมฯ ให้เหมาะสมกับกาลเวลา ซึ่ง  
เคยพยายามทำกันมาหลายสมัยแล้วแต่ยังไม่สำเร็จบริบูรณ์ ที่ประชุม  
มีมติให้ตั้งคณะกรรมการไปทำหน้าที่พิจารณาแก้ไขข้อบังคับมา  
เสนอต่อที่ประชุมใหญ่ โดยมีรายนามคณะกรรมการดังนี้

1. นพ.วิกิจ วีรานวัตต์ ประธานอนุกรรมการ
2. นพ.เกรียงไกร อัครวงศ์
3. นพ.จรินทร์ โรจน์บวรวิทยา
4. นพ.ไพโรจน์ เหลืองโรจนกุล



เรื่องงบประมาณของฝ่ายต่าง ๆ ให้ประธานแจ้งแต่ละฝ่ายไป  
จัดทำประมาณค่าใช้จ่ายและรายได้ประจำปี 2530 สำหรับฝ่าย  
นั้น ๆ มาแจ้งต่อที่ประชุมธุรการครั้งหน้า

เลิกประชุมเวลา 14.30 น.

นพ. เต็มชัย ไชยนิติ

นายกสมาคมฯ

นพ. ไพโรจน์ เหลืองโรจนกุล

เลขาธิการสมาคมฯ

สมาชิกท่านใดย้ายที่อยู่หรือไม่ได้รับจุลสาร  
สมาคมฯ กรุณาแจ้งที่เลขาธิการสมาคมฯ

สาขาวิชาโรคระบบทางเดินอาหาร

ตึกพะอบชั้น 1

ภาควิชาอายุรศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

พรานนก เขตบางกอกน้อย

กรุงเทพฯ 10700

สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

รายงานการประชุมครั้งที่ 2/2530

วันศุกร์ที่ 13 มีนาคม 2530 เวลา 12.30-13.30 น.

ณ ห้องประชุมตึกอักษางค์ชั้น 4 โรงพยาบาลศิริราช

รายนามผู้เข้าร่วมประชุม

1. นายแพทย์เต็มชัย	ไชยวุฒิ	นายกสมาคมฯ ประธานที่ประชุม
2. นายแพทย์สุชา	ทวระทอง	อุบนายก
3. นายแพทย์ไพโรจน์	เหลืองโรจนกุล	เลขาธิการ
4. นายแพทย์วิกิจ	วีรานุวัตต์	ที่ปรึกษาภาคีสักดิ์
5. นายแพทย์สุจินต์	จารุจินดา	"
6. นายแพทย์เอนก	ยวจิตติ	"
7. นายแพทย์วีระศักดิ์	ว่องไพฑูรย์	"

รายนามผู้ขาดประชุม

1. นายแพทย์อุกฤษดิ์	เปล่งวาณิช	ที่ปรึกษาภาคีสักดิ์
2. นายแพทย์เกรียงไกร	อัครวงศ์	"
3. นายแพทย์สมพันธ์	บุญยุปต์	"
4. นายแพทย์สวัสดิ์	หิตะนันท์	"
5. นายแพทย์บุญ	วนาสิน	เหรียญก
6. นายแพทย์จรินทร์	โรจนบวรวิทยา	ปฎิคม
7. นายแพทย์ทองดี	ชัยพานิช	ประธานฝ่ายวารสาร
8. นายแพทย์สมหมาย	วิไลรัตน์	ประธานฝ่ายเอนโคสโคปี

9. นายแพทย์สุนันท์	กลัดเจริญ	ประธานฝ่ายวิจัย
10. แพทย์หญิงกรรณิการ์	พรพัฒนกุล	กรรมการกลาง
11. แพทย์หญิงจารุ	อรรถไพศาลศรี	"
12. นายแพทย์จินดา	สุวรรณรักษ์	"
13. นายแพทย์ชูเกียรติ	อัสวานิชย์	"
14. นายแพทย์คณัย	ตันงามตรง	"
15. แพทย์หญิงนภาพร	จำริญกุล	"
16. นายแพทย์มานิต	ลีโทชวลิต	"
17. นายแพทย์วรพันธ์	เสาวรส	"
18. แพทย์หญิงวิณา	วงศ์พานิชย์	"
19. นายแพทย์พินิจ	กุลละวณิชย์	"
20. นายแพทย์พินิจ	สุนทรานุกร	"
21. นายแพทย์พิศาล	ไม้เรียง	"
22. นายแพทย์สีจพันธ์	อิศรเสนา	"
23. นายแพทย์สุนทร	ไทยสมักร	"
24. แพทย์หญิงอรพรรณ	ชินะภัก	"

เริ่มประชุมเวลา 12.00 น.

วาระที่ 1 ประธานมีเรื่องแจ้งให้ทราบดังนี้

1. สมาคมจะขอรับเป็นเจ้าของภาพจัดการประชุม 9<sup>th</sup> Asian Pacific Congress of Gastroenterology ในปี 1992 และจะเรื่  
 ดำเนินการติดต่อขอเสียงประเทศสมาชิก ให้ออกเสียงสนับสนุนประเทศไทยแล  
 ขอเงินส่วนหนึ่งจากสมาคมฯ มาใช้ในการดำเนินการครั้งนี้

นพ.สุจินต์เสนอว่า ถ้าทางสมาคมฯ ต้องการเป็นเจ้าของภาพควรริบ  
ดำเนินการตั้งแต่บัดนี้เพราะเหลือเวลาอีกประมาณ 1 ปี จะต้องดำเนินการติดต่อ  
ประเทศสมาชิกขอเสียงสนับสนุนประเทศไทยล่วงหน้าก่อนการประชุมที่เกาหลี  
อย่างน้อย 5-6 เดือน ขณะนี้คู่แข่งที่เสนองค์ที่มีประเทศญี่ปุ่น ในการประชุมที่  
อินโดนีเซียเมื่อ 1984 สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย เคย  
เสนอรับเป็นเจ้าของภาพโดยมีประเทศคู่แข่งชั้นคือเกาหลี และออสเตรเลีย การประ-  
ชุมครั้ง<sup>๕</sup>นี้ทางกรรมการท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย (ททท) ให้คำมั่นว่าจะช่วยสนับสนุน  
แต่ทางสมาคมฯ ก็ไม่ได้รับความช่วยเหลือเท่าที่ควร ทำให้พ่ายแพ้แก่ประเทศเกาหลี  
ไปในที่สุด

2. บรรณาธิการบริหารของวารสาร Advances in drug  
therapy มีจดหมายแจ้งมายังนายกสมาคมฯ ว่ายินดีจะเป็นผู้เผยแพร่ข่าวสาร  
และประกาศทางวิชาการของสมาคมฯ อย่างเป็นทางการ ที่ประชุมมีมติรับ  
ทราบและมอบให้เลขาธิการสมาคมฯ มีหนังสือแจ้งตอบไป  
วาระที่ 2 รับรองรายงานการประชุมครั้งที่ 1/2530  
ที่ประชุมมีมติให้แก้ไขรายงานการประชุมดังนี้  
- หน้า 5 บรรทัดที่ 8 แก้ "นายแพทย์วิกิจ วีรานูวัตต์" เป็น  
"นายแพทย์วิกิจ วีรานูวัตต์"  
- หน้า 5 ราชนามคณะกรรมการต่าง ๆ ให้ระบุตำแหน่งท้าย  
ชื่อ และเพิ่มรายนามผู้ขาดประชุม  
- หน้า 8 บรรทัดที่ 18 จากข้างบนแก้ "กลางปี<sup>๕</sup>นี้จัดอบรมระยะ  
สั้น digestive endoscopy " เป็น "ปลายปี<sup>๕</sup>นี้จัดอบรม digestive  
endoscopy และประชุมใหญ่วิชาการประจำปี"

- หน้า 10 บรรทัดที่ 7 จากข้างบนแก่ "ปี 1990" เป็น "ปี 1992"

ที่ประชุมมีมติรับรองรายงานการประชุมครั้งที่ 1/2530

วาระที่ 3 ประธานฝ่ายวิชาการเสนอร่างการอบรมระยะสั้นกลางปี 2530 เรื่อง Critical care in Gastroterology (รายละเอียดตามท้ายบันทึกการประชุม) ที่ประชุมมีมติรับหลักการและกำหนดวิทยากรสำหรับแต่ละหัวข้อโดยรูปแบบของการจัดจะเป็นแบบ lecture หรือ panel discussion แล้วแต่วิทยากรเท่านั้น ๆ จะเห็นสมควรและติดต่อกับผู้ทรงวุฒิที่จะมาร่วมสอนหรืออภิปราย

วิทยากรแต่ละท่านควรทำเอกสารประกอบการสอนเพราะคงจัดพิมพ์หนังสือได้ไม่ทัน

สำหรับหนังสือตำราจะจัดหัวข้อเพิ่มเติมให้ละเอียดขึ้นกว่าที่มีในการอบรมระยะสั้น เพื่อให้ใช้เป็นคู่มือของแพทย์, นักศึกษาแพทย์ที่สนใจ น.พ.สุจินต์ เสนอให้เพิ่มหัวข้อ Flatulency น.พ.เอนก เสนอให้เพิ่มเรื่อง diarrhea

ประธานฝ่ายวิชาการรับจะไปทำหัวข้อที่จะเขียนในตำรามาเสนอในการประชุมธุรการครั้งต่อไป

การอบรม Digestive endoscopy และการประชุมใหญ่วิชาการปลายปี 2530 ขอเลื่อนไปพิจารณาในการประชุมธุรการครั้งต่อไปเนื่องจากเวลาไม่พอ

วาระที่ 4 เลขานุการสมาคมฯ ได้เสนองบประมาณรายจ่ายของฝ่ายเลขานุการและการจัดทำจุลสารสมาคมฯ เพื่อแจกจ่ายแก่สมาชิก ที่ประชุมรับทราบ

เลิกประชุมเวลา 13.30 น.

น.พ. เต็มชัย ไชยสวัสดิ์

นายกสมาคมฯ

น.พ. ไพโรจน์ เหลืองโรจนกุล

เลขาธิการสมาคมฯ

การประชุมทางวิชาการของสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหาร ฯ

วันที่ 13 มีนาคม 2530

ณ. โรงพยาบาลศิริราช

ผู้ป่วยรายที่ 1 จาก รพ.รามธิบดี

ผู้ป่วยชายไทยใสด อายุ 31 ปี อาชีพรับราชการตำรวจ

C.C.

ปวดท้อง 5 วันก่อนมา รพ.

P.I.

- 7 วันก่อนรับไว้ใน รพ. มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน 2 ครั้ง แน่นท้องมากได้รับการรักษาที่คลินิก ได้ยาแก้ปวดท้องและยาน้ำแก้โรคกระเพาะ
- 6 วันก่อนยังมีคลื่นไส้ อาเจียนและปวดท้อง อาเจียน 1 ครั้ง และถ่าย 10 ครั้งถ่ายเป็นน้ำสีเหลือง มีมูกปนเล็กน้อย ไม่มีเลือด ถ่ายครั้งละ 1/4 กระป๋องนม ไปหาแพทย์ที่คลินิก ได้ยาแก้คลื่นไส้ 2 เม็ด 2 ครั้ง ห่างกัน 4 ชั่วโมง ผู้ป่วยหยุดถ่าย แต่ยังมีแน่นท้องและคลื่นไส้ อาเจียนตลอด
- 5 วันเริ่มมีอาการปวดท้องมาก ปวดด้านซ้ายมากกว่าด้านขวา ปวดตลอดเวลา และปวดแน่นขึ้นเป็นพัก ๆ กระตุกกระดิกตัวแล้วปวดมากขึ้น มีคลื่นไส้ อาเจียนร่วมด้วย แต่ไม่ถ่าย อาการปวดเป็นมากขึ้นเรื่อย ๆ
- 3 วันก่อนปวดท้องมากทนไม่ไหวจึงมาโรงพยาบาล และได้รับการตรวจรักษาอยู่ที่หอสังเกตการณ์ วันที่ 17

ก.พ. 30 เป็นมากขึ้นจึงรับตัวไว้ในโรงพยาบาล

- ผู้ป่วยไม่รู้ตัวว่ามีไข้มาก่อน

P.H., F.H.

- ไม่มีประวัติ PH, FM ที่เกี่ยวข้อง

P.E.

An acutely ill looking man

BP 120/80, P 120, R 24, T 39.0 ° C

HEENT : - normal

Heart : - normal

Chest : - normal

Abdomen :

generalized guarding, moderately

generalized tenderness, markedly tender

Lt lower quadrant, rebound tenderness

+ ve, bowel sound decrease

Rect : mark tender on Lt side

Ext : - normal

Lab :

CBC : Hb 16.7, Hct 53, WBC 12,400, N 72,

L 19, M 9 Plt. adq

UA : pH 5, protein 3+, granular cast + ve,

other neg

Stool exam : 3 ครั้ง - soft, occult blood neg, WBC 0-1,

RBC - neg, Parasite & ova - neg



## วิจารณ์

ผู้ป่วยรายนี้มาด้วยอาการปวดท้องน้อยซ้าย และมีอาการท้องเดิน อยู่ 1 ครั้ง และเป็นผู้ป่วยชาย ตำแหน่งของพยาธิสภาพน่าจะอยู่ที่ลำไส้ใหญ่ การวินิจฉัยแยกโรคที่น่าจะเป็นไปได้คือ

1. Acute Gastroenteritis จาก bacteria เช่น Shigella ซึ่งอาจไม่มีมูกเลือดให้เห็น
2. Amebic colitis นึกถึงน้อยเพราะใน symptomatic case มักมีไข้
3. Ischemic colitis ต้องนึกถึงไว้ด้วย เพราะผู้ป่วยมีค่า Hct สูง ซึ่งอาจเป็นจาก polycythemia จริง ๆ หรือ เกิดจาก dehydration ก็ได้
4. Diverticulitis ของ sigmoid colon ซึ่งอาจมี walled off perforation
5. โรคของอวัยวะอื่น ๆ เช่น acute pancreatitis และ เกิด pseudocyst ขึ้น ซึ่งอาจเกิดและทำให้ปวดท้องใน ตำแหน่งใดก็ได้ของหน้าท้อง
6. อีกโรคที่พบได้น้อย แต่ต้องนึกถึง และเคยมีตัวอย่างผู้ป่วย เสนอในการประชุมวิชาการประจำเดือนของสมาคมฯ มาแล้ว ก็คือ acute appendicitis ที่มีไส้ติ่งยาวจนปลายมา อยู่ใน left lower abdomen.

Initial investigation ที่ควรทำระยะนี้คือ Plain abdomen ซึ่งพบว่ามี large และ small bowel dilate ทั่ว ๆ ไปแบบ ileus และมีเงา soft tissue mass อยู่ใน lt lower quadrant ของ abdomen (ไม่มีเงาของ gas ใน bowel บริเวณนี้เลย) ซึ่งบ่งชี้ว่าจะมีพยาธิสภาพเกิดขึ้นกับลำไส้ใหญ่บริเวณนี้คือ sigmoid colon, Sigmoidoscopy พบว่า mucosa ของ colon บริเวณนี้แดง ๆ อักเสบแต่ไม่มี ulcer อาการทางคลินิกของผู้ป่วยไม่ได้เปลี่ยนแปลงไปในทางเลวลง แต่ยังคงมีไข้อยู่ และ signs หน้าท้องยังคงเดิม ได้รับการรักษาด้วย Metronidazole และ Gentamicin และได้รับการตรวจเพิ่มคือ Ba enema และ GI follow through . Ba enema พบว่าบริเวณ sigmoid colon มีลักษณะไม่เรียบคล้ายกับการอักเสบบริเวณนี้ ไม่พบ diverticulum. Smallbowel series พบสี fill caecum ดี แต่ไม่ fill appendix จนถึงส่วนปลายสุด ลักษณะของ appendix เช่นนี้บ่งชี้ว่าน่าจะมี acute appendicitis จากลักษณะทางคลินิกและทางรังสีดังกล่าว แสดงว่า ผู้ป่วยรายนี้ น่าจะเป็น acute appendicitis และมีการแตกเกิดเป็น abscess มาติด left colon การตรวจ ultrasound abdomen ยืนยันว่ามีโพรงหนองอยู่บริเวณ appendix ยึดยาวจนมาติด sigmoid colon ผู้ป่วยได้รับการรักษาแบบ conservative ด้วย antibiotics จนใช้ลงในเวลาหนึ่งสัปดาห์ และจะได้รับการผ่าตัดแบบ elective ภายหลัง

สรุปความเห็นของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญอภิปราย

1. ผู้ป่วยรายนี้ควรได้รับการผ่าตัด explore lap ตั้งแต่ได้

ผล plain abdomen เพราะจากภาพรังสี และอาการก็ยังไม่  
แน่ชัดแล้วว่า น่าจะมี abscess บริเวณ lt lower  
quadrant

2. ในรายที่สงสัย acute appendicitis แต่อาการทางคลี-  
นิกไม่ชัดเจนเหมือนแบบฉบับ การทำ Ba contrast study  
ไม่เป็นข้อห้าม ถ้าพบว่า Ba ไม่ fill appendix จนถึง  
ส่วนปลายสุดก็จะช่วยสนับสนุนการวินิจฉัย
3. acute appendicitis ไม่จำเป็นต้องปวดท้องน้อยขวา  
ตามตำราเสมอไป

สันนิษฐานเรื่อง Acute Appendicitis โดย นพ. วีระศักดิ์ ว่องไพฑูรย์

History . Fitz 1886, McBurney's 1889.,

Murphy 1904

Etiology and Pathogenesis

- Fecaliths, hypertrophy of lymphoid tissue, neoplasm,  
foreign bodies and parasites.

- Related to Crohn's disease, caecal diaphragm, para-  
sites, eg:-Schistosoma japonicum, Strongyloides, Trichiuris

Virus-measles, others viruses

Bact-Shigella sonnei, Legionnaire' disease, Barium  
retention

- Low fibre-refined diet

Clinical manifestation

Age 20-30<sup>+</sup> M=F

Symptoms: - visceral pain, colicky, midabdomen/epigastrium

Perietal pain : RLQ, Rt flank, suprapubic,  
testicular pain

- RUQ, LLQ

Nausea, vomiting, constipation, diarrhea,

Fever/chills

Pain aggravated by body & extremities move-  
ment, Urgency

Signs : T↑, flexed Thigh, abd. guarding &  
tenderness & hyperesthesia T 10 T 11 T 12,  
tender rectum, costovertebral angle,

Laboratory findings

Leucocytosis-common but may be normal initially

Urine-normal but few WBC & RBC may be seen

Stool-normal

Radiology

- Plain abdomen : - appendiceal ileus, fecalith, gas  
in appendix, frank adynamic ileus, Pneumoperitoneum,  
Interstitial emphysema in Psoas muscle

- CXR : - Rt basal pneumonia and effusion

- Barium enema : - caecal irregularity, filling defect

in the appendix, bilobed caecal filling, mass effect

- Ultrasound and CT Scan-in abscess formation

### Complications

Extra-appendiceal inflammation

Perforation

Abscess

Fistulation

Pyelophebitis

Mucocele

Systemic sepsis

Wound infection

Adhesions

Appendiceal granuloma of the cecum

Ileocecal intussusception

Treatment: - initial medical management, Appendectomy

Prognosis mortality rate 0.2%; Anesthesia, age, infirmity, associated diseases, delayed in diagnosis lead to increased morbidity and mortality

### Special situations

Ac. appendicitis in children/Neonatal appendicitis

Ac. appendicitis in the Aging, complication  
35%, mortality rate 8%

Ac. appendicitis during pregnancy

Stress and Appendicitis

References : McHardy G : The Appendix. In

J.E. Berk (ed) - Bockus Gastroenterology 4/e Vol 4.

Philadelphia, W.B. Saunders Company, 1985,

pp 2610-2620.

ผู้ป่วยรายที่ 2 จากโรงพยาบาลศิริราช

ผู้ป่วยหญิงไทยหม้ายอายุ 35 ปี อาชีพรับจ้างก่อสร้าง

อยู่ อ.หนองแขง จ.สระบุรี

บวไว้ในโรงพยาบาลเมื่อ 5 มกราคม 2530

ส. ตัวเหลืองมา 6 เดือน

ป. - 20 ปีก่อนมีอาการตัวเหลือง มีไข้ในระยะแรก ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน  
ไม่ปวดท้อง บัสสาวะสีชาเข้ม ไปตรวจที่โรงพยาบาลราชวิถี อยู่ใน  
โรงพยาบาล 1 เดือน ผู้ป่วยหายเป็นปรกติไม่ได้กลับไปตรวจอีก  
ทำงานได้

- 6 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการไข้ คลื่นไส้อาเจียน ปวดท้อง  
ชายโครงขวา และมีตัวตาเหลือง ไปตรวจที่โรงพยาบาลสมุทรสาคร  
ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น obstructive jaundice ทำ ultra-  
sound ไม่พบ biliary tract dilatation ได้ให้การรักษา

ทางยาอาการไม่ดีขึ้น ต่อมาผู้ป่วยมีอาการปวดท้องมากมีอาการแสดง  
ของ peritonitis ได้ทำการผ่าตัดพบมี discharge ซึ่งมี  
ลักษณะแบบ bile ปน คิดว่าเป็น bile peritonitis , gall  
bladder และ liver ปกติ, มี adhesion มากระหว่าง du-  
denum และ liver ไม่พบ bowel perforation หลังผ่าตัด  
ผู้ป่วยมีตัวตาเหลืองลดลง และใช้ลดลง กลับบ้านได้

- 2 เดือนก่อนมาโรงพยาบาลมีปวดท้อง และมีตัวตาเหลืองเพิ่มขึ้นอีก  
ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลโดยการรักษาทางยานาน 18 วัน  
อาการดีขึ้นแต่ไม่หายเหลือง กลับบ้านทำงานได้บางวันมีไข้หนาวสั่น  
จนกระทั่ง 1 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการแน่นบริเวณใต้ชาย  
โครงขวา มากจึงมาโรงพยาบาลศิริราช

ปอ. ไม่เคยเจ็บป่วยร้ายแรงใด ๆ

- ปส.ปค.
- กินเหล้าแข็งซุนวันละก๊กเพื่อเจริญอาหารมา 5 ปี
  - สูบบุหรี่วันละ  $\frac{1}{2}$  ซองนาน 3 ปี หยุดมา 3 ปี
  - ไม่มีประวัติตัวตาเหลืองในครอบครัว

การตรวจร่างกาย: T 38.2 °c, P 90, R 20, BP 90/60 mmHg

- good consciousness
- markedly pale
- moderate jaundice
- no signs of chronic liver diseases
- Heart OK

- Lungs-clear
- Abdomen - มี midline scar from previous operation
  - liver 2 FB c̄ mild tenderness, firm consistency
  - spleen 2 FB
  - bowel sound
- lymph nodes-not palpable

การสืบค้นที่สำคัญ คือ ผลเลือด complete blood count มี Hb 4.4 g% Hct 16%, MCV 74, WBC 13400, PMN 85%, L 11%, 4%, Platelet-adequate, RBC มี hypochromia 3<sup>+</sup>, anisokilocytosis 2<sup>+</sup>, target cells - positive, Hb type เป็น alpha-thalassemia/HbE. ผล liver function test มี total bilirubin 21.5, direct bilirubin 9.4 SGOT 31, AP 90 (ค่าปกติ 35) b 2.3, glob 6.3 chol 73, TG 129. ผล ultrasonography มี intrahepatic duct โต, common bile duct โตขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 2 ซม. และสงสัยมี Stone ใน common bile duct ตัวย Gall bladder ของไม่เห็น ผล 99 m Tc DISIDA scan พบว่า common bile duct ค่อนข้างโตและไม่มีสิ่งลงไป small bowel แสดงว่าจะมี obstruction บริเวณส่วนล่างของ common bile duct ผล RCP มี dilatation ของ common bile duct เป็นกระเปาะ, pan-



creatic duct ปกติ

ผู้ป่วยรายนี้ได้ให้การรักษาแบบ biliary tract infection นานหลายสัปดาห์ ใช้ไม่ลง จึงได้ทำการผ่าตัด พบมี choledochal cyst with multiple stones และมี chronic cholecystitis with stone ด้วย. ผล intraoperative cholangiography ยืนยันว่าเป็น choledochal cyst ชนิด fusiform ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 5 ซม. ได้ทำผ่าตัด choledochocystoduodenostomy และ cholecystectomy หลังผ่าตัดใช้ลดลง, ตัวเหลืองน้อยลง ผู้ป่วยกลับบ้านได้ใน วันที่ 7 หลังผ่าตัด

วิจารณ์ ผู้ป่วยรายนี้มีประวัติปวดท้อง ตัวตาเหลือง และมีไข้เป็น ๆ หาย ๆ หลายครั้ง ผล liver function และ ultrasonography บ่งชี้ว่าน่าจะเป็น obstructive jaundice และทำให้เกิด biliary tract infection ตามมา เมื่อพิจารณาถึง underlying disease ของผู้ป่วยรายนี้ว่าเป็น Thalassemia ซึ่งจะพบ gall stone ร่วมด้วยได้บ่อยซึ่งอาจเป็นสาเหตุของ obstructive jaundice ในผู้ป่วยรายนี้ได้ หรือถ้าจะพิจารณาว่าผู้ป่วยเคยมีตัวตาเหลืองมาก่อนตั้งแต่ 20 ปีก่อนและเป็นส่วนหนึ่งของตัวตาเหลืองที่ต่อเนื่องมาถึงปัจจุบันทำให้นึกถึง choledochal cyst ซึ่งอาจเป็นสาเหตุของ obstructive jaundice ในผู้ป่วยรายนี้ได้เช่นกัน ซึ่งการตรวจค้นด้วย DISIDA scan และ ERCP ก็บ่งชี้ว่าจะเป็น choledochal cyst และเมื่อได้รับการผ่าตัดก็พบว่า เป็น choledo-

chal cyst จริง

choledochal cyst พบมากในคนญี่ปุ่น ส่วนใหญ่จะแสดงอาการในเด็ก หรือ young adult , พบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย, classical triad ของโรคนี้คือผู้ป่วยจะมี right-upper quadrant pain , intermittent jaundice และ right-upper quadrant mass มีผู้ป่วยหลายรายที่ไม่มีอาการเลยก็ได้หรืออาจมาพบแพทย์เป็นครั้งแรกด้วยเรื่องของ bile peritonitis เนื่องจากมี rupture ของ cyst ก็ได้ ซึ่งเข้าได้กับผู้ป่วยรายนี้ คือผู้ป่วยรายนี้เป็นผู้หญิง และจำแนกว่าผู้ป่วยมีอาการตัวเหลืองครั้งแรกเมื่อ 20 ปีก่อน ผู้ป่วยมีอายุเพียง 15 ปี และจากประวัติที่ได้ทำการผ่าตัดก็พบว่าสงสัยมี bile peritonitis ด้วยเช่นกัน

สำหรับการรักษานั้น treatment of choice คือ excision of the cyst ซึ่งจะทำให้ไม่มี residual stasis อีกเป็นการป้องกันไม่ให้เกิด infection และ stone formation และยังป้องกันไม่ให้เกิดมะเร็งด้วย เพราะว่า choledochal cyst จะมี incidence ของ malignancy ประมาณ 3 เปอร์เซ็นต์ สำหรับผู้ป่วยรายนี้ เนื่องจากมีปัญหาเรื่อง coagulopathy จึงทำผ่าตัดเพียงเพื่อ decompress โดยทำ bypass เท่านั้น

Reference : Sherlock DS. Diseases of the liver and biliary system. 7<sup>th</sup> ed. Blackwell Scientific Publications, 1985.

## Interesting Topic

### วัคซีนโรคคอตีบอีกเสบชนิด บี

ศ.น.พ.เติมชัย ไชยนุวัติ

ในขณะที่มีการอักเสบของคอตีบจากไวรัส บี อย่างเฉียบพลันหรือเรื้อรัง เซลล์ของคอตีบจะสร้างอนุภาค (particle) ขนาด 20-22 นาโนเมตรออกมาจำนวนมาก อนุภาคนี้จะไม่ติดต่อกัน (non infectious) ซึ่งสามารถแยกออกจาก infectious particle โดยการปั่นด้วยความเร็วสูง (ultracentrifugation) และเนื่องจากไวรัสคอตีบอีกเสบชนิด บี สามารถจะ inactive โดยวิธีอื่นจึงทำให้สามารถผลิตวัคซีนที่ทำจากพลาสมาได้

ในปี ค.ศ. 1954, NEEFE ได้เอาซีรัมของ asymptomatic donors ซึ่งเชื่อว่ามีเชื้อ เพราะมีประวัติทำให้เกิดโรคคอตีบกับผู้อื่นมาก่อน ฉีดเข้าไปใน volunteers. ปรากฏว่าสามารถทำให้เกิดโรคได้ แต่เมื่อฉีดเป็นครั้งที่ให้กับผู้ที่หายจากโรคแล้ว ปรากฏว่าไม่สามารถทำให้เกิดโรคอีก เพราะผู้ที่เป็นโรคคอตีบอีกเสบ แล้วมีภูมิคุ้มกัน และภูมิคุ้มกันนี้ป้องกันการเกิดโรคได้ ซีรัมดังกล่าวเมื่อนำมาตรวจพบว่าเป็นโรคคอตีบอีกเสบ บี Krugman พบว่าถ้าเอาซีรัมที่ทำให้ร้อนเสียก่อนฉีดเข้าไปในเด็กปัญญาอ่อน สามารถจะป้องกันโรคคอตีบอีกเสบชนิด บี ได้ ซึ่งเป็นหลักฐานที่แสดงว่า สามารถเตรียมวัคซีนจากพลาสมาของผู้ที่มีเชื้อได้

เนื่องจากลิงชิมแปนซี เป็นสิ่งที่สามารถติดโรคและมีอาการเกิดโรคไวรัสคอตีบอีกเสบ บี เหมือนกับคนมาก องค์การอนามัยโลกจึงได้กำหนดว่าวัคซีนแต่ละ lot ต้องผ่านการทดสอบในลิงชิมแปนซี เพื่อแสดงถึงความปลอดภัยโดยให้ฉีด 1 dose และ 10 เท่าของ 1 dose ฉีดให้กับลิงอย่างละ 2 ตัวทั้งหมด

4 ตัว และติดตามอย่างใกล้ชิดเป็นเวลา 6 เดือน ถึงทั้ง 4 ตัวนี้ จะต้องไม่มีโรค  
ตับอักเสบตลอดเวลาการติดตาม

ในประเทศไทยขณะนี้วัคซีนที่จำหน่ายอยู่ 2 ประเภท ประเภทแรก  
เตรียมจากพลาสมาที่มี HBsAg อยู่ซึ่งมีขาย 3 บริษัท จาก 3 ประเทศ คือ  
Merck Sharp and Dohme (MSD) จากสหรัฐอเมริกา Pasteur Insti-  
tute จากฝรั่งเศส และกาชาดของเนเธอร์แลนด์ หลักของการผลิตวัคซีน คือแยก  
เอาแต่ส่วนที่มีเชื้อออกมา และทำลายไม่ให้อาจติดต่อกันได้โดยให้คง antigen-  
city อยู่ วิธีการประการหลังนี้ไม่เหมือนกันของแต่ละบริษัท MSD ใช้ 3 ขั้นตอน  
คือ pepsin , urea และ formalin เพื่อทำลายไวรัสชนิดต่าง ๆ ทั้ง 2 ชนิด  
หลังมีขั้นตอนเดียวคือ Pasteur ใช้ formalin และกาชาดใช้ความร้อนอย่าง  
ไรก็ตามเป็นที่ยอมรับกันแล้วว่า วัคซีนทั้ง 3 ชนิดนี้ Immunogenic คือทำให้เกิด  
ภูมิคุ้มกันและ efficacious คือสามารถป้องกันโรคได้และปลอดภัย ไม่มี  
หลักฐานว่าวัคซีนนี้เชื้อ AIDS ซึ่งเป็นที่กลัวกัน วัคซีนประเภทที่สองเป็นวัคซีนที่  
ได้จาก DNA recombinant technique คือตัด gene ของ hepatitis  
3 virus ที่สร้าง HBsAg ใส่เข้าไปใน chromosome ของ yeast หรือแบคทีเรียแล้ว  
แยก HBsAg ที่ yeast หรือ bacteria สร้างขึ้นมากใช้เตรียม vaccine  
ขณะนี้บริษัท Smith Kline and French แห่งประเทศเบลเยียมได้นำ DNA  
recombinant วัคซีนตับอักเสบบีเข้ามาในประเทศไทยแล้ว

เนื่องจากขาดความเชื่อมั่นว่าวัคซีนที่ทำจากพลาสมาจะปลอดภัยจริง ทำให้มีการค้นคว้ามากเกินไป สำหรับวัคซีนที่ผลิตจากยีสต์ คือ DNA recombinant ถึงแม้ว่าวัคซีนนี้ตามทฤษฎีจะดีเท่าหรือเกือบเท่ากันและปลอดภัย แต่ขอให้สังวรณไว้ว่ายังเป็นของใหม่ มีการทดสอบในคนประมาณ 10,000 คน เท่านั้นทั่วโลก เมื่อเปรียบเทียบกับวัคซีนที่ทำจากพลาสมา ซึ่งได้ใช้กันมาแล้วไม่ต่ำกว่า 2 ล้านครั้ง

ตารางการฉีดวัคซีนชนิดต่าง ๆ

1. MSD 20 mcg	0	1		6*	month
2. Pasteur 5 mcg	0	1	2	12*	month
3. กาชค 3 mcg	0	1	2		month
4. SKF 20 mcg	0	1		6*	month

ในเด็กต่ำกว่า 12 ปี MSD และ SKF ฉีดเพียง 10 mcg ต่อ d

\* Booster dose

จากการศึกษาในต่างประเทศ ภายใน 2 เดือนหลังจากฉีดวัคซีนใน คนหนุ่มและสาวจะมีภูมิต้านทาน Anti-HB<sub>s</sub> เกิดขึ้นประมาณ 70-80 เปอร์เซ็นต์ และ 1 เดือนหลังจากฉีดเข็มสุดท้ายประมาณ 85-90 เปอร์เซ็นต์ จะมี seroconversion อย่างไรก็ตามการศึกษา MSD วัคซีนในคนไทยพบว่า seroconversion เกิดช้ากว่าคือ 50% ในเดือนที่ 2 แต่ 90% เท่ากันนั้น 1 เดือนหลังจากที่ฉีดเข็มสุดท้าย พบว่าในคนที่อายุมากขึ้นโดยเฉพาะมากกว่า 40 ปี ขึ้นไป และในผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้ที่มีความผิดปกติในการสร้างภูมิต้านทาน เช่น ผู้ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง อัตราการเกิดภูมิต้านทานหลังฉีดจะน้อยลงพบ เพียงประมาณ 60%-80% .

ทำอะไรได้ใน non-responder ? บางคนทดลองฉีดให้อีก 1 เข็ม หลัง 1-6 เดือน ในขนาดเท่าเดิม บางคนให้โดยเพิ่มขนาด และบางคนให้ทั้ง course ซ้ำ ปรากฏว่าผลไม่แน่นอน แต่มีผู้ที่เกิดภูมิคุ้มกันเพิ่มขึ้นประมาณ 30% จากการศึกษาในประเทศ responders เหล่านี้ต้องถือว่าติดโรคได้ และพวก responder นี้ต้องดู titer ของ anti HB<sub>s</sub> ด้วย ถ้า RIA titer ของ Anti-HB<sub>s</sub> มากกว่า 10 MIU จึงถือว่าป้องกันโรคได้ แต่ถ้าตรวจด้วยวิธี ELISA ซึ่งไว้น้อยกว่า ถ้าให้ผลบวกถือว่าป้องกันโรคได้

เมื่อไรจะต้องฉีดซ้ำอีก? ขณะนี้วัคซีนได้ใช้มา 7 ปีแล้ว พอสรุปได้ว่า Anti-HB<sub>s</sub> หลังจากฉีดเข็มสุดท้ายเป็นสิ่งสำคัญ ถ้าสูงมากจะอยู่ในร่างกาย นาน แต่ถ้าต่ำจะหมดไปเร็ว ขณะนี้เชื่อว่าถ้า Anti-HB<sub>s</sub> > 1000 MIU อาจจะต้องฉีดหลังจากนั้น 5 ปี, ระหว่าง 100-1000 MIU ประมาณ 3-5 ปี และ ถ้า < 100 MIU อาจต้องซ้ำใน 1-2 ปี แต่การหา titer นั้นสิ้นเปลืองมาก และยังไม่มียี่ห้อที่บอกว่าจะต้องฉีดเมื่อไรดีกว่านี้จึงแนะนำว่าควรเจาะเลือดหลัง เข็มสุดท้าย 1 เดือน และเจาะเลือดซ้ำทุก 1-2 ปี หลังจากนั้น

บุคคลเหล่านี้ควรได้รับการฉีดวัคซีนก่อน

- เด็กที่เกิดจากแม่ที่เป็น carrier B โดยเฉพาะที่มี e Ag อยู่ด้วย
- ในคู่สามี ภรรยา และลูก ๆ ของ carrier
- ในอาชีพที่มีโอกาสติดเชื้อไวรัสได้มาก เช่น ในทันตแพทย์, สูติ- แพทย์, และศัลยแพทย์\*
- ในกรณีที่ได้รับเลือดหรือสารที่เกี่ยวข้องกับเลือด หรือถูกเข็มตำซ้ำ เชื่อว่ามีเชื้อไวรัสอยู่

---

\* ยังไม่มีข้อมูลสนับสนุน

ส่วนในแพทย์ พยาบาล บุคลากรที่ทำงานในหน่วยไตเทียม, ผู้ที่ศึกษา  
เสฟติด, รักร่วมเพศ และนักโทษ เป็นต้น ในต่างประเทศถือว่ามีโอกาสติดเชื้อ  
มากกว่าบุคคลทั่วไป แต่ในประเทศไทยไม่ถือว่าเป็นเช่นนั้น เนื่องจากอัตรา  
carrier และการติดเชื้อในต่างประเทศต่ำมาก บุคคลเหล่านั้นจึงมีโอกาสติด-  
เชื้อมากกว่า แต่ในประเทศไทยเป็น endemic area โอกาสจึงคิดว่าไม่แตกต่าง  
จากประชากรทั่ว ๆ ไป

นอกจากในกรณีเด็กแรกเกิดซึ่งควรได้รับการฉีดวัคซีน บุคคลทั่ว ๆ ไป  
ก่อนจะฉีดวัคซีนควรตรวจสอบว่ามีภูมิคุ้มกันก่อนหรือไม่ เพราะประมาณ 60%  
ของคนไทยจะมีภูมิคุ้มกัน ควรจะใช้วิธีที่ไวคือ ELISA หรือ RIA และตรวจ  
หา HB<sub>S</sub> Ag และ Anti-HB<sub>C</sub> เหตุผลที่ไม่แนะนำให้ตรวจ Anti-HB<sub>S</sub> เพราะ  
ต้องการประหยัดและพบว่า ในกรณีที่ได้รับเชื้อไวรัสบีมาก่อน Anti-HB<sub>C</sub> อยู่  
ในร่างกายได้นานกว่า ดังนั้นจึงมักพบ Anti-HB<sub>C</sub> มากกว่า Anti-HB<sub>S</sub> เหตุ  
ที่ต้องตรวจหา HB<sub>S</sub> Ag ด้วยนั้น เพราะส่วนบุคคลที่มี HB<sub>S</sub> Ag จะมี Anti-HB<sub>C</sub>  
อยู่ด้วยทุกราย เป็นการบอกที่เดียวว่า บุคคลนั้นเคยได้รับเชื้อมาก่อน หรือเป็น  
carrier

การฉีดควรฉีดเข้ากล้ามเนื้อ Deltoid ซึ่งจะเกิด seroconversion มาก  
กว่าการฉีดเข้าสะโพก เพราะที่สะโพกมีไขมันมาก จึงทำให้เกิดภูมิคุ้มกันไม่ได้

การเก็บวัคซีนควรเก็บที่ 2-8 °C อย่าแช่แข็ง เพราะจะทำให้คุณสมบัติ  
ของวัคซีนเสื่อมลง

เนื่องจากวัคซีนที่ผลิตจากพลาสมาต้องอาศัยวิธีการที่ยุ่งยากเพื่อได้มาซึ่ง  
วัคซีนที่ดี และปลอดภัยประกอบกับแหล่งของวัคซีนอาจจำกัด จึงได้มีการผลิตวัคซีน  
โดยใช้วิธี DNA recombinant โดยที่ตัดเอาชิ้นส่วนที่สร้าง hepatitis

B antigen และสอดเข้าไปในยีสต์ *Sacharomyces cerevisiae* การผลิตวัคซีนในวิธีนี้จึงทำได้ทีละมาก ๆ และง่าย ผลการทดสอบในคน พบว่าได้ผลดีเกือบเท่าหรือเท่ากับวัคซีนที่ทำจากพลาสมา แต่ดังที่กล่าวมาแล้วว่า วัคซีนที่ผลิตโดยวิธีนี้ยังเป็นของใหม่ ควรจะเป็นการทดลองไปก่อนว่าได้ผลจริง ๆ และไม่มีอันตราย

ในผู้ที่ได้รับเชื้อไวรัสมีโดยธรรมชาติ ภูมิคุ้มกันที่เกิดขึ้น จะมีทั้ง Anti-HB<sub>S</sub> and Anti-Pre S ทั้งนี้เนื่องจากใน hepatitis B virus genome มีทั้ง S และ pre S antigen ในสัตว์ทดลองพบว่า pre S antibody ช่วยกันไม่ให้ตัวไวรัสเข้าไปติดกับเซลล์ของตับโดยทาง albumin receptor หน้าที่ของ pre S antibody ยังต้องพิสูจน์กันต่อไปว่าจะมีประโยชน์ในการป้องกันโรคตับอักเสบได้หรือไม่



## แนะนำหนังสือ

โรคตับและทางเดินน้ำดี ( Diseases of the liver and biliary tract ) โดย เต็มชัย ไชยนิวัด พิมพ์ครั้งที่ 1, 2528 (พิมพ์ซ้ำ 2530) สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร, กรุงเทพฯ ISBN 974-7057-47-6 ราคาเล่มละ 150 บาท (สั่งทางไปรษณีย์เพิ่มค่าส่งเล่มละ 20 บาท)

หนังสือเล่มนี้รวบรวมโรคของระบบทางเดินน้ำดีและตับไว้อย่างครบถ้วน เหมาะสำหรับเป็นคู่มือของแพทย์ทั่วไปที่สนใจโรคตับ และนักศึกษาแพทย์รวมทั้งแพทย์เฉพาะทาง ( gastroenterologist ) ที่ต้องการทบทวนความรู้โรคตับ ผู้แต่งได้ใช้ประสบการณ์ในการศึกษาของตนในการเขียนทำให้หนังสือเล่มนี้อ่านเข้าใจง่าย เช่นเดียวกับตำราที่มีชื่อเสียงของ Dame Sheila Sherlock ผู้แต่งได้ทบทวนกายวิภาคและสรีรวิทยา, พยาธิสรีรวิทยาของโรคตับไว้โดยครบถ้วน รวมทั้งหัตถการต่าง ๆ เช่น Liver biopsy , ERCP, Ultra-sound

ในบท differential diagnosis of jaundice ผู้แต่งได้ให้หลักที่ดีในการแยก medical ออกจาก surgical jaundice โดยอาศัยอาการทางคลินิกและการตรวจค้นง่าย ๆ เช่น liver function tests รวมทั้งยกตัวอย่างผู้ป่วยแต่ละประเภทประกอบด้วย

การรักษาผู้ป่วยตกเลือดจาก esophageal varices ได้รวบรวมวิธีการรักษาใหม่ ๆ ไว้ครบ เช่น การใช้ somatostatin ห้ามเลือดตลอดไปจนถึงการทำ endoscopic sclerotherapy และการใช้ propranolol ในการป้องกัน

อีกบทที่เขียนไว้เป็นอย่างดี คือเรื่อง Viral hepatitis ได้  
เมความก้าวหน้าใหม่ของ virus hepatitis B ไว้มากเช่น delta hepa-  
tis การวินิจฉัยและการรักษา chronic hepatitis B ที่พบว่า cor-  
costeroid ให้ผลเสียมากกว่าผลดี และการใช้ยา antiviral ใหม่ ๆ  
น arabinoside เป็นต้น, แนวทางการใช้ immunoglobulin ป้องกัน  
โรคตับอักเสบจากไวรัส

ตำราเล่มนี้ยังมีเรื่องที่ทำอ่านในตำราทั่วไปได้ยาก เช่น โรคตับที่  
ดจาก systemic infection เช่น typhoid , leptospirosis

น.พ.ไพโรจน์ เหลืองโรจนกุล

Symposium on Hepatitis บรรณาธิการ สวัสดิ์ หิตะนันท์  
งค์ครั้งที่ 1 สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร กรุงเทพฯ 2529, ISBN 974-7057-  
3-1 ราคาเล่มละ 100 บาท (เพิ่มค่าส่งทางไปรษณีย์ เล่มละ 10 บาท)

หนังสือเล่มนี้รวบรวมขึ้นในโอกาสอภิปรายเรื่อง hepatitis ใน  
การประชุมวิชาการประจำปี พ.ศ. 2529 ที่คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย  
อนแก่น บรรณาธิการและผู้นิพนธ์ล้วนแต่เป็นผู้เชี่ยวชาญในเรื่องนี้ทั้งสิ้น เริ่มต้น  
ยเรื่อง Acute Viral hepatitis โดย รศ.น.พ.สวัสดิ์ หิตะนันท์ กล่าว  
งแต่ประวัติศาสตร์ของโรคนั้นจนถึงอาการ, การวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ, การ  
ษาและระบาดวิทยาโดยเน้นในโรค hepatitis A , B และ non A non B

รศ.น.พ.ประพันธ์ ภาณุภาค ได้อธิบายในบท immunology of  
cute and chronic hepatitis B infection ไว้เป็นอย่างดีตั้งแต่  
ษณะทางชีวโมเลกุลของ hepatitis B virus ว่า HB<sub>s</sub> Ag ประกอบด้วย

major, middle และ large polypeptide , เรือง pre S peptide ที่กำลังเป็นที่สนใจกันในขณะนี้มีความสัมพันธ์กับ polymerized human serum albumin receptor ในแง่ตลอดไปถึง antigens ตัวอื่น ๆ ของ hepatitis B virus เช่น HB<sub>e</sub> Ag, HB<sub>c</sub> Ag รวมทั้ง immunopathogenesis ของโรค ซึ่งช่วยให้เข้าใจกลไกการเกิด chronic hepatitis B และการแปลผลการทดสอบทาง serology ของ hepatitis B virus

บทต่อมา เรือง Chronic hepatitis รศ.น.พ.สุชา คุระทอง ได้สรุปไว้เป็นอย่างดีทั้งในแง่การวินิจฉัยไปจนถึงการรักษาโรคตับอักเสบเรื้อรังจาก hepatitis B , Non A non B และสาเหตุอื่น ๆ เช่น lupoid hepatitis

Drug-related liver diseases โดย รศ.น.พ.กำพล กลั่นกลิ่น กล่าวถึงโรคต่าง ๆ ที่เกิดจากยารวมทั้ง Subacute hepatic necrosis จากยา, ภาวะ steatosis , peliosis hepatitis จากยา

บท Non A, Non B hepatitis โดย รศ.น.พ.สวัสดิ์ หิตะนันท์ และ น.พ.คณัย ตันงามตรง รวบรวมความรู้ล่าสุดเกี่ยวกับโรคจากไวรัสตัวอื่น และการวินิจฉัยโรคนี้ จำเป็นต้องแยกสาเหตุอื่น ๆ เช่น Cytomegalo virus ออกไปก่อน

บทสุดท้าย เรือง hepatitis B vaccine โดย รศ.น.พ. ประพันธ์ ภานุภาค รวบรวมเรื่องวัคซีนโรคตับอักเสบ B ไว้เป็นอย่างดี ตั้งแต่ชนิดของวัคซีนที่มีจำหน่ายในประเทศไทยทั้ง plasma derived และ recombinant DNA derived ไปจนถึงประสิทธิภาพ, ผลข้างเคียงของวัคซีน นอกจากนั้นยังได้

อภิปรายถึงปัญหาที่แพทย์ทั่วไปมักประสบคือควรรณีวัคซีนให้กลุ่มคนกลุ่มใดบ้าง  
รวมทั้งรูปแบบของวัคซีนในอนาคตจาก

น.พ.ไพโรจน์ เหลืองโรจนกุล

สมาคมแพทยโรกระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

เรียนเชิญสมาชิกทุกท่านฟังการบรรยาย

เรื่อง

Liver Transplantation

โดย

ค.น.พ. N.D. Gallager

Royal Prince Alfred Hospital

Australia

ที่โรงพยาบาลศิริราช

วันที่ 8 มิถุนายน 2530

## ข่าว-ประกาศ

เรียน ท่านนายกสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

เนื่องจากแผนกไวรัส สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ทหาร มีความสนใจ และกำลังทำการวิจัยเกี่ยวกับ โรคตับอักเสบ ที่เกิดจากไวรัส ชนิด Non-A non-B อยู่ ประกอบกับได้พบรายงานผู้ป่วยด้วยโรคตับอักเสบชนิดนี้จากประเทศอื่น ๆ เช่น จากอินเดีย ปากีสถาน เนปาล Ivory Coast ฯลฯ พร้อมความพยายามแยกหาเชื้อไวรัสที่เป็นสาเหตุของโรคอยู่เสมอ และรายงานว่ามีผู้ป่วย Fulminant hepatitis บ่อยในหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งมีอัตราตายสูง ทางสถาบันจึงมีความสนใจ ใคร่จะศึกษาถึงไวรัสที่เป็นสาเหตุของ non-A non-B hepatitis นี้ด้วย เป็นอย่างมาก ขณะนี้กำลังมี โครงการวิจัยเรื่องนี้โดยมีการติดต่อร่วมมือจากสถาบันอื่น เช่น Walter Reed Army Institute of Research, NIH และ Pasteur Institute ด้วย

ดิฉันจึงเรียนมา เพื่อขอความอนุเคราะห์ หากจะกรุณาแจ้งให้สมาชิกของสมาคมผู้มีความสนใจทราบ และถ้าได้พบผู้ป่วยด้วยโรคตับอักเสบ ชนิดเฉียบพลัน ในระยะตั้งครรภ์ หรือผู้ป่วยตับอักเสบ ชนิด non-A non B ในระยะ acute (ประมาณ 7 ถึง 10 วัน หลัง onset) ได้โปรดเก็บ specimen น้ำเหลือง อูจจาระ ให้ข้อมูลการป่วยมาเล็กน้อยอีกทั้งสอบถามที่อยู่ของผู้ป่วยโดยละเอียด และติดต่อ ส่งที่แผนกไวรัส สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ทหาร ฝ่ายอเมริกา จะเป็นพระคุณอย่างสูง หากขัดข้องในการส่งตัวอย่าง กรุณาโทรศัพท์ถึงดิฉันด้วย เพื่อจะจัดบริการไปรับเป็นกรณีพิเศษ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจาก

เพื่อนแพทย์เป็นอย่างดี (โทรศัพท์ 2457429 หรือ 2460071 ต่อ 279)

ขอแสดงความนับถือ

(แพทย์หญิงรพิน สนิทพันธุ์)

แผนกไวรัส วันที่ 2 มีนาคม 2530

ขอเชิญประชุมวิชาการของสมาคมฯ ครั้งต่อไป

วันศุกร์ที่ 15 พฤษภาคม 2530

ที่โรงพยาบาลภูมิพล ห้องสัมมนาการ 1 ตึกคุ้มเกล้า

เวลา 13.30 - 15.30 น.

อภิปรายผู้ป่วยที่น่าสนใจ 2 ราย **ไม่ควรพลาด!**

ประกาศ

การอบรมระยะสั้นของสมาคมโรคระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

เรื่อง Critical care in Gastroenterology

ระหว่างวันที่ 22-26 มิถุนายน 2530

ณ โรงพยาบาลศิริราช

หัวข้อการอบรม

1. Upper GI bleeding; cause, pathophysiology, diagnosis, medical, radiologic and surgical management
2. Lower GI bleeding; causes, diagnosis and management
3. Portal-systemic encephalopathy and fulminating hepatic failure
4. Management of ascites and spontaneous bacterial peritonitis
5. Acute Pancreatitis
6. Vascular diseases in GI tract
7. Acute Cholecystitis and cholangitis
8. Intestinal obstruction and pseudo obstruction
9. Gastrointestinal foreign bodies

10. Update in anorectal infection
11. Diverticulitis and acute appendicitis
12. Liver abscess
13. Problems in pediatric gastroenterology คำลง  
ทะเบียนท่านละ 800 บาท (เบิกค่าลงทะเบียนได้และไม่ถือเป็นวันลา) สนใจ  
ติดต่อสมัครและสอบถามรายละเอียดได้ที่

เลขาธิการสมาคมแพทยโรกระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

สาขาวิชาโรกระบบทางเดินอาหาร

ตึกผะอบชั้น 1

ภาควิชาอายุรศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

พรานนก เขตบางกอกน้อย

กรุงเทพฯ 10700

(รับสมัครจำนวนจำกัด)



กำหนดการประชุมทางวิชาการและธุรการ  
สมาคมโรคระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

ประจำปี 2530

<u>ครั้งที่</u>	<u>วันที่</u>	<u>การประชุม</u>	<u>สถานที่</u>
1.	13 มี.ค.30	วิชาการและธุรการ	รพ.ศิริราช
2.	15 พ.ค.30	วิชาการ	รพ.ภูมิพล
3.	22-26 มี.ย.30	อบรมระยะสั้นกลางปี 2530 เรื่อง Critical care in Gas- troenterology และธุรการ	รพ.ศิริราช
4.	3 ก.ค.30	วิชาการและธุรการ	รพ.พระมงกุฎ
5.	4 ก.ย.30	วิชาการและธุรการ	รพ.จุฬาฯ
6.	ต.ค.30	Lecture tour	รพ.ต่างจังหวัด
7.	23-27 พ.ย.30	อบรม digestive endoscopy และ ประชุมวิชาการใหญ่ ประจำปีและธุรการ 2530	รพ.จุฬาฯ

### บรรณาธิการแถลง

การจัดทำจุลสารสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารขึ้นนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อส่งเสริมความรู้และให้การประชาสัมพันธ์กิจกรรมต่าง ๆ ของสมาคมฯ ถึงสมาชิกทุกท่าน โดยมีกำหนดออกทุก 4 เดือน

คณะกรรมการมีความตั้งใจอย่างยิ่งที่จะทำให้จุลสารสมาคมฯ นี้เป็นสื่อที่ีระหว่างสมาคมฯ และสมาชิก และเป็นประโยชน์มากที่สุดสำหรับสมาชิกทุกท่าน หากสมาชิกท่านใดมีเรื่องทางวิชาการที่น่าสนใจ หรือมีข่าวสารที่ต้องการเผยแพร่กรุณาส่งมาได้เลยเราจะยินดีเป็นอย่างมาก สำหรับจุลสารสมาคมฯ ฉบับแรกนี้เราได้พยายามจัดให้มีเนื้อหาที่จะเป็นประโยชน์มากที่สุดโดยเฉพาะเราได้นำผลสรุปของการประชุมทางวิชาการประจำเดือนของสมาคมฯ มาลงด้วย ซึ่งคิดว่ายังทำได้ไม่ดีนัก เนื่องจากคณะกรรมการต้องสรุปเองขณะอภิปราย อาจทำให้ได้เนื้อหาไม่ครบถ้วนซึ่งถ้าเจ้าของผู้ช่วยจะช่วยสรุปให้ น่าจะได้เนื้อหาที่ครบถ้วนมากกว่าแน่

การจัดทำจุลสารสมาคมฯ นี้หากมีข้อบกพร่องหรือท่านสมาชิกมีข้อเสนอแนะอย่างใด หรือต้องการให้มีบทความหรือคอลัมน์ใดเพิ่มขึ้น หรือท่านสมาชิกจะมีคำถามทางวิชาการ กรุณาแจ้งให้คณะกรรมการทราบด้วย จะได้ดำเนินการเพื่อสนองความต้องการของท่านและปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้น จนเป็นที่พอใจสมาชิกทุกท่าน