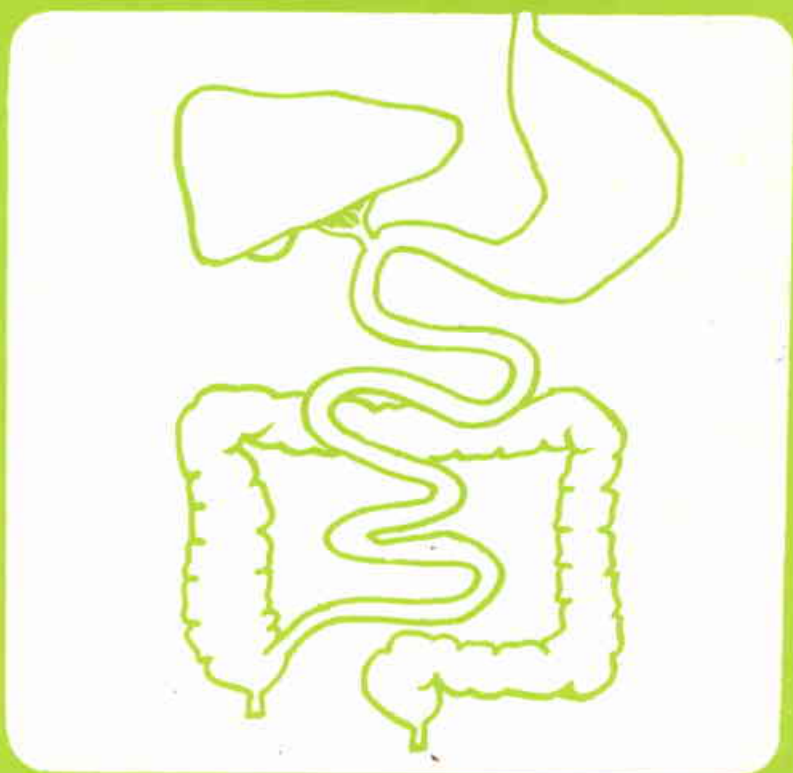


จุดสาร

สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหาร
แห่งประเทศไทย

ปีที่ 2 ฉบับที่ 4 เมษายน 2531

ISSN 0857-6351





จุลสารสมาคม แพทยระบบทางเดินอาหาร แห่งประเทศไทย

จุลสารสมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทยจัดพิมพ์
โดยอนุมัติคณะกรรมการอำนวยการสมาคมแพทยระบบทางเดินอาหาร-
แห่งประเทศไทย กำหนดออกทุก 4 เดือน แจกจ่ายโดยไม่คิดมูลค่าแก่
สมาชิกของสมาคมฯ และแพทย์ผู้สนใจ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริม
ความรู้โรคระบบทางเดินอาหารและประชาสัมพันธ์กิจกรรมของสมาคมฯ
สำนักงาน:

สาขาวิชาโรคระบบทางเดินอาหาร

ภาควิชาอายุรศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

บางกอกน้อย

กรุงเทพฯ

โทรศัพท์ 4111097

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

ปีที่ 2 ฉบับที่ 4

เมษายน 2531

ISSN 0857-6351

รายงาน คณะผู้จัดทำจุฬาลงกรณ์

ที่ปรึกษา	น.พ. เต็มชัย ไชยมูตรี
บรรณาธิการที่ปรึกษา	น.พ. ทองดี ชัยพานิช
บรรณาธิการ	น.พ. อุดม คชินทร
กองบรรณาธิการ	น.พ. ไพโรจน์ เหลืองโรจนกุล
	พ.ญ. อรพราว ชินะภัก
	ผศ.สิมา แก้วสว่าง
	สินีนานู เสือสุวรรณ
ศิลปกรรม	หน่วยกรรณิก โรงเรียนเวชนิทัศน์
	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
ปก	เอก เกตุสมพร
พิมพ์ที่	หน่วยพิมพ์โรงพยาบาลศิริราช
จำนวน	800 เล่ม

รายงาน คณะกรรมการ

สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2530-2532

นายกสมาคม	นายแพทย์ เต็มชัย ไชยมูตรี
อุปนายก	นายแพทย์ สุชา คุระทอง
เลขาธิการ	นายแพทย์ ไพโรจน์ เหลืองโรจนกุล
เหรัญญิก	นายแพทย์ ภูมิ วนาสิน
ปลัด	นายแพทย์ จรินทร์ โรจนบวรวิทยา
ประธานฝ่ายการศึกษา	นายแพทย์ วีระศักดิ์ ว่องไพฑูริย์
ประธานฝ่ายวารสาร	นายแพทย์ ทองดี ชัยพานิช
ประธานฝ่ายโรคตับ	นายแพทย์ วิกิจ ธีรานันต์
ประธานฝ่ายเอนโดสโคปีย	นายแพทย์ สมหมาย วิไลรัตน์
ประธานฝ่ายวิจัย	นายแพทย์ นลินทร์ กลัดเจริญ
ที่ปรึกษา	นายแพทย์ วิกิจ ธีรานันต์
	นายแพทย์ อุกฤษต์ เปล่งวาณิช
	นายแพทย์ สุจินต์ จารุจินดา
	นายแพทย์ เกรียงไกร อัครวงค์
	นายแพทย์ สมพนธ์ บุญคอบต์
	นายแพทย์ สวัสดิ์ ทิตะนันท์
	นายแพทย์ เอกก ฐาวุจติ
	แพทย์หญิงกรรณิการ์ พรหมเนกุล

กรรมการกลาง

สารบัญ

	หน้า
รายงานการประชุมสมาคมฯ ครั้งที่ 6/2530	6
รายงานประจำปี 2530 ของสมาคมฯ	15
รายงานการประชุมทางวิชาการของสมาคมฯ	
- อากาปรวัตท้องถิ่นอยุธยา 14 วันใน	19
หญิงอายุ 50 ปี	
- อากาปรดาเหลืองและน้ำในช่องปอดขวา	26
ในผู้ป่วยหญิง	
Clinical Reviews	32
- Management of Peptic ulcer and	
Acute GI bleeding	
Prof. K.R. Gough, U.K.	
Interesting topics	39
Highlight จากการประชุม 6 th APASL	
ก.พ. 2531 ที่ กรุงเทพมหานคร ประเทศอินเดีย	
Selected Abstracts	48
ข่าว-ประกาศ	58
บรรณาธิการแถลง	65
Subject Index	68
Author Index	69
กำหนดการประชุมทางวิชาการและธุรการของ	70
สมาคมฯ ประจำปี 2530-2531	

แพทย์หญิงจากรุ อรรถไพศาลศรีสุ
นายแพทย์สุเมธา สุวรรณรักษ์
นายแพทย์ชูเกียรติ อัคราธิษย์
นายแพทย์ดงน้อย ตันงามตรง
แพทย์หญิงนภาพร จุฑาฤกษ์กุล
นายแพทย์พิสิฐ สุรินทร์ราษฎร์
นายแพทย์ศัลล ไม้เรียง
นายแพทย์มานิต สีโทชวลิต
นายแพทย์วารินทร์ เสาวรส
แพทย์หญิงวิภา วงศ์พานิช
นายแพทย์สังจพันธ์ อิศรเสนา
นายแพทย์สุนทร ไทยสมิคร
แพทย์หญิงอรพรรณ ชินะภัก

สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

รายงานการประชุมครั้งที่ 6/2530

วันที่ 27 พฤศจิกายน 2530 เวลา 13.30-15.00 น.

ณ ห้องศรีสกล โรงเรียนวัฒนา ราชมงคล (เซอร่าตันเดิม)

รายงานผู้เข้าร่วมประชุม

- | | | |
|-------------------------------|--------------------|------------------|
| 1. นพ. เต็มชัย ไชยมณี | นายกสมาคม | ประธานที่ประชุม |
| 2. นพ. สุชา คุรทอง | อำนวยการ | |
| 3. นพ. ไพโรจน์ เหลืองโรจนกุล | สาขาวิชาการ | |
| 4. นพ. สุจินต์ จารุจินดา | ที่ปรึกษา | |
| 5. นพ. เกียรติกร อัครวงศ์ | ที่ปรึกษา | |
| 6. นพ. จรินทร์ โรจนวาทวิทยา | ปฏิบัติ | |
| 7. คุณศิริลักษณ์ ชัยยศพงษ์ | ผู้แทนชม. สมหมาย | ริไลต์นั้ ประธาน |
| | ฝ่ายเอนโดสโคปี | |
| 8. นพ. วีระศักดิ์ ว่องไพฑูรย์ | ประธานฝ่ายการศึกษา | |
| 9. นพ. นัสเร่ กัสต์เจริญ | ประธานฝ่ายวิจัย | |
| 10. นพ. สัจฉวัฒน์ อิศรเสนา | กรรมการกลาง | |
| 11. นพ. ดนัย ตันงามตรง | กรรมการกลาง | |
| 12. นพ. วรพันธ์ เสาวรส | กรรมการกลาง | |
| 13. นพ. มาโนช สิทฺธิวาลิต | กรรมการกลาง | |
| 14. พญ. วิภา วงศ์พาณิชย์ | กรรมการกลาง | |

- | | |
|----------------------------------|-------------|
| 15. นพ. ติณจ สุรินทร์ราษฎร์ | กรรมการกลาง |
| 16. นพ. ชูเกียรติ อัคราธิชัย | กรรมการกลาง |
| 17. นพ. อองอาจ ไพรสมทรงราษฎร์ | |
| 18. นพ. สุรินทร์ ชัยชัยวงศ์ | |
| 19. นพ. สิริวัฒน์ อนันตพันธ์พงษ์ | |
| 20. นพ. สมบุญ เจริญเศรษฐมพ | |

รายงานผู้ไม่ได้เข้าร่วมประชุม

- | | |
|-----------------------------|------------------|
| 1. นพ. อุกฤษต์ เปล่งวาณิช | ที่ปรึกษา |
| 2. นพ. สวัสดิ์ หิตะนันท์ | ที่ปรึกษา |
| 3. นพ. บุญ วานาสิน | แพทย์ |
| 4. นพ. รุจิจ ริรานันต์ | ประธานฝ่ายโรคตับ |
| 5. นพ. ทองดี ชัยพานิช | ประธานฝ่ายวารสาร |
| 6. นพ. สมพันธ์ นนยศุปต์ | ที่ปรึกษา |
| 7. นพ. เอนก ชูวจิตติ | ที่ปรึกษา |
| 8. พญ. การณิการ์ พรหมนกุล | กรรมการกลาง |
| 9. นพ. จินดา สุวรรณรักษ์ | กรรมการกลาง |
| 10. พญ. จารุ อรรถไพศาลศรีดี | กรรมการกลาง |
| 11. พญ. นภาพร จ้ำรุ่งกุล | กรรมการกลาง |
| 12. พญ. อรพรรณ ชินะภัก | กรรมการกลาง |
| 13. นพ. นิตาล ไม้เรียง | กรรมการกลาง |

วาระที่ 1

ประธานกล่าวขอบคุณคณะกรรมการอำนวยการทุกท่านที่
ช่วยให้การจัดอบรม Digestive Endoscopy ครั้งที่
7 ที่คณะแพทยศาสตร์จุฬาฯ เร็วไปได้ด้วยดีและขอบคุณ
สมาชิกทุกท่านที่มาร่วมประชุมใหญ่ประจำปี 253๑นี้
เรื่องสืบเนื่องจากการประชุมครั้งที่แล้ว: เรื่องการเผยแพร่
ความรู้เรื่องโรคตับอักเสบจากไวรัสและโรคหินนิ่ว
กันตับอักเสบชนิดบี สำหรับประชาชนและแพทย์ทั่วไป
ประชุมมีมติรับหลักการและให้ประธานฝ่ายโรคตับไป
จัดตั้งอนุกรรมการคณะหนึ่งเพื่อดำเนินการตามความ-
เหมาะสมต่อไป

วาระที่ 2

ที่ประชุมมีมติรับรองรายงานการประชุมครั้งที่ 5/253๑ โดยไม่มีการแก้ไข

วาระที่ 3

เรื่องการประชุมกลางปี 2531 และประชุมใหญ่ทาง
วิชาการประจำปี 2531 นั้น ประธานฝ่ายการศึกษา
แถลงว่าปกติแล้วการประชุมทางวิชาการจะมีเพียงครั้ง
เดียว อีกครั้งจะจัดร่วมกับการอบรม short course
ซึ่งเป็นรูปแบบที่ราชวิทยาลัยแพทย์จัดทำตามในเว-
ลาค่อมมา มีเพียงปี 2529 เท่านั้นที่มีการประชุมวิชาการ
2 ครั้ง/ปี แต่เดิมแล้วการประชุมวิชาการกลางปี
เคยจัดประชุมที่ต่างจังหวัด โดยให้โรงพยาบาลต่าง

จังหวัดและสมาคมฯ เป็นเจ้าภาพร่วมกัน เพื่อเป็นการ
กระตุ้นแพทย์ต่างจังหวัดสนใจวิชาการนำผลงานมาเสนอ
ในที่ประชุม นพ.สุจินต์แจ้งว่าการจัดประชุมรูปแบบนี้
จะมีปัญหาเรื่องเบิกค่าใช้จ่ายไม่ได้ นอกจากเปลี่ยน
รูปแบบให้โรงพยาบาลต่างจังหวัดเป็นผู้จัดและสมาคมฯ
เป็นผู้เข้าไปร่วมด้วยเท่านั้น นพ.นุสรีเสนอให้ลด
การประชุมกลางปี คงจัดการประชุมใหญ่ประจำปี
ละครึ่ง และจัด lecture tour ไปต่างจังหวัด น.พ.
ชูเกียรติเสนอให้ที่ประชุมลงมติว่าจะจัดการประชุมวิชา
การปีละ 1 หรือ 2 ครั้ง ที่ประชุมลงมติให้ประชุมปีละ
2 ครั้งด้วยคะแนนเสียง 15 ท่านและปีละ 1 ครั้ง 5
ท่านโดยรูปแบบของการประชุมไม่เป็น lecture tour
แต่จะไปจัดที่โรงพยาบาลต่างจังหวัดใหญ่ๆ หรือ รร.
แพทย์ในต่างจังหวัด เช่น จังหวัดนครสวรรค์,
อุบลฯ, สงขลา โดยมีผู้นำเสนอผลงานทางวิชาการ
การอภิปราย ฯลฯ ค่าใช้จ่ายในการดำเนินการได้จาก
เงินค่าบำรุงลงทะเบียน และเงินค่าออกกร้าน
เวชภัณฑ์จากบริษัทฯ ในการนี้คณะกรรมการอนุมัติค่า
ใช้จ่ายในการดำเนินการจ่ายจากเงินทดลองจ่ายบ-
ประมาณเท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกิน 5 หมื่นบาท นพ.อุทัย

เก้า เอี่ยมคณะแพทยศาสตร์ฯ สงขลาสมัครเรียนให้
สมาคมฯ จัดประชุมกลางปีรวมไปกับการประชุมวิชาการ
ประจำปีของคณะแพทย์ในเดือน กค.นี้ โดยแจ้งว่า
คณะแพทย์มีความสะดวกเรื่องห้องประชุมคือมีห้องประ
ชุมใหญ่ 5๐๐ ที่นั่ง 1 ห้อง ห้องประชุมเล็ก
15๐-2๐๐ ที่นั่ง 4 ห้อง ห้องประชุมเล็ก 6๐ ที่นั่ง 1
ห้อง และห้องประชุมเล็ก 3๐ ที่นั่ง 2 ห้อง
เรื่องการประชุมใหญ่วิชาการปลายปี 2531 ที่ประชุมมี
มติให้จัดรวมกับการอบรมระยะสั้น สถานที่อาจเป็น
โรงพยาบาลศิริราช เวลาควรเป็นสัปดาห์ที่ 3
หรือ 4 ของเดือน พย. และให้ประธานฝ่ายการศึกษา
ไปพิจารณาหัวข้อการอบรม short course มานำ
เสนอต่อไป

วาระที่ 4
การแก้ไขข้อบังคับของสมาคมฯ ฉบับใหม่ 253๑ เลขที่
ธการแกล้งว่า ตามที่ได้ส่งร่างข้อบังคับแก้ไขพร้อม
ไปรษณียบัตรตอบรับ/ไม่รับ ไปยังสมาชิกทุกท่านแล้วนั้น
ปรากฏว่า ได้ไปรษณียบัตรส่งกลับคืนมาไม่ถึงครึ่ง จึงยัง
นำเสนอมติต่อที่ประชุมไม่ได้ อย่างไรก็ตามสมาคมฯ
ได้จัดส่งจดหมายไปขอคำตอบจากสมาชิกที่ยังมิได้ตอบ
มาอีกครั้งแล้วและขอความร่วมมือจากท่านสมาชิกที่ประ

ชุมอยู่ให้ช่วยบอกต่อไปยังสมาชิกท่านอื่นด้วยให้ส่งคำ-
ตอบกลับมายังสมาคมฯ โดยเร็ว

วาระที่ 5
การประชุมประจำปีของประชุม 9th Asian Pacific
Congress of Gastroenterology and 6th
Digestive Endoscopy นพ.พิริจ ถามว่า สมาคม
มีศักยภาพพอที่จะจัดหรือไม่ ประธานฯ ตอบว่าสามารถ
จัดได้แน่ จากการส่งจดหมายเรียนหยั่งเสียงแจ้งว่า
ประเทศไทยประสงค์จะเป็นเจ้าภาพ มีประเทศที่ตอบ
สนับสนุนมา 2 ประเทศคือ ใต้หวัน และสิงคโปร์
นพ.บุสนธ์ถามว่า ถ้าค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปแสดง
ความจำนองขอเป็นเจ้าภาพครั้งนี้เกินกว่างบค่าใช้จ่าย-
จำนวนที่สมาคมเคยอนุมัติให้ไปแล้วจะทำอย่างไร นพ.
จรินทร์เสนอให้เหรียญกษาปณ์มูลค่าใช้จ่ายส่วนที่เกิน-
(ถ้าเกิดมีขึ้น) เติมเติมจากที่ประชุม

วาระที่ 6
เลขาธิการแจ้งว่า ได้ติดต่อบริษัทหนังสือพิมพ์วีวีวีรับสำ-
หรับผู้ที่สนใจจะไปประชุม APASL ที่นิวเดลี ประเทศ
อินเดีย เดือน กพ.นี้ ทางบริษัทจะแจ้งรายละเอียดไป
ยังสมาชิกทุกท่านในเร็ววัน นพ.สุจินต์ แจ้งว่า ได้ติดต่อ
สอบถามเรื่องการไปประชุม APCGE ที่เกาหลีแล้ว
ค่าเดินทางโดยสายการบินไทย 1๐5๐๐ บาท. ค่าที่พัก

ร.ร.เพชรรัตน์ 260๓ บาท/คืน ร.ร.ป๋อง 12๐๒บาท

/คืน ถ้ามีสมาชิกสนใจจะไปมากจะได้จัดกลุ่มทัวร์ไป

วาระที่ 7 เลขานุการฯ แลกต่อสมาชิกงบดุลและรายงานของผู้-

สอบบัญชีมาคณฯ ประจำปี 2529 แทนเหรียญกึ่งติด

ราชการต่างประเทศ

คุณศิริลักษณ์ สรบุการประเมินผลการฝึกอบรม Diseases-

tive endoscopyครั้งที่7ซึ่งจัดที่คณะแพทยศาสตร์จุฬา

23-26 พย.๓๐ จากแพทย์ 23 ท่านในจำนวนผู้เข้ารับ

การอบรมทั้งสิ้น 53 ท่านดังนี้

	ดีมาก	ดี	พอใช้	ไม่ดี
สถานที่	7	12	3	1
หัวข้อในการบรรยาย	4	12	4	-
การอภิปรายเดี่ยว	3	15	4	-
การอภิปรายหมู่	3	13	5	1
การสาธิต	6	9	5	-
ความรู้ที่ได้รับจาก	2	11	9	1
การอบรม				
อาหาร	1	9	9	1

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมี Coffee break ต่อในตอนบ่าย 2
2. ควรมี sheet แจกก่อนบรรยาย 5
3. ห่องฉาย slide ควรมีดีกว่านี้ 1
4. ควรมี Demonstration ให้มากขึ้น และควรจัดให้ดูตาม
โรงพยาบาลต่างๆ 1
5. ควรแบ่งคุณสมบัติของผู้เข้ารับการอบรมให้ชัดเจน 1
-เป็นผู้เริ่ม
-เป็นผู้ที่มีความรู้แล้ว
6. การสาธิตควรจัดให้ดูเป็นกลุ่มเล็กโดยให้ดูใกล้ชิด และ
ควรให้หัดทำบ้าง และควรจัดเป็นกลุ่มๆ เพื่อมาตุภาค
ปฏิบัติต่อกัน 1
7. ต้องการจัดทำ Technique การทำ scope ในด้าน
Therapeutic เป็น Video 1
8. การประชาสัมพันธ์ของสมาคมไม่เพียงพอ ไม่ทราบโปรแกรม
ของการประชุม Free paper 1
9. หัวข้อในการอบรมควรรวบรัดไม่ซ้ำซ้อน 1
10. วิชาการควรมีมากกว่านี้ เพราะวิทยากรเป็นผู้มี
ประสบการณ์จากโรงพยาบาลของราชการแล้ว 1
11. หัวข้อในการบรรยายควรให้มีเวลาหยุดให้นักถามและเอียด
กว่านี้ 1

1.2 การประชุมประจำปี 2530 จัดขึ้นในวันที่ 27 พฤศจิกายน 2530 ที่ห้องประชุมคริสตัล โรงแรมตะวันนา งามาตา โดยได้รับความร่วมมือจากบริษัท Thai medical engineering ให้ความสนับสนุนในเรื่องสถานที่

2. การอบรมหลักสูตรระยะสั้น สมาคมฯ ได้จัดการอบรมหลักสูตรระยะสั้นเรื่อง Digestive endoscopy ครั้งที่ 6 ระหว่างวันที่ 23-26 พฤศจิกายน พ.ศ.2530 ที่คณะแพทยศาสตร์จุฬา การอบรมครั้งนี้ สมาคมฯ ได้รับเกียรติจาก Dr. T. Yaosaka และคณะจาก Hokkaido University มาบรรยายพิเศษ โดยได้รับความสนับสนุนค่าใช้จ่ายของผู้บรรยายพิเศษจากบริษัท Olympus Optical Corporation แห่งประเทศญี่ปุ่น

3. การจัดการบรรยายพิเศษนอกจากการประชุมวิชาการประจำเดือนตามปกติแล้ว สมาคมฯ ได้จัดการบรรยายพิเศษดังนี้

3.1 Update in Peptic Ulcer Therapy โดย ผศ.พ.ญ.วโรชา มหาชัย จาก University of Alberta ประเทศแคนาดา ในวันที่ 26 ธันวาคม 2529 ณ ห้องประชุมวิจิตรวานิชที่ ร.พ.ศิริราช

3.2 Liver Transplantation in Australia โดย ศจ.พ. ND Gallagher จาก Royal Prince Alfred Hospital ออสเตรเลียในวันที่ 8 มิถุนายน 2530 ณ ห้องประชุมวิจิตร

สุรานุวัตรที่ ร.พ.ศิริราช

3.3 Chemembolization of hepatocellular carcinoma โดย รศ.พญ.กรรณิการ์ พรหมพันธุ์กุล จากคณะแพทยศาสตร์เชียงใหม่ ในวันที่ 4 กย.2530 ที่ห้องประชุม ดิทิทวิวงศ์ โรงพยาบาลจุฬาฯ

3.4 Advances in Prokinetic Drugs โดย Dr. Jean Van Nuetem ในวันที่ 9 ก.ย.2530ที่โรงแรมซงกริสลาด้วยความเอื้อเฟื้อจากบริษัท Janssen

4. Lecture Tour จัดขึ้นเป็น preconference ร่วมกับการประชุมใหญ่ประจำปี 2530 ของแพทยสมาคมที่คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ในวันที่ 27 ตุลาคม 2530 โดยได้รับความร่วมมือจากหน่วยโรคทางเดินอาหาร ภาควิชาอายุรศาสตร์ และภาควิชาศัลยกรรมศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น มีการบรรยายเรื่อง chronic diarrhea และ pain discussion เรื่อง cholestatic jaundice และการอภิปรายผู้นำเสนอโดย ร.พ.ศิรินครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น วิทยาการที่ได้แก่ ศจ.พ.พ. เต็มชัย ไชยมุณี, ศจ.พ.อรุณ เฝ้าสวัสดิ์, นพ.วิวัฒน์ ชูติชูเดช, น.ศ. นพ. นุสนธิ์ กลัดเจริญ และผ.ศ. นพ. วัชรพงษ์

5. การแก้ไขกฎข้อบังคับสมาคมฯ คณะกรรมการบริหารสมาคมฯ ได้แต่งตั้งคณะกรรมการขึ้นทำหน้าที่แก้ไขกฎข้อบังคับสมาคมฯ ให้เหมาะสม

สมกับสภาพปัจจุบัน และได้ส่งร่างให้สมาชิกทุกท่านเพื่อพิจารณาแล้ว

6. การจัดนิพนธ์จุลสารสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย แจกแก่สมาชิกสมาคมฯ และผู้สนใจ เพื่อรายงานข่าวและกิจกรรมของสมาคมตลอดจนความรู้ในวิชาโรคทางเดินอาหารให้สมาชิกทราบ สมาคมฯ ได้จัดพิมพ์จุลสารออกมาแล้ว 3 ฉบับ

7. สมาคมฯ มีความประสงค์ขอเป็นเจ้าภาพจัดการประชุม 9^{๕๓} Asian-Pacific Congress of Gastroenterology และ 5^{๕๓} Asian Pacific Congress of Digestive Endoscopy ที่ประเทศไทยในปี คศ. 1992 ตามมติที่ประชุมกรรมการครั้งที่ 4/2530 ในวันที่ 19 มิถุนายน 2530 ของคณะกรรมการบริหารสมาคมฯ เพื่อเป็นการเผยแพร่เกียรติยศของสมาคมฯ และประเทศไทย และกำลังดำเนินการร่วมกับสมาคมส่งเสริมการประชุมนานาชาติแห่งประเทศไทย ดำเนินการร่วมกับสมาคมส่งเสริมการประชุมนานาชาติแห่งประเทศไทย และให้การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทยที่จะนำการประชุมนัดดังกล่าวมาจัดขึ้นในประเทศไทย

8. สมาชิกของสมาคมฯ ในปี 2530 มีสมาชิกใหม่เพิ่มขึ้น 3 ท่านรวมสมาชิกทั้งหมดในขณะนั้น 176 ท่าน

9. การเงินสมาคมฯ ทรัพย์สินเงินคงที่ประชุมใหญ่ประจำปี 2530

น.พ. ไพโรจน์ เหลืองโรจนกุล
เลขาธิการสมาคมฯ

รายงานการประชุมประจำเดือนมิถุนายน 2530

ของสมาคมฯ

ร่วมกับคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

วันที่ 17 มิถุนายน 2530

โรคไส้ติ่งแตกทะลุที่อาการไม่เป็น
แบบเฉียบ: รายงานผู้ป่วย 1 ราย
Ruptured acute appendicitis
with atypical presentation:
a case report

โดย นพ.อาคม จิวะวิทกริกิจ*
นพ.นุสนธิ์ กัลลเจริญ**
นพ.รณิต รัชชพงศ์†

* แพทย์ประจำบ้าน ภาควิชาอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
** หน่วยงานโรคระบบทางเดินอาหาร ภาควิชาอายุรศาสตร์
† โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
+ ภาควิชาศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

หญิงไทยอายุ 50 ปีมีอาการปวดท้อง 14 วัน ก่อนมาโรง
 พยาบาล ก่อนหน้าในสัปดาห์ดี วันแรกมีอาการปวดท้องน้อยด้านซ้าย
 ปวดจี๊ดๆ เป็นพักๆช่วงโม่งละ 5-6 ครั้งไม่ร้าวไปไหน ถ่ายอุจจาระ
 5-6 ครั้งต่อวัน เป็นน้ำสีเหลืองปนมูกไม่มีเลือด อาเจียน 2 ครั้ง ต่อ
 มาอาการปวดท้องน้อยกระจ่ายทั่วๆไป ยังปวดเป็นพักๆ และปวดมาก
 เวลาเคลื่อนไหวตัว ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลวันรุ่งขึ้นได้รับยาไปรับประทาน
 ทาน แต่อาการไม่ดีขึ้น วันต่อมาได้มาโรงพยาบาลอีกครั้งตรวจพบ
 ความดันโลหิต 90/60 ม.ม.ปรอท Hct 43% WBC 9950 /mm³
 (N 78%, L 21% E 1%) ผู้ป่วยได้รับน้ำเกลือทางหลอดเลือดและ
 ยารักษาตามอาการ กลับบ้านแล้วยังปวดท้องเป็นพักๆ ถ่ายอุจจาระลด
 ลงเป็นวันละ 1-3 ครั้ง มีลักษณะเป็นน้ำสีเหลืองปนมูก สัปดาห์ต่อมา
 อาการปวดท้องด้านข้างและถ่ายเป็นมูกไม่ดีขึ้น แต่ถ่ายอุจจาระลดลง
 เป็นวันละ 1 ครั้ง ได้มาโรงพยาบาลอีกครั้งพบหน้าท้องนุ่ม กดไม่
 เจ็บ ไม่มีไข้ ได้ยารักษาตามอาการ ในช่วงสัปดาห์ที่สองนี้อาการปวด
 ท้องข้างล่างยังเป็นๆ หลายๆ ฝ่ายลงมได้ ไม่อาเจียน ไม่มีไข้ แต่ท้อง
 อืดขึ้นเรื่อยๆ และรู้สึกแผล็ยมาก จึงมาโรงพยาบาลอีกครั้งหนึ่ง
 ประวัติอดีต 18 ปีก่อนผ่าตัดสร้างไข่ซ้ายไม่ทราบเป็นโรคอะไร
 หลังผ่าตัดประจำเดือนขาดตลอด ไม่ตั้งครรภ์ ไม่มีเพศสัมพันธ์
 กับสามีมา 5 ปี เคยถ่ายเป็นมูกๆทุก 2-3 เดือน เคยตรวจ Barium
 enemal 5 ปี และ 6 เดือนก่อน ผลปกติ 6 ปีก่อนได้รับการผ่าตัด

มะเร็งด้านขวาไม่ได้ฉายแสง หลายปีต่อมาแพทย์บอกว่าหมด
 มะเร็งแล้ว 4 เดือนก่อนได้รับการวินิจฉัยว่ามีน้ำในท้อง ไข่ข้างซ้าย ต่ำ
 ด้านขวาแล้ว ตรวจร่างกายความดันโลหิต 110/80
 มม.ปรอท อุณหภูมิ 38.7°C ซิมเมอร์ 112/นาที หายใจ 24 ครั้ง/นาที
 ไข้ไม่สลดไม่เหลืออง มีแผลผ่าตัด mastectomy ด้านขวา หัวใจและ
 ปอดปกติ หน้าท้องช่วงล่างอืดตึง กดเจ็บมี guarding และ
 rebound tenderness เสียขลุ่ยไล่ลดลง ตับน้ำมูกคล้ำไม่ได้
 ตรวจทวารหนักได้อุจจาระสีน้ำตาลเข้ม คล้ำไม่ดำก่อนแต่ปกติ แต่มีเจ็บ
 เส็กน้อยๆๆๆๆๆๆๆๆๆๆ 11.6 มก/ดล. เม็ดเลือดขาว
 17,600/มม. (N 90%, L 10%) ตรวจปัสสาวะปกติ ตรวจอุจจาระ
 ไม่พบเม็ดเลือดแดงและเม็ดเลือดขาว. น้ำตาลในซีรัม 134
 มก./ดล., BUN 21 มก/ดล., Cr 1.0 มก/ดล., Ne 127 เม็ด/L,
 K 3.3 mq/L, CL 85 เม็ด/L, CO₂ 26 เม็ด/L ภาพรังสีหน้า
 ท้องพบ ileus ของลำไส้ใหญ่และลำไส้เล็ก ลำไส้เล็กมีขนาดโตมาก
 และมี air fluid levels หลายตำแหน่ง
 ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น "peritonitis" และได้รับ
 การผ่าตัดฉุกเฉิน ผลการผ่าตัดพบหนองในช่องท้องปริมาณ 200 มล.
 ทั้งระหว่างซดลำไส้และในช่องเชิงกราน สาเหตุเกิดจากไส้ติ่งแตกทะ
 ลุและมี faecolith ในไส้ติ่งด้วย หลังผ่าตัดผู้ป่วยอยู่ ICU 2 วัน
 จึงย้ายกลับหอผู้ป่วย และอาการดีขึ้นกลับบ้านได้ในสัปดาห์ที่สาม

ไส้ติ่งอักเสบแตกทะลุในผู้ป่วยรายนี้มีลักษณะแตกต่างจากโรคไส้ติ่งอักเสบที่พบในผู้ป่วยส่วนใหญ่หลายอย่าง ประการแรกอาการปวดท้องเริ่มมาและเป็นขึ้นที่ท้องน้อยด้านล่างซ้ายต่างจากกรณีทั่วไปที่มีมักจะเริ่มปวดบริเวณรอบสะดือแล้วย้ายไปปวดบริเวณหน้าท้องด้านขวาล่างต่อไป ไส้ติ่งอักเสบที่มีอาการปวดท้องด้านซ้ายล่างเป็นอาการนำที่พบได้ไม่บ่อย สาเหตุอาจเป็นจากไส้ติ่งยาวที่ปลายอักเสบ หรือที่ส่วนปลายซึ่งไปทางซ้ายหรือเป็นไส้ติ่งอักเสบในช่องเชิงกราน(perivisc appendicitis)^{๔๔} อย่างไรก็ตามผลการตรวจพบจากการผ่าตัดในรายนี้ไม่แน่ชัดว่าอาการปวดท้องด้านซ้ายเป็นเพราะเหตุใด ประการที่สองอาการนำอีกอย่างหนึ่งในผู้ป่วยรายนี้คือ อาการท้องเสียถ่ายอุจจาระเป็นมูก โดยที่ตรวจอุจจาระไม่พบเม็ดเลือดแดงและเม็ดเลือดขาว ซึ่งบ่งว่าไม่น่าจะติดเชื้อในไส้ใหญ่อักเสบจากการติดเชื้อ อาการท้องเสียพบได้ไม่บ่อยในโรคไส้ติ่งอักเสบ อาจพบได้ในคนอายุน้อยหรือคนสูงอายุมาก สาเหตุอาจเกิดจากไส้ติ่งอยู่ตำแหน่งของลำไส้เล็ก ileum หรืออยู่ในช่องกระดูกเชิงกรานหรืออยู่ชิดกับลำไส้ใหญ่ sigmoid^{๔๕} ประการที่สาม อาการทางหน้าท้องซึ่งบ่งถึงภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ (peritonitis) ในรายนี้ไม่ชัดเจน ทำให้แพทย์ไม่แน่ใจให้การวินิจฉัยโรคไส้ติ่งอักเสบก่อนผ่าตัดเพราะไม่ได้นึกถึง

จึงกล่าวได้ว่าไส้ติ่งอักเสบในรายนี้เป็นตัวอย่างที่อาการและการแสดงอาการแสดงไม่เหมือนลักษณะแบบฉบับ (atypical appendicitis) ทั่ว

อย่างเช่นอาจพบได้ในกรณี retrocecal appendicitis, pelvic appendicitis, obstructive appendicitis, หรือ appendicitis ในเด็ก, ในคนสูงอายุและในหญิงมีครรภ์ สาเหตุมักเกี่ยวข้องกับตำแหน่งของไส้ติ่ง, อายุของผู้ป่วยหรือภาวะร่วมอื่นๆ เช่น การตั้งครรภ์ เป็นต้น

ในผู้ป่วยรายนี้ไส้ติ่งคงไม่ได้แตกทะลุตั้งแต่ระยะเริ่มแรกเพราะอาการค่อนข้างคงที่อยู่ระยะหนึ่ง แต่อาการท้องอืดแน่นเจ็บท้องเป็นมากขึ้นในระยะไม่กี่วันก่อนได้รับการผ่าตัดรักษา การวินิจฉัยในสัปดาห์ดังกล่าวและก่อนผ่าตัดแพทย์ไม่ได้นึกถึงโรคไส้ติ่งแตกทะลุเลย สาเหตุของการลำไส้ในการผ่าตัดรักษาโดยทั่วไปอาจเกี่ยวข้องกับแพทย์หรือตัวผู้ป่วยเอง สาเหตุทางแพทย์อาจเกิดจากการวินิจฉัยโรคผิดพลาดหรือแพทย์ให้ยาปฏิชีวนะรักษามาก่อนหน้า หรือเนื่องจากผู้ป่วยมีอาการเสียงสูงต่อการผ่าตัด สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วยเอง อาจเกิดจากผู้ป่วยมาพบแพทย์ช้า ระยะเวลาที่มีการก่อมาพบแพทย์ และลักษณะบางอย่างของผู้ป่วย เช่น อายุ หรือ โรคพื้นฐานของผู้ป่วย เป็นต้น^{๔๖}

ผู้ป่วยรายนี้เป็นตัวอย่างหนึ่งของโรคไส้ติ่งอักเสบที่มีอาการปวดท้องด้านซ้ายล่างร่วมกับท้องเดินเป็นมูก และอาการช่องท้องอักเสบในช่วงหลัง การดำเนินโรคค่อนข้างนานอาการที่ไม่เป็นแบบฉบับดังกล่าวทำให้การวินิจฉัยทำได้ยากและล่าช้า ดังนั้นในผู้ป่วยที่มีอาการปวดท้อง

ช่วงล่างที่เป็นมาไม่พบและมีอาการท้องเดินและหรือท้องอืดร่วมด้วย
 ศาตราจารย์แยกโรคไส้ติ่งอักเสบด้วยเลือด

สรุป

ได้รายงานผู้ป่วยโรคไส้ติ่งแตกทะลุ 1 ราย ที่อาการนำสำคัญ
 ๒ ได้แก่ ปวดท้องด้านซ้ายช่วงล่าง ท้องเดินและอุจจาระเป็นมูกๆ การ
 ดำเนินโรคค่อนข้างนานและเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบเป็นภาวะแทรก
 ช้อนในปลายลำคอทั้งสอง โดยผู้ป่วยไม่ได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่ออก
 การผ่าตัดรักษา แพทย์ควรนึกถึงโรคไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันด้วยเสมอ
 ในผู้ป่วยที่มีอาการปวดท้องช่วงล่างและท้องเดินที่เป็นมาไม่นานและยัง
 หาลาเหตุอื่นไม่พบ

Reference

1. Storer EH. Clinical Manifestations of Acute Appendicitis. In: Seymour I, Schwartz G, Shines T, Spencer C, Storer EH, eds. Principles of Surgery. Singapore: McGraw-Hill International Book Company, 1984: 1247
2. Schrock TR. Acute Appendicitis. In: Sleisenger MH, Fordtran JS, eds. Gastrointestinal Disease. Philadelphia: W.B.Saunders, 1983: 1270-1

3. William Silen. Acute Appendicitis. In: Braunwald E, Isselbacher KJ, Petersdorf RD, Wilson JD, Martin JB, Fauci AS, eds. Harrison's Principles of Internal Medicine. New York: McGraw-Hill Book Company 1987: 1304-6
4. Scher KS, Coli JA. Appendicitis: Factors that Influence the Frequency of Perforation. South Med J 1980; 73:1561-3

 * สมาชิกท่านใดย้ายที่อยู่ หรือ ไม่ได้รับจุลสาร *
 * กรุณาแจ้งที่ *****
 * บรรณาธิการจุลสารฯ *
 * สมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย *
 * สาขาวิชาโรคระบบทางเดินอาหาร *
 * คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล *
 * บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700 *
 *

การประชุมวิชาการประจำปี เดือน

ของสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

4 มีนาคม 2531 ห้องประชุมปิยะสุวธรรม รพ.ตำรวจ

เรียบเรียงโดย น.ต.ต. น.พ.วรินทร์ เล้าวรล

รายงานผู้ป่วยจากโรงพยาบาลตำรวจ

ผู้ป่วยหญิงไทยคู่, บุตร 2 คน, อยู่ในกรุงเทพฯ, อาชีพ
ทำงานธนาคาร

C.C. อ่อนเพลีย, ตัวเหลือง, ตาเหลืองมา 5 วันก่อนมารพ.

P.I. 2 เดือนก่อน มีไข้สูง และปวดบริเวณชายโครงขวา ได้
ไปพบรักษาตัวใน รพ. เอกชนแห่งหนึ่งประมาณ 1๐ วัน,
ตรวจพบว่าเป็นฝีปอดในตับ(จาก Ultrasound) ได้ยา
ทาน และให้เลือด 2 ยูนิต กลับจาก รพ. แล้วกลับป่วย
มาตลอด

7วันก่อนมา รพ. รู้สึกคลื่นไส้, อ่อนเพลีย, เบื่ออาหารคลื่น
เนื้อครั้นตัว, แต่ไม่มีไข้

5 วันก่อน รู้สึกว่าปัสสาวะเหลืองเข้ม, ตาเหลือง, ตัว
เหลือง และเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ จึงมา รพ.

P.H. ไม่เคยเจ็บป่วยร้ายแรงมาก่อน

P.E. T=37.๐°C., BP 120/80 mm/Hg., P.R.=86/min

R.R.=20/min

Weak, Markedly jaundice, not pale, No palpable lymph nodes

HEENT-icteric sclera

Heart-Regular, No murmur Lungs-clear

Abdomen-Liver enlarged 8 cm. below

R.C.M.

Smooth, mild tenderness

Normal bowel sounds

Extremities-Normal

Impression: Viral Hepatitis R/O Obstructive

Jaundice

Lab CBC Hb.12.7 mg.%, Hct.41 %, WBC

5200/cu.mm., N 54%, L 45%, Eo 1%

UA No significant Findings

stool exam-Normal

Blood Chemistry- BUN 10 mg.%, Cr.1 mg%,

FBS 80 mg.%, Alb.4.3

gm.%, Glob.4.6 gm.%,

Chol 600 mg.%, T. Bil.

25.6 mg.%, D. Bil 15.0

mg.%, A. I. P. 63 IU/L,

SGOT 552 u, SGP 588

u, Amylase 166 u

Electrolyte-Normal

Coagulogram PT=12.4 secs. (10.6),

P. T. T. 30.5 secs (38.8)

HBsAg Negative, Anti HBs Negative

Chest X-Ray-Normal

Ultrasound Liver and gall bladder-Hepatomegaly

probably from hepatitis.

วิจารณ์และการอำเนนของโรค

ผู้ป่วยรายนี้มีประวัติเป็น amoebic liver abscess มาก่อน และได้ blood transfusion ไป 2 unit เนื่องจาก anemia เมื่อ 2 เดือนก่อน และอาการก็เป็นปกติจนมาเกิด jaundice ในครั้งนี้ จากประวัติและการตรวจร่างกายที่มี jaundice และ hepatomegaly ทำให้นึกถึงสาเหตุที่อาจจะเป็นไปได้ในผู้ป่วยรายนี้คือ

1. Post-transfusion hepatitis โดยเฉพา

non-A-nonB เพราะ incubation period พอจะเข้าได้ แต่ที่ยัง rule out HBV ไม่ได้ก็เดี๋ยง แม้ว่า HBsAg จะให้ผล negative ก็ตาม ควรจะตรวจ Anti-HBcIsm เพิ่มเติม

2. Blood dyscrasia เช่น thalassemia เพราะผู้ป่วยมีประวัติ anemia ในการเจ็บป่วยครั้งก่อนจนต้องให้เลือด jaundice ในครั้งนี้อาจเกิดจาก hemolysis ก็ได้ แต่กึ่งขาดการสนับสนุนหลายอย่าง โดยเฉพาะผล CBC อยู่ในเกณฑ์ปกติ

3. Malaria จากการทำให้เลือด ซึ่งเป็นไปได้ยากกว่า เพราะน่าจะเกิดขึ้นตั้งแต่หลังให้เลือดในหม่า

4. Lupoid hepatitis แม้ว่าจะพบได้บ่อย แต่ก็ควารคำนึงถึงโดยเฉพาะ รายนี้เป็นผู้หญิง ซึ่งในระยะหลังๆ ได้พบ case ของ SLE ในไทยมากขึ้น ควรเจาะ LE cell, ANA, Liver biopsy จะช่วยแยกโรคได้

5. Obstructive jaundice ควร rule out ให้ได้เพราะในบางรายก็ให้ผล LFT คล้าย hepatocellular jaundice โดยเฉพาะ SGOT, SGP อาจสูงถึง 10 เท่าก็ได้

ผู้ป่วยได้รับการรักษาแบบ Viral hepatitis โดยให้ I.V. Fluid (เนื่องจากคลื่นไส้, เบื่ออาหาร) วิตามินบีรวม และ liver support และ investisgate เพิ่มเติม พบว่าผลตรวจ Anti-HBcIsm, Anti-HAVIsm, CMV, EBV และ Herpes

Simplex Virus negative ทั้งหมด รวมทั้ง Serology for leptospirosis จึงสงสัยจนเห็นว่าน่าจะเป็น nonA-nonB Hepatitis มากขึ้น

ในสัปดาห์ที่ 2 ผู้ป่วยเริ่มมีอาการแน่นหน้าอกข้างขวา ตาเหลืองมากขึ้น Bilirubin สูงขึ้น (Total จาก 25.2 เป็น 35.2) แต่ SGOP, SGPT กลับลดลง (864 u---> 384 u และ 432 u---> 216 u ตามลำดับ) cholesterol ลดลงเหลือ 420 mg% ตรวจ chest x-ray พบว่ามี moderate amount of Rt. Pleural effusion ได้ให้การรักษาตามอาการไปก่อน ขณะเดียวกันได้ทำ Liver biopsy ส่งตรวจผลเป็น chronic hepatitis with early cirrhosis

ต่อมาได้เจาะ Rt. Thoracentesis ออกมาเป็น fluid สีเหลืองเข้มไม่ขุ่น, เจาะออกมาประมาณ 200 cc. ส่งตรวจพบว่า เป็น exudate, C/S-no growth, AFB-negative Pap smear ไม่พบ malignant cell ขณะเดียวกันได้ตรวจ serum alphafetoprotein (AFP) พบว่า positive 111,280 ซึ่งค่อนข้างสูงและในเมเยอซึ่งจะเข้าได้กับ H.C.C. ประกอบกับเดิมผู้ป่วยมี space occupying lesion ในตับ ซึ่งได้รับการรักษาแบบ Liver abscess มาก่อน จึงส่งตรวจ CT scan liver ที่ไม่พบ mass มีแต่เพียง hepatomegaly เท่านั้น จึงได้ให้การรักษานแบบ

เดิมต่อไป ผู้ป่วยอาการดีขึ้นเป็นลำดับ LFT ดีขึ้น, ตับเล็กลงกว่าเดิม, Pleural effusion ลดลงจึงได้ discharge ผู้ป่วยในสัปดาห์ที่ 6, อีก 1 เดือนต่อมา ผู้ป่วยได้มาตรวจตามนัด พบว่า LFT ปกติ, Serum AFP-Negative, Film chest-pกติ. Liver คล้ำไม่ได้

โดยสรุปผู้ป่วยรายนี้เป็น Post-transfusion hepatitis ซึ่งเกิดจาก nonA-nonB viral Hepatitis แล้วเกิด complication คือมี exudative Pleural Effusion ข้างขวา ซึ่งยังไม่ทราบสาเหตุของการเกิดพยาธิสภาพที่แน่นอน แต่ผู้ป่วยงานเข้าใจว่า อาจจะเป็น Peri-hepatitis ที่ involve เข้าไปถึง Pleural ด้าน Rt. lower lung แล้ว induce ให้เกิด Pleural effusion ขึ้นก็ได้ อย่างไรก็ตามหลาย คนมีความเห็นว่า ยัง rule out lupoid hepatitis ไม่ได้ เนื่องจากไม่ได้ตรวจหา LE ตั้งแต่ต้น และคิดว่าถ้าเป็น Lupoid hepatitis จริง ผู้ป่วยรายนี้คงจะต้องมี recurrent attack อีก

หมายเหตุผู้ป่วยรายนี้ได้มาตรวจ Follow up ติดต่อกัน จนถึงปัจจุบันประมาณ 1 ปี นับแต่ discharge ไม่พบว่ามีอาการของ SLE หรือ recurrent attack ของ hepatitis และได้ตรวจหา LE cell และ ANA หลังจากรายงานผู้ป่วยแล้ว 1 สัปดาห์ ผล Negative

Final Diagnosis : NonA -nonB Viral Hepatitis with Rt. Pleural effusion

* * * * *
CLINICAL REVIEW
 * * * * *

Management of Peptic Ulcer
 and Acute GI Bleeding

โดย Prof. Kenneth R. Gough* M.D.(Bristol), F.R.C.P.
 (London)

*Professor of Medicine, Royal United Hospital,
 Great Britain. บรรยายเมื่อ 28 พฤศจิกายน 2530
 ที่โรงแรมอัลตัน กรุงเทพมหานคร
 เก็บความโดย นพ.อุดม คชินทร

แม้ว่าจะมีการวิวัฒนาการในการรักษาผู้ป่วยแผลเป็นตึกไปมาก
 ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา เช่นมีการสังเคราะห์ยาใหม่ที่มีประสิทธิภาพใน
 กลุ่ม H2-receptor antagonists หรือกลุ่มที่เป็นอนุพันธ์ของ
 prostaglandins มีการค้นพบวิธีการรักษาภาวะแทรกซ้อนของ
 แผลเป็นตึกแบบใหม่ เช่นการใช้ heater probe หรือการใช้ Laser
 photocoagulation แต่ปรากฏว่าอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะ

แทรกซ้อนรวมทั้งอัตราตายยังคงไม่เป็นเส้นลดลงมากนักในช่วง 10ปีที่
 ผ่านมา

ในอังกฤษมีผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลเนื่องจากมีอาเจียนเป็น
 เลือดหรือถ่ายดำ 30,000 รายต่อปี มีผู้ป่วยตาย 3500 รายต่อปีคิด
 เป็นอัตราตายร้อยละ 12 (โดยทั่วๆ ไปมีอัตราตายร้อยละ 10-15)
 อัตราตายจะแปรตามอายุ, มีการตกเลือดซ้ำ (rebleeding) และมี
 โรคทางกายอื่นๆ ร่วมด้วยหรือไม่ เช่นโรคหัวใจ, โรคปอด เป็นต้น
 พบว่าประมาณ 1 ใน 4 จะมี continued bleeding หรือ
 rebleeding ใน 10 วัน

สาเหตุของ upper GI Bleeding ในผู้ป่วย 286 รายเป็น
 ดังนี้ (โดยการทำ Endoscopy)

GU	26.6%
DU	18.5%
Acute mucosal lesion	26.9%
Esophagitis	6.2%
Esophageal varices	4.9%
Mallory-Weiss Syndrome	4.9%
Carcinoma	0.7%
Norma l	12.2%

Risk factors for rebleeding

- อายุ >50 ปี
- shock
- site of bleeding
- ulcer stigmata ซึ่งมี prediction value ดังนี้
- visible vessels จะมี rebleeding ร้อยละ 45
- adherent clot จะมี rebleeding ร้อยละ 44
- no significant stigmata จะมี rebleeding ร้อยละ 9.6

Endoscopic Management of Upper GI Bleeding

1. Sclerotherapy of esophageal variceal bleeding ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับว่าเป็นวิธีการที่มีประโยชน์มาก สามารถลดอัตราการเลือดออกซ้ำ และลดอัตราการตายที่เกิดจากการเลือดออกได้ด้วย
2. การใช้ 95% ethanol injection สามารถที่จะหยุดเลือดที่ออกจากที่ต่างๆ ในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น และลดอัตราการเสียชีวิตลงได้มาก
3. Endoscopic laser photocoagulation ได้ผลดีในรายที่เห็น vessel

4. Heater probe ผลการรักษาขึ้นอยู่กับระยะห่างจากการศึกษา

ทดลอง การผ่าตัด ควรมีการผ่าตัดเร็วขึ้น(early surgery) ถึง

1. มีการตกเลือดตลอดเวลา โดยใน 24 ชม. ต้องให้เลือดดังนี้
 - จำนวนมากกว่า 8 units สำหรับผู้ป่วยอายุ >60 ปี
 - จำนวนมากกว่า 4 units สำหรับผู้ป่วยอายุ >60 ปี
2. ช็อค หรือ ซิตมีซีมาโตคริกน้อยกว่า 30 เปอร์เซ็นต์ เมื่อแรกเข้าไปในโรงพยาบาลและมี major endoscopic stigmata

พบว่าประมาณ 15 เปอร์เซ็นต์จะได้รับการผ่าตัดรักษาโดยมี

interval ระหว่างการรับตัวไว้ในโรงพยาบาลกับเมื่อผ่าตัดดังนี้

<12 ชม.	13-24 ชม.	25-48 ชม.	>48 ชม.
จำนวน 9	18	7	9

The resistant ulcer พบประมาณ 2-4 เปอร์เซ็นต์ ขึ้นกับ

- size of ulcer โดยเฉพาะแผลที่ใหญ่
- chronicity and scarring
- abnormal drug pharmacokinetics
- failure of drug to control nocturnal acid secretion
- use of analgesics and NSAID

-smoking

สำหรับการรักษา resistant duodenal ulcer มีทางเลือก ดังนี้

1. continue acute course of treatment
2. continue ranitidine for further 4 weeks พบว่า 97% แผลจะหายได้

3. เพิ่มขนาดยา

4. เปลี่ยนยาเป็น ranitidine หรือ Denol ซึ่งยาทั้ง 2 ชนิดนี้จะรักษา cimetidine resistant ulcer ได้

5. ผ่าตัด แต่อาจมี relapse ได้

และที่สำคัญในการรักษาคือต้องพยายามกำจัด predisposing factors ต่างๆ ด้วย .

Relapse

การรักษาผู้ป่วยแผลเป็นติค ไม่ว่าจะใช้ยาอะไร อาจให้ครบ 8 สัปดาห์ หรือให้ไป 1 ปี เมื่อหยุดยาแล้วพบว่า ส่วนใหญ่(อาจถึง 80 เปอร์เซ็นต์)จะมี relapse อยู่อีกใน 1 ปี factor สำคัญ ซึ่งอาจเป็นตัวกำหนดว่าจะมี relapse หรือไม่แก่

1. Genetics (positive family history)
2. early age of onset
3. smoking

Why need for maintenance?

1. DU is a relapsing condition
2. whatever medication in healing can relapse
3. asymptomatic relapses occur
4. presence of ulcer, risk of complication

Aim of maintenance

- keep the patient well and symptom free
- keep ulcer healed
- prevent complication

เราควรให้ maintenance ในผู้ป่วยต่อไปนี้

1. อายุมากกว่า 40 ปี
2. มีโรคอื่นที่รุนแรงร่วมด้วย
3. โรคแผลเป็นติคนั้นไม่แย่มากจนถึงกับต้องงดการผ่าตัด

ผู้ป่วยกลุ่มใดที่จะได้ประโยชน์จากการให้ maintenance

1. ผู้ป่วยมี bleeding หรือ perforation โดยที่ไม่มี
2. ผู้ป่วยที่มี rapid onset และมีอาการรุนแรง
3. ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้ยาในกลุ่ม NSAID, steroid
4. ผู้ป่วยทุกรายที่ relapse (??)

Intermittent treatment เหมาะสำหรับผู้ป่วยต่อไปนี้

INTERESTING TOPICS

Highlight จากการประชุม
Asian Pacific Association
for the Study of the Liver
6th Biennial Scientific
Meeting

13-15 กุมภาพันธ์ 2531
Part 1

พว. ไพรจันท์ เหลืองโรจกุล

การประชุม Scientific meeting ของ Asian

Association for the Study of the Liver จัดขึ้นทุก 2 ปี โดย 2 ครั้งก่อนนี้จัดขึ้นที่กรุงเทพฯ ในปี พศ. 2527 และที่สิงคโปร์ในปี พศ. 2529 ครั้งล่าสุดนี้เป็นครั้งที่ 6 จัดขึ้นที่กรุงนิวเดลี ประเทศอินเดีย การประชุมครั้งนี้ต่างจากครั้งก่อนๆ ซึ่งจัดกันที่โรงแรมระดับ 5 ดาว เปลี่ยนมาจัดขึ้นที่โรงเรียนแพทย์ใหญ่ของอินเดียชื่อ AII India Institute of Medical Science ระหว่างวันที่ 13-15 กุมภาพันธ์ 2531 มีแพทย์จากต่างประเทศเข้าร่วมประชุม 125 คนและแพทย์อินเดีย 107 คน ไม่รวมถึงแพทย์ประจำบ้าน. แพทย์ผู้จัดของอินเดียซึ่งเข้าฟังโดยไม่เสียค่าลงทะเบียน ในวัน

1. อายุน้อยกว่า 55 ปี
 2. with no other major illness
 3. having no more than two attacks a year
 4. whose symptom build up over several days
 5. with no previous bleeding or perforation
 6. not on anti-inflammatory drugs
- การผ่าตัดในผู้ป่วยแผลเป็นติด จะพิจารณาในผู้ป่วยโดยมี criteria ดังนี้
1. อายุน้อยกว่า 40 ปี
 2. severe, frequent painful relapse with or without complication
 3. generally fit
- การผ่าตัดที่นิยมทำคือ highly selective vagotomy ซึ่ง 10-15% จะมี recurrence (in experts 4-5%) มีอัตราการตาย 0.2-0.3% และมี poor result 8%
- ปัญหาของการผ่าตัดคือในผู้ป่วย ideal operation, หลังผ่าตัดแล้วยังคงมี recurrent ulceration ได้และมี post-operative morbidity.

แรกเป็นการบรรยาย CME (Continuing Medical Education) 7
เรื่อง คือ

1. Mechanism of Hepatocellular necrosis
โดย D. Keppeler จาก German Cancer Research Centre,
Heidelberg สาธารณรัฐเยอรมนี
2. Control of hydatid disease of the liver -
the world experience โดย M.A. Gemmell จาก
University of Otago, New Zealand
3. Pathophysiology of hepatic fibrosis โดย
C. Hirayama จากประเทศญี่ปุ่น
4. Management of biliary strictures โดย
L.H. Blumgart จาก Bern University ประเทศสวิตเซอร์แลนด์
5. Global Epidemiology of hepatitis B virus
โดย Cf. Kiire จากประเทศ Zimbabwe
6. Cholestasis-Current concepts โดย M.L. Boyer
จาก Yale University School of Medicine ประเทศสหรัฐ
อเมริกา
7. Hepatic encephalopathy - GABAergic
neurotransmission and benzodiazepine receptor
antagonists โดย E.A. Jones จาก National

Institute of Health ประเทศสหรัฐอเมริกา

ในวันที่ 14 และ 15 กพ. เป็นการเสนอ free paper และ
poster สัมกับ symposium guest lecture, meet the
faculty ตามรายการสั่งเข้าต่อไปนี้

1. Guest lecture
- 1.1 Early diagnosis and management of iron
overload states โดย L.W. Powell จากออสเตรเลีย
- 1.2 Indian Childhood cirrhosis-a reapprai-
sal โดย J.L. Boyer จากสหรัฐอเมริกา และ A. Pandet
จากอินเดีย
- 1.3 Surgery of hepatocellular carcinoma
โดย V. Balakrishnan จากอินเดีย และ L.H. Blumgart จากสวิส
- 1.4 Global control of vertical
transmission of hepatitis B virus โดย B.N. Tandon
จากอินเดีย และ W.K. Chung จากเกาหลี
- 1.5 Non cirrhotic portal fibrosis-an
overview โดย CM Habbibullah จากอินเดีย และ K. Okuda
จากญี่ปุ่น
2. Symposium
- 2.1 Management of bleeding esophageal

varices ผู้อภิปรายมี S.Nurdy จากอินเดียน และ H.Bismuth และ D.Lebrec จากฝรั่งเศส, H.K.Burroughs จากอังกฤษ, L.M. Blendis จากแคนาดา

2.2 Hepatoceular carcinoma in animals and its relevance to human disease อภิปรายโดย N.C. Nayak และ P.Bannasch จากอินเดียน, และ M. Omata จากญี่ปุ่น

2.3 Liver failure อภิปรายโดย J.L. Boyer จากสหรัฐอเมริกา, K. Shiraki จากญี่ปุ่น, V.Arroyo จากสเปน และ L.M.Blendis จากแคนาดา

2.4 Debate: All medical personnel in the developing countries should be immunised against hepatitis B infection-For and Against โดย L.Powell จากออสเตรเลีย และ H.M.S.Noer จากอินโดนีเซีย, B.N.Tardon จากอินเดียน

3. Meet the Faculty

3.1 Surgical approaches to liver disorders- pros and cons โดย J.L. Boyer จากสหรัฐอเมริกา, H.Bismuth จากฝรั่งเศส, L.H. Blumgart จากลิส, L.M.Blendis จากแคนาดา

3.2 Alcohol and the liver โดย L.Powell จาก

ออสเตรเลีย, C.Hirayama จากญี่ปุ่น, C.F.Kiire จากซิมบับเว, E.A.Jones จากสหรัฐอเมริกา และ D.Lebrec จากฝรั่งเศส

3.3 Chronic liver disease and its complications โดย A.K.Burroughs จากอังกฤษ, M.Omata จากญี่ปุ่น, P.Bannasch จากอินเดียน, H.M.S.Noer จากอินโดนีเซีย

3.4 Parasitic, inflammatory and childhood liver diseases โดย K.Okuda จากญี่ปุ่น, A. Pandit จากอินเดียน, D.Keppler จากเยอรมนีตะวันตก และ M.A.Gemmel จากนิวซีแลนด์

สำหรับสาระสำคัญของ CME, lecture, symposium ต่างๆดังกล่าวข้างต้นนี้ จะนำมากล่าวโดยสังเขปใน part 11 ของบทความนี้ในจุลสารฉบับหน้า ในฉบับนี้จะกล่าวถึง free paper บางบทความที่น่าสนใจและมีความสำคัญทางคลินิก ในการประชุมครั้งนี้มี paper ที่นำเสนอในรูปแบบ oral และ poster รวมกันทั้งสิ้น 164 paper

บทคัดย่อที่ 2 In surgical obstructive jaundice, is it necessary to do a second investigation after sonography? โดย M.Dwivedi และคณะ, All India Institute of Medical Sciences, อินเดีย

ในผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วย real time ultrasound ว่าเป็น surgical jaundice ไม่มีความจำเป็นต่อการตรวจสปีคันเดิม

เดิมด้วยวิธีอื่นเช่น CT, ERCP, PTC, laparoscopy เพราะ ultrasonnd เพียงอย่างเดียวสามารถทำการวินิจฉัยพยาธิสภาพที่ก่อให้เกิดการอุดตันทางเดินน้ำดีว่าเป็น benign หรือ malignant ได้แม่นยำโดยมี sensitivity 96.37% และ specificity 93.3%

บทคัดย่อที่ 5 Recombinant hepatitis B vaccine in hemodialysis patients โดย H.Amagase และK.Ichimarui, Kurosaki Clinic ประเทศญี่ปุ่น

ผู้ป่วย hemodialysis 22 รายและ 31 รายได้รับการฉีด yeast derived recombinant HBs vaccine (ผลิตโดยบริษัท Kakeetsuken) และ human plasma derived HBs vaccine ตามลำดับในขนาด 20 mcg ในเดือนที่ 0, 1, และ 6 เหมือนกัน ทั้ง 2 กลุ่ม พบว่าเมื่อเจาะตรวจ anti-HBs ในเดือนที่ 7 กลุ่มที่ฉีด recombinant vaccine มี seroconversion 68.2%ดีกว่ากลุ่ม plasma derived vaccine ซึ่งมี response เพียง 50%

บทคัดย่อที่ 11 Increased susceptibility of alcoholic fatty liver to acetaminophen induced necrosis โดย S.B. Bhagwandeen และคณะ, Royal Newcastle Hospital, ออสเตรเลีย

44

ผู้ป่วย chronic alcoholism ที่มี fatty liver จะเกิด การเป็นพิษต่อตับจาก paracetamol ได้ง่ายแม้จะใช้ในขนาดปกติก็ตาม ซึ่งสัมพันธ์กับระดับเอนไซม์ในเลือดที่ลดลง(หนู)

บทคัดย่อที่ 23 Epidemic NonA, nonB hepatitis in South Delhi: Recover of possible etiologic agent and transmission studies in rhesus monkeys โดย R. Datta, All India Institute of Medical Sciences (AIIMS), อินเดีย และ

บทคัดย่อที่ 37 A study on Identification, Isolation and transmission of epidemic nonA, nonB virus โดย Gupta, AIIMS, อินเดีย

จากอุจจาระของผู้ป่วย epidemic non A non B ในอินเดีย สามารถแยก virus ขนาด 27 nm ออกมาได้ และสามารถถ่ายไปสู่ลิง rhesus ได้สำเร็จ

บทคัดย่อที่ 26 Does obliteration of oesophageal varices induce large natural portosystemic shunt? โดย J.B. Dilawari, Postgraduate Institute of

45

Medical Education and Research(Chandigarh), อินเดีย
หลังการอุดตันของ esophageal varices จากการทำ
endoscopic sclerotherapy แล้ว มักมี spleno-renal
shunt เกิดขึ้นตามธรรมชาติ ซึ่งเป็นเหตุผลที่อธิบายว่าทำไมจึงมักไม่
มี varices เกิดขึ้นใหม่หลังฉีดจนหมดแล้ว

บทคัดย่อที่ 38 Intradermal hepatitis B
vaccination in some places in West-Java, Indonesia
โดยS.Hadi, Padjadjaran University School of
Medicine, อินโดนีเซีย

การฉีด Hevac B Pasteur vaccine ด้วยวิธี
intradermal(ID) 1 มล ให้ผลดีเท่ากับการฉีดเข้ากล้ามเนื้อ(IM) 5
มล คือมี seroconversion 91.8% และ 93.1% ตามลำดับ แต่
ใช้ขนาด vaccine น้อยกว่า

บทคัดย่อที่ 42 Clinical Application of Plasma
Perfusion using anion-exchange macroporous resin
to patients with intractable jaundice โดย
M.Horimoto, Osaka University Medical School, ญี่ปุ่น

ในผู้ป่วยที่มี intractable jaundice จากโรค เช่น
primary biliary cirrhosis สามารถลดระดับ bilirubin
ลงได้อย่างมีผลดีด้วยการแยก plasma ไปด้วย column ของ
anion-exchange macroporous resin (Piasorba BR-350
หรือ 500, บริษัท Asahi Medical Co) โดย resin จะดูด
ซับ(adsorption) ภา bilirubin ออกไปใช้ดีกว่า activated
charcoal และ plasma protein ก็เช่น coagulation
factor, globulin ไม่ถูกดูดซับไปด้วย

บทคัดย่อที่ 96 Abnormal changes in Interleukins
and tumor necrosis factor(TNF) in peripheral blood
mononuclear cells from patients with fulminant
hepatic failure (FHF) โดย Y.Mulo & Roger Williams,
King's College Hospital, London, U.K.

คณะผู้รายงานทำการวัดระดับ Interleukins (IL-1 และ
IL-2) และ tumor necrosis factor (TNF) ในผู้ป่วย fulmi-
nant hepatic failure (FHF) 16 ราย และ acute viral
hepatitis 4 ราย พบว่าในผู้ป่วย FHF ที่ถึงแก่กรรมส่วนนั้นมี
ระดับ IL-1 และ TNF ที่สูง แต่ระดับ IL-2 ลดลง และพบว่าผู้ป่วย
เหล่านี้มี excessive immunoreponse to tissue damage

SELECTED ABSTRACTS

Campylobacter pyloridis-Associated Chronic Active Antral Gastritis

A Prospective Study of Its Prevalence and the Effects of Antibacterial and Antiulcer Treatment

Erik A.J.Rauws, Wies Langenberg, Hendrik J,
Houthoff, H.C.Zanen, and Guido N.J.Tytgat

Department of Gastroenterology-Hepatology, Micro-
biology, and Pathology, Academic Medical Center,
University of Amsterdam, Amsterdam, the Netherlands
Gastroenterology 1988;194:33-40.

To determine the clinical importance of
Campylobacter pyloridis infection, its association
with gastric inflammation, and the response to drug
therapy, patients with a duodenal or gastric ulcer
(n=63), patients with nonulcer dyspepsia (n=240), and
asymptomatic volunteers (n=34) were studied. In a
prospective longitudinal study, the type, intensity,

and distribution of inflammation in antral biopsy
specimens were correlated with the presence of C.
pyloridis. Campylobacter pyloridis was cultured
from antral biopsy specimens in 98% of the ulcer
patients, 70% of the nonulcer dyspepsia patients,
and 20% of the asymptomatic volunteers. The
dependency of chronic active gastritis on the
presence of C.pyloridis was shown by an
association of gastritis with positive culture and
healing of gastritis with negative culture after
various therapeutic regimens. Spontaneous
disappearance of C.pyloridis never occurred.
Colloidal bismuth subcitrate, amoxicillin, and the
combination of colloidal bismuth subcitrate and
amoxicillin were effective therapies in
eradicating C.pyloridis. Recolonization with the
same bacterial subtype and recurrence of gastritis
frequently occurred within 1 mo after initial
eradication. In this study we demonstrate ultimate
normalization of gastric mucosa after successful

eradication of *C.pyloridis*. Especially complete normalization of gastric mucosa after amoxicillin monotherapy provides additional strong evidence for a true cause-effect relationship between *C.pyloridis*, colonization and gastritis.

A Biochemical and Pharmacological Approach to the Genesis of Ulcer Disease

1. A Model Study of Ethanol-Induced Injury to Gastric Mucosa in Rats

Gyula Mozsik, M.D., ScD., and Tibor Javor, M.D., ScD.,
University Medical School, Pecs, Hungary.

Digestive Disease and Sciences 1988;33:92-105.

Present concepts of acute ulceration in the gastric mucosa include the hypothesis that mucosal ischemia is an important initiating event. The evidence for this is based upon observations on tissue metabolism and determinations of gastric mucosal blood flow. Using the model of gastric

mucosal injury in the rat with ethanol, we have found that mucosal injury could be detected at a time when tissue oxygenation as determined by biochemical, and pharmacological studies of ATP metabolism were not compatible with ischemia. We also found that drugs acting at different subcellular levels were able to both inhibit gastric acid secretion in 4 hour pylorus-ligated rats and gastric mucosal injury after ethanol. Certain drugs, such as histamine and pentagastrin, stimulated acid secretion but inhibited the injury to the mucosa by ethanol indicating that increased cellular activity could occur during the development of mucosal injury.

Prognostic Value of Arterial Pressure, Endogenous Vasoactive Systems, and Renal Function in Cirrhotic Patients Admitted to the Hospital for the Treatment of Ascites

Josep Llach, Pere Gines, Vicente Arroyo, Antoni Rimola, Lucía Tito, Salvatore Badalamenti, Wladimiro Jimenez, Joan Gaya, Francisca Rivera, and Joan Rodes
Liver Unit and Hormonal Laboratory, Hospital Clinic i Provincial, University of Barcelona, Barcelona, Spain.

Gastroenterology 1988;94:482-7.

To identify prognostic factors in cirrhotic patients admitted to the hospital for the treatment of an episode of ascites, a survival analysis was performed in a series of 139 patients hospitalized in our unit between 1980 and 1985. Mean follow-up was 12.8 ± 14.2 mo (mean \pm SD). A total of 38 variables based on history, physical examination, hepatic biochemical tests, renal function tests, and endogenous vasoactive systems were analyzed for prognostic value. Eighteen of these variables had prognostic value in the

univariate analysis. A multivariate analysis (Cox's regression method) disclosed that 7 of these 18 variables had independent prognostic value. Of these independent predictors of survival, mean arterial pressure and plasma norepinephrine concentration were the variables that best predicted prognosis. Two other variables that independently correlated with survival were urinary sodium excretion and glomerular filtration rate. The remaining three independent predictors of survival were nutritional status, hepatomegaly, and serum albumin concentration. Therefore, these findings indicate that, in patients with cirrhosis and ascites, parameters estimating systemic hemodynamics and renal function are better predictors of survival than those routinely used to estimate hepatic function.

Ultrasonography and Alpha-Fetoprotein in Diagnosis of Hepatocellular Carcinoma in Cirrhosis

Alberto Maringhini, MD, Mario Cottone, MD, Elio Sciarrino, MD, Maria Pia Marceno, MD, Francesco La Seta, MD, Giorgio Fusco, MD, Fortunato Rinaldi, MD, and Luigi Pagliaro, MD.
University of Palermo, Italy.

Digestive Diseases and Sciences 1988;33:47-51.

The accuracy of ultrasound (US) and alpha-fetoprotein (AFP) in the diagnosis of hepatocellular carcinoma (HCC) in 363 patients with cirrhosis (C) and a clinical suspicion of HCC was assessed. The ultrasonographic patterns were distributed as follows: 47 patients had sonodense lesions; 30 patients had hypoechoic lesions; 47 had mixed-pattern lesions, and in four patients focal dilated intrahepatic bile ducts were demonstrated. The sensitivity of US was 90%;

specificity was 93.3%. Serum AFP level >500 ng/ml (RIA) was the first clue to the diagnosis in 71 patients (48.6%); specificity was 100%. In 28 patients AFP levels became significantly elevated during follow-up after US detection of HCC. No relationship between echo pattern and serum AFP levels was demonstrated. An algorithm for diagnosis of HCC is proposed.

Prophylactic Sclerotherapy of Large Esophageal

Varices

William C. Santangelo, M.D., Maria I. Dueno, M.D., Boyce L. Estes, M.D., and Guenter J. Krejs, M.D.
University of Texas Southwestern Medical Center, Dallas, Texas.

The New England Journal of Medicine
1988;318:814-8.

We randomly assigned 95 patients with large esophageal varices(Grade 3 or 4) who had not previously had upper gastrointestinal tract bleeding to two groups: 49 received intravariceal sclerotherapy, and 46 were followed as controls. Over a mean follow-up of 13 months there was no difference between the sclerotherapy group and the control group in mortality(24.4 percent) or any significant difference in average hospital stay per month(3.0 vs 2.6 days). Sclerotherapy was associated with significantly more episodes of upper gastrointestinal bleeding(26 vs. 10 episodes, P<0.05); 75 percent of deaths in the sclerotherapy group were related to bleeding, as compared with 18 percent in the control group.

An additional 54 patients with cirrhosis who did not qualify for the study were also followed-20 with small varices and 34 with none. Mortality was 20 and 15 percent, respectively; no deaths were due to bleeding.

treatment

We conclude that prophylactic sclerotherapy does not provide clinical benefit to patients with large esophageal varices.

 * สามารถทำไม่ได้ใช้หาทางวิชาการ *
 * เราจะจัดผู้เชี่ยวชาญแต่ละสาขาเป็นผู้กำกับ *
 * โปรดส่งคำถามไปยัง *
 * บรรณาธิการจุลสารฯ *
 * สมาคมแพทยระบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย *
 * สาขาวิชาโรคระบบทางเดินอาหาร *
 * ภาควิชาอายุรศาสตร์ *
 * คณะแพทยศาสตร์ศิริราช *
 * แขวงนราชนก เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700 *
 * *****

ประกาศประธานฝ่ายวิจัย

ในปี พ.ศ. 2531 ฝ่ายวิจัยมีโครงการต่อไปนี้

1. รวบรวมข้อมูลสหภาพ ผลงานการศึกษาวิจัยสาขาวิชาโรคทางเดินอาหารโดยแพทย์ไทย ที่ปรากฏในวารสารการแพทย์ภาษาไทยในปี พ.ศ. 2530 โดยจัดรวบรวมเป็นหมวดหมู่เพื่อสะดวกแก่การค้นคว้าและอ้างอิง และนำออกเผยแพร่ต่อสมาชิก
2. สนับสนุนการศึกษาวิจัยโดยบริการให้คำแนะนำ และ/หรือจัดหาทุนวิจัยให้แก่สมาชิกหรือแพทย์ผู้สนใจจะทำการศึกษาวิจัยในสาขาวิชาโรคทางเดินอาหาร
3. ส่งเสริมการศึกษาร่วมสถาบันในสาขาวิชาโรคทางเดินอาหาร โดยเป็นตัวอย่างประสานงาน ให้แก่สมาชิกที่ต้องการทำการศึกษาวิจัยลักษณะนี้

สมาชิกหรือแพทย์ผู้สนใจจะสอบถามรายละเอียดได้ที่ประธานฝ่ายวิจัย

นพ. บุณศรี กัลลเจริฎ

หน่วยวิชาโรคระบบทางเดินอาหาร

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ถ.พระราม 4

กทม.

ประกาศ

The 8th Asian-Pacific Congress of Gastroenterology

October 9-13, 1988

Seoul, Korea

Scientific Program

Special Lectures

1. Colon Cancer: Biology and Clinical Perspectives
YS Kim, USA
2. Viral Hepatitis Research: Present and Future
T Oda, Japan
3. Uicerogenic tumor syndrome of the pancreas
WY Chey, USA
4. GI disorders and nutrition
IH Rosenberg, USA
5. Digestive Endoscopy: Present and Future
T Takemoto, Japan
6. Post-graduate education in Gastroenterology
F Vilardell, Spain
7. Ethics of Clinical Trials, Drugs and Instruments

JJ Sidorov, Canada

8. Therapeutic Aspects of Digestive Endoscopy

M Classen, West Germany

Post Graduate Course

1. Viral Hepatitis other than type B

JL Gerin, USA, et al.

2. Gallstone

AF Hofmann, USA, et al.

3. Motility of GI tract and GI Hormones

WY Chey, USA, et al.

4. Nutrition in Gastroenterology

IH Rosenberg, USA, et al.

Symposium

1. Viral Hepatitis, type B

GN Vyas, USA, et al.

2. Stomach cancer

YS Kim, USA, et al.

3. Hepatocellular carcinoma, early diagnosis and

60

K Okuda, Japan, et al.

4. Acute pancreatitis

VLW Go, USA, et al.

5. Peptic ulcer

BJ Marshall, USA,

SK Lam, Hong Kong, et al.

6. Current status of Intrahepatic stone

T Yamakuwa, Japan

TK Choi, Hong Kong, et al.

7. Diarrhea with and without Malabsorption

MH Sleisenger, USA;

ND Gallagher, Australia, et al.

8. Pancreatic cancer

K Satake, Japan, et al.

9. Endoscopic Detection of Early Cancers of GI tract

H Okabe, Japan;

F Macrae, Australia, et al.

61

ประกาศ

10. Techniques and Problems of Sclerotherapy of Esophageal varices

H Suzuki, Japan, et al.

11. Pathogenesis and Natural Courses of Acute Gastric Mucosal Lesions

M Namiki, Japan, et al.

12. Endoscopic treatment of the GI Tumors

Y Ogurn, Japan, et al.

13. Early Diagnosis and treatment of colon cancer

GS Nagy, Australia, et al.

14. Present Status and Prospect of Video-endoscopy

H Niwa, Japan, et al.

15. Endoscopic Treatment of the Biliary Tract Diseases

R Fujita, Japan

Lawrence, Australia, et al.

Hong Kong Society of Digestive Endoscopy

ร่วมกัน

Combined Endoscopy Unit of Chinese University of

Hong Kong

เชิญประชุม

Third International Workshop and Symposium on

Therapeutic Endoscopy

เนื่องในโอกาสฉลอง 25 year ของ Chinese University of

Hong Kong

14-17 ธันวาคม 2531

หัวข้อการประชุม:

1. Therapeutic ERCP: sphincterotomy, stone

extraction stenting,

lithotripsy, peroral

choledochoscopy

2. Therapeutic upper GI endoscopy: heat probe haemostasis BICAP and sclero-

therapy, Laser and BICAP

Tumour probe

Esophageal dilatation and
stenting

3. Therapeutic colonoscopy

4. Endoscopic ultrasonography

สถานที่ Live-demonstration: Prince of Wales Hospital

Symposium

: Regal Riverside Hotel

DR. Joseph W.C. Leung

Department of Medicine

Prince of Wales Hospital

Shatin, N.T.

Hong Kong

Telex 50301 CUHK HX

FAX (852) 0-6370979

บรรยายวิชาการแถลง

จุดประสงค์หลักของการทำจุลสารสมาคมฯ นั้นนอกจากเป็นการ
เผยแพร่กิจกรรมของสมาคมฯ ให้สมาชิกได้รับทราบถึงข่าวและความ
เคลื่อนไหวของสมาคมฯแล้วยังต้องการที่จะส่งเสริมและเผยแพร่ความ
รู้ทางวิชาการแก่มวลสมาชิกด้วย เท่าที่ผ่านมาจนถึงจุลสารสมาคมฯ
ฉบับที่ 4 นี้ เราคงจะกองบรรณาธิการรู้สึกว่าเป็นที่น่าพอใจอย่างยิ่งไม่
ประสบความสำเร็จสักเท่าไร การเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการไม่ว่าจะ
ด้วยสิ่งใดก็ตามคุณค่าอยู่ในตัวเองอยู่แล้วและยังสามารถเป็นคุณประโยชน์
แก่ผู้อื่นอีกด้วย จุลสารสมาคมฯนี้ก็เป็นสื่อหนึ่งที่จะเป็นประโยชน์
อย่างยิ่งกับแพทย์ทั่วไปโดยเฉพาะที่อยู่นอกโรงเรียนแพทย์ ในปัจจุบัน
ความรู้ในวิชาโรคระบบทางเดินอาหารมีมากมายหลายสาขา และมี
ความเจริญก้าวหน้าอยู่ตลอดเวลา ผมอยากที่จะเห็นจุลสารสมาคมฯมี
บทความทางวิชาการลงอย่างสม่ำเสมอ โดยเป็นเรื่องหรือความรู้ที่ทันสมัย
ถูกต้อง และไม่ยาวมากนัก ผมขอเรียกร้องให้ท่านสมาชิกผู้
ทรงความรู้ความสามารถกรุณาใช้ประโยชน์จากจุลสารสมาคมฯนี้เพื่อ
เผยแพร่ความรู้ให้เป็นวิทยาทานต่อผู้อื่น และจะช่วยให้จุลสารสมา-
คมฯนี้มีคุณค่าและดำรงอยู่ได้ต่อไป

สำหรับจุลสารสมาคมฯ ฉบับนี้เรามีเนื้อหาต่างๆ ครบครันเช่น
เดิม แต่ได้ปรับปรุงการจัดรูปแบบใหม่ให้หน้าอ่านยิ่งขึ้น ในฉบับนี้เราได้

เริ่มนำคอมพิวเตอร์มาใช้ในการเตรียมต้นฉบับด้วยซึ่งทำให้ตัวหนังสือ-
 ลายขีดและสามารถทำให้เตรียมต้นฉบับได้รวดเร็วขึ้นด้วย โดยอา-
 จารย์ไพโรจน์ เหลืองโรจนกุล รับผิดชอบจัดทำแผนการเรื่องนี้ให้อย่าง
 เรียบร้อย ต้องขอขอบคุณอาจารย์ไพโรจน์ไว้ ณ โอกาสนี้ด้วย และใน
 ฉบับนี้เป็นฉบับขึ้นต้นปีที่ 2 เราก็ดำเนินจัดทำ index ทั้ง author
 index และ subject index ไว้ด้วยเพื่อสะดวกในการค้นหา นอก
 จากนี้ยังได้ติดต่อขอหมายเลขหน้าวารสาร ISSN สำหรับจุฬาลงกรณ์
 นี้อีกด้วย สุดท้ายนี้ถ้ามีสิ่งใดที่ทางสมาชิกจะเสนอแนะขอได้โปรด
 แจ้งให้เราทราบ ทางกองบรรณาธิการจะยินดีเป็นอย่างยิ่งที่จะ
 ปรับปรุงจุฬาลงกรณ์ นี้อีกขึ้น และถูกใจสมาชิกมากที่สุด

หนังสือ HEPATOCELLULAR CARCINOMA:	
An Update on Early Diagnosis, Treatment & Prevention	รวมรวมคำบรรยายและเอ็ดดและบทคัดย่อของการประชุมนานาชาติ เรื่องโรคมะเร็งตับเบื้องต้นในโอกาสฉลอง 100 ปีศิริราชเมื่อวันที่ 9-10 กุมภาพันธ์ 2531 ที่คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
หัวข้ออย่าง lectures:	
Early detection of HCC โดย ศ. K. Okuda, ญี่ปุ่น	
Surgical treatment of HCC โดย ศ. Z. Y. Tang, จีน	
Chemoembolization โดย ศ. H. Nakamura, ญี่ปุ่น	
Paraneoplastic syndrome of Liver carcinoma โดย ศ. E. Kuntz, เยอรมนี	
Systemic Chemotherapy of HCC โดย ศ. N. Okazaki, ญี่ปุ่น	
มีจำนวนจำกัด	สั่งซื้อได้ที่ สาขาวิชาโรคทางเดินอาหาร คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ราคาเล่มละ 50 บาท อนุมัติส่งจ่าย
ในนาม นพ. เต็มชัย ไชยมุขี	

SUBJECT INDEX

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย ปีที่ 1

	หน้า
การแพทย์ในทวารรชที่ผ่านมา	110
ประวัติการก่อตงสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย	189
รายงานการประชุมสมาคมฯ	5
1/2530	12
2/2530	45
3/2530	48
4/25309	147
5/2530	29
วักซิ้นไวรัสตับอักเสพบชนิดบี	151
Acalculous cholecystitis	21
Acute appendicitis	167
Approach in the diagnosis of cholestasis	102
CA Ampulla of Vater	24
Choledochal cyst	69
Inferior Vena Cava Obstruction Syndrome	156
IPSID	180
Liver transplantatation	162
Obstructive jaundice	

AUTHOR INDEX

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย ปีที่ 1

	หน้า
GALLAGHER, N. D.	180
เดิมชัย ไชยนวัต	29
วัฒน์ ชุตินุเดช	167
ไพโรจน์ เหลืองโรจนกุล	35, 69, 102, 180
ภูมิพล (รายงานผู้ป่วย)	56
ราชวิถี (รายงานผู้ป่วย)	61
รามาริบัติ (รายงานผู้ป่วย)	17
รุกิจ วีรานันต์	110, 189
วิระศักดิ์ ว่องไพฑูรย์	21
ศิริราช (รายงานผู้ป่วย)	24
ศรีนครินทร์ (รายงานผู้ป่วย)	151, 156, 162
สิริวัฒน์ อนันตพันธุ์พงศ์	102

กำหนดการประชุมทางวิชาการ

และธุรการของสมาคมฯ

<u>ครั้งที่</u>	<u>วันที่</u>	<u>การประชุม</u>	<u>สถานที่</u>
9	ศุกร์ 6 พค.31	วิชาการ	ร.พ.ราชวิถี
10	ศุกร์ 8 กค.31	วิชาการ	ร.พ.วชิระ
11	จันทร์ 6 สค.31	วิชาการกลางปี 31	คณะแพทยศาสตร์ สงขลาฯ
12	21-25 พย.31	การประชุมใหญ่ วิชาการประจำปี 31 และการอบรมระยะสั้น	ร.พ.ศิริราช