

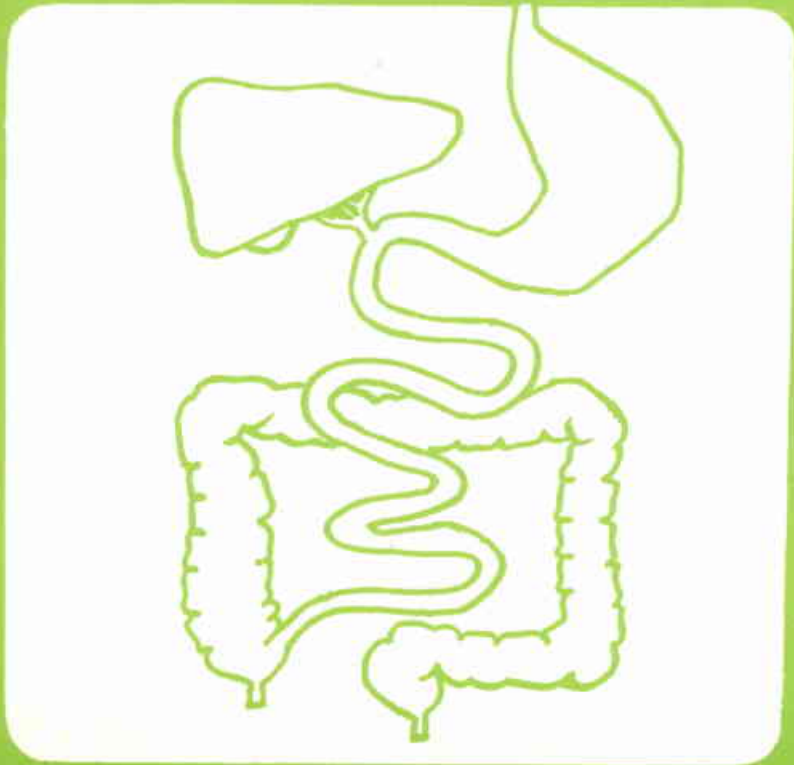
จุลสาร

สมาคมแพทยระบบทางเดินอาหาร
แห่งประเทศไทย

ปีที่ 1

ฉบับที่ 3

ธันวาคม 2530





จุลสารสมาคม
แพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

จุลสารสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย
จัดพิมพ์โดยอนุมัติคณะกรรมการอำนวยการสมาคมแพทย์ระบบทางเดิน
อาหารแห่งประเทศไทย กำหนดออกทุก 4 เดือน แจกจ่ายโดยไม่คิด
มูลค่าแก่สมาชิกของสมาคมฯ และแพทย์ผู้สนใจ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ
ส่งเสริมความรู้โรคระบบทางเดินอาหารและประชาสัมพันธ์กิจกรรม
ของสมาคมฯ

สำนักงาน :

สาขาวิชาโรคระบบทางเดินอาหาร

ภาควิชาอายุรศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

บางกอกน้อย

กรุงเทพฯ

โทรศัพท์ 4111097

ที่ปรึกษา

น.พ. เต็มชัย ไชยมุรัต

บรรณาธิการที่ปรึกษา

น.พ. ทองดี ชัยพานิช

บรรณาธิการ

น.พ. อุดม ศิรินทร์

กองบรรณาธิการ

น.พ. ไพโรจน์ เหลืองโรจนกุล

พ.ญ. อรพรรณ ชินะภัก

กัญชมา แก้วสว่าง

สินณาฎ เสือสุวรรณ

ศิลปกรรม

หน่วยกราฟิก โรงเรียนเวชนิทัศน์

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ปก

เอนก เกตุสมพร

พิมพ์ที่

หน่วยพิมพ์โรงพยาบาลศิริราช

จำนวน

800 เล่ม

รายงานคณะกรรมการ

สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย ภาวะ พ.ศ. 2530-2532

นายกสมาคม	นายแพทย์ เต็มชัย	ไชยมุรัต
อุปนายก	นายแพทย์ สุชา	กูระทอง
เลขาธิการ	นายแพทย์ ไพโรจน์	เหลืองโรจนกุล
เหรัญญิก	นายแพทย์ บุญ	วานาสิน
ปฏิคม	นายแพทย์ จรินทร์	โรจนวารวิทยา
ประธานฝ่ายการศึกษา	นายแพทย์ วีระศักดิ์	ว่องไพฑูรย์
ประธานฝ่ายวารสาร	นายแพทย์ ทองดี	ชัยพานิช
ประธานฝ่ายโรคตับ	นายแพทย์ วัจจ	สิรานุวัตร
ประธานฝ่ายเอนโดสโคปี	นายแพทย์ สมหมาย	วิไลรัตน์
ประธานฝ่ายวิจัย	นายแพทย์ บุญสนธิ์	กัลลเ จริญ
ที่ปรึกษา	นายแพทย์ วัจจ	สิรานุวัตร
	นายแพทย์ ฤกษ์	เปล่งวานิช
	นายแพทย์ สุจินต์	จางูจินดา
	นายแพทย์ เกรียงไกร	อัศวางศ์
	นายแพทย์ สมพงษ์	บุญยกุล
	นายแพทย์ สวัสดิ์	ทิศะเนน
	นายแพทย์ เอนก	ยุวจิตติ

แพทย์หญิงกรรณิการ์ พรพัฒน์กุล
 แพทย์หญิงจางารุ อรรถไพศาลศรี

นายแพทย์จินดา สุวรรณรักษ์
 นายแพทย์ชูเกียรติ อัคราภิษฐ์
 นายแพทย์คณิน ทังงามตรง
 แพทย์หญิงนภาพร ภารุกุล
 นายแพทย์มานิต สิทซ์ชาลิต
 นายแพทย์วราพันธ์ เสดาวร
 แพทย์หญิงกานา วงศ์พานิช
 นายแพทย์พินิจ สุริทรางกูร
 นายแพทย์พิศาล ไม้เรียง
 นายแพทย์สัจจพันธ์ อิศริเสนา
 นายแพทย์สุนทร ไทยสมัคร์
 แพทย์หญิงอรพร รณ ชินะภัค

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 ปีที่ 1 ฉบับที่ 3
 หน้า 2530

สารบัญ

รายงานการประชุมสมาคมฯ ครั้งที่ 5/2530	หน้า
รายงานการประชุมทางวิชาการของสมาคมฯ	
- อากาไรซ์, ตั๊กตาเหลือง, ปวดท้องนาน 4 วัน ในชายอายุ 64 ปี	151
- อากาไรซ์รุนแรงในผู้ป่วยชาย อายุ 21 ปี	156
- อากาไรซ์, ตั๊กตาเหลือง, ปวดท้องนาน 1 เดือน ในผู้หญิงอายุ 42 ปี	162
Clinical reviews	
- An approach to the diagnosis of cholestasis	167
- Liver transplantation	180
Interesting topic	
- ประวัติการก่อตั้งสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย	189
Selected Abstracts	
ข่าว - ประกาศ	219
บรรณาธิการกลาง	227
กำหนดการประชุมทางวิชาการและธุรการของสมาคมฯ ประจำปี 2530 - 2531	229

สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

รายงานการประชุมครั้งที่ 5/2530

วันศุกร์ที่ 4 กันยายน 2530 เวลา 15.30-16.30 น.

ณ ห้องบรรยายที่โรงแรมสุรวงศ์ กรุงเทพมหานคร โรงแรมสุรวงศ์

รายงานผู้เข้าร่วมประชุม

1. น.พ. เต็มชัย ไชยมุक्ति นายกสมาคมฯ ประธานที่ประชุม
2. น.พ. สุชา ฤทธทอง อุปนายก
3. น.พ. ไพโรจน์ เหลืองไทรนฤกุล เลขาธิการ
4. น.พ. อุกฤษต์ เป็ล่งวาณิช ที่ปรึกษา
5. น.พ. เกียรติเกร อัครางศ " "
6. น.พ. สวัสดิ์ ทัศนินท์ " "
7. น.พ. บุญ วานาสิน เภสัชกร
8. น.พ. วิกิจ วีระวัฑฒ์ ประธานฝ่ายโรคตับ
9. น.พ. พงษ์สมหมาย วิไลรัตน์ ประธานฝ่ายเอนโดสโคปี
10. น.พ. พ.ทองดี ชัยพานิช ประธานฝ่ายวารสาร
11. น.พ. วีระศักดิ์ ว่องไพฑูริย์ ประธานฝ่ายการศึกษา
12. น.พ. พ.บุษนธ์ กสิศกรเจริญ ประธานฝ่ายวิจัย
13. น.พ. พ.สังข์พันธ์ อิศเรเสนา กรรมการกลาง

14. พ.ญ.กรรณิการ์ พรพัฒน์กุล	กรรมการกลาง
15. น.พ.วราพันธ์ เสาวรส	"
<u>รายงานผู้ไม่เข้าประชุม</u>	
1. น.พ.จรินทร์ ทรจนวาทวิทยา	ปฏิคม
2. น.พ.สุจินต์ จารุจินดา	ที่ปรึกษา
3. น.พ.สมพงษ์ บุญยุคลต์	"
4. น.พ.เอณก ภูวจิตต์	"
5. ผ.ญ.จาร์ อรรถไพศาลศรี	กรรมการกลาง
6. น.พ.จินดา สุวรรณรักษ์	"
7. น.พ.ชูเกียรติ อัคราณิข	"
8. น.พ.คณัย คันจามตรง	"
9. น.พ.มนิต สิททवालิต	"
10. พ.ญ.ธินา วงศ์พานิช	"
11. พ.ญ.มาพร จารุญกุล	"
12. พ.ญ.อรพรรณ ชินะภัก	"
13. น.พ.พิศาล ไม้เรียง	"
14. น.พ.ทินฉ สุรินทร์างกูร	"
15. น.พ.สุนทร ไทยสมัตร์	"

วาระที่ 1 ที่ประชุมมีมติรับรองรายงานการประชุมครั้งที่ 5/2530

วาระที่ 2 เรื่องการเผยแพร่ความรู้รกระบบทางเดินอาหารแก่ประชาชน
 เลขที่ 2 เรื่องการเผยแพร่ความรู้รกระบบทางเดินอาหารแก่ประชาชน
 และหาวิธีการแจ้งให้ประชาชนทราบว่าเมื่อไรจะมีบริษัทเข้ามาติดต่อขอทำแผ่น
 พิมพ์และหนังสือ (จัดทำเป็นฉบับพิเศษของวารสารรายเดือนฉบับหนึ่ง) เรื่อง
 ท้องผูก เพื่อเผยแพร่แก่ประชาชนโดยขอจัดทำในนามสมาคมฯ แต่ได้พิจารณา
 กับท่านนายกสมาคมฯแล้วเห็นว่า การอ้างชื่อทางการค้าซึ่งอาจทำให้ผู้อ่าน
 เข้าใจสมาคมผิดจึงตอบปฏิเสธไป ต่อมาบริษัทติดต่อขอทำ Leaflet
 สำหรับประชาชนในนามสมาคมเรื่อง hepatitis B Vaccine จึงเวียน
 ขอความเห็นจากคณะกรรมการบริหารสมาคมฯว่าจะวางแนวนโยบายสำหรับ
 กรณีนี้นั้นในโอกาสหน้าอย่างไร คณะฯจะจัดทำหนังสือหรือแผ่นพับสำหรับ
 เผยแพร่ความรู้แก่ประชาชนโดยอาศัยการอุปถัมภ์ค่าใช้จ่ายจากบริษัทฯหรือ
 สมาคมฯบ้างเพื่อสงวนลิขสิทธิ์ เช่น โรคร่า หรือไม่มี น.พ.บุญ ให้ความคิดเห็น
 เห็นว่าการเสนอความรู้แก่ประชาชน ควรทำผ่านหนังสือพิมพ์กระจายไป
 ทั่วราชอาณาจักร โดยเชิญแพทย์ผู้ใหญ่ที่มีชื่อเสียงมาช่วยทำ campagne เช่น
 กว่าจะวางกว่า ไคยเชิญแพทย์ผู้ใหญ่ที่มีชื่อเสียงมาช่วยทำ campagne เช่น
 เกี่ยวกับการออกประกาศต่อต้านการสูบบุหรี่ที่มีคำเป็นภาษาไทย น.พ.เกรียงไกร
 เสนอให้ทำบทความประกอบประกาศสัมมนาหนังสือพิมพ์ด้วย เพื่อมิให้เนื้อ
 ความผิดพลาด น.พ.ทองดี เสนอให้ใช้รายการปัญหาชีวิตและสุขภาพทาง
 โทรทัศน์เผยแพร่ความรู้ เรื่องโรคตับอักเสบและโรคมะเร็งตับ และขอป้องกัน
 ในการจัดวัคซีนโรคตับอักเสบ น.พ.สุชา และน.พ.เกรียงไกร เสนอให้

ทางสมาคมจัดหาซื้อและนำเข้าในการผลิตวัคซีนโรคตับอักเสบ บี เผยแพร่แก่แพทย์
ทั่วไป เพราะแพทย์ส่วนใหญ่ยังไม่ทราบว่า ควรเลือกฉีดวัคซีนในรายใดบ้าง

รวมทั้งเรื่องการใช้ plasma derived vaccine หรือ recombinant
vaccine น.พ.บุณย์ แนะนำให้จัดทำเป็นฉบับ supplement ของจุลสาร

สมาคมส่งให้แพทย์ น.พ.บุญ เสนอให้ประธานฝ่ายโรคตับจัดตั้งคณะกรรมการ-
การเพื่อ campagne เรื่องโรคตับอักเสบจากไวรัส และวัคซีนเผยแพร่สู่-

หรับสื่อมวลชนและแพทย์ทั่วไป
วาระที่ 3 เรื่องการอบรม digestive endoscopy ในเดือนพฤศจิกายน

พ.ศ. 2530 เลขาริการแจ้งว่าจะจัดทำ first และ second announcement
ประกาศให้แพทย์ผู้สนใจทั่วประเทศทราบล่วงหน้า

นายแพทย์ เต็มชัย ไชยวุฒิ นายแพทย์ ไพโรจน์ เหลืองโรจน์กุล
เลขานุการสมาคมฯ

บันทึกรายงานการประชุม

วันที่ 27 ตุลาคม 2530

ที่ประชุม

150

รายงานการประชุมวิชาการกลางปี 2530 ของสมาคมฯ

ร่วมกับคณะ แพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

วันที่ 27 ตุลาคม 2530

รวบรวมโดย คณะกองบรรณาธิการจุลสารฯ

รายงานผู้ป่วยจากโรงพยาบาลศรีนครินทร์

ผู้ป่วยรายที่ 1

ผู้ป่วยชาย อายุ 64 ปี ป้านอยู่ อ.เมือง จ.ขอนแก่น

มาโรงพยาบาลด้วยอาการสำคัญ คือ ไข้สูง หนาวสั่น ตาเหลือง ตัวเหลือง

มา 4 วัน

อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน

3 เดือนก่อนมีปัสสาวะสีน้ำตาลปน ๆ หาย ๆ ร่วมกับมีอาการ

อ่อนเพลีย ไปรักษาตามคลินิกตรวจพบว่าผู้ป่วยมีความดันสูงได้

รับยา Aldomet และ Dichloride และตรวจพบว่าเป็น

โรคเบาหวานได้รับยา Chlorpropamide มากิน

4 วันก่อนมาโรงพยาบาล ไข้สูง หนาวสั่น พร้อมกับมีอาการปวด

ท้องที่ลิ้นปี่ไม่ร่าไปโตไม่มีอาการอาเจียนร่วมด้วย ได้รับการ

วินิจฉัย และ รักษา PU ที่คลินิก

ตรวจร่างกายแรกพบ

BT = 38.9°c PR = 120/min R 20/min

BP 140/90 mmHg moderate anemia and mild jaundice, no Lymphadenopathy

- liver diffusely enlarged คล้ำไตโต 3 ซม. 1 คู่

ชายโครงขวา soft, mild Tender

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

CBC Hb = 3.8 gm%

WBC 18,900

PMN = 92% Band 6% Mono 2%

BUN = 53 mg%, Cr = 3.7 mg%, FBS = 488 mg%

LFT TB = 4.92 mg% DB = 1.22 mg% SGOT 121

sigma U, cholesterol 191 mg% alkaline

Phosphatase = 9.4 sigma U (< 3.0 U)

Ultrasonogram of liver = no intrahepatic and

CBD dilatation, biliary sludge in gall Bladder

Urine hemosiderin - positive

Ham's test - positive

วิจารณ์และการดำเนินโรค

ผู้ป่วยนี้ underlying diseases อยู่ที่คือ ความดันโลหิตสูง,

เบาหวาน และ paroxysmal nocturnal hemoglobinuria (PNH)

โรคชนิดหลักฐาน คือ ปัสสาวะสีน้ำตาลเป็น ๆ หาย ๆ , สีค, urine

hemosiderin - positive และ Ham's test - positive)

จากประวัติและการตรวจร่างกายบ่งชี้ว่าน่าจะมี biliary tract

infection เพราะ 1) ใช้สูงทนาวสัน 2) ปวดท้อง 3) ตัวคาเหลือง

4) Leukocytosis with shift to the left.

สำหรับสาเหตุที่น่าจะเป็นไปได้คือ

1) gall stone โดยมี predisposing factor คือ PNH

ซึ่งจะมี chronic hemolysis อยู่

2. เนื่องจากตับโตถึง 3 ซม. โดยที่ผู้ป่วยมีอาการมาเพียง 4 วัน

แสดงว่าตับโตนั้นไม่น่าจะเกิดจาก obstruction แต่น่าจะมี underlying

liver diseases อยู่ก่อน ผู้ป่วยรายนี้เป็นเบาหวานอาจมีตับโตจาก fatty

liver ได้และมีอาการครั้งนั้นจาก cholecystitis

3. เนื่องจากผู้ป่วยเป็นชาวอีสาน อาจมี underlying disease

เป็น opisthorchiasis และมี acalculous cholecystitis ร่วมด้วย

และผู้ป่วยนี้จากการตรวจร่างกายมีเจ็บหน้าท้องในมากเท่าที่จะเป็นจาก

gall stone และทำหมี acute cholecystitis

เมื่อนำพิจารณาผล liver function test พบมี bilirubin

และ SGOT, SGPT จึงสูงขึ้นเพียงเล็กน้อย, มี alkaline phosphatase

สูงประมาณ 3 เท่า ซึ่งบอกได้เพียงว่ามี cholestasis แต่แยกไม่ได้ว่าเป็น intrahepatic หรือ extrahepatic cholestasis จึงต้องอาศัย ultrasonography ช่วยซึ่งพบว่า intrahepatic bile duct และ common bile duct ใหญ่ ซึ่งแสดงว่าในน้ำดี extrahepatic obstruction หรือถ้าอยู่ที่คอตงเป็นในระยะแรก ๆ ที่ bile duct ยังไม่โต, gall bladder พบมี sludge , ไม่มี stone เนื่องจาก clinical ไม่รุนแรงมากจึงได้ให้ conservative treatment และให้ยาปฏิชีวนะ คือ cloxacillin และ gentamicin ผู้ป่วยยังคงมีไข้สูงตลอด อาการและอาการแสดงทางหน้าท้องไม่เปลี่ยนแปลงจากเดิม ต่อมาเกิด complication คือ acute myocardial infarction และ upper GI bleeding ซึ่งได้ให้ conservative treatment คือ และใช้ทำ panendoscope พบว่ามี bleeding จาก duodenal ulcer ต่อมาอีก 2 วันผู้ป่วยมี rebleeding อีกจำนวนมาก จึงต้องนำผู้ป่วยไปผ่าตัดโดยทำ pyloroplasty และ vagotomy, ทำ cholecystectomy with T-tube drainage, พบว่าตับมี subcapsular bile duct dilatation, gall bladder มี sludge เห็นยาเหมือนยาสีฟันและมี in CBD ต้วย, ผล section ของ gall bladder เป็น acute cholecystitis หลังผ่าตัดมีน้ำคอตงทาง T-tube มากกว่า 1 ลิตร ต่อวัน ได้ทำ T-tube cholangiography พบว่าไม่มี obstruction

อาการโดยทั่วไปของผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์จึงได้ให้กลับบ้าน รวมเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลทั้งหมด 3 เดือน

6 เดือนต่อมาผู้ป่วยได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาลอีกครั้งด้วยเรื่องไข้, ทนอาสนั้น, ตัวตาเหลือง, ปัสสาวะสีเข้ม ตรวจร่างกายพบมี moderate jaundice, mild anemia, hepatomegaly ผลตรวจเลือดมี Hb 9.0 gm%, WBC 14,900, PMN 92%, Bill < 11.6 , SGOT 60, SGPT 28, AP 5.6 (ค่าปกติ < 3) จากประวัติและการตรวจร่างกายบ่งชี้ว่าผู้ป่วยมี biliary tract infection เกิดขึ้นอีกซึ่งสาเหตุอาจเกิดจาก stricture บริเวณ Ampulla of Vater (การที่ท่ทำ T-tube cholangiography แล้วสีลง duodenum ได้ต้องดูบริเวณ opening ที่ตัวขนาดเป็นอย่างไร เพราะอาจมี stricture อยู่ก็ได้) หรือเกิดจาก stone

ผู้ป่วยได้รับการทำ ultrasound ใหม่นี้ พบว่าตับมีลักษณะ inhomogeneous, intrahepatic bile duct ไม่มี dilatation, CBD โตเส้นผ่านศูนย์กลาง 12 มม. ซึ่งสรุปได้ว่าอาจมี stone อยู่แต่ยังไม่เห็นหลังจากนั้นผู้ป่วยได้รับการทำ ERCP พบมี multiple CBD stones หรืออาจเป็น debris หรือ mucus plug ก็ได้ ผู้ป่วยได้รับการทำผ่าตัดอีกครั้งพบว่ามี CBD โตและมีผนังหนามาก ภายในมี muddy stone จำนวนมาก แพทย์ได้ remove stone ออกแล้ว

ทำ Cholechooduodenostomy หลังผ่าตัดใช้ลงดี ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล 10 วัน ก็กลับบ้านได้แล้วไม่มา follow up อีกเลย

สรุป ผู้ป่วยเป็น opisthorchiasis มี acute non-calculous cholecystitis ได้รับการผ่าตัดทำ cholecystectomy และ T-tube drainage อีก 6 เดือนต่อมาได้รับการผ่าตัดอีกครั้งเนื่องจาก CBD stone โดยผู้ป่วยมี underlying disease อันได้แก่ DM, HT และ PNH

ผู้ป่วยรายที่ 2

ผู้ป่วยชายอายุ 21 ปี อาชีพ ทหารนา จ.ร้อยเอ็ด

CC ท้องร่วงเรื้อรังมา 7 เดือน

PI - 7 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล เริ่มมีอาการถ่ายเหลวเป็น

น้ำสีเหลือง-เขียว ประมาณวันละ 10 ครั้ง และมีอาการ

ท้องผูกสลับถ่าย

- 4 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ไปรักษาที่โรงพยาบาลโสต

ศัลยกรรม Partial gut obstruction ที่ทำ

Explore lap พบว่า Ileum และ Jejunum สัน Lymph

node ที่ Root of mesentery โคม่าทำ Biopsy ไว้

หลังผ่าตัดผู้ป่วยอาการดีขึ้น จึง Discharge

- 3 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล เริ่มถ่ายเหลวอีก เป็นอาหารที่รับประทานเข้าไปเป็นเฉพาะเวลากลางคืน คืนละ 4-5 ครั้ง

- 4-5 วันก่อนมาโรงพยาบาล ถ่ายอุจจาระมากเป็นน้ำ ไม่มีกลิ่นเลือด ถ่ายทั้งกลางวันและกลางคืน นอนลงมาก่อนนอนพลัยจึงมา

โรงพยาบาล

PH แข็งแรงดีมาตลอด

PE T 36.5 C PR 100 ครั้ง/นาที สหน้าเสมอ RR 20 ครั้ง/นาที

BP 80/40 mmHg BW. 29 kg.

A Thai man, cachexia, moderate pale conjunctiva and angular stomatitis

HEENT No Lymphadenopathy

Chest Heart and lungs are WNL

Abdomen Scaphoid abdomen, not tender

Low midline surgical scar

Liver and spleen impalpable

Normal bowel sound

PR Good sphincter tone

No mass

LAB 1. CBC Hct 35 Vol% WBC 10,100/cu.mm.

- PMN 85% Lymphocyte 15% normochromic normocytic NCNC RBC, plt. adeg.
- 2. UA PH 7.0 Sp-gr. 1.010 Alb-ve Sugar-ve
- 3. Stoll exam. ไข่พบ parasites ในครั้งแรก

วิจารณ์และการตำเนโรค

จากประวัติและตรวจร่างกาย ผู้ป่วยรายนี้เป็น chronic diarrhea ที่เป็น organic disease เนื่องจาก 1) ผู้ป่วยมีลักษณะของ malnutrition ชัดเจน 2) น้ำหนักลดลงอย่างมาก 3) ซีด 4) มี nocturnal diarrhea

เมื่อมาพิจารณาลักษณะอุจจาระของผู้ป่วยซึ่งมีลักษณะเป็นน้ำ ถ่ายครั้งละจำนวนมาก และไม่มูกเลือด บ่งชี้ว่าพยาธิสภาพน่าจะอยู่ที่ลำไส้เล็ก

จากการที่ผู้ป่วยได้เคยรับการผ่าตัดเนื่องจากมี partial gut obstruction โดยได้พบว่ามดอมน้ำเหลืองในช่องท้องโตมากร่วมกับอาการอุจจาระร่วมเรื้อรัง ทำให้นึกถึงสาเหตุที่จะเป็นได้ในผู้ป่วยรายนี้ คือ

1. Immunoproliferative small intestinal disease (IPSID) ซึ่งเป็น prelymphomatous stage โดยจะมี diffuse และ intense lymphoplasmacytic infiltration of the proximal small intestinal mucosa และ mesenteric lymph

nodes พบบ่อยใน second และ third decade of life, พบในผู้ชายบ่อยกว่าผู้หญิง ลักษณะทางคลินิกที่สำคัญคือ chronic diarrhea, weight loss, abdominal PAIN และ clubbing of fingers and toes บางครั้งมี intestinal obstruction หรือ perforation ได้

2. Intestinal tuberculosis ผู้ป่วยรายนี้มีอาการทางคลินิกเข้าได้กับ TB ทุกอย่างเช่นเดียวกับ IPSID

3. Crohn's disease ปานเราพบได้บ่อยมาก, classical cases จะมี lesion ที่ terminal ileum ในผู้ป่วยรายนี้นึกถึงน้อย

4. Short bowel syndrome จากผลผ่าตัดลำไส้ jejunum สั้น

5. Intestinal parasite ซึ่งพบร่วมกับมี underlying disease อยู่แล้ว เช่น IPSID หรือ TB แต่ถ้ามีสาเหตุจาก parasite อย่างเดียวจะไม่สามารถอธิบายเรื่องมดอมน้ำเหลืองในช่องท้องได้ parasite ที่เป็นสาเหตุของ chronic diarrhea ที่พบบ่อยในบ้านเราคือ Capillaria philippinensis, Strongyloid stercoralis และ Giardia lamblia

Investigation ที่ควรทำต่อไปคือ การตรวจอุจจาระซึ่งควรทำหลาย ๆ ครั้งเพราะว่า parasite ยังเป็นสาเหตุที่สำคัญของอุจจาระ

ร่างหรือรังในปารเรา สำหรับผู้ป่วยรายนี้ครั้งแรกที่ตรวจดูจากระปรากกว่า
ไม่พบ parasite แต่เมื่อตรวจไปหลาย ๆ ครั้งจึงได้พบ parasite คือ

- Strongyloid stercoralis
- Capillaria philippinensis
- Opisthorchis

หลังจากพบ parasite แล้วจึงเริ่มทำการรักษาด้วย

mebendazole 400 มก. ต่อวัน หลังอาหารเช้าไปแล้ว 3 วันผู้ป่วยไม่ดีขึ้นยัง
คงมีถ่ายเป็นน้ำจำนวนมากโดยตลอด ซึ่งถ้าเป็นจาก Capillaria แล้ว
อาการจะดีขึ้นเร็วใน 3 วัน ถ้าไม่ดีขึ้นก็ควรให้การรักษา Strongyloid
ด้วยThiabendazole แต่สำหรับผู้ป่วยรายนี้แพทย์ไม่ทำให้ thiabendazole
มาถึงจุดนี้อาการท้องเสียยังไม่ดีขึ้น และยังไม่สามารถอธิบายเรื่องต่อมา
เหลือในช่องท้องโตได้ และถ้าเป็นจาก strongyloid จริงเราก็จะพบ
ว่าทำให้เกิดอาการในผู้ป่วยที่เป็น immunocompromised host ดังนั้นใน
ผู้ป่วยรายนี้จะมี underlying disease อยู่ด้วยซึ่งอาจจะเป็น IPSID
หรือ TB ดังได้กล่าวไว้แล้ว จึงได้ทำการสืบค้นต่อผลเอกซเรย์ปอดปกติ

ผล GI follow through มี fold ของ duodenum บวม
โตมี dilatation ของsmall bowel ทัว ๆ ไป ซึ่งเข้าได้กับภาวะ
malabsorption ซึ่งสาเหตุน่าจะจะเป็น IPSID หรือ TB จึง plan ที่จะ

ทำ small bowel biopsy ต่อไป

10 วันหลัง เริ่มให้การรักษาด้วย mebendazole ผู้ป่วยยังคงมี
ท้องเสียตลอด ได้ทำการตรวจดูจากระซำก็ไม่มี parasite แล้ว ระหว่าง
ที่รอจะทำ small bowel biopsy ได้ให้ tetracycline ร่วมไปด้วย
ปรากฏว่าหลังให้ท้องเสียหยุด ผู้ป่วยมีน้ำหนักเพิ่มขึ้น ผล small bowel
biopsy โดย duodenoscope พบ cryptosporidium

โดยสรุปในผู้ป่วยรายนี้ parasite ที่พบทั้ง Capillaria,
Strongyloid และ Cryptosporidium ทำให้เกิดอาการร่วมกันหรือรังได้
หลังนั้นยังไม่สามารถอธิบายเรื่องต่อมาเหลือท้องโตได้ และอาการที่ดูจากระ
ร่างหรือรังที่เป็นจาก Strongyloid หรือ Cryptosporidium บ่งชี้ว่า
ผู้ป่วยรายนี้จะมี underlying disease ทำให้ผู้ป่วยเป็น immunocom-
promised host และการที่ผู้ป่วยหยุดท้องเสียหลังได้ยา tetracycline
อาจเป็นหลักฐานทางอ้อมว่าผู้ป่วยเป็น IPSID เพราะยา tetracycline
สามารถทำให้ remission ทั้งทาง clinical, histological และ
immunological ได้ในผู้ป่วย IPSID จากเหตุผลดังกล่าวเชื่อว่าผู้ป่วย
รายนี้จะมี underlying disease อยู่และน่าจะจะเป็น IPSID มากที่สุด
ข้อแนะนำต่อไปในผู้ป่วยรายนี้คือ ควรทำ C.T. abdomen ซ้ำว่าต่อมาเหลือ
เล็กน้อยหรือไม่ และควรศึกษาค้นหาผลผู้ป่วยโดยโกลสซิด ถ้าไม่ดีขึ้นควรทำ
explore laparotomy เพื่อให้ได้ definite diagnosis ต่อไป

ผู้ป่วยรายที่ 3

Case นางเลิศ พานสิทธิ์ อายุ 42 ปี อาชีพ ทานา

50 ม. 6 ต. หลุม อ. เมือง จ. กาฬสินธุ์

๑๘: - ปวดแน่นท้องและตาเหลืองมา 1 เดือน

PI - 1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ปวดแน่นท้องใต้ลิ้นปี่ ปวดเป็นพัก ๆ
ไม่ร่าวไปไหน เป็นมาก หลังทานอาหาร เรอแล้วจะดีขึ้น เริ่มมี
ตาเหลืองและปัสสาวะสีเหลืองเข้ม

- 2 สัปดาห์ ก่อนมาโรงพยาบาล ตาเหลืองมากขึ้น คันตามตัว
ปัสสาวะขุ่นเหลืองเข้ม อุจจาระสีปกติ ยังปวดท้องเข้าเต้านม

- 1 สัปดาห์ ก่อนมาโรงพยาบาล ตาเหลืองลดลง อាកปรปวดท้อง
ดีขึ้นเล็กน้อย

- ตลอด 1 เดือน มีไข้ต่ำ ๆ น้ำหนักลดลง 4 กิโลกรัม ไปตรวจที่
โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ใบ Refer :-

Hx.- ไข้, ปวดท้อง, ตาเหลือง

PE.- Marked Jaundice, L.N. (-) ve

Tender RUQ

Lab.- HCT 37%, DB/TB = 11/14

U/S.- Intrahepatic and CBD dilatation

Dx. Perilampullary CA. refer มาโรงพยาบาลตวันคืนพร

PH.- ปกติ แข็งแรงดี, ไม่เคยมีตาเหลืองหรือถ่ายดำมาก่อน

- ไม่มีประวัติ เบาหวาน, โรคหัวใจหรือความดันสูง

PE.- P 70/min T 36.5°c R 20/min BP 110/70 mmHg

GA : Obese Middle-Age woman

Heent : Moderately jaundice, not pale, L.N.

(-) ve

Heart : WNL

Lungs : WNL

Abdomen :



- Fatty

- Mild Hepatomegaly

- Spleen impalpable

- No ascites

PR = No rectal shelf, normal stool

Dx : Obstructive jaundice

LAB.

CBC : Hb 12.1 gm% Hct 37%

WBC 12,700 (N 47, L 46, M 2, Eo 5)

Plt - Adequate

U/A : Brown sp.gr. 1.023

Albumin 1+, sugar (-) ve

Bile. Positive

Urobilinogen - Negative

No Cells.

LFT. Chol 358

A/G 4.4/5.4

DB/TB 3.42/6.12

OT/PT 21.5/19

ALK.P. 10.66 (ค่าปกติ < 3)

U/S Obstruction at distal CBD.

The nature could not be determined

วิจารณ์และการดำเนินการ

ผู้ป่วยรายนี้จากประวัติและการตรวจร่างกายรวมทั้ง LFT เข้าได้

กับ obstructive jaundice เพราะมีปวดท้อง, ตัวตาเหลือง, ไข้, คัน

ตามตัว, ตับโต, alkaline phosphatase และ cholesterol สูงมาก

โดยมี SGPT ปกติ และเมื่อทำ ultrasonography ก็ยืนยันว่าเป็น

obstructive jaundice ไม่ใช่พบว่ามี intrahepatic และ CBD dilatation แสดงว่าน่าจะมีความ obstructive บริเวณ distal CBD

สาเหตุของ obstructive jaundice แบ่งได้เป็น 2 กลุ่มคือ

malignant และ benign หรือ stone เป็นต้น ในผู้ป่วยรายนี้จากประวัติ

เป็นคนแข็งแรงดีมาตลอด เริ่มเจ็บป่วยมา 1 เดือน มีตัวตาเหลืองมาก

ปวดท้อง และมีไข้ต่ำ ๆ คอมาตัวตาเหลืองลงลงและมีการปวดท้องเกิดขึ้น

ซึ่งอันนี้สนับสนุนว่าน่าจะเป็น benign obstruction เพราะถ้าเป็น

malignant obstruction อาการจะค่อย ๆ เลวลงเรื่อย ๆ ไม่ดีขึ้น

ยกเว้นอยู่ภาวะหนึ่งคือ CA Ampulla of Vater ซึ่งจะมี jaundice

ลดลงได้ เวลา tumor มี necrosis, ผู้ป่วยมักมี hematemesis หรือ

melena ร่วมด้วย และมักคลำได้ gall bladder โตด้วย ซึ่งสิ่งเหล่านี้

ไม่พบในผู้ป่วยรายนี้ สิ่งที่สำคัญอีกอันหนึ่งคือการตรวจร่างกายผู้ป่วยรายนี้ดู

สมบุรณ์ดี และไม่มี systemic symptoms and signs ของ malignacy

เช่น อ่อนเพลีย, เบื่ออาหาร, น้ำหนักลด เป็นต้น ทำให้นึกถึงว่าจะจะเป็น benign cause มากกว่า

ได้ทำการสืบค้นต่อโดยทำ ERCP พบว่ามี intrahepatic

bile duct dilatation left lobe มากกว่า right lobe, CBD 1๓

และมี CBD stone, มองไม่เห็น gall bladder และเมื่อ review ดู film

CT scan ซึ่งทำมาจากโรงพยาบาลทูลีนส์แล้วก็มี CBD stone เช่นกัน

ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดพบว่าตับโตมี congestion, gall

bladder มี wallหนา และขนาดเล็ก, พบ CBD stone, ทำทำ choledochoscope ลงลำผ่านเข้า duodenum ได้, ขึ้นบนเข้าได้ถึง second order ของ bile duct ทั้งสอง lobe, มีพบ lesion ใน bile

duct เลย ได้ remove stone และทำ choledochoduodenostomy
ผล section เป็น chronic cholecystitis และมีมี malignancy

สรุปเป็น case obstructive jaundice มีสาเหตุจาก

CBD stone

Clinical Reviews

An Approach in the Diagnosis of Cholestasis

พิพัฒน์ ชูศิขุเทศ , พ.บ.

Cholestasis is classified in to 2 categories :

extrahepatic or surgical versus intrahepatic or medical. Extrahepatic cholestasis refers to those patients in which anatomical blockage starts from the porta hepatis or in the common hepatic duct distal to the bifurcation the common hepatic duct to the Ampulla of Vater. Intrahepatic cholestasis is due to liver disease leading to impaired secretion of, or flow of bile.

Cholestasis is a major problem for physicians in clinical practice. It is crucial to differentiate between extrahepatic versus intrahepatic cholestasis, because they are different in its cause, clinical course and management.

บรรยายใน Symposium เรื่อง Cholestasis ในการประชุม precongress ของการประชุมแพทย์วิชาการแห่งประเทศไทย ที่คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น วันที่ 27 ตุลาคม 2530

Causes of cholestasis⁽¹⁾ among 276 patients

(296 lesions) are shown in Table 1. The summary of various causes of cholestasis are as follow.

1. The causes of cholestasis are (1) :

	No	Percent
Malignancy	96	34.8
Biliary Calculi	109	39.5
Intrahepatic cholestasis	53	19.2
Extrahepatic Cholestasis	13	4.7
Congenital Anomaly	5	1.8
Total	<u>276</u>	<u>100.0</u>

2. Among Malignancy (2)

- Cholangiocarcinoma is the most common cause
- 96.7% is hilar intrahepatic cholangiocarcinoma
- Opisthorchiasis and carcinogenic agent(s) are the underlying causes of cholanaglocarcinoma
- Certained precipitating cause-immune system etc may play some important role in the malignant transformation

Table 1 Causes of cholestasis

<u>Types</u>	<u>Patients</u>	<u>Percent</u>
1) <u>Extrahepatic cholestasis</u>		
1.1 Malignancy	26	15
- head of pancreas	15	
- Ampulla of Vater	7	
- CBD	2	
- gall bladder	2	
1.2 Biliary calculi	109	63
1.3 Other surgical diseases	35	20.2
- opisthorchiatic Intrahepatic cyst	11	
- pancreatitis	10	
- benign obstruction of CBD	9	
- fistula	2	
- TB of CBD	1	
- Ascariasis of CBD	1	
- traumatic pseudopancreatic cyst	1	

<u>Types</u>	<u>Patients</u>	<u>Percent</u>
1.4 Congenital anomaly	3	1.8
- choledochal cyst	3	
<u>Total</u>	<u>173</u>	<u>58.4</u>
2) <u>Intrahepatic cholestasis</u>		
2.1 Malignancy	70	56.9
- CBD	59	
- Metastasis	6	
- hepatocellular	5	
2.2 Liver disease	49	39.8
- cholestatic hepatitis	27	
- Acute non-calculous		
cholecystitis	6	
- amoebic liver abscess	5	
- alcoholic hepatitis	4	
- cirrhosis	3	
- tuberculous hepatitis	2	
- echinococcus	1	
- hepatic injury	1	
	170	

<u>Types</u>	<u>Patients</u>	<u>Percent</u>
2.3 Congenital anomaly	4	3.3
- congenital Intrahepatic biliary atresis	2	
- Caroli's disease	1	
- Intrahepatic gall bladder	1	
<u>Total</u>	<u>123</u>	<u>41.6</u>
<u>Overall</u>	<u>296</u>	<u>100</u>

3. Among Biliary Calculi (3)

- The prevalence of cholelithiasis, choledocholithiasis and intrahepatic stones was 59.6, 68.8 and 15.6% respectively

- The prevalence of intrahepatic stone is surprisingly high

- Potential causes of high prevalence of biliary calculi may associate with high prevalence of biliary parasites, hemolytic anemia and congenital anomaly

4. Among Intrahepatic Cholestasis (4)

- Acute Non Calculus Cholecystitis should be kept in mind in the differential diagnosis of medical versus surgical cholestasis

5. The prevalence of choledochal cyst in Thailand is higher than in the U.S.

6. The unique of cholangiocarcinoma in Thailand (5)
- Cholangiocarcinoma is the most common cause of cholestasis in the malignancy in Thailand

- A mean age of 50.3 years - 49.1 inmales, 54.8 in females. In the U.S. the mean age is 60-70 years.

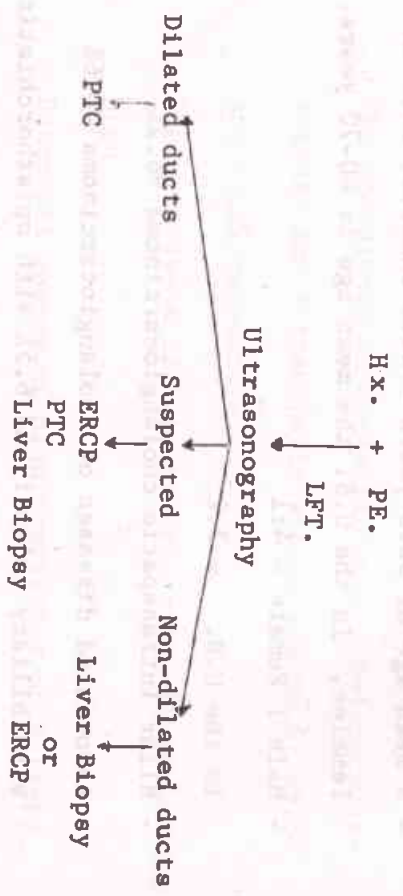
- Male : Female = 4:1
in the U.S. = 3:2

- Hilar intrahepatic cholangiocarcinoma 96.7%

- Associated diseases of cholangiocarcinoma -8.6% with biliary calculi and 6.5% with opisthorchiatic cyst.

- Cholangiocarcinoma has a closed association with opisthorchiasis and others.

The mainstay of documenting the diagnosis of cholestasis is dependent upon taking a careful clinical history, physical examination and laboratory information. The accuracy of diagnosis based on clinical aspects was around 85.0 percent.^(6,7) Without good clinical guidance, time and money will be wasted. If clinical evidence supports cholestasis, the following approaches are recommended as shown.⁽⁸⁾



It is well accepted the ultrasonography (U.S.), as the first screening diagnostic modality, and may be computed axial tomography (C.T.) in some patients, are good screening procedures for cholestasis. The accuracy of U.S. in demonstrating the level of obstruction (extrahepatic versus intrahepatic cholestasis) varies from 72.0-96.5 percent and success in determining the cause of obstruction was only around 50.0 percent. (9-12)

C.T. is usually the first investigative tool in cases of cholestasis of uncertain cause. It definitely contributes good information. It can identify the level and causes of obstruction with success rate

varying from 63.2-97.0 and 26.3-94.0 percent. (9,13-14) Radio-isotope scanning, such as ^{99m}Tc-HIDA and ^{99m}Tc-PIPADDA, is the diagnostic modality of choice in acute cholecystitis and can verify the patency of biliary-enteric shunt. (15)

The non-invasive diagnostic modalities-U.S., C.T. or radio-isotope scanning cannot accomplish ideal radiologic studies in cholestasis. On the contrary, invasive diagnostic modalities-PTC and ERCP can more accurately fulfill diagnostic criteria as follows:

- a) differentiate between extrahepatic and intrahepatic cholestasis
- b) determine the level of obstruction
- c) identify the cause and extent of obstruction
- d) provide a map of the biliary system prior to surgery

The overall success rate of PTC with the Chiba needle was 92.4 percent (100 percent in extrahepatic cholestasis, 85.0 percent in intrahepatic cholestasis).

The morbidity rate was 5.8 percent (bile leakage 3.8, pneumoperitoneum 2.5 and emergency surgery 0.3) with a mortality rate of 0.03 percent.⁽¹⁶⁾

ERCP is an alternative to PTC. This is more frequently used in intrahepatic cholestasis, suspected biliary tract disease and pancreatic disease. The over all success rate is around 80.0 percent. Morbidity included cholangitis, bile leakage, hemorrhage and pancreatitis, totally approximately 1.0 percent.⁽¹⁷⁾

References

1. Juttijudata P, Chiemchaisri C, Palavatana C, Churnratanakul S. Causes of cholestasis in Thailand, a study of 276 consecutive patients. *Am J Surg* 1984; 147:359-366.
2. Juttijudata P, Chiemchaisri C, Palavatana C, Churnratanakul S. Malignant disease as a cause of obstructive jaundice in Thailand. *J Med Ass Thailand* 1984; 67:325-328.
3. Juttijudata P, Chiemchaisri C, Palavatana C. The anatomical distribution of biliary calculi among cholestatic patients. (to be published).
4. Juttijudata P, Churnratanakul S, Chiemchaisri C, Palavatana C. Causes of intrahepatic cholestasis in Thailand. *J Med Ass Thailand* 1984; 67:641-645.
5. Juttijudata P, Chiemchaisri C, Palavatana C, Churnratanakul S. A clinical study of cholangiocarcinoma caused cholestasis in Thailand. *Surg Gyne Obstet* 1982;155:373-376.
6. Hange FM. Diagnostic problems in jaundice. *Arch Intern Med* 1950;86:169-177.
7. Schenker S, Balint J, Schiff L. Differential diagnosis of jaundice: Report of a prospective study of 61 proved cases. *Am J Dig Dis* 1962;7:449-463.
8. Juttijudata P, Palavatana C, Chiemchaisri C. An approach in the diagnosis of cholestatic jaundice *J Med Ass Thailand* 1984; 67:413-418.
9. Gold RP, Casarella WJ, Stern G, Seaman WB. Transhepatic cholangiography: The radiological method of

- choice in suspected obstructive jaundice. Radiology 1979;133:39-44.
10. Malini S, Sabel J. Ultrasonography in obstructive jaundice : Radiology. 1977;123:429-433.
11. Weil F. Ultrasonic diagnosis of hepatic and biliary disease : Presented at the Fourth European Congress of Radiology. Hamburg Sep 1979.
12. Taylor KJW. Rosenfield AT. Gray-Scale ultrasonography in the differential diagnosis of jaundice. Arch Surg 1977;112:820-825.
13. Pedrosa CS, Casanova R, Rodriguez R. Computed tomography in obstructive jaundice. Part I. The level of obstruction. Radiology 1981;139:627-635.
14. Pedrosa CS, Casanova R, Lezana AH, Fernandez MC. Computed tomography in obstructive jaundice Part II. The cause of obstruction. Radiology. 1981; 139:635-645.
15. Mauro MA, Mc. Cartney WH, Melmed JR. Hepato biliary scanning with ^{99m}Tc-PIPIDA in acute cholecystitis.
16. Juttijudata P, Palawatana C. Chiemchaisri C, Churnratanakul S. Percutaneous transhepatic cholangiography (P.T.C.) with Chiba Needle in the diagnosis of cholestasis : The experiences in 276 consecutive patients. The success rate, morbidity and mortality, with special emphasis on its recent diagnostic validity J. Med. Ass. Thailand 1984; 67:585-590.
17. Sherlock S. Disease of the liver and biliary system : Investigation of the biliary tract. 6th ed. Oxford London Edinburgh Boston Melbourne. Black well scientific publication. 1981:pp. 66-78.

Liver Transplantation

Prof. Dr. N.D. Gallagher MD, FRACP
A.W.Morrow Department of Gastro-
enterology

Royal Prince Alfred Hospital

Australia

พ.ว.ไพโรจน์ เหลืองไธสงกุล

เกียรติคุณและเกียรติคุณ

ปี คศ. 1963 Starzl และคณะทำการผ่าตัด hepatic transplant

ในคนเป็นผลสำเร็จเป็นคนแรกในช่วงระยะเวลาก่อนปี คศ. 1980 ซึ่งใช้

Azathioprine-steroid เป็น immunosuppression จำนวนผู้ป่วย

170 ราย จาก University of Pittsburgh ของ Starzl มี 1 year

survival เพียง 32.9% และผู้มีชีวิตอยู่เกิน 5 และ 10 ปี มีเพียง 26%

และ 6% ตามลำดับ หลังจากนั้นปี คศ. 1980 มีการนำ cyclosporin-steroid

มาใช้แทน พบว่าผู้ป่วยรอดชีวิตมากขึ้นระหว่างปี คศ. 1980-1984 จำนวน

ผู้ป่วย liver transplant 244 ราย มี 1 year survival สูงขึ้นเป็น

กว่า 80% Orthotopic liver transplantation หรือการผ่าตัดเปลี่ยน

ตับที่เป็นโรคด้วยตับที่ด้อยกว่าในผู้ป่วยโรคตับระยะสุดท้ายที่ไม่สามารถรักษา

ได้ด้วยวิธีผ่าตัดหรือยาทุกรายใด ๆ แล้ว

Indications for Liver Transplantation

1. Cirrhosis เป็นสาเหตุโรคตับที่พบบ่อยที่สุดของผู้ป่วยที่ได้รับการทำ

Liver Transplantation

2. Primary biliary cirrhosis

3. Acute hepatic necrosis

4. Budd-Chiari syndrome

5. Inborn error of metabolism

α_1 -anti-trypsin deficiency

Wilson's disease

Tyrosinemia

6. Primary hepatic tumour มีจำนวนสูงถึง 25.7% ของผู้ป่วย

liver transplant ในอดีตอาศัย

Candidate สำหรับ liver transplant ได้แก่ผู้ป่วย chronic

liver failure ที่มีลักษณะดังต่อไปนี้

1. Irreversible progressive liver disease

2. Intractable to medical and surgical treatment

3. Absence of major contraindications

4. Ability to understand and to accept the procedure

คำว่า chronic liver failure หมายถึงอาการทางคลินิกดังต่อไปนี้

1. General failure of health: lassitude

2. Increasing depth of jaundice

3. Ascites/low serum albumin

4. Disordered blood coagulation
5. Hepatic encephalopathy
6. Recurrent variceal hemorrhage
7. Sepsis

Contraindications to liver transplantation

1. Active alcoholism
2. Active myocardial infarction
3. Major non-hepatic diseases
4. Portal vein thrombosis
5. Hepatitis B antigenemia
6. Age more than 55 years

ความสำเร็จในการเปลี่ยนตับขึ้นอยู่กับ staging ของโรครตับในผู้รับ (recipient) และสภาพของผู้ให้ (donor) ผู้รับที่อยู่ใน stage 1 หรือ 2 จะประสบผลสำเร็จในการเปลี่ยนตับมากกว่าผู้รับใน stage 3

Staging of recipient

- Stage 1 : stable out-patients, no previous operation
- Stage 2 : frequent hospitalization for ascites, encephalopathy, variceal bleeding, previous abdominal surgery

Stage 3 : ICU admission, Acute hepatic decompensation with encephalopathy or ascites, advanced malnutrition, previous porta-caval shunt/multiple operation

Criteria for liver transplant donors ที่

1. Age 1-55 yrs : HBSAg negative
2. Cerebral death
3. Circulation and ventilation maintained
4. No extracerebral malignancy
5. No active hepatic or systemic infection
6. Liver biopsy-normal

ในทางปฏิบัติแล้ว ยากที่จะหาผู้รับและผู้ให้ที่มี HLA เข้ากันได้ โดยทั่วไปคนมักเลือกเพียง ABO blood group compatible เท่านั้น และจำเป็นต้องรักษาตับของผู้ให้ให้อยู่ในสภาพที่ไม่มี ischemia เพื่อป้องกันปัญหา graft rejection หลังผ่าตัด

สาเหตุของ Graft ischemia

1. Unstable donor ใต้น้กดทับที่ไตจากผู้ป่วยที่มี hypotension หรือ vasopressors เพื่อรักษาความดันโลหิตต่ำในผู้ให้
2. Inadequate preservation
3. Prolonged cold ischemia

4. Prolonged warm ischemia

ปัญหาที่พบบ่อยในการเปลี่ยนแปลงคือ ปัญหาทางเทคนิคการผ่าตัด และ

hepatic dysfunction หลังผ่าตัดซึ่งมีสาเหตุใหญ่จาก hepatic artery thrombosis และ graft rejection และโรคแทรกซ้อนตามระบบอื่น ๆ

Intraoperative problems

1. Hemorrhage
2. Hypotension
3. Hypocalcemia
4. Hypokalemia
5. Air Embolism
6. Vascular anastomosis

สาเหตุของ Hepatic Dysfunction หลังจาก Orthotopic

Liver transplantation ตามรายงานของผู้เขียนของ Williams ที่ Cambridge ในปี ค.ศ. 1986

Episodes จำนวน Patients

Vascular thrombosis	6	6
Biliary obstruction	4	4
Sepsis	3	2
Rejection	23	18
Cholestatic syndrome	53	44

Recognition of hepatic artery thrombosis

1. Fulminant hepatic necrosis
2. Bile leak, due to necrosis of graft bile duct
3. Relapsing bacteremia

Extrahepatic complications

Pulmonary-infection, effusion, atelectasis, respiratory failure

GI - ภาวะใหญ่เป็นเหตุทางเทคนิคผ่าตัด เช่น bleeding,

biliary anastomosis, infection spontaneous hemorrhage perforation, pneumonia

pneumonitis operative complication, sepsis, drugs

Neuro - seizure, intracranial bleeding, meningitis

Circulation-hypotension, arrhythmia

ตามที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า การผ่าตัด orthotopic liver transplantation จะสามารถทำได้จำเป็นต้องอาศัยสถาบัน (Institution) ที่มีบุคลากรสาขาต่าง ๆ ครบถ้วนพร้อมกันทั้งงานคือ

1. Gastroenterologist/Hepatologist ซึ่งต้องทำงานร่วมกับ

2. Psychiatric service สำหรับผู้ป่วยและญาติ
 3. Adequate housing while awaiting transplant, social worker support
 4. Surgeon and anesthetists with necessary skill and stamina
 5. Trained nursing and ward staff, transplant co-ordinator
 6. Adequate surgical and ICU facilities, renal hemodialysis programme
 7. Active infectious disease programme for recognition of bacterial, viral and fungal infection
 8. Blood bank capable of responding to demand for blood and blood products
 9. Active immunology programme/transplant pathologist เนื่องจากต้องทำ serial liver biopsy
- การผ่าตัด liver transplant ที่ Royal Prince Alfred Hospital, ประเทศออสเตรเลีย จนถึงปัจจุบัน (คศ. 1987) มีผู้ป่วยเข้า Program liver transplant ทั้งหมด 70 ราย เป็นผู้ใหญ่ 55 ราย เด็ก 15 ราย ส่วนใหญ่จะเป็นโรคตับอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้

1. Chronic active hepatitis
 2. Fulminant hepatic failure
 3. Biliary atresia
- ในจำนวนผู้ป่วย 70 รายนี้ มีเพียง 17 ราย เท่านั้นที่มีข้อบ่งชี้ที่เหมาะสมสมควรารับการผ่าตัดเปลี่ยนตับ ผู้ป่วยอีก 24 ราย (ผู้ป่วย 20 ราย, เด็ก 4 ราย) มีอาการที่เกินขอบเขตของการผ่าตัดไปก่อน (Transplantation deferred) ผู้ป่วยที่เหลืออีก 29 ราย ไม่เหมาะสมควรที่จะทำการ transplantation เพราะสาเหตุต่าง ๆ ต่อไปนี้
1. โรคตับมากเกินไป (Too advanced)
 2. Recovered from fulminant disease
 3. Alcoholic
 4. Tumour (extrahepatic)
 5. Extrahepatic disease spreading
 6. Infection
 7. Psychological problems
 8. Portal vein thrombosis
 9. Fulminant viral hepatitis
- ในผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ 17 รายนี้ 3 รายถึงแก่กรรมก่อนจะพบ donor 1 รายยังกำลังรอด donor อยู่ และ 13 รายได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนตับไป (เป็นผู้ใหญ่ 9 ราย เด็ก 4 ราย) 3 รายถึงแก่กรรมหลังผ่าตัด ที่เหลือ 10 รายยังรอดมีชีวิตอยู่

หมายเหตุ

การบรรยายเรื่อง Liver transplantation โดย Prof. Gallagher นี้บรรยายเมื่อวันที่ 4 มิถุนายน 2530 ณ ห้องประชุมวิจิตร วิจิตรวัตติ์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล โดยได้รับเทป Videotape ระบบ VHS ไว้ตลอดการบรรยาย ผู้สนใจติดต่อขอยืมได้ที่หน่วยเวชปฏิบัติ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

Interesting Topic

ประวัติการก่อตั้งสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

ท่านสมาชิกแพทย์ทางเดินอาหารแห่งประเทศไทยรัก

ข้าพเจ้ารู้สึกเป็นเกียรติอย่างยิ่งที่ได้มีโอกาสบรรยายถึงประวัติของสมาคมโรคทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย ซึ่งนับว่าเป็นสมาคมที่กำมากที่สุดสมาคมหนึ่ง เนื่องจากในขณะนั้นมีความเจริญก้าวหน้าของโรคและแขนงวิชาในต่างประเทศ ได้มีการจัดตั้งสมาคมแพทย์ผู้ชำนาญเฉพาะทางขึ้นโดยรวบรวมผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้สนใจในสาขาวิชาอื่นๆ เข้าไว้เป็นกลุ่มก้อน เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ซึ่งกันและกัน ส่งเสริมสนับสนุนในการค้นคว้า และเผยแพร่ความรู้ในสาขาอื่นๆ ให้กว้างขวางยิ่งขึ้น และในขณะนั้น ได้มีสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งโลกเกิดขึ้นเรียบร้อยแล้ว โดยมีศาสตราจารย์ H.L. Bockus เป็นนายก มีชื่อเรียกทางภาษาต่างประเทศว่า Organisation Mondiale de Gastroenterologie และตัวประธานเองต้องการให้ประเทศไทยต่างๆ เช่น เอเชียแปซิฟิกโซน, ยุโรปเมดิเตอร์เรเนียน

ปาฐกถาพิเศษในการประชุมประจำปีของสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

วันที่ 20 พฤศจิกายน 2529

มีผู้แทนของสมาคมของประเทศต่าง ๆ เกิดขึ้นเพื่อเป็นตัวแทนในการติดต่อประสานงาน ศึนศว่าวิจัยร่วมกัน หรือเผยแพร่ความรู้ในการประชุมทางด้านวิชาการ ซึ่งจะจัดขึ้นต่อไปในอนาคต ในขณะที่ ศาสตราจารย์นายแพทย์ Bockus ของรัฐ Philadelphia ซึ่งเป็นประธาน และศาสตราจารย์ Barboroka ของชิคาโกได้เดินทางมาเยี่ยมประเทศไทย และสถาบันของเราคือที่โรงพยาบาลศิริราช ทั้งนี้เนื่องจากศาสตราจารย์ Bockus มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับข้าพเจ้า โดยข้าพเจ้าได้ไปทำหน้าที่ Graduate School มหาวิทยาลัยเพนซิลวาเนีย ซึ่งขณะนั้นกำลังจะมี First World Congress of Gastroenterology ที่กรุงวอชิงตัน ข้าพเจ้าในฐานะแพทย์ประจำตัว พณฯ จอมพลสฤษดิ์ ธนะรัชต์ ได้ถือโอกาสเอาบทความเรื่อง Primary cancer of liver, Analysis of GI cases ไปบรรยายด้วยในปี พ.ศ. 2501 แต่สิ่งเรื่องเข้าเกิณไป โดยที่ขาปีคการรับเรื่องเรียบร้อยแล้ว จึงจำเป็นต้องเดินทางจากกรุงวอชิงตันไปหาท่านโดยตรง หลังจากได้คุยกัน ท่านก็มีความกรุณาจัดให้ข้าพเจ้าบรรยายเป็นกรณีพิเศษ โดยก่อนจะยินยอม นั้นก็ได้ถามข้าพเจ้าว่ามีค่าแห่งอะไรในมหาวิทยาลัยของเรา ข้าพเจ้าได้ตอบท่านว่าเป็นหัวหน้าหน่วยทางเคิณอาหารของภาควิชาอายุรศาสตร์ หรือ เรียกว่าแผนกอายุรศาสตร์ในขณะนั้น ท่านถามต่อไปว่ามีแพทย์ผู้ช่วยกี่คน ข้าพเจ้าตอบว่าไม่มีเลย ท่านหัวเราะ และรู้สึกพอใจในคำตอบข้อ ๆ ของข้าพเจ้า หลังจากการบรรยายวันนั้น ซึ่งข้าพเจ้าคิดว่าบรรยายได้ดี และ

สไลด์ที่แสดงสวยงามพอสมควรท่านก็มาแสดงความคิดเห็นโดยจับมือด้วย และกล่าวว่า you stole the show this morning ตั้งแต่นั้นมาก็มีการติดต่อกันทางจดหมายบ้าง เมื่อ พ.ศ. 2503 ศาสตราจารย์ Bockus และศาสตราจารย์ Barboroka ได้มาเยือนประเทศไทย และรู้จักกับนักเรียนเก่าที่ Philadelphia ซึ่งเป็นคนไทย 3 ท่าน คือท่านศาสตราจารย์หลวงพิทยาภยพิทยาเกท และศาสตราจารย์นายแพทย์ประสพ รัตนากร รวมทั้งคุณเกษม ปังศรีวงศ์ ซึ่งเป็นนักเรียนเก่าของ Philadelphia สาขาเภสัชวิทยาเข้าร่วมรับประทานอาหาร และเปิดเผยว่าประเทศไทยควรมีสมาคมนักแพทย์ระบบทางเคิณอาหารขึ้น เพื่อติดต่อกับต่างประเทศในด้านธุรกิจการและวิชาการดังกล่าวแล้ว เมื่อวันที่ 9 มีนาคม 2503 ได้มีการประชุมแพทย์อันประกอบด้วย อายุรแพทย์ ศัลยแพทย์ รังสีแพทย์ กุมารแพทย์ และจิตแพทย์จากสถาบันการแพทย์ และโรงพยาบาลต่าง ๆ โดยมีท่านปลัดกระทรวงสาธารณสุข ศาสตราจารย์หลวงพิทยาภยพิทยาเกท เป็นประธาน ทุกคนในที่ประชุมมีความเห็นพ้องต้องกันว่า จะจัดตั้งสมาคมโรคทางเคิณอาหารขึ้นเพื่อรวบรวมผู้สนใจในแขนงวิชานี้เป็นกลุ่มก้อนเพื่อทำการค้นคว้า ปรึกษาหารือเผยแพร่ความรู้ ให้ความรู้แก่ประชาชน ป้องกันโรคแก่ประชาชน และเพื่อประสานงานกับสมาคม และองค์การแพทย์ต่างประเทศ ที่ประชุมได้มีมติให้แต่งตั้งคณะกรรมการอำนวยการขึ้นเป็นครั้งแรก 7 นาย ดังมีรายนามต่อไปนี้

- นายกสมาคม
- นายแพทย์วิจิตร วิจารณ์วัชิต
 - อุปนายก
 - นายแพทย์อุดม โปชะกฤษณะ
 - เลขาธิการ
 - นายแพทย์ประวิทย์ อุษชิน
 - เหรัญญิก
 - นายแพทย์อุทฤษดิ์ เปล่งวาณิช
 - ปฏิคม
 - นายแพทย์ประสพ รัตนากกร
 - นายทะเบียน
 - นายแพทย์ประเขต โพธิ์ทัด
 - บรรณาธิการ
 - นายแพทย์อาจินต์ บุญยะเกตุ

ในการประชุมคณะกรรมการครั้งแรก เมื่อวันที่ 8 เมษายน 2503 ได้มีการพิจารณาร่างระเบียบข้อบังคับของสมาคม สมาคมได้รับอนุญาตจากทางราชการให้ตั้งเป็นสมาคมได้ เมื่อวันที่ 19 กรกฎาคม 2503 และมีสำนักงานอยู่ที่โรงพยาบาลประสาท พญาไท เพราะเป็นศูนย์กลางการติดต่อประกอบกับศาสตราจารย์นายแพทย์ประสพ รัตนากกร เป็นผู้ริเริ่มก่อตั้งสมาคมด้วยผู้หนึ่ง

การโฆษณาเผยแพร่ความรู้เรื่องโรคระบบทางเดินอาหารแก่ประชาชนเป็นนโยบาย และวัตถุประสงค์ของสมาคมฯ ประการหนึ่ง จึงได้จัดทำกิจการบรรยายเรื่องต่าง ๆ เกี่ยวกับโรคระบบทางเดินอาหารทางสถานีวิทยุกระจายเสียงแห่งประเทศไทยทุก ๆ เช้าวันศุกร์ต้นเดือนเป็นประจำเสมอมา

สมาคมฯ ได้จัดให้มีการประชุมวิชาการประจำปีเดือนพฤษภาคมไป ความโรงพยาบาลต่าง ๆ กัน โดยในรอบสองปีแรกหมุนเวียนระหว่างโรงพยาบาลศิริราช, โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า, โรงพยาบาลสงฆ์ และต่อมาได้รวมโรงพยาบาลตำรวจ และโรงพยาบาลภูมิพลฯ เข้าไปด้วย นอกจากนั้นสมาคมยังได้จัดให้มีการประชุมใหญ่ประจำปี ซึ่งครั้งแรกนี้ เมื่อวันที่ 24 ธันวาคม 2503 ณ โรงพยาบาลประสาท พญาไท

ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมาสมาคมได้ทำการติดต่อ และร่วมมือกับทางสมาคมโลก และสมาคมต่างประเทศ ที่สำคัญ ๆ มีดังนี้ คือ

1. นายแพทย์วิจิตร วิจารณ์วัชิต และนายแพทย์อุดม โปชะกฤษณะ ได้รับเชิญไปร่วมประชุม Japanese Congress of Gastroenterology ครั้งที่ 48 เมื่อเดือนมีนาคม 2504 และได้ร่วมก่อตั้ง Asiatic Gastroenterological Association
2. นายแพทย์วิจิตร วิจารณ์วัชิตได้รับเลือกให้เป็นกรรมการวิจัย (Member of research Committee) ของสมาคมโรครทางเดินอาหารของโลก (Organisation Mondiale de Gastroenterologie)
3. นายแพทย์อุทฤษดิ์ เปล่งวาณิช ได้รับเชิญไปร่วมประชุม World Congress of Gastroenterology ครั้งที่ 2 ณ ประเทศ

เยอรมันนี้ เมื่อพฤหัสบดี 2505 และได้รับรายชื่อ Liver Function Tests In Primary Carcinoma of the Liver และร่วมประชุม International Symposium on the Study of Liver

เมื่อครบวาระของกรรมการบริหาร อันมีกำหนด 2 ปี ทางสมาคมฯ ได้จัดให้มีการประชุมใหญ่ประจำปีของสมาคมฯ ครั้งที่ 2 ณ โรงแรมบาส ประสาท พญาไท ตั้งปรากฏรายละเอียดการศึกษาใน 9.พ.ส.ท. ฉบับเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2505 และได้มีการเลือกตั้งกรรมการชุดใหม่แทนชุดเก่าที่ออกไปตามวาระ ดังมีรายชื่อนามต่อไปนี้

- นายกสมาคม - นายแพทย์อุดม ไพบละกุลขณะ
- อุปนายก - นายแพทย์วิจิตร วิจารณ์ศักดิ์
- เลขาธิการและเหรัญญิก - นายแพทย์อุกฤษดิ์ เปล่งวาณิช
- ปฏิคม - นายแพทย์ประสพ รัตนากา
- บรรณารักษ์ - นายแพทย์สุจินต์ จารุจินดา
- นายทะเบียน - นายแพทย์อานันต์ บุญยะเกตุ
- กรรมการกลาง - นายแพทย์ประภค โพธิ์ทัต
- นายแพทย์เปรม บุรี
- นายแพทย์วัชร อุทัยเฉลิม
- นายแพทย์สมหมาย วิไลรัตน์

ต่อมาได้มีการประชุมประจำปีเมื่อเปลี่ยนผู้บริหารใหม่ ข้าพเจ้าได้กล่าวรายงานท่านปลัดกระทรวงสาธารณสุข และขอคัดข้อความที่รายงานไว้เป็นประวัติศาสตร์แก่แพทย์รุ่นหลัง ๆ ดังต่อไปนี้

ท่านปลัดกระทรวงสาธารณสุข, เพื่อนแพทย์ทั้งหลาย

วันนี้เป็นวันที่เปรียบเสมือนวันที่สมาคมแพทย์โรคมทางเดินอาหารแห่งประเทศไทยมีอายุครบกำหนดได้สองปีเต็ม อันนับได้ว่าเป็นวันมงคลวันหนึ่ง สมาคมแพทย์โรคมทางเดินอาหารได้ก่อตั้งขึ้นมาด้วยแรงกำลังของท่านคณะกรรมการบริหาร, มวลสมาชิกทั้งหลาย และผู้มีความสำคัญอย่างยิ่งในการริเริ่มคือ ท่านอธิบดีปลัดกระทรวงสาธารณสุข ศาสตราจารย์หลวงพิณพาทย์พิทยาเภท ท่านผู้เป็นผู้นำให้กำลังใจ และความริเริ่มแก่พวกเรา ร่วมกับศาสตราจารย์ไบคิส แห่งฟิลลาเดลเฟีย ซึ่งถ้าปราศจากท่านทั้งสองนี้แล้วสมาคมของเราคงยังไม่เป็นปึกแผ่น เช่นนี้ปรากฏอยู่ ณ บัดนี้

ในระยะเวลาสิบปีที่ผ่านมา ทางสมาคมได้ดำเนินกิจการตามนโยบายของสมาคมที่ได้วางไว้แต่แรก ในขณะนั้นสมาคมมีสมาชิกทั้งหมด 35 คน ได้จัดดำเนินการพอจะส่งไปดังต่อไปนี้

1. การประชุมทางวิชาการ ได้ทำการประชุมทางวิชาการตามโรงพยาบาลต่าง ๆ ประจำเดือน ดังที่เคยปฏิบัติมาในปีแรก ใช้สถานที่ของโรงพยาบาลประสาท พญาไท, โรงพยาบาลศิริราช, โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า หมั้นเวียนกันไป เช่นเคย

2. การเผยแพร่ความรู้ทางวิทยุกระจายเสียง ได้กระทำติดต่อกัน มา 6 ครั้งด้วยกัน บรรยายโดยนายแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิทางสาขานี้

3. ทำการติดต่อกับสมาคมแพทย์ต่างประเทศ ในขณะนั้นสมาคมได้ เป็นสมาชิกของสมาคมแพทย์ทางเดินอาหารแห่งโลก และเป็นสมาชิกของ สมาคมแพทย์โรคทางเดินอาหารแห่งภาคพื้นเอเชีย (Asiatic Gastro- enterological Association) ผู้แทนสมาคมคือ นายก และอุบยาภ ได้ไปร่วมประชุมการศึกษาก่อนตั้งสมาคมโรคทางเดินอาหารแห่งภาคพื้นอา- ชียเมื่อเดือนมีนาคม พ.ศ. 2504 และได้ไปบรรยายเรื่องทางวิชาการใน การประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 48 ของสมาคมแพทย์โรคทางเดินอาหาร แห่งประเทศญี่ปุ่น ณ กรุงโตเกียว

4. การวิจัย นายกสมาคมได้ศึกษารับเลือกเป็นผู้แทนของประเทศ ไทยอยู่ในกรรมการวิจัย (Research committee) ของสมาคมโรคทางเดินอาหารแห่งโลก และขณะนั้นกำลังรวบรวมทำการศึกษาโรค "แผลเปื่อย เทีพิติก" และจะได้นำผลลงนามนำเสนอต่อสมาคมโลกในการประชุมคราวหน้า นอกจากนี้ผลงานวิจัยของโรคทางเดินอาหารในประเทศไทยก็ได้แสดงให้เห็น การก้าวหน้าออกไปอย่างรวดเร็วจึงที่ปรากฏว่า ในการประชุมวิชาการใน วันนี้ สมาคมได้รับเสนอเรื่องมาบรรยายมากกว่าที่คาดไว้ และจำเป็นต้อง

ตัดเรื่องต่างๆ ของผู้เสนอหลายท่านออกไปเนื่องจากเวลาในการประชุมจำกัด และจะได้นำเสนอในการประชุมทางวิชาการประจำปีเดือนในคราวต่อไป แทน นี้ก็เป็นสัญลักษณ์ของความก้าวหน้าทางวิชาการของสมาคมนี้ซึ่งสมาคม ขอเรียนให้ทราบว่า ในการประชุมแพทย์สมาคมโลกคราวหน้าที่จะมีขึ้นใน กรุงเทพมหานคร ประเทศเยอรมันนี่ในเดือนพฤษภาคมนี้ นายแพทย์อุกฤษช์ เปลี่ยนวานิช เทรักฎิกของสมาคมจะได้เป็นผู้แทนของสมาคมไปร่วมประชุม และนำเรื่องทางวิชาการของเราไปบรรยายเป็นการเผยแพร่ชื่อเสียง และเกียรติคุณของสมาคมของเราอีกด้วย

ในขณะนั้นการประชุมทางวิชาการของเรามีความขาดลำบากในการหาเรื่องวิจัยมาบรรยาย ผู้ทำการศึกษายังมีน้อยมาก และประชุมกัน เพียงครั้งวัน บางครั้งก็มีแต่ผู้บรรยายครั้งหนึ่ง และผู้ฟังครั้งหนึ่ง เป็นจำนวนไม่กี่คนเท่านั้น ดังตัวอย่างการประชุมวิชาการประจำปีครั้งที่ 3

การประชุมวิชาการประจำปีครั้งที่ 3
ของสมาคมโรคทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย
วันพุธที่ 18 มีนาคม 2507
ณ หอประชุมโรงพยาบาลประสาท พญาไท

8.45 - 9.00 น.

นายกสมาคมฯ อำนวยการ
ของสมาคมในรอบปี และศาสตราจารย์
หลวงพิณพาทย์พิทยาเอก กล่าวเปิดประชุม

9.00 - 9.20 น. - P.V.P. test in hypertrophic

gastritis, preliminary report

วิกิจ ธีรานูวัตต์, เจริญจิตต์ กัลยาศิริ,

วิมลพร สุวรรณิก, สวัสดิ์ ทิศะนันท์,

ฤดี ปลื้มจันทนา

9.35 - 9.55 น. - Fat absorption and digestion

test by using Triolein and

Oleic acid วิมลพร สุวรรณิก,

วิกิจ ธีรานูวัตต์, ฤดี ปลื้มจันทนา และ

สวัสดิ์ ทิศะนันท์

9.55 - 10.10 น. - Early diagnosis in infectious

hepatitis อุทกฤษต์ เปล่งวาณิช,

วิกิจ ธีรานูวัตต์, วิบูล ธีรานูวัตต์ และ

สวัสดิ์ ทิศะนันท์

10.10 - 10.35 น. - An analysis of common liver

diseases seen at Siriraj

Hospital based on liver biopsy

ณัฐ กมรประวัตต์, วิกิจ ธีรานูวัตต์,

อุทกฤษต์ เปล่งวาณิช และสวัสดิ์ ทิศะนันท์

10.35 - 10.50 น. - Relapsing pancreatitis with

case report สมหมาย วิลาวัณย์

10.50 - 11.15 น. - Experience with Hirschowitz

Gastroduodenal Fiberscope,

preliminary report.

วิกิจ ธีรานูวัตต์

11.15 - 11.30 น. - Zollinger Ellison Syndrome

ร.อ.บุญเกตุ เหล่าวาณิช,

พ.อ.ประมัต โปธิทัต, พ.ศ.หญิงศรีพรุ

วิษยาสารณบุตร และพ.ศ.ประเสริฐ

สกุลเจริญ พ.ศ.สมพนธ์ บุนนาคบุศ

11.30 - 11.45 น. - Acanthosis nigricans c CA

stomach สุนิตย์ เจริญจิตต์

11.45 - 12.00 น. - เลือดคั่งในชายอกสมานและตะคร้อกรรณการ

บริหารชุกใหม่ (แต่ละรายการรวม

เวลาสำหรับซักถามเข้าไปด้วย 5 นาที

ภาพถ่ายขอให้เป็นขนาด 55 มม.)

ภายหลังการประชุมแล้ว ขอเชิญสมาชิก

ร่วมรับประทานอาหารกลางวัน

นายแพทย์อุทกฤษต์ เปล่งวาณิช

เลขานุการ

เรื่องของสมาชิกในระยะแรกมีสมาชิกทั้งหมดเพียง 24 คน โดยทางสมาคมเก็บค่าสมาชิกปีละ 100 บาทเท่านั้น จำนวนสมาชิกกับผู้บรรยายทางวิชาการมีจำนวนไล่เรียงกัน ฉะนั้นในการประชุมใหญ่ทางวิชาการระยะแรก หรือการประชุมประจำปี เดือนกันยายนมีผู้ฟัง มีแค่ผู้บรรยาย จำนวนในเรื่องวิจัยก็น้อยมาก แล้วายกต้องมีความสามารถที่จะเขียนเรื่องมาบรรยายได้ตลอดเวลา ถ้าขาดเรื่องในการประชุม ต่อมาจึงมีสมาชิกเพิ่มขึ้นทีละน้อยในเวลา 4 ปีต่อมาจึงมีสมาชิก 35 คน จากแทบทุกสถาบันการแพทย์ ในการนี้ประเทศไทยหรือสมาคมของเราต้องเสียค่าบำรุงให้สาขาใหญ่ คือสมาคมโรตทาทางเดินอาหารของโลกคนละหนึ่งดอลลาร์ การเก็บเงินจากสมาชิกรวมทั้งบำรุงก็เป็นของยาก การรับบริจาคจากบริษัทยาในการประชุมใหญ่ประจำปีก็แทบจะไม่มี เป็นหน้าที่ของนายกสมาคมจะต้องจ่ายค่าบำรุงไปยังสมาคมโลกเองทุกปี และไม่มีผู้ใดอยากเป็นนายกกิน ทำให้สาขาเราต้องเป็นนายกติดต่อกันหลายสมัยจนกินกำหนดกฎเกณฑ์ของสมาคมที่ตราไว้ต่อมาหลังจากสงครามเวียดนามยุติลง แพทย์รุ่นใหม่ที่ไปศึกษาต่อ และกลับมาจากอเมริกา ความสนใจในด้านทางวิชาการมีสูงขึ้นเรื่อย ๆ จึงมีสมาชิกเพิ่มขึ้น, มีบทความทางวิชาการเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ มีผู้สนใจในการวิจัย, บรรยาย และมาร่วมในการประชุมมากขึ้น นับเป็นการพัฒนาของสมาคมอย่างดียิ่งประกอบกับสมาคมได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากบริษัทยา, หน่วยงาน

ชายเครื่องมือแพทย์ ทำให้มีความก้าวหน้าทั้งในด้านวิชาการบริหาร และสมาชิก ได้มีผู้ได้รับเชิญเป็นประธานการประชุม ผู้บรรยาย, panelist ในการประชุมต่างประเทศมากขึ้น ซึ่งแสดงถึงความก้าวหน้าทางการแพทย์ของประเทศเราเป็นอย่างดี

ในเวลาที่ผ่านมา ๑ มาจนถึง พ.ศ. 2513 สิบปีภายหลังการก่อตั้งสมาคม เราก็คงมีปัญหาด้านการเงินอยู่มาก เพราะค่าเปิดการอบรม, การประชุมไม่ตัดค่าลงทะเบียนเลย เพราะถ้าคิดค่างไม่มีคนมาประชุมเป็นแน่ แม้แต่ค่าสมาชิกก็เก็บได้ยาก ดังรายงานการประชุม ครั้งที่ 2/2513 วันที่ 12 ตุลาคม 2513 เวลา 13.00 น. ณ ห้องประชุมชั้น 3 โรงพยาบาลตำรวจ ซึ่งอยากรอออกมาให้ท่านได้ทราบดังต่อไปนี้

รายงานการประชุมคณะกรรมการอำนวยการ
สมาคมทางระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย
ครั้งที่ 2/2513
ในวันจันทร์ที่ 12 ตุลาคม 2513 เวลา 13.00 น.
ณ ห้องประชุมชั้น 3 ร.พ.ตำรวจ

ผู้มาประชุม

1. ศาสตราจารย์นายแพทย์วิจิตร วิจารณ์รัตน์ นายก
2. นายแพทย์สมพงษ์ บุณยะคุปต์ อุปนายก
3. นายแพทย์เอนก ฟูจิตติ เลขานุการ
4. นายแพทย์สมหมาย วิไลรัตน์ เทพวิทยิก

5. นายแพทย์จินดา สุวรรณรักษ์

นายทะเบียน

ผู้แทนการประชุม

1. นายแพทย์สุจินต์ จารุจินดา

ปฏิคม

2. นายแพทย์อุกฤษดิ์ เปล่งวานิช

บรรณรักษ์

3. นายแพทย์อุทัย ตูจินดา

กรรมการกลาง

4. นายแพทย์เกษม สิมวงค์

"

5. นายแพทย์กิจจา สินธุวานนท์

"

เริ่มประชุมเวลา 13.10 น. โดยนายกเป็นประธานในที่ประชุม

ระเบียบวาระที่ 1 และ 2 และ 3 คณะกรรมการเห็นสมควรในฝ่ายาน

เพราะมีการประชุมคณะกรรมการหลังจากเลือกตั้งคณะกรรมการ

อำนวยการแล้วเมื่อวันที่ 11 มิถุนายน 2513

ระเบียบวาระที่ 3 รายงานเงินของสมาคม นายกได้แถลงในที่ประชุม

ทราบว่าขณะนี้เงินของสมาคมไม่มีเลย เนื่องจากสมาคมแพทย์ระ

บทางเคตินอาหารแห่งประเทศไทยเป็นอาชีพของระบบทางเคตินอา-

หารของโลก และของเอเชีย-แปซิฟิก สมาคมต้องส่งเงินบำรุง

ปลงละ ๑ \$ 1 ต่อจำนวนสมาชิก 1 คน นายกสมาคมได้จ่ายเงิน

ค้ำประกันเป็นเงินส่วนตัวจำนวน 105 ดอลลาร์หรืออเมริกันไปแล้ว

และขอให้กรรมการทุกท่านช่วยชำระค่าสมาชิก 60 บาท และค่า

ลงทะเบียนใหม่คนละ 100 บาท รวมเป็นเงินคนละ 160 บาท

เรื่องอื่น ๆ

เพื่อจะได้นำมาใช้จ่ายกิจการของสมาคม ที่ประชุมเห็นชอบด้วย

1. การย้ายสำนักงาน ที่ประชุมเห็นสมควรให้ย้ายสมาคม

จาก ร.พ.สถาบัน ประสาท พญาไท ไป ณ ร.พ.หญิง ศึกวาศ

อุทิศ โดยให้นายกจะได้นำหมายไปยังผู้อำนวยการทั้งสองโรงพยาบาล-

บาล และเสขาริกการจะแจ้งให้สันติบาลทราบ ภายในเดือนตุลาคม

2513

2. การประชุมทางวิชาการ และการอภิปรายร่วม ที่ประ

ชุมตกลงให้มีการประชุมทางวิชาการทุกพฤหัสบดีของทุกเดือน

โดยเวียนตามโรงพยาบาลต่าง ๆ สำหรับการอภิปรายร่วมให้จัด

ปีละครั้ง โดยอาจจะร่วมกับการประชุมนายแพทย์ผู้อำนวยการ

กรรมการแพทย์, หรือร่วมกับมหาวิทยาลัยแพทย์ต่าง ๆ ที่มีแพทย์มา

ร่วมประชุมจากซึ่งหนึ่งจะได้ตกลงอีกครึ่งหนึ่ง

3. การหารายได้ให้สมาคม ในขณะนั้นสมาคมมีรายได้ต่าง

เดียวคือ ค่าสมาชิก และค่าลงทะเบียน ให้ให้วิทยุวิทยุยามกับ

เงินจากสมาชิกด้วย

4. การติดต่อต่างประเทศ นายกจะได้นำหนังสือติดต่อไปยัง

สมาคมโรตทางเคตินอาหารโลก ณ ประเทศเม็กซิโก และภาคเอ

เซียแปซิฟิก เพื่อแจ้งรายชื่อคณะกรรมการที่เลือกตั้งใหม่

5. การจัดทําหนังสือรวมวิชาการประชุมประจำปีของสมาคม
เนื่องจากสมาคมยังไม่ทันพอ ที่าจะจัดทําก็อาจจะทำร่วมกับสมาคม
แพทย์ก็ได้ เรื่องนี้ให้พิจารณาภายหลัง

6. กำหนดวันประชุมใหญ่สามัญประจำปี ให้จัดในวันพฤหัสบดี
2 ของเดือนมิถุนายน ของทุกปี

เสร็จการประชุมเวลา 13.30 น.

ลงนาม นายก
(ศาสตราจารย์นายแพทย์วิจิตร วิจารณ์วัตต์)

ลงนาม เลขานุการ
(นายเอนก ยุวจิตต์)

ในปัจจุบันการวินิจฉัยถือว่าเป็นหัวใจของสมาคมนี้คงดีกว่าเก่า
มาก เพราะมีผู้สนใจในการศึกษาหลายด้าน เช่น ด้าน Endoscopy, In-
terventional radiology, hepatitis เป็นต้น ท้าให้มีผู้มาลงทะเบียน
ยินดีเสียเงินค่าอบรมพร้อมกับได้รับความช่วยเหลือทางราชการในการอนุมัติ
ค่าลงทะเบียน และการประชุมพร้อมกับมีผู้บริหารที่มีความสามารถทำในสมาคม
มีเงินเหลือเป็นจำนวนมาก และถ้าได้มีการประชุมนานาชาติ จัดขึ้นในกรุงเทพฯ
เราคงจะฐานะการเงินดีขึ้น เพราะจะได้กำไรมาก

วารสารการแพทย์

ความมุ่งหมายอย่างหนึ่งของกรมการบริหารตั้งแต่ชุดแรก และ
ต่อมาก็คือความต้องการที่จะมีวารสารเฉพาะโรคทางเดินอาหารของ
สมาคมเองสักฉบับหนึ่ง แต่ก็ยังไม่เคยมีผลสำเร็จจนถึงปัจจุบันนี้ ซึ่งทราบกัน
อยู่ มีเพียงครั้งเดียวที่ข้าพเจ้าในฐานะที่เคยเป็นบรรณาธิการ จดหมายเหต
ุการแพทย์แห่งประเทศไทย และในปี พ.ศ. 2505 ได้ขอพิมพ์ฉบับพิเศษ คือ
ฉบับโรครทางเดินอาหาร และได้มีขึ้นในเล่ม 45 ตอน 5 เดือนพฤษภาคม
2505 นี้เป็นเล่มแรก และเล่มสุดท้าย

ข้าพเจ้าและคณะมีความยินดีที่ได้เห็นความเจริญ และความเป็นปึก
แผ่นของสมาคม ได้ทดลองจัดการประชุม Asia Pacific Association
for the study of Liver ซึ่งเป็นสาขาหนึ่งของสมาคมที่กรุงเทพฯ
และได้รับความสำเร็จที่น่าภาคภูมิใจ และคิดอยู่เสมอว่า เราควรจะได้เป็น
เจ้าภาพในการประชุม Asian Gastroenterological Association
สักครั้งหนึ่งในประเทศไทย เพื่อเป็นการประกาศเกียรติคุณของน้อง ๆ รุ่น
หลังให้แพร่กระจายไปตั้งในอดีตที่ผ่านมาแล้ว และขอฝากความหวังนี้ไว้กับ
ท่านทั้งหลาย ณ ที่นี้ด้วย และกระตุนานักถึงว่า ครั้งหนึ่งประเทศไทยเป็นที่ยอมรับ
ในภูมิภาคเอเชียอาคเนย์ในสาขาวิชาโรครทางเดินอาหาร, เราทำ
Gastroscopy มาตั้งแต่เป็น semi flexible gastroscope ในป็นนี้
ศาสตราจารย์เอกฤษดิ์ กีนัว peritoneoscopy จากประเทศไทยเยอรมันมา

ใจ, เราถ่ายภาพสีในกระเพาะอาหาร, เราทำการเจาะ Liver biopsy ก่อนใคร ๆ ทั้งหมด แต่ปัจจุบันเรามีคู่แข่งเพื่อนบ้านที่นำกล้าว เช่น ยี่อังกง และสิงคโปร์ เป็นต้น

ข้าพเจ้าขอวิงวอนให้ท่านทั้งหลายรีบตอบ จงรักษาความดีต้น ของเราไว้เสมือนหนึ่งเกรงกลัวรักษาความดี

สวัสดิศรัับ

ศาสตราจารย์นายแพทย์วิโรจ ธีรานันต์

อธิการบดีสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

สมาชิกท่านใดมีเหตุทักท้วงวิชาการ

เราจงจัดให้ผู้เชี่ยวชาญแต่ละสาขาเป็นผู้พิจารณา

โปรดส่งคำติชมมายัง

บรรณาธิการจุลสารสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

สาขาวิชาโรคระบบทางเดินอาหาร

ภาควิชาอายุรศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

บางกอกน้อย

กรุงเทพฯ 10700

Selected Abstracts

1. Effects of Desipramine on Irritable Bowel Syndrome

Compared with Atropine and Placebo

D.S. Greenbaum, MD, J.E. Mayle, MD, L.E. Vanegeren, PhD, et al.

East Lansing, Michigan.

Dig Dis Scien 1987; 257-66.

Antidepressant treatment trials of irritable

bowel syndrome (IBS) have suggested beneficial effects.

Twenty-eight patients with the disorder (9 constipation

-predominant, 19 diarrhea-predominant) complete a

double-blind crossover study using desipramine, atropine

and placebo in random sequence. A four-week observa-

tion period preceded three six-week test periods.

Bowel habits, abdominal distress, and affect were

repeated daily and in biweekly evaluations. Psycholo-

gical assessments and rectosigmoid contractile studies

were done in each period. Stool frequency, diarrhea,

abdominal pain, depression, and slow contractions decreased significantly more in diarrhea-predominant patients during desipramine compared with placebo and atropine treatments. Diarrhea prone patients' depression scores fell more in all periods than constipation-prone patients. Fifteen patients (13 diarrhea-predominant) improved globally during desipramine, five during placebo and six during atropine treatments. Desipramine may be helpful in treating IBS, perhaps through antidepressant and antimuscarinic effects.

2. Studies of the Prevalence and Significance of Radio-

labeled Bile Acid Malabsorption in a Group of Patient With Idiopathic Chronic Diarrhea

L.R. Schiller, R.B. Hogan, S.G. Morawski, et al.
Dallas, Texas.

Gastroenterology 1987; 92:151-60.

We studied radiolabeled fecal bile acid excretion in 11 normal subjects and 17 patients with

idiopathic chronic diarrhea for three major purposes:

- (a) to establish normal values for this test in the presence of increased stool volumes (induced in normal subjects by ingestion of poorly absorbable solutions);
 - (b) to test for bile acid malabsorption in the patients and to correlate this with an independent test of ileal function, the Schilling test; and (c) to compare the results of the bile acid excretion test with the subsequent effect of a bile acid binding agent (cholestyramine) on stool weight. In normal subjects fecal excretion of the radiolabel was increased with increasing stool volumes. As a group, patients with idiopathic chronic diarrhea excreted radiolabeled bile acid more rapidly than normal subjects with induced diarrhea ($t \frac{1}{2} 56 \pm 60$ h, respectively, $p < 0.005$).
- There was a statistically significant positive correlation between $t \frac{1}{2}$ of radiolabeled bile acid and Schilling test results in these patients. Although 14 of 17 patients absorbed labeled taurocholic acid

less well than and of the normal subjects with comparable volumes of induced diarrhea, cholestyramine had statistically significant effect on stool weight in the patient group, and in none of the patients was stool weight reduced to within the normal range. In summary, most patients with idiopathic chronic diarrhea have bile acid malabsorption (as measured by fecal excretion of labeled bile acid), but they do not respond to cholestyramin therapy with a significant reduction in stool weight. Although the significance of these findings was not clearly establishes, the most likely interpretation is that bile acid malabsorption is a manifestation of an underlying intestinal motility of absorptive defect rather than the primary cause of diarrhea.

3. Changes of Serum Hepatitis B Virus DNA in Two Types of Clinical Events Preceding Spontaneous Hepatitis B e Antigen Seroconversion in Chronic Type B Hepatitis
Y.F. Liaw, C.C. Pao, C.M. Chu, I.S. Sheen,

M.J. Huang.

Taiwan, Republic of China
Hepatology 1987; 7:1-3.

Two type of clinical events, acute exacerbation and uneventful course, preceded spontaneous HBeAg seroconversion to its antibody (anti-HBe) in chronic type B hepatitis. To examine the possible mechanism responsible for these two types of clinical events, serial serum specimens from 75 patients who underwent spontaneous HBeAg seroconversion were assayed for hepatitis B virus DNA by slot blot hybridization with ³²P-labeled cloned hepatitis B virus DNA as probe. Of these 75 patients, 47(62.7%) had episodes of acute exacerbation (ALT < 300 IU per liter) within 3 months prior to HBeAg seroconversion. All of these 47 patients had high hepatitis B virus DNA levels (> 1,000 pg per ml) at the onset of acute exacerbation. Their serum hepatitis B virus DNA disappears shortly before or simultaneously with the HBeAg clearance in 27

patients (57.4%) and persisted but with decreasing levels for 2 to 40 months in 20 patients. Most of these patients had high α - fetoprotein levels or evidence of bridging hepatic necrosis. In contrast, the serum hepatitis B virus DNA was undetectable for a minimum of 3 (3-17) months in the 28 patients who had an uneventful course before HBeAg seroconversion.

Twenty of these 28 patients had well documented episodes of acute exacerbation with high hepatitis B virus DNA levels, but with normal α - fetoprotein and little evidence of extensive necrosis as far back as 6 to 27 months before HBeAg seroconversion. The data might suggest that all spontaneous HBeAg seroconversion in chronic type B hepatitis was preceded by acute exacerbation as a result of immune clearance of hepatitis B virus, and the clinical events occurred within 3 months before HBeAg seroconversion were related to the serum hepatitis B virus DNA levels.

4. Virological Significance of HBeAg Subtypes (HBeAg/1 and HBeAg/2) in Patients with Type B Hepatitis

A. Kanno, H. Ohori, K. Matsuda, et al.
Sendai, Japan.

Hepatology 1987; 7:15-9.

In order to establish the virological significance of HBeAg subtypes (HBeAg/1 and HBeAg/2) during hepatitis B virus infection, HBSAg, HBeAg and hepatitis B virus DNA in serum and HBeAg in liver were determined quantitatively in relation to the detection of HBeAg subtypes in agar gel diffusion. Thirty-eight chronic HBSAg carriers with HBeAg, including 16 nonspecific reactive hepatitis, 8 chronic persistent hepatitis, 11 chronic active hepatitis and 3 liver cirrhosis, who were seen at Tohoku University Hospital from 1983 to 1985, were examined. Significantly larger amounts of HBSAg, HBeAg and hepatitis B virus DNA in serum and HBeAg in liver were found in patients positive for both HBeAg/1 and HBeAg/2 in serum than in those positive

for only HBeAg/1 or negative for both subtypes. These results suggest that the presence of HBeAg/2 in serum may reflect the occurrence of active viral replication.

When the detection pattern of HBeAg subtypes was examined during serial follow-up for at least 1 year, three groups of patents were classified with respect to the presence of HBeAg/2, i.e., Type I, consistently positive for HBeAg/2; Type II, consistently negative for HBeAg/2, and Type III, intermittently positive for HBeAg/2. More than 80% of Type I patients were histologically diagnosed having as nonspecific reactive hepatitis, while more than 80% of Type II and III patients had more progressive liver diseases such as chronic persistent hepatitis, chronic active hepatitis and liver cirrhosis. These results suggest that the serial examination of HBeAg subtypes in serum may be important for more detailed evaluations of type B hepatitis.

5. Chronic Severe Constipation

Prospective Motility Studies in 25 Consecutive

Patients

J.C. Reynolds, A. Ouyang, C.A. Lee, L. Baker, A.C.

Sunshine, S. Cohe

Philadelphia Pennsylvania

Gastroenterology 1987; 92:414-20.

The purpose of this study was to determine the patterns of gastrointestinal and anal sphincter motility in 25 consecutive patients with severe constipation. Three patterns of abnormal motility were observed in 68% of the patients: (a) isolated anal sphincter dysfunction (20%), (b) a generalized disorder of gastrointestinal motility (24%), and (c) rectosigmoid dysfunction (24%). The remaining patients had either a previously unrecognized primary disorder leading to constipation or the irritable bowel syndrome. Duration of symptoms, laxative usage, or other historical features failed to distinguish each of the groups

Anal sphincter dysfunction was diagnosed by demonstrating impaired sphincter relaxation during rectal distention. Generalized motor disorders were diagnosed by demonstrating impaired colonic and esophageal function together with an abnormality in gastric emptying. Rectosigmoid dysfunction was manifest by and impaired rectosigmoid motor response to feeding without evidence of other organ dysfunction. These studies indicate that a high percentage of patients with more severe degrees of constipation have a serious but sometimes treatable disorder of bowel function, rather than the irritable bowel syndrome.

6. Screening for colorectal Cancer in a High-risk

Population

Results of a Mathematical Model

D.M. Eddy, F.W. Nugent, J.F. Eddy, et al.
New York, New York.

Gastroenterology 1987; 92: 682-92.

A mathematical model was used to estimate the cost-effectiveness of colorectal cancer screening strategies for people who are at high risk because of a first-degree relative with colorectal cancer. The model uses indirect evidence about such factors as cancer incidence, sensitivity and specificity of different tests, and treatment effectiveness. The analysis indicates that for screening people over 40 yr old (a) an annual fecal occult blood test may reduce colorectal cancer mortality by about one-third, (b) either colonoscopy or barium enema may reduce mortality by 85%, (c) a 3-5-yr frequency for endoscopies or barium enemas preserves 70%-90% of the effectiveness of an annual frequency, and (d) beginning screening at age 50 reduces effectiveness by 5%-10%. Although both barium enemas and colonoscopies appear to be effective in reducing mortality, the lower cost of the barium enema makes it a more cost-effective strategy. All of these estimates depend on the baseline estimates of each of the factors incorporated in the model; the conclusions are most sensitive to assumptions

about the natural history of adenomatous polyps, the bleeding of adenomas and presymptomatic cancers, and the sensitivity of the fecal occult blood test. Recommendations about colorectal cancer screening must also consider factors such as discomfort, inconvenience, and the availability of various technologies.

สมาชิกท่านใดที่ย้ายที่อยู่ หรือไม่ได้รับจุลสารสมาคม กรุณาแจ้งที่
 เลขานุการสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย
 สาขาวิชาโรกระบบทางเดินอาหาร
 ภาควิชาอายุรศาสตร์
 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
 นางกนกน้อย
 กรุงเทพฯ 10700

International Symposium on Hepatocellular Carcinoma-An update on early diagnosis, treatment & Prevention

9 - 10 กุมภาพันธ์ 2531

เนื่องในโอกาสฉลอง 100 ปีศิริราช สาขาวิชาโรกระบบทางเดินอาหาร

ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล จะเป็นเจ้าภาพจัดการประชุมนานาชาติเรื่อง "Hepatocellular carcinoma" ที่ร.พ.ศิริราช โดยมี distinguished guest speakers จากต่างประเทศเช่น K. Okuda (ญี่ปุ่น), N. Okazaki (ญี่ปุ่น), Z.Y. Tang (จีน), H. Nakamura (ญี่ปุ่น)

การประชุมจะประกอบด้วย Lecture และ paper presentation

- Lecture 1 Epidemiology of HCC
- " 2 Early detection of HCC
- " 3 Surgical treatment of HCC
- " 4 Systemic Chemotherapy treatment
- " 5 Embolization and local infusion chemotherapy

Lecture 6 Prevention of HCC

" 7 New development in the treatment of HCC

กำลังทะเบียน (รวมอาหารกลางวันและที่พัก) สำหรับผู้เข้าร่วม

จำนวนไทย 1,000 บาท (ก่อน 30 พฤศจิกายน 2530)

สมาชิกผู้สนใจติดต่อได้ที่

นายแพทย์ไพโรจน์ วัฒนโคง ไรจงกุล

สาขาวิชาโรคระบบทางเดินอาหาร

ภาควิชาอายุรศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

มหาวิทยาลัยมหิดล

กรุงเทพฯ 10700

โทร. 2343940 , 4111097

PROGRAMME : February, 1988

8th Feb. - Arrival of delegates

08:30-10:00 hrs - Registration

18:30-20:00 hrs - Royal Orchid Sheraton

Hotel/Menam Hotel

9th Feb. 08:45-09:00 - Opening Ceremony

by the Dean of Faculty of

Medicine and Chairman of

the Committee

09:00-09:30 hrs - Lecture I

Epidemiology of HCC

by Prof. Kunio Okuda,

Japan

09:30-10:15 hrs - Presentation of Papers

and Discussion

10:15-10:30 hrs - COFFEE BREAK

10:30-11:00 hrs - Lecture II

Early Detection of HCC

by Prof. Kunio Okuda,

Japan

11:00-11:45 hrs - Presentation of Papers

and Discussion

11:45-13:30 hrs - LUNCH

13:30-14:00 hrs - Lecture III

Surgical Treatment of HCC

by Prof. Zhao-You Tang,

P.R.O.C.,

Prof. Dr. Arun Pausawasdi

Prof. John Wong, Hong Kong

14:00-14:15 hrs - Presentation of Papers

and discussion

14:45-15:00 hrs - COFFEE BREAK

15:00-15.30 hrs - Lecture IV

Systemic Chemotherapy

Treatment

by Prof. Nobuo Okazaki,

Japan

15:30-16-15 hrs - Presentation of Papers

Discussion

10th Feb.

09:00-09:30 hrs - Lecture V

Embolization and Local

Infusion Chemotherapy

by Prof. H. Nakamura,

Japan

09:30-10:15 hrs - Presentation of Papers

and Discussion

10:15-10.30 hrs - COFFEE BREAK

10:30-11:00 hrs - Lecture VI

Prevention of HCC

by Prof. Temchal

Chainuvati

11:00-11:45 hrs - Presentation of Papers

and Discussion

11:45-13:30 hrs - LUNCH

13:30-14:00 hrs - Lecture VII

New Development in the

Treatment of HCC

Panel Discussion

- Head by Prof. Dr.

Pornchai Matangkasombat

14:00-14:45 hrs - Presentation of Papers

and Discussion

14:45-15:00 hrs - COFFEE BREAK

16:00-21:00 hrs - Farewell Dinner

Suan Thip Restaurant-

Thai Dinner and Cultural

Show

Secretariat :

Division of Gastroen-

terology Department of

Medicine Siriraj Hospital

Mahidol University

Bangkok 10700, Thailand

TEL. : 234-3940,

411-1097

Telex: 21605 ICCSSS TH.

HANS POPPER AWARD 1989

The FALK-FOUNDATION e.V., Freiburg/Br., West Germany, announces the creation of the HANS POPPER AWARD for achievements in research of liver diseases; the prize is US\$ 25,000. It will be awarded every three years, the first time on Thursday, October 12, 1989, during the Basel Liver Week. This prize is to recognize outstanding contributions to clinical and experimental hepatology by scientists under the age of 50.

The awardees will be selected by the following International Committee: L. Bianchi, Basel (Switzerland); J.L. Boyer, New Haven (USA); V.Desmet, Leuven (Belgium); W. Gerok, Freiburg/Br. (West Germany); J Iselbacher, Boston (USA); K. Okuda, Chiba (Japan); J.W. Powell, Brisbane (Australia); J. Rodes, Barcelona (Spain); R. Schmid, San Francisco (USA); Dame Sheila Sherlock, London (U.K.).

บรรณาธิการแถลง

Secretary of the Committee:

L. Bianchi, M.D.

Professor of Pathology

Department of Pathology

University of Basel

Schoenbeinstrasse 40

CH-4056 Basel (Switzerland)

จุลสารสมาคมฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 3 ซึ่งเราเฝ้าออกเฝ้ากว่าปกติเล็กน้อย เพื่อให้ทันการประชุมใหญ่ประจำปี 2530พอดี หลังจากออกฉบับที่ 2 ไปแล้ว เราได้รับเสียงสะท้อนกลับมาบอกว่าจุลสารสมาคมของเราพอใช้ดี และเมื่อได้อ่านประวัติการก่อตั้งสมาคมฯ ซึ่งได้ลงในฉบับนี้ ศ.น.พ. วัทธิกรานันท์ อธิบดีกรมสาธารณสุขสมัยตั้งความหวังไว้ว่าอยากมีจุลสารหรือวารสารเป็นของตนเองแต่ก็ยังไม่เคยสมหวังเลยในตลอดระยะเวลาอันยาวนาน บัดนี้ความฝันนี้ได้เป็นจริงแล้ว เราพยายามจะรักษาความฝันนั้นให้คงอยู่ตลอดไปแต่ทางนี้คงขึ้นอยู่กับท่านสมาชิกทั้งหลายที่จะให้การสนับสนุนมากกว่า คณะกองบรรณาธิการเป็นเพียงตัวจักรอันน้อยที่จะประสานให้ประกาศ รวมทั้งคำติชมขอได้โปรดส่งมาใช้บริการในจุลสารสมาคมฯบ้าง เพื่อช่วยกันสนับสนุนให้จุลสารสมาคมฯนี้ยืนอยู่ให้ตลอดไป

ในฉบับนี้ เราได้พยายามจำกัดหน้าให้น้อยลงกว่าฉบับที่แล้ว จำนวนไม่เกิน 100 หน้า น่าจะเป็นขนาดที่พอเหมาะสำหรับจุลสาร และสำหรับราคากระดาษที่ค่อนข้างแพงในปัจจุบัน แต่เนื้อหาภายในเราไม่ได้คัดลงเลย ฉบับนี้เรามีรายงานผู้ป่วยจากโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ขอนแก่น จำนวน 3 ราย clinical review 2 เรื่อง และ interesting topic เรื่องประวัติ

การก่อตั้งสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย พร้อมทั้งมี
 selected abstract และข่าวประกาศที่น่าสนใจครบถ้วน เช่นเดียวกับ
 หน่วยงานอีกหลายคงจะใส่ประโยชน์จากจุลสารสมาคมนี้ตามสมควร

ท่านที่ยังไม่ได้ส่งไปรษณีย์ครบ/รับรอง/
 ไม่รับรอง การแก้ไขข้อบกพร่องสมาคมฯ
 ฉบับแก้ไข 2530 (ซึ่งแนบไปกับจุลสารฉบับที่ 2)
 กรุณาส่งคืนคืนค่า.

กำหนดการประชุมทางวิชาการและธุรการ

สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

ประจำปี 2530-2531

<u>ครั้งที่</u>	<u>วันที่</u>	<u>การประชุม</u>	<u>สถานที่</u>
7	23-27 พย. 30	อบรมระยะสั้น Digestive Endoscopy และประชุมใหญ่ วิชาการ และธุรการประจำปี 2530	รพ.จุฬาฯ
8	4 มีค. 31	วิชาการ	รพ.ตำรวจ
9	6 พค. 31	วิชาการ	รพ.ราชวิถี
10	18-22 กค. 31	วิชาการกลางปี 2531 และธุรการ	รพ.ต่างจังหวัด
11	2 กย. 31	วิชาการ	รพ.วชิระ
12	21-25 พย. 31	อบรมระยะสั้นและประชุมใหญ่ วิชาการและธุรการ	รพ.รามธิบดี หรือ รพ.พระมงกุฎฯ