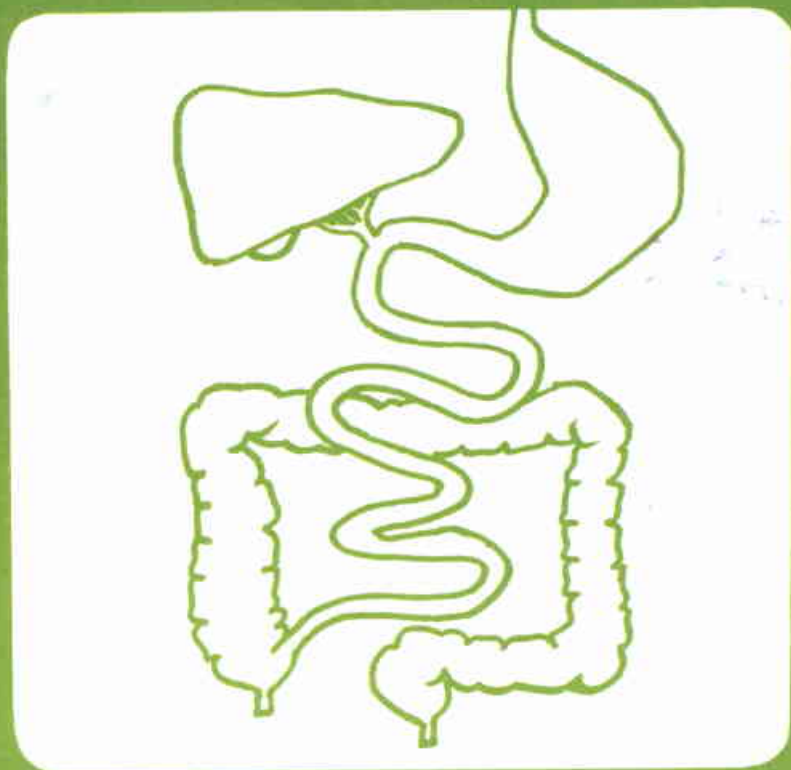


จุลสาร

สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหาร
แห่งประเทศไทย

ปีที่ 4 ฉบับที่ 12 มีนาคม 2539 ISSN 0857-6351





จุลสารสมาคม
แพทย์ระบบทางเดินอาหาร
แห่งประเทศไทย

จุลสารสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย จัดพิมพ์
โดยอนุมัติคณะกรรมการอำนวยการสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่ง
ประเทศไทย กำหนดออกทุก 2 เดือน แจกจ่ายโดยไม่คิดมูลค่าแก่สมาชิกของ
สมาคมฯ และแพทย์ผู้สนใจ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมความรู้โรกระบบ
ทางเดินอาหารและประชาสัมพันธ์กิจกรรมของสมาคมฯ

สำนักงาน-

สาขาวิชาโรกระบบทางเดินอาหาร

ภาควิชาอายุรศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

บางกอกน้อย

กรุงเทพฯ 10700

โทรศัพท์ 419-7280-3

โทรสาร 411-5013

รายงานคณะผู้จัดทำจุฬาลงกรณ์

สารบัญ

ที่ปรึกษา	นพ.พิบูล กุลละวณิชย์	หน้า
บรรณาธิการที่ปรึกษา	นพ.สิน อนุราษฎร์	4
บรรณาธิการ	นพ.อุดม คชินทร	9
กองบรรณาธิการ	นพ.ไพโรจน์ เหลืองโรจนกุล	19
	นพ.ยุทธธนา ศตวรรษธำรง	25
	นพ.สมชาย ลีลากุลวงศ์	50
	นพ.ธงชัย ทางธนกุล	57
	นส.พรทิพย์ จิณแพพพย์	
ปก	นายเอก เกตุสมพร	
พิมพ์ที่	ศุภานิช การพิมพ์	
จำนวน	2,000 เล่ม	

รายงานคณะกรรมการอำนวยการ

สมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย	4
สารจากนายกสมาคมฯ	9
รายงานการประชุมคณะกรรมการอำนวยการ	19
สมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย ครั้งที่ 1/2539	25
Interesting topic review	50
- Hepatocellular Carcinoma	57
- Congestive Hepatopathy	
- Ischemic hepatitis	
Selected Abstracts:	
- A Preliminary trial of lamivudine for chronic hepatitis B infections	64
Guide to the internet 2	67
ปฏิบัติการประชุมวิชาการที่น่าสนใจ	71
ทำเนียบสมาชิก	77
บรรณาธิการแถลง	114

รายนามคณะกรรมการอำนวยการ
สมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย
วาระ 2538-2540

1. นายกมลมาคมฯ	นพ. พินิจ	กุลละวณิชย์	23. กรรมการกลาง	นพ. วิกิจ	วิธานูวัตต์
2. อุปนายก	พญ. กรณิการ์	พรพัฒน์กุล	24. กรรมการกลาง	พญ. วิภา	วงศ์พานิช
3. เลขาธิการ	นพ. อุดม	คชินทร	25. กรรมการกลาง	นพ. สวัสดิ์	พงษ์พัฒนานนท์
4. เภรฎุญิก	นพ. ประวิทย์	เลิศระศิริกุล	26. กรรมการกลาง	นพ. สวัสดิ์	ทิศะนันท์
5. ปฎิคม	พ.อ. นพ. สุรพล	ชินรัตน์กุล	27. กรรมการกลาง	พ.ท. นพ. อุ่นชิด	จุฑะพัทธิ
6. ประธานฝ่ายวิเทศสัมพันธ์	นพ. นุสนธิ์	กัลต์เจริญ	28. ที่ปรึกษา	นพ. จินดา	สุวรรณรักษ์
7. ประธานฝ่ายวิจัย	นพ. พิศาล	ไม่เรียง	29. ที่ปรึกษา	พล.ต. นพ. วิชัย	ชัยประกาศา
8. ประธานฝ่ายวิชาการ	พญ. ไรชา	มหาชัย	30. ที่ปรึกษา	นพ. สมหมาย	วิไลรัตน์
9. ประธานฝ่ายโรคตับ	นพ. เต็มชัย	ไชยบุญดี	31. ที่ปรึกษา	นพ. ลัจพันธ์	อิศรเสนา
10. ประธานฝ่ายเอ็นโดสโคปี	นพ. ไพโรจน์	เทลิองรุ่งนกุล	32. ที่ปรึกษา	พล.อ.ต. นพ. สุจินต์	จากรูจินดา
11. ประธานฝ่ายวารสาร	นพ. สิบ	อนุราษฎร์	33. ที่ปรึกษา	นพ. สุชา	ศุระทอง
12. ประธานฝ่ายการศึกษาหลังปริญญา	นพ. สถาพร	มานัสถิตติย์			
13. กรรมการกลาง	นพ. กำธร	เผ่าสวัสดิ์			
14. กรรมการกลาง	พญ. เกษร	วัชรพงศ์			
15. กรรมการกลาง	นพ. ช่างวิทย์	ต้นดีพัฒนา			
16. กรรมการกลาง	พญ. ชุตินา	ประมุขสินทรัพย์			
17. กรรมการกลาง	นพ. ทองดี	ชัยพานิช			
18. กรรมการกลาง	นพ. บุญชา	โอภาทพารพร			
19. กรรมการกลาง	นพ. พงษ์พีระ	สุวรรณกุล			
20. กรรมการกลาง	น.อ. นพ. ไพฑูรย์	จ้วงพานิช			
21. กรรมการกลาง	นพ. มานิต	สิทธิขวลิต			
22. กรรมการกลาง	พ.ต.อ. นพ. วรพันธ์	เสาวรส			

**รายนามคณะกรรมการฝ่ายต่างประเทศ
สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย**

รายนามคณะกรรมการฝ่ายวิชาการ

1. พญ.วโรชา	มหาวิทยาลัย	ประธาน
2. นพ.กำธร	เผ่าสวัสดิ์	อนุกรรมการ
3. พญ.ชุติมา	ประมุขสิบทหารแพทย์	อนุกรรมการ
4. นพ.บัญญัติ	โสตทัศนศาสตร์	อนุกรรมการ
5. พญ.บุษบา	วิวัฒน์เวชกุล	อนุกรรมการ
6. นพ.ไพโรจน์	เทสิทองโรงแถวนกุล	อนุกรรมการ
7. พ.ท.นพ.อนุชิต	จุฑาทุลาธิ	อนุกรรมการ

รายนามคณะกรรมการฝ่ายวิจัย

1. นพ.พิศาล	ไม่เรียง	ประธาน
2. นพ.องอาจ	ไพโรสถศรางกูร	อนุกรรมการ
3. นพ.บัญญัติ	โสตทัศนศาสตร์	อนุกรรมการ
4. นพ.กำธร	เผ่าสวัสดิ์	อนุกรรมการ
5. นพ.พลรัตน์	วิไลรัตน์	อนุกรรมการ
6. นพ.สิริวัฒน์	อนันต์พันธุ์พงษ์	อนุกรรมการ
7. นพ.สมพงษ์	บุญยคุปต์	ที่ปรึกษา
8. นพ.เกียรติงไกร	ยศวรางศ์	ที่ปรึกษา
9. นพ.สิน	อนุราษฎร์	ที่ปรึกษา

รายนามคณะกรรมการฝ่ายการศึกษาหลังปริญญา

1. นพ.สถาพร	มานัสสถิตย์	ประธาน
2. นพ.สังข์พันธ์	อิศรสนา	อนุกรรมการ
3. นพ.อุดม	ศศิมา	อนุกรรมการ
4. นพ.กำธร	เผ่าสวัสดิ์	อนุกรรมการ
5. พ.ต.อ.นพ.วรินทร์	เสาวรส	อนุกรรมการ
6. นพ.มานิต	สุโทชาลิต	อนุกรรมการ
7. พ.อ.นพ.สุรพล	ชินรัตน์กุล	อนุกรรมการ
8. นพ.สุรพล	สุรวงศ์ศิริรัฐ	อนุกรรมการ
9. นพ.บุษย์	กัลลัดเจติญ	อนุกรรมการ
10. นพ.ประวิทย์	เลิศวิระศิริกุล	อนุกรรมการ
11. นพ.สิริวัฒน์	อนันต์พันธุ์พงษ์	อนุกรรมการ
12. พญ.ภาวิณี	สุวรรณกุล	อนุกรรมการ
13. นพ.พงษ์พระ	สุวรรณกุล	อนุกรรมการ
14. พญ.นฤมล	ศรีสุพรรณ ฮาร์โทรฟ	อนุกรรมการ
15. พญ.เกษร	วัชรพงษ์	อนุกรรมการ

รายนามคณะกรรมการฝ่ายการศึกษาหลังปริญญาเพิ่มเติม

1. นพ.พิณิจ	กุลละวณิชย์	ที่ปรึกษา
2. นพ.เติมชัย	ไชยบุวัต	ที่ปรึกษา
3. นพ.สิน	อนุราษฎร์	ที่ปรึกษา
4. นพ.อนุชิต	จุฑาทุลาธิ	อนุกรรมการ
5. นพ.พิศาล	ไม่เรียง	อนุกรรมการ
6. นพ.บัญญัติ	โสตทัศนศาสตร์	อนุกรรมการ

รายนามคณะกรรมการฝ่ายวารสาร

1. นพ. ลีน	อนุราษฎร์	ประธาน
2. นพ. ไพรจน์	เทสิทองโรจนกุล	อนุกรรมการ
3. นพ. สิริวัฒน์	อนันต์พันธ์พงศ์	อนุกรรมการ
4. นพ. เต็มชัย	ไชยบุญดี	อนุกรรมการ
5. นพ. วีระศักดิ์	ว่องไพฑูรย์	อนุกรรมการ
6. นพ. สติภาพร	มานัสสถิตย์	อนุกรรมการ
7. นพ. บัญชา	โสภาทพสารพร	อนุกรรมการ
8. นพ. นุสนธิ์	กัลลิตเจริญ	อนุกรรมการ
9. นพ. พิศาล	ไม่เรียง	อนุกรรมการ
10. พญ. วโรชา	มหาชัย	อนุกรรมการ
11. พญ. การณีการ	พรพัฒน์กุล	อนุกรรมการ
12. นพ. สุชา	ศุระทอง	อนุกรรมการ
13. พ.อ. นพ. สุภาพล	ชีวันตกุล	อนุกรรมการ
14. นพ. สุริยะ	จักษะพาก	อนุกรรมการ
15. พ.ท. นพ. อนุชิต	จุฑะพุทธิ	อนุกรรมการ
16. นพ. กำธร	เผ่าสวัสดิ์	อนุกรรมการ
17. นพ. ทองดี	ชัยพานิช	อนุกรรมการ

สารจากนายกสมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

Editor

เรียน ท่านสมาชิก เพื่อนแพทย์ที่เคารพทุกท่าน

การประชุมประจำปี พ.ศ. 2538 ของสมาคมฯ ที่เชียงใหม่ได้ผ่านไปแล้วซึ่งผมคิดว่าประสบความสำเร็จพอสมควร ถ้ามองจากทางด้านวิชาการและจำนวนผู้เข้าร่วมประชุม เพราะมีผู้ลงทะเบียนเกือบ 300 คน มีวิทยากรต่างประเทศระดับโลกถึง 5 ท่าน และเท่าที่ฟังจากผู้อื่น วิทยากรนี้ค่อยหายไปหมดมาก วิทยากรไทยก็ยุติ ผู้ฟังก็อยู่เต็มห้องตลอดเวลา ไม่ค่อยหายไปเหมือนการประชุมอื่นๆ ไม่ว่าจะในประเทศต่างประเทศ การแสดงทาง 2 คี้นักตีมากโดยเฉพาะคนที่ทุกคนโดยเฉพาะแขกต่างประเทศที่สนใจมาก ซึ่งเราก็ต้องขอขอบคุณท่าน ผอ.เรณู ศรีสมิต ผู้อำนวยการ รพ. เชียงรายประชาบาลและคณะ เป็นอย่างมากที่ได้ช่วยเหลือดูแลเรื่องการประชุมของเราตลอดเวลา การท่องเที่ยวก็สนุกสนานดีมาก ในราคาที่ ถูกเหลือเกิน

อย่างไรก็ตามในฐานะผู้จัด ผมยังมองเห็นข้อบกพร่องอยู่บางที่จะต้องพัฒนา เช่นการลงทะเบียน การรับประทานอาหาร การจัดโต๊ะอาหาร การจองห้อง ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นเพราะทางโรงแรมไม่ค่อยเก่ง แต่ข้อบกพร่องที่มีเป็นส่วนน้อยมาก ผมคิดว่าทุกท่านที่ได้ไปคงพอใจมากเกี่ยวกับการประชุมโดยรวม ผมเองต้องขอขอบคุณท่านเลขาธิการ อ.อุดม ท่านประธานวิชาการ อ.โรชา และโดยเฉพาะท่านปฎิคม อ.สุรพล ที่ต้องทำหน้าที่อย่างเห็นเด่นชัดเพราะระงระงไม่มีระบบ computer สำหรับตรวจผู้มาใช้ห้อง ทำให้ อ.สุรพลไม่สามารถไปร่วมงานของ อ.วิจิตรได้ หลังจากที่ผมกลับจากงานผมยังมีงานเป็นเพื่อนท่านจนเที่ยงคืน ทั้ง 3 ท่านทำหน้าที่อย่างดีเยี่ยม เรื่องทำเนียบสมาชิกยังมีข้อบกพร่องอีกมากมายซึ่งต้องขอยกย ครัววหน้า คงจะดีกว่านี้เป็นแน่ ท่านอุปนายก กรรมการ คือว่าผมใหญ่ที่มีชื่อท่าน

แต่พอผมกลับไปอ่านดูที่ห้อง ผมตั้งใจมากที่ไม่มีชื่อผมอยู่ในทำเนียบ โลงอกไปทีที่ไม่มีชื่อผม ฉะนั้นใครจะรู้ว่าไม่ได้มากแล้วเพราะนายยกเองยังไม่มีส่วนหลังทราบว่าท่านเลขาธิการก็ไม่มีชื่อ

ยังไม่ทันทำอะไรพวกเราต้องเตรียมเกี่ยวกับการประชุมกลางปีอีก

แล้ว 7-9 สิงหาคม 2539 ที่ชะอำ คราวนี้คงมีวิทยากรต่างประเทศไม่เกิน 2 ท่าน จริงๆ แล้วเราน่าจะกำหนดสถานที่และโดยเฉพาะเวลาของการประชุมล่วงหน้า 2 ปีไปเลย อย่างเช่นของ AGA เขาบอกล่วงหน้า 5 ปีไปเลย เช่นปีนี้ 18-24 พฤษภาคม ที่ San Francisco, ปี 1997 11-14 พฤษภาคม ที่ Washington DC, ปี 1998 17-20 พฤษภาคมที่ New Orleans, ปี 1999 16-19 พฤษภาคม ที่ Orlando และปี 2000 กลับมาที่ San Diego ที่เพิ่งจัดไปในปี 1995 ผมเลยขอร้องให้คณะกรรมการวิชาการวางแผนการประชุมกลางปีและประจำปี 2539 (มกราคม 2540) ตั้งแต่บัดนี้เลย เพราะเดียวกับการประชุมของสมาคมฯ ชักจะใหญ่เกินไปแล้ว มีคนไปมาก หารที่लयาก และมีวิทยากรต่างประเทศมาก จะต้องเชิญล่วงหน้านานๆ วันนี้อง Roger Williams จาก King's ได้กรุณาเขียนมาขอขอบคุณ บอกว่าประทับใจมากในทุกๆ ด้าน

Activity ของสมาคมฯ มีมากพอสมควรและ standard ของการประชุมดีมาก ในฐานะที่ผมไปประชุมต่างประเทศบ่อยๆ ผมคิดว่า standard ของการประชุมที่เชียงใหม่ไม่แพ้เมืองนอก การเอาชาวต่างประเทศมาพูดในเมืองไทยเป็นการยิงนกทีเดียวได้หลายตัว อย่าง Roger Williams นี้ไม่เคยมาเมืองไทย ปกติเข้แค่บินดทน้อย คงนึกว่าประเทศไทยล้าหลัง แต่มาจริงๆ เอ๊ะ civilize เหมือนกันนี่! ถ้าเราไปพบฝรั่งที่ชื่อเสียงที่เมืองนอก เขาจะไม่สน แต่ถ้ามาพบที่เมืองไทยจะสน เพราะเห็นว่าเราก็ไม่ใช่กระจะออก ยิ่งดูแลเขาดีอีกด้วย ประเทศไทยสวยงาม อาหารอร่อย รสดี ถูก การแสดงดี ฯลฯ สายสัมพันธ์ที่ดีก็เกิดขึ้น จะส่งลูกน้องไปนอกก็ได้ เชิญมาอีกก็ได้ ฯลฯ สะดวกสบายมากขึ้น เคี้ยวนี้โลกเราเล็กลงมาก แพทย์แพทย์ไม่ต้องไป

นอกก็เกือบเก่งได้ จาก journal หนังสือ CD Rom ที่มาเร็วมาก และจากการที่วิทยากรไปๆ มาๆ บ่อยมาก (แต่ผมก็ยังเห็นบางคนที่ไม่เคยไปบอกรวไปบ้าง จะได้ idea หรืออย่างน้อยจะได้รู้ว่าสร้างเขาไม่ได้เก่งกว่าเราเลย ในบางอย่าง) ฉะนั้นจึงเป็นนโยบายของผมที่จะนำวิทยากรต่างประเทศมา โดยขอความร่วมมือจากบริษัทฯ ให้วางแผนแต่นั้นๆ

ปีนี้มีการประชุมต่างประเทศมากมาย พวกเราต้องเลือกไป ไปทุกครั้งก็เหนื่อย (และแพง) และก็ซ้ำๆ กัน ถ้าไปครั้งเดียวควรไป AGA ที่อเมริกาเดือนพฤษภาคม หรือ United European Gastro Week ประมาณเดือนตุลาคม-พฤศจิกายน (ปีนี้ที่ Paris 3-6.11.96) ถ้าสนใจ liver ก็ไป EASL (Europe) หรือ ISL (International คือของโลก) ซึ่ง 2 อันหลังมีทุก 2 ปี ฉะนั้นก็มี liver อย่างหนึ่งอย่างใดทุกปี นอกจากนั้นยังมี AASL (America) ทุกปีและที่ Chicago ทราบว่ามันดีมากแต่ยังไม่เคยไป นอกจากนี้ก็มีรายการย่อยๆ ต่างๆ เช่น มีการประชุม Viral Hepatitis ไปแล้วที่ Madrid, Spain จะมีการประชุม International Meeting ของ Viral Hepatitis ซึ่งมีทุก 3 ปีที่ Rome (เมษายน) มี Asian Pacific Congress of Gastro ทุก 4 ปี (ปีนี้ที่ Yokohama), World Congress ของ GI ทุก 4 ปี (ต่อไปปี 1998 ที่ Vienna, Austria) etc ถ้าไปได้ 1 ครั้งควรไป AGA หรือ United Europe ถ้าไปได้ 2 ครั้ง น่าจะไป AASL ที่ Chicago ด้วย แต่ควรไปร่วมประชุมแต่ละแห่งอย่างน้อย 1 ครั้ง จะได้ idea ของการจัด

คุณ... ผมไปประชุมมามากในหนึ่งปีครึ่งที่ผ่านมา จนทำให้รู้ว่าใครเป็น authority ใน field ไทพพอสมควร ไปมากขึ้นก็รู้จัก authority เพิ่มขึ้น ก็เป็นประโยชน์ สำหรับส่งลูกน้องไปอยู่ด้วย หรือเชิญเขามาพูดในไทย ตอนนี้นักมองๆ Jay Hoofnagle อยู่ Roberto, Groszmann, Jim Boyer, Howard Thomas etc

ผมได้ไปประชุม ISL (International Association for the Study of Liver) พูด่างๆ คือการประชุมของสมาคมโรคตับของโลก) ที่ Cape Town South Africa มาเมื่อเร็วๆ นี้ รู้สึกว่าผิดหวังมาก เพราะเห็นว่าเป็นการประชุมของโลกที่น่าจะดีมาก ทั้งเนื้อหาและทั้งจำนวนผู้เข้าร่วมประชุม แต่ปรากฏว่ามีผู้ลงทะเบียน 550 คน เท่านั้น! และมีไม่ถึง 1/2 ที่เข้าฟังการประชุม! ก่อนจะไปผมก็เสียเวลาแทบ เพราะ 2 วันก่อนไปผู้ที่ติดต่อให้ผม fax จากนอกมาว่าโรงแรมมีที่ กำลังหาให้ใหม่! พอจะเดินทางจึงทราบว่า จะได้ไปอยู่ apartment fax มาว่าขอ confirm ว่าที่อยู่ของ you should be ผมเลยงงเพราะเขียนว่า confirm แต่ should be! ผมเดินทางไปคนเดียวเลย เสียอพอสมคาร์

ต่อมาทราบว่าที่คนไปน้อยเพราะการจัดการประชุมวิชาการมี "การเมือง" เข้ามาเกี่ยวอพอสมคาร์ ในทำนอง "ใครที่มัน" ใครเป็นผู้บริหารก็จัดไป คราวนี้ President ของ ISL เป็นชาวอินเดีย Tandon ส่วน Chairman of Organizing Committee เป็นชาว South Africa ชื่อ Ralph Kirsch รู้สึกว่าที่ South Africa และ ISL มี Hans Popper และ Dame Sheila Sherlock มีบทบาทอยู่มาก มี Lectures ในชื่อของทั้ง 2 ท่านและคนที่มา lecture ส่วนใหญ่ก็เคยผ่าน Royal Free มาแล้ว การจัดการประชุม 2 วันแรกเป็น Pre-Congress ผมไม่ทราบรายละเอียดก็ไปเพราะถ้าลงทะเบียนรายการใหญ่ก็ไปได้ ปรากฏว่าเป็นเรื่อง porphyria มีแต่คนกลุ่มน้อยที่เป็น porphyria club มาพูดคุยกัน ระดับ biochemist ingsun พุดอะไรฟังไม่ค่อยรู้เรื่องเลย ฟังอยู่เต็มวัน วันที่ 2 จึงเผ่นหนี วันที่ 3-4 เป็น lectures ที่ไม่เลวนัก มี authorities ของโลกมาพูด แต่ก็ไม่ได้เด่นอะไร พอวันที่ 5 ที่ 6 เป็น free papers มี State of the Art Lectures ครึ่งละ 30 นาที ปนอยู่วันละ 1-2 lectures คนก็หนีเกือบหมด สรุปแล้วในความเห็นของผมทางด้านวิชาการจัดได้ไม่ดีเท่าที่ควร สำหรับงานระดับโลกอย่างนี้ วันแรกของการประชุมใหญ่ผมรีบไปกลัวคนจะแน่นห้อง เพราะทราบว่าจะห้อง

ประชุมใหญ่จุดคนได้ 650 คน เท่านั้น! ส่วนอีก 2 ห้องจุดห้องละ 150 คน และ 200 คน! ผมยังงงว่าทำไมห้องประชุมเล็กจัง แต่ถึงขนาดนั้นห้องประชุมใหญ่ก็ไม่เคยเต็มสักวัน เข้าแรกอาจจะไม่ถึง 400 หลังจากนั้นเหลือไม่ถึง 200 บางวัน 50 คนเท่านั้น

เหตุผลที่ 2 ที่อาจทำให้มีคนไปน้อยคือโรงแรม ก่อนผมไปบริษัทที่ sponsor ให้ผมไปบอกว่าได้จองโรงแรมให้แล้วแต่ปรากฏว่าเอาจริงๆ ไม่ได้ เหตุผลก็คือตอนจองโรงแรมคิด 100 US\$. พอจะเอาจริงคิด 400 US! บริษัทเลยให้ผมไปอยู่ apartment โรงแรมที่ติดมีน้อย apartment ที่ผมไปอยู่ๆ ทำเลค่อนข้างดี ติดทะเล ช้างหลังเป็นภูเขาชื่อ Lion's Head แต่ข้อเสียคืออยู่ไกลที่ประชุมและไม่ใช่อะไร official hotel จึงไม่มี shuttle bus ซ้ำยังมีแค่รถ apartments ไม่มีห้องอาหาร ต้องซื้ออาหารมาทำเอง ผมเองเรื่องนี้ไม่ค่อยเดือดร้อนเพราะไม่ทานอาหารเข้าอยู่แล้ว พอมาถึงข้อมูลของที่พักก็แบกกระเป๋าไปซื้อน้ำ ผลไม้ มาเตรียมไว้เลย ชื่อที่เดียวตอนนี้จะกลับยังเหลือเลย (ขนาดให้เพื่อนๆ ที่เพิ่งพบไปช่วยทานด้วย) apartment ที่ผมอยู่มีห้องนอน 2 ห้อง ห้องนั่งเล่น ห้องน้ำ คราวนี้ตู้ปิ้งผ้าเช็ดตัว มี TV มีโทรทัศน์ นอกนั้นต้องซื้อเองหมด

เหตุผลที่ 3 ที่คนมาน้อยคือความปลอดภัย ผมมาแล้วจึงทราบว่า กลางคืนห้ามไปไหนคนเดียว กลางวันก็อย่าเอาของมีค่าออกมาให้ใครเห็น อย่าเอากล้องถ่ายรูปมาโชว์ให้ใครเห็น ข้อมูลนี้มีการประชาสัมพันธ์ให้ทราบทั่วถึงไปหมด ตั้งแต่ในแผ่นพับของการประชุม จาก Tourist Information Centre และจากคนขับรถที่มารับซึ่งมีหน้าที่หลักเป็นตำรวจ ทำให้มีความรู้สึกว่าจะไม่อยากออกไปไหน ingsun ที่เมือง Cape Town สะอาดกว้างขวาง ใหญ่โต สวยงามมาก ทำให้รู้สึกกลัวๆ ขนาดเดินไปกลางวันยังมีคนผิวดำมาเกาะพะอะอยู่เรื่อยๆ ingsun หนึ่งผมตกมาก กลางวันแต่สักๆ ทารถ taxi ไม่ได้เลย ไปกับชาวสิงคโปร์อีก 2 คน ก็มี taxi van ผ่านมา คน Malay จึงลงมาตาว่าจะเอา taxi ไหม เราก็ลงเพราะทำทางไม่ค่อยน่าไว้ใจ แต่

เห็นว่าฝนตก รอมานานแล้ว และมาด้วยกัน 3 คน พอขึ้นตามราคาก็ปรากฏว่า 30 Rands ก็ตกลงเอา เราจะไป Waterfront ปรากฏว่าคนขับพาเราไปทางเปลี่ยว เราก็ขับออกไปทางถนนขรุขระ จะไปยังโกดังเก็บของเราก็บอกว่ามันผิดทาง เขาก็บอกว่ามาทางลัด เราก็ไม่รู้ว่าจะทำอย่างไร พอติดอนจะเข้าไปในท่าเรือ ยามซึ่งเป็นคนผิวดำห้ามเข้า ซ้ำยังพูดว่าถ้ารักกรทให้รอเดี๋ยว เราได้ทีเลยขอให้กลับไปทางถนนใหญ่ เสียเวลาพอสมควร 50 Rands ่วนวายน่าดู ก็บอกโดนเอาไปทำเป็นบุญเสียแล้ว นึกว่าจะถูกลิงหัดคาบ แต่กลับจะถูกคนเสีย!

สรุปแล้วผิดหวังมากที่ไปประชุม ISL มา แต่ก็ตั้งใจที่ได้ไปเห็น Cape Town มีวางอยู่วันหนึ่งเลยไป tour กันโดยจ้างรถตู้มีคนขับเป็นชาว African ได้ ผิวชาว เดิมเป็นทหาร เป็น guide ขับรถมารับเรา 3 คน (ผมและชาว Singapore 2 คน ที่อยู่ที่ apartment ที่เดียวกัน) ไปเที่ยวทั่วไประหว่าง ขับรถเลียบริมชายหาดไปเรื่อยๆ ถนนอยู่ริมชายหาดบ้าง บนภูเขา over looking ทะเลบ้าง สวยงามมากเลย Cape Town เป็นที่ๆ มหาสมุทรมาจะเอ็กกัน 2 มหาสมุทรคือ Atlantic กับ India สวยงามจริงๆ ครั้นชายหาดสวย ชาว ยาวมากแต่คลื่นแรงมาก และเขาน้ำเย็นมาก ผมเห็นสาหร่ายทะเลเต็มไปหมด ทำให้ดูไม่สวยงามเลย เขาเรียกว่า Kelp (สาหร่ายทะเล) ผมแปลกใจว่าทำไมเขาไม่เก็บมาขาย ปรากฏว่าต้องมีใบอนุญาตจึงเก็บได้ ขับรถผ่านไปที่มีโรงงาน Kelp โดยตรง นำไปขายเมืองนอก ถ้าเป็นที่ยอมรับคงหายหมดแล้ว นึกมีมากจริงๆ และมีธรรมชาติด้วย

อยู่ Cape Town ก็ได้ไปดูเพชร เพื่อนๆ บอกว่าเพชรถูกมาก เวลาจะเข้าไปดูในร้านต้องกดกริ่งจึงจะเปิดประตูให้เข้าไปดู ก็ได้ดูกับเพื่อน 2 คนเต็ม ผมไม่มีความรู้เรื่องเพชร ไม่เคยซื้อ ไม่เคยสนใจ แต่จากการสอบถามก็รู้ว่าเพชรหนึ่งกะรัตมีราคาประมาณ 170,000 บาท แต่ทั้งนี้แล้วแต่สีของเพชร และมีตำหนิแคไหน ผมและเพื่อนๆ ก็ไม่ซื้อขอมา ถ้าจะซื้อให้ใครให้เขาไปเลือกเองจะดีกว่า เพราะผมซื้อไม่เป็น ไม่รู้ว่าสวยหรือไม่ ดีพอไหม

และมันก็ไม่ใช่บาท 2 บาท ซื่อผิดมากงแม่เลย ตีแม่ตีพ่อซื้อเสร็จออกมาโดนจับละก็แม่เลย!

กำหนดการเดิมผมจะกลับวันอาทิตย์ที่ 25 และมาถึงเมืองไทยวันจันทร์ที่ 26 และวันพุธที่ 28 จะต้องไปประชุมที่ Hong Kong! แต่ผิณียอมที่มาจาก Singapore เขารู้อยู่ละเอียดของการประชุมตั้งแต่ก่อนมา เขาจึงวางแผนกลับวันศุกร์ที่ 23 ตั้งแต่ก่อนมาเพราะมีเครื่องบินจาก Cape Town ไปแวะ Johannesburg แล้วไปต่อยัง Singapore เลย ส่วนชาว Singapore อีกคนจะกลับวันเสาร์ เรา 2 คนเลยไปเปลี่ยนเวลากลับโดยขอกลับวันศุกร์หมด และโชคดีมากที่สุดที่ ชาวผมเดินทางโดย Singapore Airlne (SQ) จาก กทม. ไป Singapore แล้วไป Johannesburg ที่นั่นผมต้องเอากะเป๋าไปเปลี่ยนเครื่องบินเป็นสายการบิน South African Airways ซึ่งก็ไม่ลำบากมาก แต่ก็ไม่สบายเท่าที่ไปกับสายการบินเดี่ยวดโดยไม่ต้องเปลี่ยนสายการบิน ชาวกลับจึงโชคดีที่ได้สายการบินเดี่ยวดตลอดทาง แต่ที่ Singapore ต้องเปลี่ยนเครื่องบินแต่ก็ยังเป็นสายการบินเดี่ยวดกัน ที่ Singapore และที่ Johannesburg ห้อง business lounge ใหญ่โตมากใหญ่กว่าของ Thai Inter ที่ กทม. มากมาย แต่ก็ไปนั่งๆ นอนๆ ไม่ได้ทานหรือดื่มอะไร ชาวไปถึง Johannesburg เวลา 6:00 น. เครื่องบินออก 12:30 น. มีเวลาว่างมากมาย 6 ชั่วโมงเต็มเบียร์ไปแก้วเดียว

Cape Town น่าไปไหม? ผมว่าถ้าไปเที่ยวกันหลายๆ คนน่าจะมากต้องไปเป็นกลุ่ม เป็น tour แต่ได้ข่าวว่า Johannesburg เป็นเมืองที่มีอาชญากรรมสูงที่สุดในโลก ผมไม่ได้ไปเที่ยว Safari หรือ Johannesburg ทรานว่ายังมีที่เที่ยวยื่นเยอะ ไปที่ Cape Town ก็พบคุณหมอนุชิต จากพระมงกุฎฯ คุณหมอธีระจาก ม.อ. คุณหมอนอนภาพร จากหาดใหญ่ ทั้ง 3 ท่านไปถึงหลังผม 3 วัน และอยู่หลังผมกลับ 4 วัน รู้สึกว่าทั้ง 3 ท่านก็น่าอบอุ่นมากกว่าทางด้านวิชาการ และการเอาเปรียบของโรงแรม ฯลฯ

ผิดกับที่ Hong Kong ซึ่งเป็นการประชุมของ Falk Foundation มีทั้งหมด 3 วัน 2 วันแรกเป็น Hepatobiliary วันที่ 3 เป็น Inflammation Bowel Disease (IBD) SK Lam เป็นผู้ที่จัดและจัดได้ดีมาก หัวข้อดีมาก มีวิทยากรมาจากทั่วโลก แต่ส่วนใหญ่เป็นวิทยากรที่ผมไม่รู้จักมากนัก เป็นชาว Europe เป็นส่วนมาก แต่ก็มี USA พอสมควร แต่คะแนนรู้สึกว่า authority พอสมควร ชื่อเสียงอาจไม่โด่งดัง (สำหรับผม) แต่พูดได้ดีมาก อาหารกลางวันเป็น sit down lunch เสียเวลามาก แต่ดูหรูมาก แต่อาหารก็ยังไม่ค่อยดี เป็นอาหารฝรั่ง วันแรกเป็นปลา วันที่ 2 เป็นแกะ วันที่ 3 เป็นเนื้อ! คนไทยซึ่งไป 25 คน ปั่นกันแยเลย เพราะบางคนไม่กินแกะ ไม่กินเนื้อ! วันที่ 3 ซึ่งเป็นวันของ IBD ก็ดีพอสมควร ภาคเช้าเขาให้แต่ละประเทศ (แต่ไม่มีไทย) ขึ้นไปพูดอีกเกี่ยวกับ IBD ในแต่ละประเทศและทุกประเทศกับอกว่ามีน้อยมากไม่มีข้อมูล บ้านเราก็ไม่ค่อยมีทั้งโรคและข้อมูล ผมเองก็คิดในใจว่า น่าจะต้องตั้ง study group ขึ้นมาเพื่อหาข้อมูลว่าเมืองไทยมีโรคชนิดนี้มากน้อยแค่ไหน พอตอบจบผู้จัดก็เสนอให้มี working group ใน Asia ทำ epidemiological study ผมก็เลยเข้าไปด้วยในฐานะนายก แต่ได้ขอให้คุณหมอสถาพรซึ่งสนใจทางนี้เป็นหัวหน้าของกลุ่มไทยเราสำหรับเรื่อง IBD และได้เข้าไปร่วมคุยด้วย

Falk Foundation ลงทุนมากสำหรับการประชุมคราวนี้ สำหรับประเทศไทย นำแพทย์ ผู้ติดตามและเจ้าหน้าที่ไปถึง 25 คน (แต่จากประเทศอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์มีแพทย์มากกว่า) ให้อยู่โรงแรมดี อาหารดีมากมาย มีคนเข้าประชุม 600 คน จากเงิน 300 มากกว่าระดับโลกที่ Cape Town เสียอีก ผมได้มีโอกาสไปคุยกับ Martin Falk ลูกชาย Dr. Falk ซึ่งจบทางเคมีมา ก็ได้เปรยๆ กับเขาไปว่าขอให้พิจารณาจัดการประชุมในประเทศไทยบ้าง และขอให้ส่งวิทยากรมาในงานประชุมวิชาการประจำปีของเราบ้าง ก็ไม่ทราบว่าจะได้ผลมากน้อยแค่ไหน ๆ

ผมไปประชุมมาบ่อยๆ ทำให้รู้จักวิทยากรที่เก่งใน topic ต่างๆ ถึงแม้ไม่มีโอกาสพูดกับทุกคน แต่ก็ได้รับรู้ว่าใครเก่งไม่เก่ง คราวนี้ที่ Cape Town ได้พูดกับ Jay Hoofnagle อีกครั้ง ได้เชิญเขามาเมืองไทยตอน มกราคม 2540 เดิมผมกับคุณหมอบุณยชัยเคยเชิญเขามาตอนสิงหาคม ปี 2539 แต่เขาไม่สะดวก คราวนี้เขาทำที่ว่าว่าง ได้พบ Peter Scheuer เจ้าพ่อทาง liver histopathology คนหนึ่งของโลก ซึ่งเกษียณแล้ว 3 ปี ก็ได้เปรยๆ ให้เขามาบ้านเราบ้าง อยากให้เขามาอยู่ 1-3 เดือน คงจะช่วยทางด้าน liver histopathology ได้มาก แต่ถึงแม้เขา retire แล้วก็ยังคงยุ่งเหมือนเดิม Howard Thomas ก็เก่ง คงต้องเชิญมาบ้าง ข้อดีคือรู้จักไว้ เวลาพวกนี้บินมาไปมา บางทีเขาก็ออกมารามา เราก็ให้เขา lecture ฟรีๆ ให้พวกเราฟัง ซึ่งถ้ามี guest lecturer มาผมก็จะออกไปยังทุก รพ. ใน กทม. ถ้าบินออกได้ทันที อย่างวันที่ 26 มีนาคมนี้จะมี Professor Nishioka จาก Kagawa, Medical School ซึ่งเป็น Chairman ของ Liaison Committee ของ APAGE มาพูดเรื่อง Autoimmune Hepatitis และ Viral Hepatitis ให้พวกเราฟัง วันก่อนก็มี Professor จาก Israel มาพูดให้ฟัง ซึ่งก็ดีมาก อยุ่ๆ มีคนเอาความรู้มาให้เราโดยไม่เสียตังค์ (แต่ก็เสียเวลา เสียเงินค่าเลี้ยงอาหารเขาบ้างพอสมควร) มา Hong Kong คราวนี้ก็ติดสนิทกับ S.K. Lam และ Joseph Sung มากขึ้น เขาทั้ง 2 คนเก่งมาก อยู่คนละโรงพยาบาล มีชื่อเสียงเป็นที่เชิดหน้าชูตาของชาว Asia. Joseph ยังหนุ่ม อยู่มาก คง 40 ได้กระมัง แต่ถือว่าเยี่ยมแล้ว ความรู้ดี พูดจาจะฉะฉาน น่าเสียดินี่ นุ่มนวลด้วย

ช่วง 8-12 กรกฎาคม จะมี Professor Ray Clause จาก ร.พ. Barnes-Washington มาอยู่ที่จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยแล้ว ซึ่งก็จะเปิดโอกาสอันดีงามที่พวกเราชาวไทยจะได้รับความรู้จากเขา ถ้าท่านผู้ใดสนใจจะมาฟัง guest lecture ต่างๆ ที่จุฬา และต้องการอยู่ใน fax list ของผม โปรดกรณาโทรแจ้งเบอร์ fax มาที่หน่วย (2564265) ได้ครับ

3-6 กรกฎาคม ก็จะมีการประชุม "The Stomach" 96 Kuala Lumpur International Meeting ที่ดูแล้วย่านเงินมาก รู้สึกว่าจะมีบริษัทฯ นำพวกเราไปกินหลายสิบคน ท่านที่สนใจก็รีบติดต่อแต่เนิ่น ๆ นะครับ การประชุมกลางปีของเรจะมีเพียง 2 วัน คือ วันพฤหัสบดี 8 และ ศุกร์ที่ 9 สิงหาคม 2539 ผมเลยขอให้สมาคมจัดอบรมเรื่อง การวัดความรู้ และออกข้อสอบที่ดี ฯลฯ ในวันพุธที่ 7 โดยคาดว่าจะเชิญกรรมการสอบ และผู้ที่สนใจหรือจะเป็นกรรมการสอบในอนาคต ประมาณ 30 คนไปสัมมนา ท่านที่สนใจโปรดแจ้งมาได้ครับ ถ้าเรามีที่ว่างจะได้พิจารณา อ.สถาพร จะเป็นผู้จัดในรายการนี้

มีเรื่องที่จะคุยอีกมาก แต่วันนี้ขอแค่นี้ก่อนครับ

สวัสดิ์ศรีรับ

นพ.พิบิจ กุลละวณิชย์

สมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย
 รายงานการประชุมคณะกรรมการอำนวยการฯ (2538-2539)
 ครั้งที่ 1/2539 ณ โรงแรมเอเซีย
 วันศุกร์ที่ 8 มีนาคม 2539 เวลา 10.00-12.00 น.

รายนามผู้เข้าร่วมประชุม

- | | | |
|------------------------|-----------------|----------------------------------|
| 1. นายแพทย์พิบิจ | กุลละวณิชย์ | นายกสมาคมฯ |
| 2. นายแพทย์อุดม | ศิรินทร์ | เลขาธิการ |
| 3. นายแพทย์ประวิทย์ | เลิศวีระศิริกุล | แพทย์หญิง |
| 4. พ.อ. นพ.สุรพล | ชินรัตน์กุล | นักศัลยกรรม |
| 5. นายแพทย์นุสนธิ์ | กลัดเจริญ | ประธานฝ่ายวิเทศสัมพันธ์ |
| 6. แพทย์หญิงวโรชา | มหาชัย | ประธานฝ่ายวิชาการ |
| 7. นายแพทย์เติมชัย | ไชยบุญวัด | ประธานฝ่ายโรคตับ |
| 8. นายแพทย์สถาพร | มานัสสถิตย์ | ประธานฝ่ายการศึกษา
หลังปริญญา |
| 9. แพทย์หญิงเกษร | วัชรพงษ์ | กรรมการกลาง |
| 10. นายแพทย์บัญญัติ | โอวาทพารพร | กรรมการกลาง |
| 11. นายแพทย์พงษ์พีระ | สุวรรณกุล | กรรมการกลาง |
| 12. นายแพทย์สวัสดิ์ | หัตตะนันท์ | กรรมการกลาง |
| 13. พ.ท. นพ.อนุชิต | จุฑะพูทธิ | กรรมการกลาง |
| 14. นายแพทย์สังพันธ์ | อิศรเสนา | กรรมการกลาง |
| 15. พล.อ.ต. นพ.สุจินต์ | จางุจินดา | กรรมการกลาง |
| 16. นายแพทย์จรินทร์ | โรจนบรรวิทย์ | |
| แพทย์หญิงวิภา | วงศ์พานิช | กรรมการกลาง |

รายนามผู้ที่สามารถเข้าร่วมประชุมได้

1. แพทย์หญิงกรรณิการ์	พรพัฒน์กุล	อุปนายก
2. นายแพทย์ไพโรจน์	เปลื้องโรจนกุล	ประธานฝ่ายเอนโดสโคปี
3. นายแพทย์พิศาล	ไม่เรียง	กรรมการกลาง
4. นายแพทย์สิน	อนุราษฏ์	กรรมการกลาง
5. นายแพทย์ภัทร	เผ่าสวัสดิ์	กรรมการกลาง
6. นายแพทย์ชาญวิทย์	ต้นตีพัฒน์	กรรมการกลาง
7. แพทย์หญิงชุตินภา	ประมุขสินทรัพย์	กรรมการกลาง
8. นายแพทย์ทองดี	ชัยพานิช	กรรมการกลาง
9. น.อ. นพ. ไพฑูรย์	จ่วงพานิช	กรรมการกลาง
10. นายแพทย์มานิต	สีไพชวลิต	กรรมการกลาง
11. พ.ต.อ. นพ. วรพันธุ์	เสถียรส	กรรมการกลาง
12. นายแพทย์วิจิตร	วีรานูวัตต์	กรรมการกลาง
13. นายแพทย์สวัสดิ์	พงษ์วัฒน์บานนท์	กรรมการกลาง
14. นายแพทย์จินดา	สุวรรณรักษ์	กรรมการกลาง
15. พล.ต. นพ. วิชัย	ชัยประกา	กรรมการกลาง
16. นายแพทย์สมหมาย	วีโลรัตน์	กรรมการกลาง
17. นายแพทย์สุชา	ศุระทอง	กรรมการกลาง

เปิดประชุม เวลา 10.30 น. นายแพทย์พินิจ กุลละวณิชย์ เป็นประธาน
ในการประชุม

วาระที่ 1 เรื่องที่ประธานแจ้งให้ทราบ

1. ได้เดินทางไปประชุม IASL ระหว่างวันที่ 20-24 กุมภาพันธ์ 2539 ณ เมือง Cape Town, South Africa

2. หนังสือ Topics in Gastroenterology เล่ม 7 กำลังดำเนินการ
อย่างเร่งด่วน

3. จะจัดการสัมมนาในเรื่องการออกข้อสอบ ที่มีความยุติธรรมและมี
คุณภาพ ในช่วงการประชุมกลางปี 2539 ซึ่งขณะนี้กำลังติดต่อบริษัทฯ เพื่อ
สponsored ค่าใช้จ่ายให้กับผู้เข้าร่วมสัมมนาและขอมติจากที่ประชุมให้สมาคมฯ
ช่วยออกค่าใช้จ่ายในส่วนที่ขาดเหลือ

ที่ประชุมมีมติอนุมัติ

วาระที่ 2 รับรองรายงานการประชุม

ที่ประชุมมีมติรับรองรายงานการประชุมครั้งที่ 10/2538

วาระที่ 3 เรื่องสืบเนื่อง

1. นายแพทย์อุดม ศชินทร เลขธิการ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบ
เกี่ยวกับผลสรุปการดำเนินงานการประชุมวิชาการประจำปี 2539 ที่จ. เชียงราย
ดังนี้

- 1.1 มีผู้ลงทะเบียนทั้งหมด 235 ท่าน, มีบริษัทเวชภัณฑ์
และเครื่องมือแพทย์ร่วมออกบูธ รวม 24 บริษัท (มีบริษัทที่ออก 2 บูธ
3 บริษัท) รวม 27 บูธ

- 1.2 ทำเนียบสมาชิกมีบางชื่อที่ตกหาย ขณะนี้กำลังดำเนินการ
การใหม่อย่างถูกต้อง

- 1.3 อาหาร, ที่พัก, การลงทะเบียน ยังมีข้อบกพร่อง

ที่ประชุมแนะนำให้มีการจัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงานจัดการ
ประชุมใหญ่ทางวิชาการประจำปีของสมาคมฯ เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไป
ด้วยความสำเร็จและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และให้รับเจ้าหน้าที่ของ
สมาคมฯ เพิ่มอีก 1 ท่าน

2. นายแพทย์เติมชัย ไชยนุวัต ประธานฝ่ายโรคตับได้แจ้งให้ประชุมทราบถึงความคืบหน้าการเสนอเรื่องความคุ้มครองใช้ยา Interferon ของผู้ที่มีสิทธิ์เบิกจ่ายได้ จะต้องผ่านจากสมาคมฯ เท่านั้น ขณะนี้เรื่องกำลังอยู่ในระหว่างการดำเนินงานของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ เพื่อนำเสนอรัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลังต่อไป

ที่ประชุมเสนอว่าในส่วนของสมาคมฯ หลังจากแก้ไข standing paper เรียบร้อยแล้ว ให้นำในวารสารทางการแพทย์เช่นสารจากราชวิทยาลัยฯ หรือจุลสารของสมาคมฯ เพื่อประชาสัมพันธ์ให้ทุกคนทราบถึงรายละเอียดต่างๆ ให้กว้างขวางมากที่สุด

3. นายแพทย์สุรพล ชีบริตบกุล ปฏิคม แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

3.1 ทางสมาคมฯ ได้ตกลงกับโรงแรมริมกก จ. เชียงราย สำหรับการจองห้องพักในการประชุมเมื่อวันที่ 31 มกราคม-2 กุมภาพันธ์ 2539 ไร่จำนวน 200 ห้อง แต่เนื่องจากมีเข้าพักในวันที่ 31 มกราคม-2 กุมภาพันธ์ 27 ห้อง และวันที่ 1 กุมภาพันธ์-31 มีนาคม และวันที่ 2 กุมภาพันธ์-31 มีนาคม 51 ห้อง ซึ่งทางโรงแรมริมกกได้เรียกเก็บเงินในส่วน no show นี้ มาเป็นเงิน 125,220 บาท

ที่ประชุมได้พิจารณาในเรื่องนี้แล้วเห็นว่าตัวเลขของ no show มากเกินควร จึงเห็นสมควรให้มีการสำรองและตกลงเรื่องนี้กับทางโรงแรมริมกกใหม่ โดยมอบหมายให้นายแพทย์สุรพล ชีบริตบกุล เป็นผู้ดำเนินการ โดยให้หลักการว่าทางสมาคมฯ จะจ่ายเงินให้ไม่เกิน 50% ของจำนวนเงินที่ทางโรงแรมแจ้งมา

วาระที่ 4 รายงานความคืบหน้าของฝ่ายต่างๆ

1. นายแพทย์สุรพล ชีบริตบกุล ปฏิคม แจ้งให้ที่ประชุมทราบเกี่ยวกับสถานที่ในการประชุมกลางปี 2539 ซึ่งขณะนี้ยังไม่ได้ตกลงกับโรงแรมใดๆ และกำลังดำเนินการพิจารณาในการเลือกสถานที่

ที่ประชุมมติให้นายแพทย์สุรพล ชีบริตบกุล, นายแพทย์พิบูล จกุลละวินชัย และนายแพทย์อุดม ศชินทร รับผิดชอบดำเนินการ

2. แพทย์หญิงวโรชา มหาชัย ประธานฝ่ายวิชาการ ได้สรุปให้ที่ประชุมทราบเกี่ยวกับการประชุมคณะอนุกรรมการฝ่ายวิชาการ เมื่อวันที่ 6 มีนาคม 2539 ดังนี้

2.1 Topics ของการประชุมกลางปี 2539 (เอกสารประกอบการประชุมหมายเลข 1) ซึ่งอาจจะมีการเปลี่ยนแปลงบาง Topics

2.2 การประชุมกลางปี จะจัดระหว่างวันที่ 8-9 สิงหาคม 2539 และการประชุมประจำปี 2539 จะจัดระหว่างวันที่ 28-31 มกราคม 2540 ซึ่งในการประชุมครั้งนี้จะมีการประชุม International Liver Meeting ร่วมด้วย 1 1/2 หรือ 2 วัน สถานที่ยังไม่ระบุแน่ชัด

2.3 ได้มีบริษัทยาบางบริษัทได้นำมาติดต่อกับเกี่ยวกับการสปอนเซอร์ foreign speaker ในการประชุมกลางปี 2539

3. นายแพทย์สุรพล มานัสสถิตย์ ประธานฝ่ายการศึกษาหลังปริญญา ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบเกี่ยวกับการดำเนินการจัดสอบ GI Fellow ประจำปี 2539 ซึ่งจะจัดสอบในวันที่ 24-27 มิถุนายน 2539 ณ โรงพยาบาลราชวิถี และขอความร่วมมือสถาบันต่างๆ ช่วยส่งข้อสอบ และช่วยเตรียมผู้ช่วยเพื่อสอบด้วย

วาระที่ 5 เรื่องอื่นๆ

นายแพทย์อุดม ศชินทร เลขานุการแจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

5.1 ขอมติจากที่ประชุมในการซื้อเครื่อง computer notebook พร้อมเครื่อง printer เพื่อสะดวกต่อการทำงานนอกสถานที่ ในวงเงินประมาณ 80,000 บาท

ที่ประชุมมีมติอนุมัติ

5.2 จากการประชุมที่ จ. เชียงราย เมื่อวันที่ 31 มกราคม-
2 กุมภาพันธ์ 2539 ซึ่งทางโรงพยาบาล เชียงรายประสานเครือข่ายให้
ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกต่างๆในการประชุม จึงขอมติจากที่
ประชุมเพื่อบริจาคเงินจำนวน 30,000 บาทให้กับทางโรงพยาบาลดังกล่าว
ที่ประชุมมีมติอนุมัติ

5.3 กระเป่าที่เหลือจากการประชุม APAGE จะนำไป
จำหน่ายถ้ามีผู้สนใจ

ที่ประชุมมีมติให้จำหน่ายใบละ 500 บาท

5.4 มีผู้สมัครสมาชิกสมาคมฯ จำนวน 2 ท่านคือ

แพทย์หญิงลำตวน วงศ์สวัสดิ์ และ นายแพทย์ชัยวิทย์ ชิวพฤษ

ที่ประชุมมีมติรับรองสมาชิกทั้ง 2 ท่าน

ปิดประชุมเวลา 13.00 น.

นายแพทย์อุดม คชินทร

บันทึกการประชุม

Hepatocellular Carcinoma : Etiology and Pathogenesis

นพ. วิชัย วิริยะอุตสาหกุล

รพ. อุพาส

Hepatocellular carcinoma เป็นมะเร็งที่มี geographic variation
มาก อุบัติการณ์ในประเทศตะวันตกเพียง 1-5 รายต่อ 100,000 ต่อปี แต่
ในประเทศทางเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ จีนและแอฟริกาพบมากถึง 20-150
รายต่อ 100,000 ต่อปี¹ จากรายงานของสถาบันมะเร็งปี 1993 พบว่าใน
ผู้ชาย มะเร็งตับพบมากเป็นอันดับ 2 รองจากมะเร็งปอด และส่วนมากเป็น
hepatocellular carcinoma ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมามีความก้าวหน้าอย่าง
มากในความรู้เรื่อง pathogenesis ของ hepatocellular carcinoma โดย
เฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องของ viral carcinogenesis ซึ่งทำให้นำไปสู่การป้องกัน
เช่นการให้ HBV vaccine การตรวจสอย blood donors และการรักษาด้วย
antiviral agents เพื่อป้องกัน cirrhosis ปัจจุบันพบว่าการศึกษา
hepatocellular carcinoma น่าจะเป็น multi-step และ multifactorial
process ซึ่งประกอบด้วย initiation, promotion และ progression

Etiologic factors

เมื่อกล่าวถึง etiologic factors ก็หมายถึงปัจจัยที่ทำให้เกิดขบวนการ
การ initiation แต่จากการศึกษาเท่าที่มียังเป็นการยากมากที่จะทราบว่า
ปัจจัยต่างๆ ที่พบว่าเกี่ยวข้องกับเกิด hepatocellular carcinoma ทำให้
เกิดที่ชั้นคอนโคเอด ปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมดสรุปได้ดังตารางที่ 1²

ตารางที่ 1 Factors associated with pathogenesis of hepatocellular carcinoma

Likely	Possible	Unlikely
Cirrhosis	Alcohol	Alpha1-antitrypsin deficiency
Hepatitis B virus	Androgenic/anabolic steroids	Primary biliary cirrhosis
Hepatitis C virus	Oral contraceptives	Primary sclerosing cholangitis
Aflatoxin	Nutrition	Fanconi's syndrome
Hereditary tyrosinemia	Hepatic venous obstruction	Idiopathic hemochromatosis
	Neonatal hepatitis	Wilson's disease
	Biliary atresia	
	Porphyria cutanea tarda	
	Acute intermittent porphyria	

1. Hepatitis B virus

หลักฐานต่าง ๆ แสดงชัดเจนว่า HBV เกี่ยวข้องกับ Hepatocellular carcinoma (HCC) ทฤษฎีการศึกษาพบว่า geographic distribution ของ HCC, incidence และ HBV serologic markers prevalence เหมือนกัน คือพบ HCC มากขึ้นมากใน endemic regions ของ HBV infection Breasley และคณะได้ทำการศึกษา prospective ในปี 1975 โดยติดตามข้าราชการชายได้หัวน 22,707 รายงานว่ามีผู้ที่เป็น HBV carrier 15.2% เมื่อติดตามผู้ป่วยจนถึงปลายปี 1986 มีผู้ป่วยที่เสียชีวิตจาก HCC 41 ราย ในจำนวนนี้มี HBsAg positive 40 ราย คือผู้ที่มี HBsAg positive มี relative risk ในการเกิด HCC สูงถึง 223 เท่าของผู้ที่ HBsAg negative และในจำนวนนี้มี cirrhosis 30 ราย แสดงว่า HBsAg carrier เป็น risk ของ HCC โดยไม่จำเป็นต้องมี cirrhosis³ ยังมีอีกหลายการศึกษาที่คล้ายกัน พบว่า risk ของ HCC ใน HBsAg carriers สูงขึ้นมากน้อยตามแต่ละ รายงานดังตารางที่ 24

ตารางที่ 2 Cohort studies on HBsAg carriers and HCC risk

Area/Country	Total	HBsAg-positive	HCC risk
Taiwan	22,707	3,454	223.0
Japan	32,171	496	10.4
Japan/Tokyo	25,547	513	30.0
United State/New York	-	6,850	9.7
England/Wales	-	3,943	42.0

มีรายงานว่าพบ HBsAg และ HBV DNA ใน tumor tissue ของ HCC แต่ยังไม่ทราบความสำคัญจนกระทั่ง Brechet และคณะรายงานว่าพบ integrated HBV DNA อยู่ใน genome ของ tumor tissue และ cell line ของ HCC เมื่อปี 1980⁵ ต่อมาในปี 1981 Sharfritz และคณะได้รายงานว่าพบว่าการ integration ของ HBV DNA ใน genome ของ liver cells จาก liver biopsy ของผู้ป่วย HCC 15 ใน 20 รายซึ่งมี HBsAg 12 ราย และ Anti HBS 8 ราย แม้แต่ใน hepatocytes ที่มีอยู่ในเนื้อ tumors ก็พบการ integration แสดงว่าการ integration เกิดในระหว่างการมี infection ก่อน การเกิด HCC และใน HBsAg negative ก็พบด้วยซึ่งอาจเป็น risk ของ HCC เช่นกัน⁶ ได้มีการศึกษาจากทางยุโรป อเมริกา แอฟริกาและญี่ปุ่น โดยใช้ polymerase chain reaction ในการหา HBV DNA พบว่าการมี HBV DNA ใน liver tumor และ serum ไม่สัมพันธ์กับการมี HBsAg อย่างไรก็ตามการเกิด HCC ในผู้ที่มี HBsAg negative ยังเป็นที่ถกเถียงกัน ว่าเกิดจาก HBV ซึ่งอาจเป็น chronic low replication หรือ residual resolved infection หรือเป็นจากสาเหตุอื่นเพราะการศึกษาต่างๆ ยังให้ผลที่ขัดแย้งกัน⁷ การ integration ของ HBV DNA ได้รับการยืนยันโดยการศึกษาต่อๆ มาอีกมากมายและพบว่าอาจเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดความผิดปกติของ genes จนนำไปสู่การเกิดมะเร็ง

นอกจากนี้ยังพบว่ามีการสัมพันธ์กับ HBV ในธรรมชาติที่ทำให้เกิด HCC ในสัตว์เช่น woodchucks (WHV), ground squirrels (GSHV) และ ducks (DHBV) ที่พบเด่นชัดที่สุดคือการศึกษาเกิด HCC จาก woodchuck hepatitis virus ซึ่งมี genetic structure คล้าย HBV มาก พบ woodchuck ที่ได้รับเชื้อ WHV จากการศึกษาทดลองในระยะ neonate จะเป็น HCC 100% โดยไม่มี cirrhosis และพบการ integration ของ WHV DNA เหมือนที่พบใน HBV ส่วนใน ground squirrel hepatitis virus (GSHV) ก็พบว่าการศึกษาเชื้อทำให้เกิด HCC แม้มีมากกว่า WHV⁸

2. Hepatitis C virus

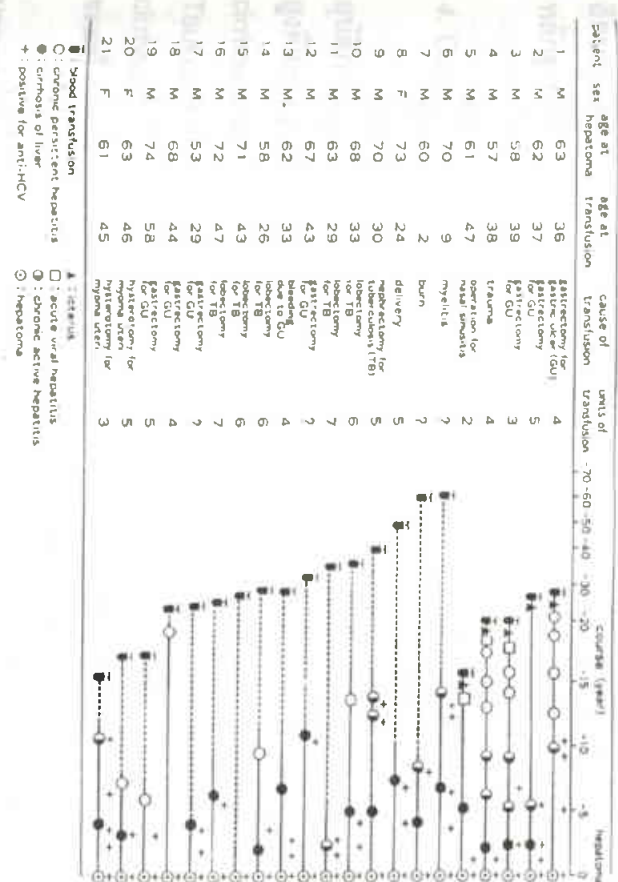
ความสัมพันธ์ระหว่าง HCV กับ HCC มีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศ ที่พบว่า HCV มีความสัมพันธ์กับ HCC มากคือประเทศที่มีอุบัติการณ์ของ HBV ต่ำแต่ก็ยุโรปและญี่ปุ่น ช่วง 20 ปีที่ผ่านมาการศึกษาในประเทศญี่ปุ่นและอิตาลีพบว่า HBsAg positive ใน HCC ต่ำลงเหลือเพียง 20% ขณะที่ Anti HCV ใน HCC มากขึ้นถึง 60-70% ขณะที่ Anti HCV ใน control ประมาณ 1.5%⁹ Kiyosawa และคณะพบว่า Anti HCV positive มากถึง 74% ในผู้ป่วย HCC 83 ราย และส่วนมากมีประวัติได้รับเลือดมี chronic hepatitis และมี cirrhosis นำมาก่อน โดยที่ระยะเวลากจากการได้รับเลือดจนเกิด cirrhosis ประมาณ 20-25 ปีและจนเกิด HCC ประมาณ 30 ปี ดังภาพที่ 110

การเกิด HCC จาก HCV ต้องใช้เวลานาน ดังนั้นผู้ป่วยที่ได้รับ HCV มักเสียชีวิตก่อนที่จะเป็น HCC แต่ในผู้ป่วยที่พบ HCV related HCC มากนั้นเชื่อว่าเนื่องมาจากการได้รับเชื้อ HCV ตั้งแต่เด็กจากการใช้เข็มฉีดยาและวัคซีนที่ไม่ sterile

HCV เป็น RNA virus และไม่มี reverse transcriptase enzyme จึงไม่สามารถ integrate เข้าสู่ host genome ได้ เชื่อว่าการเกิด HCC จะ

ผ่านทางขบวนการ cirrhosis เป็นส่วนมาก อย่างไรก็ตามผู้ป่วย 3 ใน 21 ราย ตามรายงานของ Kiyosawa ก็ไม่พบ cirrhosis และได้รับการยืนยันโดยการศึกษาคohort อีก 2 รายงาน Takano และคณะพบว่าเกิด HCC ในผู้ป่วย chronic hepatitis B 3.9% และ chronic hepatitis C 10.4% โดยที่ได้ exclude ผู้ที่มี cirrhosis แล้ว คืออุบัติการณ์ของ HCC ใน HCV สูงกว่า HBV 2.7 เท่าโดยที่พบว่า genotype II และ III ของ HCV เท่ากัน¹¹ อีกรักศึกษาโดย De Mitri และคณะพบ HCV RNA ใน liver และ tumor tissue ของ HCC ที่ HBsAg negative และไม่มี cirrhosis 13 ใน 19 ราย ในจำนวนนี้ 11 รายเป็น genotype 1b¹² นอกจากนี้การศึกษาดังกล่าวโดย Muchmore และคณะโดยฉีด NANB contaminated serum เข้าสู่ตัวทดลอง ก็สามารถเกิด HCC โดยไม่มี cirrhosis¹³ อาจเป็นไปได้ว่ายังมีกลไกอื่น

เกี่ยวข้องกับ



ภาพที่ 1 Interval in years from blood transudion and date of diagnosis of HCC

3. Aflatoxin

Aflatoxin เป็นสารพิษที่สร้างจากรากลุ่ม *Aspergillus* เป็นที่ทราบมานานว่ามีคุณสมบัติเป็น toxin และ carcinogen โดยที่สารหลักคือ aflatoxin B₁ (AFB₁) สามารถทำให้เกิด HCC, bile duct CA, CA pancreas, hemangioma และ osteosarcoma ในสัตว์ทดลอง Van Rensburg และคณะรายงานในปี 1985 พบว่าสัดส่วนของ AFB₁ ในอาหารมีความสัมพันธ์โดยตรงกับอุบัติการณ์ของ HCC ดังตารางที่ 3¹⁴

ตารางที่ 3 Relation between crude HCC rate (both sexes) and aflatoxin intake

Local	HCC rate (per 1000,000/yr)	AFB ₁ intake (ng/kg/d)
Kenya, high altitude	1.2	3.5
Thailand, Songkla	2.0	5.0
Swaziland, Highveld	2.2	5.1
Kenya, middle altitude	2.5	5.9
Swaziland, Middleveld	3.8	8.9
Kenya, low altitude	4.0	10.0
Thailand, Ratburi	6.0	45.0
Swaziland, Lowveld	9.2	43.1
Mozambique, Massinga	5.0	38.6
Mozambique, Inharrime	9.0	86.9
Mozambique, Inhambane	12.1	77.7
Mozambique, Morrumbene	15.5	87.7
Mozambique, Homoine-Maxixe	17.7	131.4
Mozambique, Zavala	14.0	183.7

ความสัมพันธ์ของ AFB₁ กับ HCC พบมากในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ จีนและแอฟริกาซึ่งอุบัติการณ์ของ HBV ก็สูงด้วยจึงทำให้ความสัมพันธ์ดังกล่าวจึงเชื่อถือได้น้อยลง ปริมาณ AFB₁ ที่มีอยู่ในอาหารอาจไม่ได้บอกถึงปริมาณของ AFB₁ ที่ร่างกายได้รับ Hatch และคณะได้ทำการศึกษาในสัตว์โดยทำการหา AFB₁ ในปัสสาวะพบว่ามีความสัมพันธ์กับ HCC สูงมากถึง 500 เท่าของคนที่ไม่เป็น โดยที่ไม่แตกต่างกันระหว่างเป็น HBV หรือไม่และชายเท่ากับหญิง¹⁵ และยังมีการศึกษาทดลองให้ AFB₁ ขนาด 0.1 ppm/kg ของอาหารในหนูทดลองพบว่าจะเกิด HCC 100% หลังได้ไป 54 สัปดาห์¹⁶ และในปี 1991 Bressac และคณะยังทำการศึกษา tumor tissue จากผู้ป่วย HCC ในแอฟริกาได้ 10 รายพบว่า 50% มี mutation ของ p53 gene ที่ codon 249 โดยมีการแทนที่ G ด้วย T ซึ่งเป็นลักษณะที่พบได้บ่อยมากในการเกิดมะเร็งจาก AFB₁¹⁷ นอกจากนี้จาก AFB₁ ยังมีสารอาหารและสารพิษอื่นๆ อีกมากที่สามารถทำให้เกิด HCC ในสัตว์ทดลองได้ แต่ในปัจจุบันยังไม่มียาลักษณบำบัดกับความสัมพันธ์ของสารต่างๆ เหล่านี้กับ HCC ในคนเลย

4. Cirrhosis

Cirrhosis พบได้ถึง 80-90% ของผู้ป่วย HCC ในประเทศซึ่งอุบัติการณ์ของ HCC ต่ำ แต่พบได้บ่อยลงในประเทศซึ่งอุบัติการณ์ของ HCC สูงคือพบได้ 60-70% จากการศึกษาในประเทศญี่ปุ่นพบว่าโอกาสที่ผู้ป่วย cirrhosis ทั้งหมดไม่ว่าจากสาเหตุใดจะเป็น HCC มากกว่า 6% ต่อปี¹⁸ Tsukuma และคณะได้ทำการศึกษาในปี 1987 ถึง 1991 พบว่าผู้ป่วย cirrhosis มี cumulative risk ในการเกิด HCC ในเวลา 3 ปีเป็น 12.5% ขณะที่ chronic hepatitis มีเพียง 3.8%¹⁹

Cirrhosis ที่มีลักษณะ macronodular ซึ่งมี regenerative process มากกว่ามีโอกาสนเป็น HCC มากกว่า micronodular และในผู้ป่วย alcoholics ที่หยุดเหล้าซึ่งจะมีการเปลี่ยนแปลงจาก micronodular ไปเป็น macronodular

cirrhosis ก็พบว่ามีโอกาสเป็น HCC มากขึ้น ดังนั้นการเกิด HCC ใน cirrhosis อธิบายได้จากกลไกที่มี regeneration และ DNA synthesis มากขึ้นทำให้มีการ rearrangement ของ chromosomes มากขึ้น⁴ การมี chronic injury ต่อตับจากสาเหตุใดๆ ก็ตามสามารถทำให้เกิด necrosis และ regeneration ของ hepatocytes ก็สามารถเกิด HCC ได้ การมี cirrhosis ก็คือมีการ injury ต่อตับมากและนาน

ในปัจจุบันพบว่าภาวะหลายอย่างที่เดิมเชื่อว่าทำให้เกิด HCC นั้น เป็นจากการเกิด cirrhosis เช่น hemochromatosis, Primary biliary cirrhosis และ alpha₁-antitrypsin deficiency การศึกษา prospective โดย Fargion และคณะในผู้ป่วย hereditary hemochromatosis 152 รายเป็นระยะเวลา 1-229 เดือน พบว่าเป็น HCC 28 รายในกลุ่ม cirrhosis 97 รายและไม่มี HCC เลยในกลุ่มที่ไม่มี cirrhosis 55 ราย²⁰ และมีการศึกษาพบว่าการทำ phlebotomy เพื่อป้องกัน cirrhosis สามารถป้องกัน HCC ได้ แสดงว่าการเกิด HCC เป็นผลจาก cirrhosis เท่านั้น มีการศึกษา Cohort โดย Farinati และคณะในผู้ป่วยหญิง primary biliary cirrhosis 89 รายและ cirrhosis จากสาเหตุอื่น 73 ราย พบว่าเกิด HCC 2 และ 3 รายตามลำดับ แสดงว่า PBC ก็มี risk ในการเป็น HCC จาก cirrhosis อย่างเดียว²¹

สำหรับ alpha₁-antitrypsin deficiency นั้นมีรายงานว่าเป็น risk ของ HCC ทั้งที่เป็น homozygous (PIZZ) และ heterozygous (PIMZ) Eriksson และคณะศึกษาผู้ป่วย HCC 279 รายพบว่าเป็น homozygous alpha₁-antitrypsin deficiency ถึง 1.7% เมื่อเทียบกับ 0.06% ในประชากร²² แต่ต่อมาพบว่าผู้ป่วยส่วนมากมี cirrhosis ด้วยและที่ไม่มี cirrhosis ก็เป็น fibrolomellar carcinoma ซึ่งเป็นเพียง variant ของ HCC ที่ benign กว่า นอกจากนี้การศึกษาในระยะแรกๆ ใช้การที่พบ alpha₁-antitrypsin globules ในตับเป็นการวินิจฉัยเป็นส่วนมากซึ่งทำในพบ alpha₁-antitrypsin deficiency ใน HCC มากเกินจริง Rabinovitz และ

คณะศึกษา Pi phenotype ของผู้ป่วย HCC 59 รายพบว่าไม่ต่างจากประชากรที่ปกติดังตารางที่ 4²³

ตารางที่ 4 Frequency of the various Pi types in patients with HCC and normal individuals

Pi type	HCC (n=59)	normals (n=17,243)
Normal MM	55 (93.2%)	91.5%
Heterozygous one Z	1 (1.7%)	1.6%
Other non-MM	4 (6.8%)	8.5%
Homozygous ZZ	0 (0%)	0.03%

อย่างไรก็ตามการศึกษาของ Rabinovitz อาจมีจำนวนผู้ป่วยน้อยเกินกว่าจะสามารถแสดงความสัมพันธ์ได้เนื่องจากอุบัติการณ์ของ PIZZ ต่ำมาก ยังคงต้องการการศึกษาเพิ่มเติมอีก

5. Alcohol

เชื่อว่า ethanol เองไม่ป็น carcinogen แต่เป็นปัจจัยที่ส่งเสริมในการเกิด carcinogenesis ของ HCC คือมีผลในขั้น promotion Ohnishi และคณะพบว่า HCC ที่เกิดใน HBV carrier ที่ดื่ม alcohol มากมีอายุเฉลี่ยตอนได้รับการวินิจฉัย HCC 38.8 ปีซึ่งต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ดื่มถึง 10 ปี และในกลุ่มที่ไม่เป็น HBV carrier ก็ให้ผลเหมือนกัน อาจเป็นเพราะการดื่ม alcohol มากมีผลทำให้การเกิด cirrhosis เร็วขึ้นหรือเป็นจากการที่ alcohol กระตุ้นให้มีการ regeneration ของตับมากขึ้น²⁴ มีการทดลองให้ alcohol ในหนูทดลองที่ถูกทำให้เกิด HCC ด้วย diethylnitrosamine พบว่ากลุ่มที่ได้ alcohol มีจำนวน HCC มากกว่ากลุ่มที่เป็น control²⁵ แม้ว่าจากรายงานของ International Agency for Research on Cancer ในปี 1988 จะสรุปว่าการดื่ม alcohol เป็น risk ของ HCC แบบ dose response relationship²⁶

แต่การศึกษา case-control ยังให้ผลที่ขัดแย้งกับ Chen และคณะรายงานการศึกษา case-control ในไต้หวันพบว่าการศึกษา alcohol มากกว่า 3 วันต่อสัปดาห์นานกว่า 15 ปีมี risk ในการเกิด HCC เพิ่มขึ้น 3.4 เท่า ขณะที่รายงานของเขาเองก่อนหน้านี้และรายงานจากฮ่องกงและกรีซจะพบว่า risk ไม่เพิ่มขึ้น²⁷

6. Others

*Hereditary tyrosinemia มีรายงานว่าอุบัติการณ์ของ HCC ใน ผู้ป่วย hereditary tyrosinemia สูงถึง 40% แม้ว่าจะได้รับสารอาหารด้วย dietary control แล้วก็ตาม โดยมีพบบนร่วมกับระดับ AFP ที่สูงมากเช่นเดียวกับใน ataxia telangiectasia ปัจจุบันยังไม่ทราบกลไก²

*Oral contraceptives Klatzkin ได้รวบรวมรายงานผู้ป่วยหญิงที่เป็นเนื้องอกของตับจากการกินยาคุม 237 รายพบว่า เป็น HCC เพียง 19 ราย อย่างไรก็ตามผู้หญิงมี risk ต่อ HCC น้อยกว่าผู้ชายมากจึงสรุปว่า HCC ที่พบบนจะเกี่ยวข้องกับยาคุม²⁸ HCC ที่เกี่ยวข้องกับ oral contraceptives มีลักษณะแตกต่างจากทั่วไปคือมักมี AFP ไม่สูง มี vascularity มาก และ survival นานกว่า เป็นไปได้ว่าอาจมีการวินิจฉัย adenoma เป็น HCC ด้วยส่วนหนึ่งเนื่องจากลักษณะทาง histology แยกกันได้ยาก การที่มีรายงานว่ามี regression ของ HCC หลังจากหยุด oral contraceptives นั้น ก็ยังบ่งชี้ว่าอาจเกิดจากการวินิจฉัยผิดพลาด²⁹

*Budd-Chiari syndrome รายงานครั้งแรกโดย Nakamura และคณะ ในปี 1968 พบว่าผู้ป่วย membranous obstruction ของ inferior vena cava 71 รายเป็น HCC มากถึง 41%³⁰ การศึกษา autopsy ของผู้ป่วย Budd-Chiari syndrome 101 รายของ Simson ก็พบว่า มี HCC รวมด้วย 48%³¹ การเกิด HCC เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดค่อนข้าง late เพราะส่วนมากจะพบว่าเป็น calcified obstruction แล้วโดยที่ยังไม่ทราบกลไก

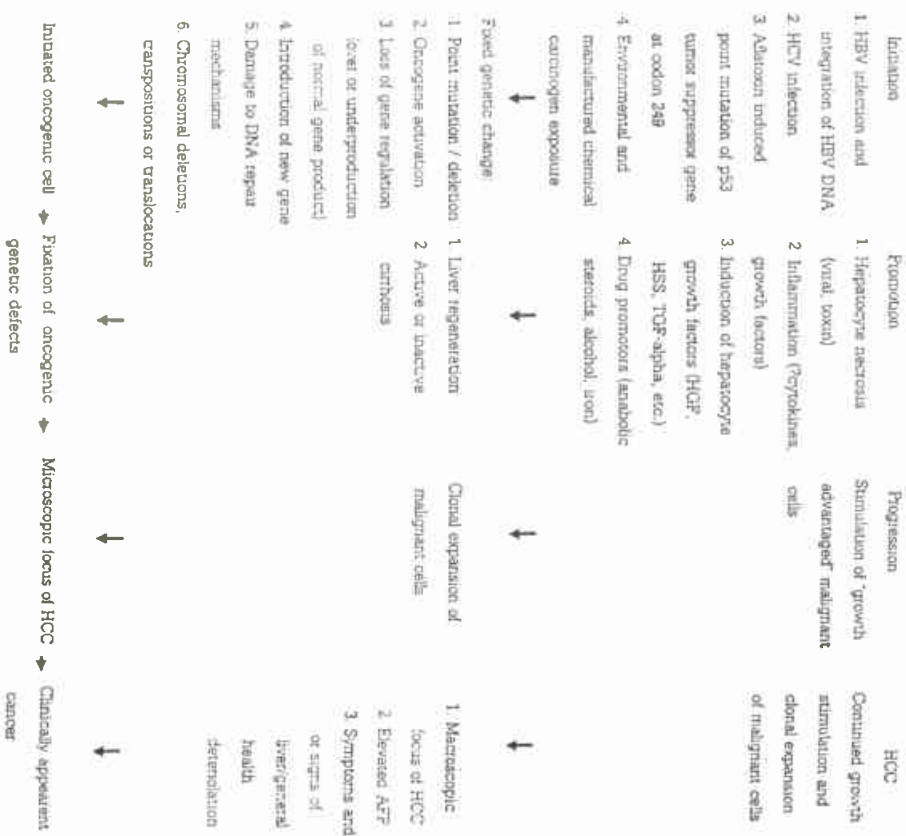
อาจเป็นจากการที่มี necrosis และ regeneration ของ hepatocyte เนื่องมาจากกรณี congestion

*Porphyria นอกจากจะเป็น paraneoplastic syndrome ของ HCC แล้ว ยังพบว่าอาจเป็นสาเหตุด้วย Solis และคณะรายงานว่าพบ HCC ถึง 7.2% ในผู้ป่วย porphyria cutanea tarda (PCT) 138 ราย บางรายไม่มี cirrhosis แม้ว่าส่วนมากจะมี Siersema และคณะติดตามผู้ป่วย PCT 38 ราย พบว่าเป็น HCC ถึง 13% ส่วนมากเป็น HCC เมื่ออาการต้นของ PCT ดีขึ้นแล้ว โดยที่มี risk factors สำคัญสองข้อคือระยะเวลาตั้งแต่มีอาการจนถึงเริ่มรักษา PCT และการมี chronic active hepatitis หรือ cirrhosis ไม่ขึ้นอยู่กับ HBV, HCV หรือ degree of siderosis ในตับ³²

*Smoking มีรายงานว่าการศึกษาสูบบุหรี่เพิ่ม risk ของการเป็น HCC เฉพาะในผู้ที่ไม่มี HBV infection ในประเทศกรีกพบว่าการศึกษาสูบบุหรี่มากกว่า 30 มวนต่อวันมี relative risk ของ HCC 8.4 เท่า จากฮ่องกงรายงานไว้ 3.3 เท่าและในอเมริกา 2.6 เท่า⁴ Chen และคณะพบว่าการศึกษาสูบบุหรี่เพิ่ม HCC แบบ dose response relationship คือมี relative risk 1.1, 1.5 และ 2.6 ในผู้ที่สูบบุหรี่ 1-10, 11-20 และมากกว่า 20 มวนต่อวันตามลำดับ แม้ว่า risk ของ HCC จากการสูบบุหรี่จะน้อยกว่าเมื่อเทียบกับ HBsAg และ HBeAg ซึ่งเท่ากับ 16.7 และ 56.5 ตามลำดับในการศึกษา³³ แต่การงดบุหรี่ก็เป็นสิ่งที่มีความสำคัญในการป้องกัน HCC ด้วยโดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศที่มีการสูบบุหรี่มาก²⁷

Pathogenesis

จากการศึกษามากมายในช่วง 50 ปีที่ผ่านมาไม่ว่าจะเป็นในสัตว์ทดลองหรือในคนสรุปได้ว่าการเกิดมะเร็งรวมทั้ง HCC เป็นขบวนการ multistep และ multifactor สำหรับ HCC นั้นจากการศึกษาในหนูทดลองพอจะสรุปขั้นตอนต่างๆ ของ carcinogenesis ได้ดังภาพที่ 2²



ภาพที่ 2 Steps in the development of hepatocellular carcinoma

I. INITIATION

ขั้นตอนการ initiation คือการที่มีความผิดปกติของ gene จากการได้รับ carcinogen พบว่าการเปลี่ยนแปลงแรกเริ่มหรือ initiation อย่างเดียวไม่ทำให้เกิดมะเร็งเลย เมื่อได้รับ carcinogen ก็จะทำให้เกิดความผิดปกติของ gene ซึ่งส่วนมากจะได้รับการแก้ไขและไม่กลายเป็นมะเร็ง แต่เมื่อเซลล์ที่ผิดปกตินั้นมีการแบ่งตัวก็จะทำให้ความผิดปกติของ gene นั้นถาวร หรือ "fixed" genetic damage ดังนั้นการตอบสนองของตัว regeneration เมื่อเกิด inflammation และ necrosis ดังนั้นเมื่อเกิด genetic damage และมี necroinflammatory response ตัวนี้ก็จะมีโอกาสที่จะเป็นมะเร็ง

II. PROMOTION & PROGRESSION

ขั้นตอนการ promotion คือการเกิดการขยายตัวของ initiated cells จนกลายเป็น nodules หรือ papillomas หรือ polyps ซึ่งอาจจะคงอยู่ในนานๆ โดยไม่กลายเป็นมะเร็ง เมื่อมี progression เกิดขึ้นเซลล์ที่เดิมอยู่ใน G₀ ก็จะเข้าสู่ G₁, S, G₂ และ M จนกลายเป็นมะเร็งในที่สุด การแบ่งตัวของเซลล์หรือการเข้าสู่ cell cycle และการได้รับ progression factors จะต้องเกิดพร้อมกัน ถ้ามีเพียงอย่างใดอย่างหนึ่งก็จะไม่เกิดขบวนการ progression เนื่องจาก progression factors ไม่สามารถกระตุ้นเซลล์ที่ไม่แบ่งตัวและเซลล์ที่แบ่งตัวก็จะไม่แบ่งถ้าไม่มี progression factors สารต่างๆ ที่ทำให้เกิด initiation มักมีความสามารถทำให้เกิด promotion และ progression ด้วยตัวอย่างสารเหล่านี้เป็นการทดลองสัตว์ได้แก่ phenobarbital และ orotic acid

HBV DNA integration

ปัจจัยที่เด่นชัดที่สุดที่อาจทำให้เกิด carcinogenesis ใน HCC คือ hepatitis virus B การ integrate ของ HBV DNA เกิดขึ้นตั้งแต่ในระยะแรกๆ ของการติดเชื้อ Chang และคณะพบว่าในตัดที่เป็น HCC มักมีการ insertion ของ HBV DNA แต่ส่วนเดียว แต่ในผู้ใหญ่จะพบหลายตำแหน่ง ซึ่งแสดงว่าการ integration เกิดขึ้นหลายครั้งในระหว่างการติดเชื้อเรื้อรัง³³ การ integration ดังกล่าวเป็นไปอย่างสุ่ม จากการศึกษาที่ผ่านมายังไม่พบตำแหน่งและแบบแผนที่แน่นอนเลย de The' และคณะ รายงานว่าพบการ integration ของ HBV DNA ใกล้กับ hap gene และพบ hap messenger RNA 6 ใน 7 ของ HCC tissue และ cell lines ที่ทำการศึกษาซึ่งไม่พบในระดับปกติ เสนอว่าโปรตีนที่ได้จาก hap gene ซึ่งถูกกระตุ้นจะทำให้เกิด HCC³³ Wang และคณะพบการ integration โดย HBV DNA ใน intron ของ cyclin A gene ซึ่งมีความสำคัญในการควบคุมการแบ่งเซลล์ จึงเสนอว่าอาจเป็นกลไกของการเกิด HCC³⁵ อย่างไรก็ตามในปัจจุบันยังไม่สามารถสรุปถึงความสำคัญของแต่ละตำแหน่งในการ integration ได้

ใน WHV พบว่าการ integration ของ WHV DNA นั้นมีส่วนในการกระตุ้น myc family oncogenes ทั้ง c-myc และ N-myc gene และยังมีการค้นพบ gene ใหม่คือ N-myc2 ซึ่งเป็นตำแหน่งที่ถูกกระตุ้นโดยการ integration ของ WHV DNA มากที่สุดและเชื่อว่าเป็น initiation process ของการเกิดเป็น HCC ในหนู woodchucks อย่างไรก็ตาม N-myc2 gene ไม่พบในคนและสำหรับ HCC ในคนนั้นไม่พบการ integration ของ HBV DNA ใน myc gene เลย³⁶ ข้อมูลยังไม่เพียงพอในการบอกความสัมพันธ์ของ oncogenes กับ HCC เท่าที่มีการศึกษากันมาพบว่ามีการ expression ของ oncogene บางชนิดเพิ่มขึ้นบ้างแต่ใน N-ras, c-myc และerbB-2 gene แต่ก็ยังไม่ชัดเจน Ochiya และคณะรายงานว่าการ oncogene ที่ specific

กับ HCC คือ Ica gene ซึ่งอยู่บน chromosome คู่ที่ 2 แต่ก็ยังไม่มียารักษาอื่นสนับสนุนเลย³⁷

Chromosomal abnormalities

การศึกษาทาง cytogenetic พบว่ามีความผิดปกติของ chromosomes ใน HCC tissue และ cell line ซึ่งเกิดได้หลายแบบโดยที่ไม่พบว่ามีแบบใดที่ specific กับ HCC เลย ความผิดปกติที่พบบ่อยที่สุดคือบน chromosome คู่ที่ 1 ซึ่งพบ 100% จากการศึกษาของ Simon และคณะ³⁸ ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 Chromosomes commonly involved in abnormalities in HCC cells

Chromosome	No.	%	Note
1	8	100	Most common breakpoint: 1p21-22
3	5	63	
5	4	50	Most common region rearranged or deleted: 5q31-35
10	5	63	
11	7	98	11p:3;11q:4
21	5	63	
22	6	75	

การเกิดความผิดปกติของ chromosome ทำให้เสีย heterozygosity ซึ่งอาจทำให้มีการสูญเสียของ tumor suppressor gene และทำให้เกิด HCC ได้ สำหรับ HCC เท่าที่มีการศึกษามาพบว่า allele losses บน chromosome คู่ที่ 1,4,5,8,10,11,13,16 และ 17 ไม่พบว่ามี specific

tumor suppressor gene สำหรับ HCC ใน allele losses ใดๆ ที่กล่าวมา มีที่อาจเกี่ยวข้องกับอยู่สองตำแหน่งคือ 5q31-35 และ 16q22-23 ซึ่งพบว่ามีการ deletion ที่ค่อนข้าง specific ใน HCC เนื่องจากไม่พบในมะเร็งชนิดอื่นเลย อาจเป็นไปได้ว่าเป็นตำแหน่งของ tumor suppressor gene สำหรับ HCC ทั้งนี้ยังต้องการการศึกษาเพิ่มเติมโดยวิธี gene cloning³⁷ Walker และคณะรายงานว่าการเกิด allele losses ใน HCC มี pattern ในการเกิด เหมือนกันไม่ว่าจะมี HBV หรือไม่ และมี cirrhosis หรือไม่ แต่แสดงว่าการเกิด allele losses ไม่มีความสัมพันธ์กับ HBV status และ cirrhosis³⁸ Allele losses ที่เกิดขึ้นอาจเป็นผลของการแบ่งตัวของ HCC และมีส่วนในการเกิด promotion และ progression

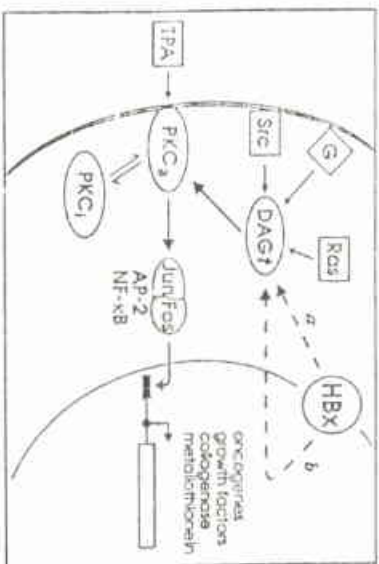
p53 tumor suppressor gene

ไม่กี่ปีมานี้ได้มีการพบความสัมพันธ์ของ p53 tumor suppressor gene กับ HCC p53 gene อยู่บน short arm ของ chromosome คู่ที่ 17 (17p13) ซึ่งสร้างโปรตีนที่ยับยั้งการเข้าสู่ S-phase และการ transformation ของเซลล์ ความผิดปกติของ p53 gene ใน HCC ได้รับการรายงานครั้งแรกในปี 1990 โดย Bressac และคณะ⁴⁰ ซึ่งต่อมาก็ยังพบว่าการเกิด ความผิดปกติ นั้นมักเป็น mutation จาก G เป็น T ที่ codon 249 และเกี่ยวข้องกับสาร AFB₁ ดังที่ได้กล่าวมาแล้ว แต่การเกิด mutation ที่ตำแหน่ง codon 249 นั้นพบเฉพาะในบริเวณที่มี AFB₁ สูงเท่านั้นเช่นในประเทศจีนและแอฟริกา ซึ่งได้รับการยืนยันจากการศึกษาใน 14 ประเทศของ Ozutuk และคณะ⁴¹ Murakami และคณะรายงานในปี 1991 ว่าพบความผิดปกติของ p53 gene ใน HCC มากถึง 8 ใน 22 รายที่เป็น advance stage ขณะที่ไม่พบเลยใน 21 รายที่เป็น early stage และยังพบความผิดปกติของ retinoblastoma (RB) gene ร่วมด้วย 6 ใน 7 รายที่มี p53 gene ผิดปกติ ดังนั้นความผิดปกตินี้จะเกี่ยวข้องกับกระบวนการ progression มากกว่า

initiation เช่นเดียวกับที่เชื่อว่าเป็นใน brain และ colon tumor⁴² ไม่พบ mutation ที่ codon 249 เลยในรายงานของ Murakami

HBx transactivation

นอกจากความผิดปกติของ hepatocyte genome ที่เป็นผลจาก viral DNA หรือสารเคมีเช่น AFB₁ แล้วยังพบว่าการเกิด HCC อาจเกี่ยวข้องกับ product ของ viruses ด้วย ส่วนของ HBV DNA ที่มีชื่อที่ "X" ซึ่งตอนแรกไม่ทราบหน้าที่และความสำคัญ มีลักษณะที่มี conservation มาก คือ เหมือนกันมากในกลุ่ม hepadnaviruses ด้วยกันเช่น WHV หรือ GSHV แสดงว่าอาจมีความสำคัญในการ replication ของไวรัสในกลุ่มนี้ ต่อมาก็นับว่าการพบหลักฐานว่ามีการ expression ของ HBx gene นี้จริงและยังพบ anti-HBx Ab ทั้งใน acute และ chronic hepatitis B โดยที่พบใน chronic มากกว่า ยังพบอีกว่าโปรตีนที่ได้จาก HBx gene มีคุณสมบัติเป็น transactivator ซึ่งกระตุ้นการ transcription ของ viral promoter genes หลายชนิดรวมทั้ง HBV ด้วย⁴³ Kim และคณะทำการทดลองใส่ HBx gene ในหนูทดลองพบว่ามีการ expression ของ HBx gene และจะเกิดความเปลี่ยนแปลงในระดับเป็น hepatocellular adenomas และ carcinomas ที่อายุ 8 ถึง 10 เดือน⁴⁴ โปรตีน X ไม่สามารถจับกับ DNA ได้โดยตรง การกระตุ้น gene ต่างๆ เชื่อว่าผ่านกลไกระหว่างโปรตีนด้วยกัน Kekule และคณะพบว่ากลไกดังกล่าวผ่าน 1,2 diacylglycerol (DAG) และ endogenous protein kinase C (PKC) และ transcription factor AP-1 (Jun-Fos) เหมือน tumor promoter genes อื่นเช่น Ras หรือ Src AP-2 และ NF-KB ซึ่งเป็น transcription factors ที่อาศัย PKC เช่นกันก็อาจมีผลร่วมด้วย การกระตุ้น DAG โดย HBx gene ผ่านกลไกโดยยังไม่ทราบ อาจเป็นกระบวนการใน nucleus หรือ cytoplasm ก็ได้ดังภาพที่ 3⁴⁵



ภาพที่ 3 HBx-target gene activation pathway

Hepatocyte growth factor

Hepatocyte growth factor (HGF) พบครั้งแรกในหนูทดลองที่ถูกทำ partial hepatectomy โดย Nakamura และคณะในปี 1984⁴⁶ ระดับ HGF สูงขึ้นในผู้ป่วยที่มีโรคตับเช่น chronic hepatitis และ cirrhosis เชื่อว่ามีความสำคัญต่อการ regeneration ของเซลล์ตับ แต่ใน HCC กลับพบว่ามีความต่ำลงและยังสามารถยับยั้งการเติบโตของ HCC cells ในห้องทดลองได้ มีผู้เสนอว่า HGF อาจมีหน้าที่ที่ยังไม่ทำให้ผู้ที่มี chronic liver disease เป็น HCC³⁷ Shiota และคณะศึกษาหาระดับ HGF ใน ผู้ป่วยโรคตับชนิดต่างๆ เทียบกับคนปกติโดยใช้วิธีที่ sensitive และ specific มากพบว่าระดับของ HGF สูงขึ้นเล็กน้อยในโรคตับทุกชนิดรวมทั้ง HCC และสูงมากในผู้ป่วย fulminant hepatic failure ซึ่งมีความสัมพันธ์กับระดับ total bilirubin และ serum aspartate aminotransferase ดังแสดงในตารางที่ 6⁴⁷

ตารางที่ 6 Mean HGF levels of the patients with liver disease

	AH	CH	LC	HCC	PBC	FHF	Control
Patient no.	9	40	27	39	5	7	200
HGF (ng/ml)	0.45	0.40	1.05	1.06	0.44	16.40	0.27

AH: Acute hepatitis, CH: Chronic hepatitis, LC: Liver cirrhosis,

HCC: Hepatocellular carcinoma, PBC: Primary biliary cirrhosis,

FHF: Fulminant hepatic failure

ดังนั้นสรุปยังไม่ได้ว่า HGF มีความสำคัญต่อ HCC หรือไม่
ยังต้องการการศึกษาเพิ่มเติม

Conclusion

การเกิด HCC เป็น multistep multifactor process ประกอบด้วย initiation, promotion และ progression ปัจจัยที่มีส่วนสำคัญในการเกิด HCC ได้แก่ viral hepatitis B และ C, aflatoxin B₁ และ cirrhosis ยังไม่สามารถบอกถึงกลไกในการเกิดที่แน่นอนได้ น่าจะประกอบด้วยความผิดปกติของ gene ร่วมกับกรรมิ necroinflammatory process ซึ่งอาจประกอบด้วย HBV DNA integration, HBx transactivation, oncogene activation, lost of chromosomal heterozygosity และ p53 suppressor gene mutation ขบวนการ necroinflammatory มีความสำคัญในการกระตุ้นให้เซลล์ตับมีการแบ่งตัวและเข้าสู่ cell cycle มากขึ้นจนทำให้เซลล์ที่มีความผิดปกติกลายเป็นมะเร็งในที่สุด growth factor อาจมีส่วนในการช่วยเร่งการเกิดมะเร็ง ทั้งนี้ยังต้องทำการศึกษาค้นต่อไปถึงปัจจัยและกลไกการเกิดที่แท้จริงเพื่อนำไปสู่การป้องกัน วินิจฉัยได้ในระยะเริ่มต้นและการรักษาที่ได้ผลมากขึ้น

REFERENCES

1. Bisceglie AM, Rustgi VK, Hootnagle JH, et al. Hepatocellular carcinoma. *Ann Intern Med*. 1988;108:390-401
2. LaBrecque DR. Neoplasia of the liver. In: Kaplowitz N (eds). *Liver and Biliary Disease*. Williams & Wilkind, Baltimore, 1992:347-388
3. Beasley RP, Hwang LY, Lin CC, Chien CS. Hepatocellular carcinoma and hepatitis B virus: a prospective study of 22,707 Men in Taiwan. *Lancet* 1981;2:1129-1133
4. Okuda K, Kojiro M, Okuda H. Neoplasms of the liver. In: Schiff L, Schiff ER (eds). *Diseases of the liver*. J.B. Lippincott, Philadelphia, 1993:1236-1296
5. Brechot C, Pourcel C, Louise A, et al. Presence of integrated hepatitis B virus DNA sequences in cellular DNA of human hepatocellular carcinoma. *Nature* 1980;268:533-535
6. Shatritz DA, Shouval D, Sherman HI, et al. Integration of hepatitis B virus DNA into the genome of liver cells in chronic liver disease and hepatocellular carcinoma: studies in percutaneous liver biopsies and post-mortem tissue specimens. *N Engl J Med* 1981;305:1067-1073
7. Buendia MA, Paterlini P, Tollais P, Brechot C. Liver Cancer. In: Zuckerman AJ, Thomas HC (eds). *Viral hepatitis: Scientific basis and clinical management*. Churchill Livingstone, Edinburgh, 1993:137-164
8. Schodel F, Sprengel R, Weimer T, et al. Animal hepatitis B viruses. In: Klein G (eds). *Advances in viral oncology*. Raven Press, New York, 1989:73-102
9. Okuda K. Hepatocellular carcinoma: Recent Progress. *Hepatology* 1992;15(5):948-963
10. Kiyosawa K, Sodeyama T, Tanake E, et al. Interrelationship of blood transfusion, non-A, non-B hepatitis and hepatocellular carcinoma: Analysis by detection of antibody to hepatitis C virus. *Hepatology* 1990;12(4):671-675
11. Takano S, Yokosuka O, Imazeki F, et al. Incidence of hepatocellular carcinoma in chronic hepatitis B and C: a prospective study of 251 patients. *Hepatology* 1995;21(3):650-655
12. De Mitri MS, Poussin K, Baccarini P, et al. HCV associated liver cancer without cirrhosis. *Lancet* 1995;345:413-415
13. Muchmore E, Popper H, Peterson DA, et al. Non-A non-B hepatitis-related hepatocellular carcinoma in a chimpanzee. *J Med Primatol* 1988;17:235-236
14. Van Rensburgh SJ, Cook-Mozaffari P, Van Schalkway DJ, et al. Hepatocellular carcinoma and dietary aflatoxin in Mozambique and Transdei. *Br J Cancer* 1985;51:713-726
15. Hatch MC, Chen CJ, Levin B, et al. Urinary aflatoxin levels, hepatitis B virus infection and hepatocellular carcinoma in Taiwan. *Int J Cancer* 1993;54(6):931-934

16. Wogen GN. Aflatoxins and their relationship to hepatocellular carcinoma. In: Okuda K, Peter FL (eds). *Hepatocellular carcinoma*. John Wiley & Son, New, York 1976:25
17. Bressac B, Kew M, Wands J, et al. Selective G to T mutations of p53 gene in hepatocellular carcinoma from southern Africa. *Nature* 1991;350:429-431
18. Oka H, Kurioka N, Kim K, et al. Prospective study of early detection of hepatocellular carcinoma in patients with cirrhosis. *Hepatology* 1990;12:680-687
19. Tsukuma H, Hiayama T, Tanaka S, et al. Risk factors for hepatocellular carcinoma among patients with chronic liver disease. *N Engl J Med* 1993;328:1797-1801
20. Fargion S, Fracanzani AL, Piperno A, et al. Prognostic factors for hepatocellular carcinoma in genetic hemochromatosis. *Hepatology* 1994;20(6):1426-1431
21. Farinati F, Floreani A, De Maria N, et al. Hepatocellular carcinoma in primary biliary cirrhosis. *J Hepatol* 1994;21(3):315-316
22. Eriksson S, Carlsson J, Velez R. Risk of cirrhosis and primary liver cancer in alpha1 antitrypsin deficiency. *N Engl J Med* 1986;314:736-739
23. Rabinovitz M, Gavaler JS, Kelly RH, et al. Lack of increase in heterozygous alpha1 antitrypsin deficiency phenotypes among patients with hepatocellular and bile duct carcinoma. *Hepatology* 1992;15:407-410
23. Rabinovitz M, Gavaler JS, Kelly RH, et al. Lack of increase in heterozygous alpha1 antitrypsin deficiency phenotypes among patient with hepatocellular and bile duct carcinoma. *Hepatology* 1992;15:407-410
24. Ohnishi K, et al. The effect of chronic habitual alcohol intake on the development of liver cirrhosis and hepatocellular carcinoma: relation to hepatitis B surface antigen carriage. *Cancer* 1982;49:672
25. Takada A, Nei J, Takase S, et al. Effects of ethanol on experimental hepatocarcinogenesis. *Hepatology* 1986;6:6572
26. International Agency for Research on Cancer. IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans: alcohol drinking. Vol.44. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer 1988:207-215
27. Chen DJ, Jiang KY, Chang AS, et al. Effects of hepatitis B virus, alcohol drinking, cigarette smoking, and familial tendency on hepatocellular carcinoma. *Hepatology* 1991;3:398-406
28. Klatskin G. Hepatic tumors: possible relationship to use of oral contraceptives. *Gastroenterology* 1977;73:386
29. Neuberger J, et al. Oral contraceptive-associated liver tumors: occurrence of malignancy and difficulties in diagnosis. *Lancet* 1980;1:273
30. Nakamura T, et al. Obstruction of the inferior vena cava in the hepatic portion and the hepatic veins. *Angiology* 1968;19:479
31. Simson IW. Membranous obstruction of the inferior vena cava: etiology and relation to hepatocellular carcinoma. *Gastroenterology* 1982;83:171
32. Siersema PD, ten Kate FJ, Mulder PG, et al. *Liver* 1992;12(2):56-61

33. Chang MH, Chen PJ, Chen JY, et al. Hepatitis B virus integration in hepatitis B virus-related hepatocellular carcinoma in childhood. *Hepatology* 1991;13:316-320
34. de The H, Marchio A, Tiollais P, et al. A novel steroid thyroid hormone receptor-related gene inappropriately expressed in human hepatocellular carcinoma. *Nature* 197;330:667-670
35. Wang J, Chenivresse X, Henglein B, et al. Hepatitis B virus integration in a cyclin A gene in a hepatocellular carcinoma. *Nature* 1990;343:555-557
36. Wei Y, Foure G, Ranard CA, et al. Hepatitis B viruses and hepatocellular carcinoma: the woodchuck model. In: American Association for the Study of Liver Diseases. *Viral hepatitis A to F: an update*. AASLD Postgraduate Course 1994:135-145
37. Ding SF, Habib NA. Malignant tumours of the liver and biliary system. In: Lemoine N, Neoptolemos J, Cooke T (eds). *Cancer: a molecular approach*. Blackwell Scientific Publications, Lonkon, 1994:89-104
38. Simon D, Knowles BB, Weith A. Abnormalities of chromosome 1 and loss of heterozygosity on 1p in primary hepatomas. *Oncogene* 1991;6:766-770
39. Walker GJ, Hayward NK, Falver S, et al. Loss of somatic heterozygosity in hepatocellular carcinoma. *Cancer Res* 1991;51:4367-4370
40. Bressac B, Galvin KM, Liang T, et al. Abnormal structure and expression of p53 gene in human hepatocellular carcinoma. *Proc Natl Acad Sci USA* 1990;87:1973-1977
41. Ozturk M, Bressac B, Puisieux A, et al. p53 mutation in hepatocellular carcinoma after aflatoxin exposure. *Lancet* 1991; 338:1356-1359
42. Murakami Y, Hayashi K, Sekiya T. Detection of aberrations of the p53 alleles and the gene transcript in human tumor cell lines by single-strand conformation polymorphism analysis. *Cancer Res* 1991;51:3356-3361
43. Rossner MT. Hepatitis B virus X-gene product: a promiscuous transcriptional activator. *J Med Virol* 1992;36:1-117
44. Kim CM, Koike K, Saito I, et al. HBx gene of hepatitis B virus induces liver cancer in transgenic mice. *Nature* 1991;351:317-320
45. Kekule AS, Lauer U, Weiss L, et al. Hepatitis B virus transactivator HBx uses a tumour promoter signalling pathway. *Nature* 1993;361:742-745
46. Nakamura T, Nawa K, Ichihara A. Partial purification and characterization of hepatocyte growth factor from serum of hepatocarcinoma rats. *Biochem Biophys Res Commun* 1984;122:1450-9
47. Shiota G, Okano JI, Kawasaki H, et al. Serum Hepatocyte growth factor levels in liver diseases: clinical implications. *Hepatology* 1995;21:106-112

Congestive Hepatopathy

นพ.ธนศ จิตวัฒนกุล
รพ.จุฬาราช

เป็น Liver dysfunction ที่เกิดในภาวะ chronic congestive heart failure (Right-sided failure predominates)

Pathology

basic lesion เป็น passive congestion

gross appearance:^{1,2} liver มัก enlarge, purplish, round or blunt edges จาก cut surface พบ nutmeg appearance (reddish area in zone 3 and yellowish portal area) และ dilated hepatic vein ถ้ามี cardiac cirrhosis ร่วมด้วยอาจพบ fibrotic changes และ liver อาจจะขนาดปกติหรือเล็กได้ แต่มักไม่พบ nodularity เหมือน cirrhosis type อื่นๆ³

Microscopic changes^{1,2,4}

early, mild stage :- engorged, dilated central vein, engorged sinusoids, compressed, distorted, atrophic centrilobular hepatocytes

severe stage :- centrilobular necrosis, brownish pigments in cell (Zone 3)

- normal appearing parenchyma only in periportal area
- fibrous tissue between central vein (reversed lobulation), cardiac cirrhosis

Pathophysiology (figure)

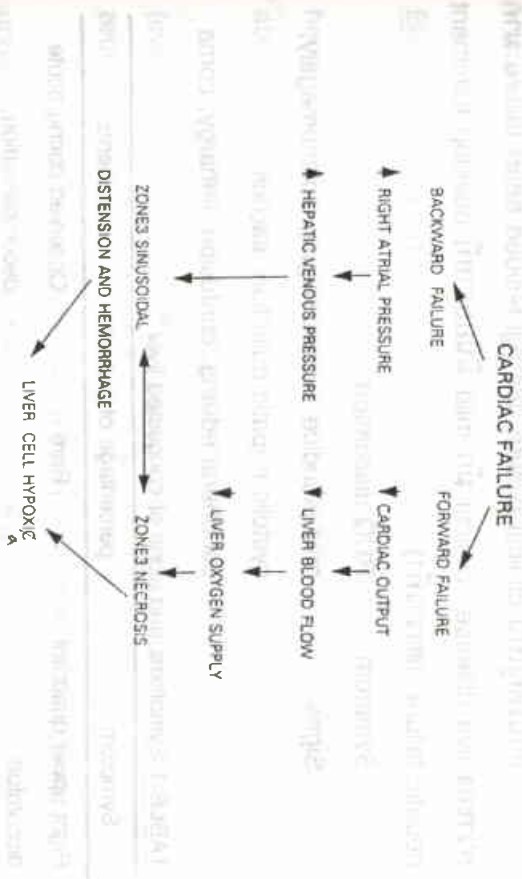


FIG1: Pathophysiology of liver involvement in backward and forward cardiac failure. The two factors may be present in the same patient and interact to eventually produce liver cell hypoxia

Prevalence^{1,5}

- In 1950 most common cause
 - rheumatic heart disease (RHD)
 - hypertensive heart disease
 - coronary heart disease
 - constrictive pericarditis

- ปัจจุบัน incidence of RHD มีแนวโน้มลดลง
- Overall prevalence of liver involvement in CHF นอกแต่จาก ขึ้นกับกลุ่มประชากร และ criteria ที่ใช้ แต่พบว่า prevalence จะเพิ่มขึ้น severity ของ heart failure

Symptom and sign^{1,2}

ส่วนใหญ่เป็น clinical picture ของ right-sided heart failure มากกว่าของ live disease clinical มัก mild มีน้อยรายที่ develop fulminant hepatic failure (ตารางที่1)

Symptom : RUQ discomfort

Signs : mild jaundice, hepatomegaly, splenomegaly,

systolic hepatic pulsation, ascites, peripheral edema, confusion, lethargy, coma

TABLE 1 Symptoms and signs of congested liver^a

Symptom	percentage of patients	comments
Right upper quadrant discomfort	Rare	Observed during acute decompensation
Hepatomegaly	95-99%	Tender, firm, and smooth liver
Marked hepatomegaly (palpable 5 cm below the right costal margin)	50%	Generally seen in severe, congestive heart failure (CHF); decrease in size with improvement of CHF
Splenomegaly	20%	Due to passive congestion
Jaundice	10-20%	Generally mild (Table 2)
Systolic hepatic pulsation	Depends on etiology	In tricuspid insufficiency and constrictive pericarditis
Ascites	25%	High protein count
Peripheral edema	75%	Related to CHF rather than liver congestion
Pleural effusion	20%	
Fulminant hepatic failure	Case report	Associated with a superimposed acute circulatory failure

^aAll these sign and symptoms are generally absent in ischemic hepatitis. Hypotension is present in 50% of the cases.

Biochemical abnormalities^{1,2,5}

Prevalence ของ abnormal liver test เพิ่มขึ้นตาม severity ของ

heart failure (varies ระหว่าง 15-80%)³ โดยส่วนใหญ่ที่พบเป็น mild abnormality (ตารางที่ 2)

- serum bilirubin มักสูงไม่มาก แต่อาจพบสูงได้ถึง 5 mg/dl (even up to 26.9)² เป็น unconjugated Bilirubin predominate และจะลดลงเป็นปกติหลัง CHF ตีขึ้นใน 3-7 วัน¹

- serum transaminases ส่วนใหญ่ค่าอยู่ระหว่าง 2-4 เท่าของ upper normal limit (อาจพบสูงถึง 10 เท่า ซึ่งมักพบร่วมกับ ischemic hepatitis) ค่าจะกลับเป็นปกติใน 2-3 สัปดาห์หลังการรักษา CHF ดีแล้ว¹

- serum albumin มักลดลงเล็กน้อยค่าอยู่ระหว่าง 2.5-3.5 g%
- gamma GT มักสูงขึ้น ไม่เกิน 3 เท่า แต่ค่อนข้าง non specific⁶
- urine urobilinogen ค่าสูงขึ้น²

Radiological changes⁷

Contrast enhanced CT by Holley et al (25 patient)

- lobulated, patchy, non homogenous pattern (25)
- irregular perivascular enhancement (14)
- global delay in parenchymal enhancement (9)
- distention of inferior vena cava (24)
- hepatomegaly (23)

TABLE 2 Liver tests in congestive heart failure and ischemic hepatitis

Test	Congestive heart failure	Ischemic hepatitis
Serum bilirubin	Increased in 15-50% of the patients with severity of CHF <80 mmol/L	Increased in 70-100% of patients with severity of CHF >80 mmol/L
Transaminases	Increased in 5-30% of patients times upper limit of normal	Increased in 100% of patients up to 100 times upper limit of normal, decreases within 5-6 d
Alkaline phosphatase	Increased in 5-15% of patients (rarely up to 50%) <2 times upper limit of normal	Generally normal
Prothrombin time	Increased in 70-80% of patients	In children <20 s
Albumin	Decreased in 30-70% of patients, values 2.5-3.5% g/l	Normal
Gamma-Glutamyl transpeptidase	Increased in 33% of patients with mild CHF In 46% of patients with moderate CHF	-

Diagnosis⁴
การวินิจฉัย

- CHF with large, tender liver
 - modest increases in serum bilirubin and aminotransferase
 - elevated prothrombin time
 - no significant change of serum alkaline phosphatase
 - substantial and rapid improvement of liver tests
 - concomitant with circulatory improvement
- การยืนยันการวินิจฉัย จากการตรวจทางพยาธิวิทยา

Treatment⁴

- ใช้ยาเพื่อรักษาภาวะหัวใจล้มเหลว เช่น การให้ digoxin, diuretics, salt afterload
- prognosis ขึ้นกับ underlying heart disease การมี cardiac cirrhosis มีผลต่อการเพิ่ม morbidity และ mortality

REFERENCES

1. Morali GA, Blendis LM. The liver in cardiac diseases. In: Rustgi VK, Van, Thiel DH. The liver in systemic disease New York: Raven Press, Ltd. 1993:23-41
2. Sherlock S, Douley J. Disease of The liver and biliary system. Blackwell scientific publication. 1993:192-7
3. Dunn GD, Hayes P, Breen KJ, Schender S. The liver in congestive heart failure: a review. Am J Med Sci 1973;265:174-189

4. Cello JP, Grendell JH. Liver dysfunction in heart disease. In

:Zakim D, Boyer TD. Hepatology. Philadelphia:W.B. Saunders;1990:1415-1421.

5. Collias P,McIntyre N. The liver in cardiovascular and pulmonary disease. In: McIntyre,et al. Oxford textbook of clinical hepato logy.New York: Oxford university press; 1991:1159-69.

6. Kubo SH, Walter BA,John DHA, Clark M,cody RJ. Liver function abnormalities in chronic heart failure . Influence of systemic hemodynamics.Arch Intern Med 1987;147: 1227-1230.

7. Holley HC,Koslin DB,Berland LL,Stanley RJ. Inhomogeneous enhancement of liver parenchyma secondary to passive congestion: contrast enhanced CT.Radiology 1989;170: 795-800.

ISCHEMIC HEPATITIS

นพ.เอกรัตน์ ศิริคะรินทร์
รพ.จุฬาฯ

1. Introduction

ตับเป็นอวัยวะที่มีโอกาสเกิด ischemia ไม่พียงนัก เนื่องจากตับมีเลือดมาเลี้ยงค่อนข้างมากประมาณ 1,500 ml/min หรือประมาณ 25% ของ cardiac output และยังได้รับเลือดถึง 2 ระบบคือจาก hepatic artery (25%) และ portal vein (75%)¹ ในภาวะปกติประมาณ 50% ของออกซิเจนที่ตับได้รับมาจาก hepatic artery² สำหรับ คำว่า "ischemic hepatitis" ยังมีชื่อพ้องอื่นๆอีก ได้แก่ shock liver, hypoxic hepatitis³

2. Incidence

อุบัติการณ์ของการเกิด ischemic hepatitis ไม่มีตัวเลขที่แน่นอน คงเนื่องจากมีข้อมูลยังไม่มากนัก แต่มีรายงานว่าเกิด ischemic hepatitis ไม่ถึง 1% ในกลุ่มผู้ป่วย acute myocardial infarction⁴ และพบ 1.5% ในผู้ป่วย cirrhosis ที่มาด้วยเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบน⁵

3. Etiology

ischemic hepatitis สามารถเกิดขึ้นได้ในภาวะใด ๆ ก็ตามที่ทำให้มี liver hypoxia โดยไม่จำเป็นจะต้องมี profound shock ชัดเจน (แม้ term "shock liver" จะทำให้ นึกถึงว่ามี shock ก็ตาม) เนื่องจากพบว่ามีประมาณ 50% ของ ischemic hepatitis เท่านั้น ที่มีหลักฐานว่าเกิด shock มาก่อน² แต่พบว่าทุกรายที่เกิด ischemic hepatitis จะมีการลดลง ของ cardiac output เกิดขึ้น³ นอกจากนี้ยังมี รายงาน ว่าพบ zone 3 necrosis ซึ่งเป็นพยาธิสภาพที่พบใน ischemic hepatitis ในผู้ป่วย severe right - sided

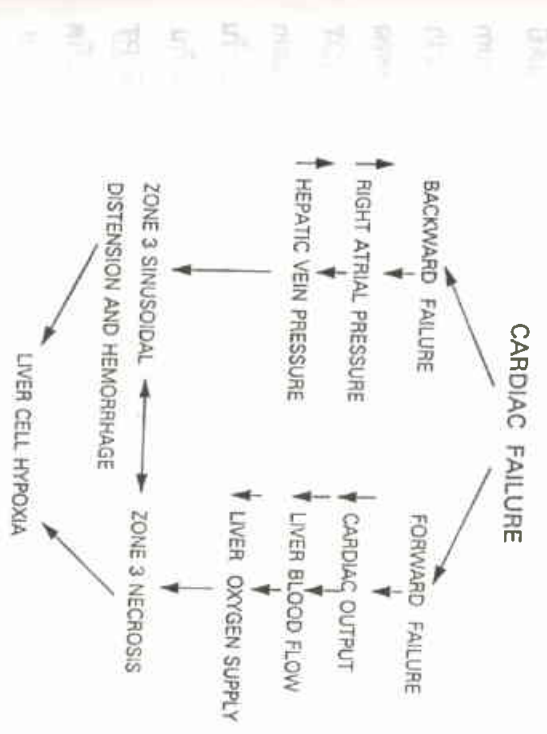
heart failure⁹ ซึ่งมีผู้แย้งว่าน่าจะมีการลดลงของ cardiac output เกิดขึ้น แต่ตรวจสอบไม่ได้ จากทราบายงานต่างๆ พบว่านอกจาก shock ทุกประเภทแล้ว ischemic hepatitis ยังเกิดได้ไม่โรคหัวใจต่างๆ อาทิ acute myocardial infarction, heart failure, arrhythmia, cardiomyopathy, โดย อาจมีปัจจัยเสริม เช่น COPD (มีภาวะ hypoxemia อยู่แล้ว), infection (มีการใช้ออกซิเจนมากขึ้น)

4. Pathogenesis²

trigger ของการเกิด ischemic hepatitis คือ การลดลงของ cardiac output⁷ ซึ่งทำให้เกิดการลดลงของ liver blood flow มีผลให้ตับได้รับออกซิเจนน้อยลง ยิ่งถ้ามีภาวะอื่นที่ทำให้ออกซิเจนไหลเวียนน้อยลง เช่น COPD หรือยาที่มีผลลด hepatic blood flow ก็จะทำให้เกิด liver hypoxia ง่ายขึ้น⁸ สุดท้ายจะเกิดการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพ อันได้แก่ zone 3 necrosis ดังที่ได้กล่าวมาแล้วว่า ภาวะ severe right-sided heart failure สามารถพบ zone 3 necrosis ได้ โดยมีผู้อธิบายว่า² พยาธิสภาพใน right-sided heart failure คือ zone 3 sinusoidal distension and atrophy with peri sinusoidal edema และ hemorrhage จาก passive congestion^{2,8} ทำให้มี stagnation ของ sinusoidal flow ชัดขวางการขนส่งออกซิเจน จึงเกิด liver hypoxia ได้ง่ายนอกจากนี้ zone 3 necrosis เองก็ทำให้ hepatic venous pressure สูงขึ้น เกิดพยาธิสภาพแบบ right-sided heart failure ได้เช่นกัน

นอกจาก liver injury จะเกิดขึ้นขณะมี poor perfusion แล้วก็ยังมีเกิดขึ้นเมื่อมีการแก้ไขภาวะ poor perfusion แล้ว ซึ่งก็คือ reperfusion injury โดยเกิดจาก free radical ที่เกิดขึ้นขณะมี reperfusion ทำให้เกิดการระบวนการ lipid peroxidation^{9,10} ได้มีการทดลองในหนู โดยให้ super oxide dimutase, allopurinol หลังจากรักษาให้เกิด hepatic necrosis แล้วว่า

ระดับ liver enzymes ต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ให้¹ แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของ reperfusion injury แล้วมีผู้เชื่อว่า liver injury เกิดขึ้นขณะมี reperfusion มากกว่าขณะมี poor perfusion



5. Pathology

พบว่า¹ necrosis ของ hepatocyte ที่บริเวณ periphery ของ hepatic acinus (zone 3, หรือ centrilobular zone) ซึ่งเรียกว่า centrilobular necrosis (CLN) โดย reticulin framework ไม่ถูกทำลายและมักไม่พบว่ามี inflammation ซึ่งหลังจากหายแล้ว ตับจะมีลักษณะเป็นปกติ^{2,7,12} ในสัตว์ทดลองพบว่าการเกิด CLN ใช้เวลา 15-60 ชั่วโมง และจะกลับมาเป็นปกติใน 2-8 วัน ส่วนในคนจะใช้เวลา 1-4 สัปดาห์ เหตุที่เกิด necrosis ของ zone 3 (อาจมี mid zonal area ร่วมด้วย) เนื่องจาก hepatocyte ที่อยู่รอบๆ central vein ซึ่งก็คือ zone 3 เป็นส่วนที่ได้รับพิษที่มีออกซิเจนน้อยกว่าบริเวณอื่นอยู่^{8,9,10}

6. Clinical aspect^{1,2,3,4,7,8,9,10,12,13}

clinical clue ที่ทำให้คิดถึง ischemic hepatitis ได้แก่ภาวะ unexplained hepatitis ที่มี LDH, สูงขึ้นมาอย่างรวดเร็ว (เช่นเดียวกับ transaminase) และมีการลดลงของ transaminase อย่างรวดเร็ว ร่วมกับมี renal failure¹² การเกิดischemic hepatitis ไม่จำเป็นต้องมี shock แต่มี evidence ของ low cardiac output มาก่อนแล้วมีการเพิ่มขึ้นของ serum transaminase (SGOT>SGPT) ซึ่งมักจะสูงกว่า 1,000 IU (บางรายงานว่า 25-250 เท่า) และถึงระดับสูงสุดภายใน 24-48 ชั่วโมง หลังจากนั้นจะลดลงอย่างรวดเร็ว กลับเป็นปกติใน 7-10 วัน (บางรายงานกล่าวว่าระดับ SGOT จะลดลงกว่า 50% หลัง peak 1-3 วัน)⁸ เช่นเดียวกับ LDH ส่วน bilirubin พบว่าส่วนใหญ่มีระดับสูงขึ้นแต่มีไม่เกิน 4 เท่า โดยมี peak ที่ 2-5 วัน หลัง speak ของ transaminase alkaline phosphatase ก็สูงได้แต่มีไม่เกิน 2 เท่า prothrombin time อาจ prolong ได้เล็กน้อย 1-2 วินาที ซึ่งถ้ามี PT prolong ร่วมกับ hepatic encephalopathy จะเป็นสัญญาณว่าอาจเกิด fulminant hepatic failure ตามมาได้¹⁴

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มี asymptomatic (subclinical) หรือมีอาการไม่มาก¹ เช่นอาจมี hepatic congestion (tender hepatomegaly, epigastric pain) hyperglycemia, mental confusion เป็นต้น

การวินิจฉัยอาศัย clinical และ biochemical criteria⁷ ก็เพียงพอไม่จำเป็นต้องทำ liver biopsy ทุกราย ที่สำคัญจะต้องวินิจฉัยแยกโรคจาก

1. acute viral hepatitis ซึ่ง LDH จะไม่สูงมากและ transaminase ลดลงช้ากว่าประวัติจะมีไข้ก่อนเหลือง, ระดับ serum SGPT จะสูงกว่า SGOT เป็นส่วนใหญ่ นอกจากนี้ยังมีรายงานว่าการใช้ SGPT/LDH 1.5 จะช่วยแยก acute viral hepatitis ออกจาก ischemic hepatitis และ drug hepatotoxicity โดยมีความไว 94% และความจำเพาะ 84%¹⁴ ซึ่งอาศัยประวัติยาเป็นสำคัญ

2. drug induced hepatitis ซึ่งอาศัยประวัติยาเป็นสำคัญ

7. Treatment^{1,2,3,4,6,7,8,10,11,12,13}

หลักการในการรักษาคือพยายาม maintain cardiac output ให้ดี และรักษาโรค underlying การให้ diuretic เพื่อลด congestion อาจทำให้มีการลดลงของ intravascular volume ลงไปอีก ยิ่งทำให้โรคแย่ลง มีรายงานว่า การให้ dopamine สามารถเพิ่ม hepatic blood flow ใน normovolemic และ hypovolemic patient¹² การใช้ free radical trapping agent เช่น Vit E, Vit C, glutathione ยังอยู่ระหว่างการศึกษ ส่วน allopurinol ซึ่งเป็น xanthine oxidase inhibitor อาจมีประโยชน์⁹ ยาอื่น เช่น methylprednisolone, ATP-MgCl₂ ให้ประโยชน์อยู่บ้างในสัตว์ทดลอง¹²

8. Prognosis^{1,2,7,12}

prognosis ขึ้นกับ cardiovascular status และ underlying มากกว่า hepatic dysfunction แต่ส่วนใหญ่เป็น benign and self-limiting course⁸ ทยอยโดยไม่มี sequelae แต่ก็มีรายงานว่าพบ diffuse hepatic calcification ในผู้ป่วย 1 ราย หลังจากรักษา ischemic hepatitis แล้ว 2 ปี¹⁵

REFERENCE

1. Gholson C. F. Ischemic and congestive disorders of the liver. In: Gitnick G, ed. Principles and practice of gastroenterology and hepatology. Appleton & Lange: 1994 : 917-925
2. Morali GA and Blendis LM. The liver in cardiac disease. In: Rustgi VK and Thiel DHV, eds. The liver in systemic disease. New York: Raven Press, Ltd : 1993:23-41.

3. Henrion J, Lawaert R, Collinl, Schmitz A, Schapira M, Heller FR. Hypoxic hepatitis, prospective, clinical and hemodynamic study to 45 cases. *Gastroenterologie Clinique et Biologie*. 1990;14(11):836-841.
4. Brigwans HS, Henrikson J, Matzen P, Poulsen H. The shock liver. *Acta Med Scand*. 1987;204:417-421.
5. Henrion J, L. Schmitz A, Schapira M, and Heller FR. Ischemic hepatitis in cirrhosis. Rare but lethal. *Journal of clinical gastroenterology*. 1993; 16 (1):35-39
6. Richman SM, Delman AJ, Grob D. Alterations in indices of liver function in congestive heart failure with particular reference to serum enzymes. *Am J Med* 1961;30:211-225.
7. Gibson PR and Dudley PJ. Ischemic hepatitis : clinical features , diagnosis and prognosis. *Aust N Z J Med*. 1980;4:822-825.
8. Rawson JS and Achord JL. shock liver. *Southern medical Journal*. 1985;78(12):1424-1425.
9. Sherlock S. and Dooley J. *Disease of the liver and biliary system*, 9th ed. Oxford, Blackwell scientific publications , 1993; 179-197
10. Polic G. Liver damage due to free radicals. *British Medical Bulletin*. 1993; 49 (3): 604-602.
11. Arthur MJ, Bentley Is, Tanner AR, Saunder PK, Millward-Sadler GH, and Wright R. Oxygen-derived free radicals promote hepatic injury in the rat. *Gastroenterology* 1985; 89 (5) : 1114-1122.
12. Gitlin N and Serio KM. Ischemic hepatitis: widening horizons. *American Journal of Gastroenterology*. 1992;87 (7):831-836.
13. Bynum TE, Boitnott JK and Maddrey wc. Ischemic hepatitis. *Digestive disease and science*. 1979;24: 129-135.
14. Cassidy WM, Reynolds TB, Seram lactic Dehydrogenase in the differential diagnosis of acute hepatocellular injury. *Journal of clinical gastroenterology*. 1994; 19(2) : 118-121
15. Shibuya A, Uruma T, Sugimoto T, et al. Diffuse hepatic calcification as sequela to shock liver. *Gastroenterology*. 1985;89:196-201.

Selected Abstracts

A Preliminary trial of Lamivudine for chronic hepatitis B infections

นพ.พรชัย ตั้งศักดิ์ชัย
รพ.ศิริราช

ปัจจุบันการรักษา chronic hepatitis B นั้น ใช้ interferon เป็นหลัก ซึ่งได้ผลน้อยกว่า 40% (Ann Intern Med 1993;119:312-23) ต้องให้โดย การฉีด และมีผลข้างเคียงสูงแปรตามขนาดของยา การศึกษาที่ใช้นายา Lamivudine (Enantiomer of 3'-thiacytidine) ซึ่งมีฤทธิ์ยับยั้งการสร้าง DNA โดยระบบเอนไซม์ reverse-transcriptase ของ HBV (และ HIV) มาใช้ เพื่อรักษา chronic hepatitis B เพราะสามารถให้โดยการรับประทาน และสามารถลดระดับ HBV DNA ในซีรัมได้ ทั้งยังไม่พบผลข้างเคียงที่รุนแรง (โดยมีการศึกษาก่อนหน้านั้นใน Hepatology 1993;18112A-Abstract)

วิธีทำการศึกษาคือเป็น randomized, double blind ในผู้ป่วย chronic, replicative hepatitis B จำนวน 32 ราย มี 17 รายเป็นผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อ interferon โดยให้ Lamivudine ขนาดต่างๆกัน แบ่งเป็น 3 กลุ่มคือ 25 mg (10 ราย), 100 mg (11 ราย) และ 300 mg (11 ราย) รับประทาน ทุกวันติดต่อกันนาน 12 สัปดาห์ ติดตามผู้ป่วยอีก 24 สัปดาห์หลังได้ยาครบ โดยตรวจระดับ HBV DNA, HBeAg และ ALT เป็นระยะๆ

ผลที่ได้มีดังนี้

1. หลังได้ยาครบ 12 สัปดาห์ พบว่า HBV DNA negative 70% ของผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้ยาขนาด 25 mg และ 100% ของผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้ยาขนาด 100 และ 300 mg ซึ่งต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

2. ผู้ป่วยที่ได้รับยาในขนาดสูงจะลดระดับ HBV DNA ได้รวดเร็ว กว่าผู้ป่วยที่ได้ยาในขนาดต่ำ โดยเวลาที่ 50% ของผู้ป่วยมีผล HBV DNA negative ในกลุ่มที่ได้ยาขนาด 300 mg เท่ากับ 2 สัปดาห์ กลุ่มที่ได้ยาขนาด 100mg เท่ากับ 4 สัปดาห์ และกลุ่มที่ได้ยา 25 mg เท่ากับ 8 สัปดาห์ เวลาที่ 100% ของผู้ป่วยมีผล HBV DNA negative ในกลุ่มที่ได้ยา 300 mg เท่ากับ 6 สัปดาห์ และผู้ป่วยที่ได้ยา 100 mg เท่ากับ 10 สัปดาห์

3. หลังจากหยุดยาและติดตามผู้ป่วยจนครบ 36 สัปดาห์ พบว่า ผู้ป่วยที่ยังคงมีระดับ HBV DNA negative มี 19% (6 ราย) โดย 4 ราย เป็นกลุ่มที่ได้ยา 100 mg และ 2 รายเป็นกลุ่มที่ได้ยา 300 mg สำหรับกลุ่ม ที่ได้ยา 25 mg มี relapse ทั้งหมด ถ้าคิดเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับยาขนาดสูงถึง 27% ที่ยังคงมีระดับ HBV DNA negative

4. หลังจากหยุดยา พบว่าผู้ป่วยมี HBeAg negative 12% ของผู้ป่วยทั้งหมด (คิดเป็น 18% ของกลุ่มที่ได้ยาขนาดสูง คือ 100 และ 300 mg) ซึ่งเป็นผู้ป่วย 4 ใน 6 รายที่ยังคงมี HBV DNA negative

5. ผู้ป่วยที่ตอบสนองต่อยา Lamivudine โดยมี HBV DNA negative เมื่อจบการศึกษา 5 ใน 6 รายและ HBeAg negative 3 ใน 4 ราย เป็นผู้ป่วยที่ตอบสนองต่อการรักษาด้วย interferon มากก่อน

6. ระหว่างและหลังการรักษา ค่า ALT จะเปลี่ยนแปลงสูงขึ้น 41% โดยไม่สัมพันธ์กับขนาดของยา ทางผู้ศึกษาจึงคิดว่าไม่น่าจะเป็นจาก Drug hepatotoxicity

7. พบว่าผู้ป่วยที่ HBV DNA negative จบจบการศึกษา และ HBeAg negative จะระดับเฉลี่ย baseline ของ HBV DNA ต่ำกว่า และระดับเฉลี่ย baseline ของ ALT สูงกว่าผู้ป่วยที่มี transient response อย่างมีนัยสำคัญ

8. จากการศึกษาไม่พบผลข้างเคียงที่รุนแรงของยา lamivudine และ ไม่สัมพันธ์กับขนาดของยา ผลข้างเคียงที่พบเช่น fatigue (25%), headache

(22%), abdominal discomfort (19%), nausea (19%), influenza-like (12%) พบความผิดปกติของ lab เช่น ตรวจพบระดับสูงขึ้นของ creatine kinase (12%), lipase (12%) และ amylase (6%) แต่ไม่มี clinical symptom ใดๆ

สรุปจากการศึกษา Lamivudine เป็นยาต้านปรอทาน ผลข้างเคียงต่ำ มีประสิทธิภาพในการลดระดับ HBV DNA 27% และกำจัด HBeAg 18% ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยาขนาดสูง (คือ 100 และ 300 mg) ที่สำคัญคือ อาจจะไม่ประโยชน์ในการรักษาผู้ป่วย chronic, replicative hepatitis B ที่ไม่ตอบสนองต่อ Interferon หรือในกลุ่มที่มีโอกาสตอบสนองต่อ Interferon น้อย เช่นผู้ป่วยที่มีระดับ HBV DNA สูงมาก และในผู้ป่วยที่มี ALT ปกติ หรือสูงเล็กน้อย

(Jules L. Dienstag, Robert P. Perrillo, Eugene R. Schiff. The New England Journal of Medicine, December 21, 1995 Volume 333:1697-1

GUIDE TO THE INTERNET 2

นพ. ธงชัย ทางธนกุล
teth@mahidol.ac.th.

สวัสดิ์ศรีรับทำงานอาจารย์ ท่านสมาชิกทุกท่านและท่านผู้อ่านทุกท่าน ฉบับนี้เป็นฉบับที่สองของ GUIDE TO THE INTERNET ที่จะพาท่าน โดดแล่นไปเที่ยวเล่นในที่ต่าง ๆ ของโลก INTERNET ได้ไปดูวิถีสวยงามตาม WEB SITE ต่างต่างในทางการแพทย์และโดยเฉพาะทางด้านโรคทางเดิน อาหารของเรา บางท่านอาจจะงงว่าบทความมันมีอะไรแต่ภาษาอังกฤษ เป็นหน้าจึงขอกกล่าวไว้สั้นๆว่า INTERNET เป็นระบบของการสื่อสารข้อมูลที่ ใหญ่มากของโลกเราสามารถติดต่อส่วนต่าง ๆ ของโลกได้อย่างง่ายดายโดยใช้ เครือข่าย INTERNET ผ่านระบบดาวเทียมจากสายโทรศัพท์ที่บ้านของเรา ไปสู่ระบบคอมพิวเตอร์ เริ่มแรกเดิมที่เป็นของกระทรวงกลาโหมของ สหรัฐอเมริกาใช้ติดต่อกับศูนย์คอมพิวเตอร์ทางทหารและมหาวิทยาลัย ต่างๆที่เป็นศูนย์กลางเพื่อติดต่อข้อมูลและเป็นเครือข่ายป้องกันการถูกรุกรานโจมตีทางทหารทำให้ข้อมูลต่างๆไม่ได้สูญหาย ต่อมาได้พัฒนามากขึ้นเรื่อยๆจนเป็นเครือข่ายโยงไปทั่วโลกเหมือนกับใยแมงมุมเลย

สำหรับผู้ที่สนใจเข้าไปใน WORLD WIDE WEB ในขณะนี้ไม่ต้องกลัวว่า จะเล่นไม่เป็นเวลาท่านเข้าไปใน WEB SITEของท่านก็ต้องจองมีรูปขึ้นมา หรือเป็นข้อความขึ้นมา ท่านก็ใช้ CURSOR ของท่านคลิกไปที่รูปหรือ ข้อความที่เป็นสีฟ้าตัว CURSOR ก็จะเปลี่ยนเป็นรูปมือและบริเวณที่ออก address ก็จะมี WEB SITE ขึ้นมา เช่น <http://www.mahidol.ac.th> เป็นต้น เมื่อคลิกที่บริเวณนั้นก็จะมี OPEN เข้าไปใน web site ใหม่ นั่นๆได้เอง ถ้า ท่านต้องการหาเรื่องที่น่าสนใจให้คลิกที่ what's directory หรือ คลิกที่ OPEN ใน website ที่เป็น NETSCAPE แล้วพิมพ์เป็น www.yahoo.com หรือ www.excite.com ก็จะเข้าไปเป็น directory แล้วก็จะมีการรายชื่อรายชื่อมาให้

เราพิมพ์ข้อความที่ต้องการหาเข้า comet computer ที่ yahoo หรือ
excite ก็จะทำ website ที่เกี่ยวกับค้นหาทางให้เรา 10 websites เป็นอย่าง
น้อย เราก็สามารถหาเรื่องอื่นๆได้เช่น medicine หรือ gastroenterology
หรือ Travel weather

สำหรับฉบับนี้ผมขอแนะนำ website ใหม่ website แรกที่จะ

แนะนำคือ MedWeb: Adam's Guide To Medical Resources On The
Internet (<http://www.ashe.miami.edu/ab/medweb.html>) เป็น directory
page อันใหม่นอกเหนือจาก Harvard W3 Virtual Library for Medicine
(<http://golgi.harvard.edu/biophages/medicine.html>) หรือ Medical Matrix
: A Guide to Internet Medical Resources (<http://kuhttp.cc.ukans.edu/cwis/units/medcctr/lee/homepage.html>) ซึ่งสามารถหาเรื่องต่างๆใน
วงการแพทย์ได้โดยจัดเป็นหมวดหมู่ตามหมวดวิชาเป็น AIDS, Allergy,
Anatomy, Neuro-logy, Gastroenterology เป็นต้น จาก website นี้ เรา
สามารถคลิกต่อไป website อื่นๆอีกมากมาย สำหรับ Gastroenterological
Web site ที่น่าสนใจฉบับนี้ตั้งแต่

cpmnet.columbia.edu:80/dept/gi เป็น GI. Directory website

ของ Columbia -

Presbyterian Medical Center

www.helico.com

Helicobacter pylori

vianet.net.au/~bjmshll/index

Barry J. Marshall's Perth

Western Australia home

page ที่เกี่ยวกับ H. Pylori

edcenter.med.cornell.edu/CUMC-PathNotes/Gastrointestinal

เป็น Gastroenterological

directory ที่สำคัญและบอก

website ของทาง GI มากมาย

pharminfo.com

Pharmacological homepage

มีอธิบายเกี่ยวกับ GI ด้วย

www.mic.ki.se/Diseases/66

Directory page ทาง GI

มาจาก Karolinska Institute,

Sweden

www3.ncbi.nlm.nih.gov:80/htbin-post/Omim/dispomim?277900

เป็น website ของ NIH ที่เกี่ยวกับ

Wilson disease เฉพาะ มี

reference มากมายเกี่ยวกับ

Wilson disease ใน website นี้

สามารถหาโรคทาง metabolic

disease อื่น ได้เช่น

Hemochromatosis โดยพิมพ์

www3.ncbi.nlm.nih.gov:80/

htbin-post/Omim

(Omim = Online Mendelian

Inheritance in Man)

American Association for the

Study of Liver Disease

www.niddk.nih.gov/DigestiveDocs

National Institute of Diabetes

and Digestive and Kidney

Disease of the NIH

gi.ucsf.edu/GI

Div. Of GI of the University of

California, San Francisco

www.ddc.musc.edu

Digestive Disease Center,

Medical U. of South Carolina

สมาชิกท่านใดย้ายที่อยู่ หรือไม่ได้รับเอกสารสมาคมฯ
กรุณาแจ้งที่

ฝ่ายเลขานุการสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

สาขาวิชาโรคระบบทางเดินอาหาร

ตึกบธอบ ชั้น 1 โรงพยาบาลศิริราช

ถนนพราณเมถ บางกอกน้อย

กรุงเทพฯ 10700

โทร 418-72880-3 โทรสาร 411-50113

ปฏิทินการประชุมวิชาการที่ผ่านแล้ว

**The Second Live Demonstration of
Gastrointestinal Endoscopy**

In commemoration of
The Fiftieth Anniversary Celebration

of His Majesty The King of Thailand's Accession to the Throne
June 11-13, 1996

Siriraj Hospital, Faculty of Medicine, Bangkok, Thailand

Guest Faculty

K. Hulbreigse (Academic Medical Centre, Amsterdam,
The Netherlands)

Y. Sakai (Toho University, Tokyo, Japan)

N. Soehendra (University of Hamburg, Hamburg, Germany)

K. Yasuda (Kyoto University, Kyoto, Japan)

The live demonstration will include the following topics

- Endoscopic variceal seherotherapy
- Rubber band ligation of varices
- Tissue glue injection for fundal varices
- Hemostatic modalities of GI bleeding
- Colonoscopy and polypectomy
- ERCP and endoscopic lithotripsy
- Biliary stent and other endoscopic biliary drainage
- Endoscopic ultrasound

Tentative Programme

11 June 1996

Basic techniques in Upper GI
Endoscopy, colonoscopy,
ERCP, EUS.

12 June 1996

Advance therapeutic ERCP,
Endoscopic hemostasis,
Therapeutic colonoscopy, PEG

13 June 1996 (half day)

Advance ERCP, EUS,
Colonoscopy

Secretariate office

A/Prof. Dr. Pairoj Lueugrojankul
Division of Gastroenterology,
Faculty of Medicine, Siriraj Hospital
Department of Medicine, Prannok Road, Bangkok-Noi
Bangkok 10700, Thailand
Tel. (662) : 411-1097, 419-7280 to 3
Fax (622) : 411-5013

Registration Fee :

(Included lunches, coffee breaks and congress kit)

Physician US\$ 250 (after 11 May 1996, US\$ 300)

Endoscopy assistant US\$ 150 (after 11 May 1996, US\$ 200)

72

แพทย์ไทย

3,000 บาท

พยาบาลผู้ช่วยเอ็นโดสโคป 2,500 บาท

(3,500 บาท หลัง 11 พฤษภาคม 2539)

(3,000 บาท หลัง 11 พฤษภาคม 2539)

สมาชิกท่านใดที่ย้ายที่อยู่ หรือไม่ได้รับเอกสารสมาคมฯ

กรุณาแจ้งที่

ฝ่ายเลขานุการสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

สาขาวิชาโรคระบบทางเดินอาหาร

ศิษย์สอบ ชั้น 1 โรงพยาบาลศิริราช

ถนนพราวนอก บางกอกน้อย

กรุงเทพฯ 10700

โทร 410-7280-3 โทรสาร 411-5013

73

The Stomach' 96
Kuala Lumpur
International Meeting
4th - 6 July 1996

Preliminary Announcement

Guest Faculty

Adrian Lee:	Sydney, Australia
Nicholas J Talley:	Sydney, Australia
Richard H Hunt:	Hamilton, Canada
Robert H Ridell:	Hamilton, Canada
S D Lam:	University of Hong Kong, Hong Kong
Sydney C S Chung:	Hong Kong
Teruyuki Hirota:	Tokyo, Japan
Guio N J Tytgat:	The Netherlands
Cornelis J H Vande Velde:	The Netherlands
J Y Kang:	Singapore
S G Bown:	London, United Kingdom
David Johnston:	Leeds, United Kingdom
Henry M Sue-Ling:	Leeds, United Kingdom

Scientific Programme

Plenaries / Keynote lectures

- Cancer of the stomach - Changing patterns and practices
- Helicobacter pylori* - The critical factor in diseases of the stomach

Gastric mucosal defence and injury

Special lectures

- Vaccination for *Helicobacter pylori* infection
- Epidemiology of peptic ulcer disease
- Eradication therapy for *Helicobacter pylori* infection
- Gastritis: What it means to the clinician
- The role of surgery in the treatment of peptic ulcers in 1996
- Lasers in diseases of the stomach

Symposia

- I Cancer of the Stomach
Epidemiology - An overview
The role of screening for early gastric cancer
Etiology and risk factors
- II Treatment of cancer of the Stomach
Surgical management of gastric cancer
Chemotherapy of gastric cancer
- III Pathology of Gastric Cancer
Precancerous lesions
Early gastric cancer
Classification of gastric cancer
- IV Peptic Ulcer Disease
Helicobacter pylori and peptic ulcer disease
Non-*Helicobacter pylori* related causes of peptic ulceration
viz. NSAIDgastropathy
Current management strategies for peptic ulcer disease
- V *Helicobacter pylori* Infection
Epidemiology

- Basic bacteriology
- Mechanisms of Helicobacter pylori induced damage
- Relationship with gastric cancer and lymphoma
- VI Functional / Non-Ulcer Dyspepsia
- Pathogenic mechanisms in functional dyspepsia
- NUD and Helicobacter pylori infection
- Therapeutic approaches
- VII Laparoscopy in Upper GIT Diseases (video demonstrations)
- Laparoscopic gastrectomy, vagotomy, myotomy, etc
- VIII Endoscopy un Upper GIT Diseases (video demonstrations)
- Treatment of variceal and non-variceal bleeding
- Percutaneous gastrostomy and jejunostomy
- Pylorus balloon dilatation

REGISTRATION INFORMATION

REGISTRATION FEES

	Before 15th May 1996	After 15th May 1996
Main Meeting	USD 300	USD 350
Foreign Delegate	RM 500	RM 550
Local Delegate	RM 200	RM 250
Local Trainee / Resident		

SECRETARIAT

19 Jalan Folly Barat, 50480 Kuala Lumpur
 Tel: 603-2530100, 2530200 Fax: 603-2530900

รายงานสมาชิก
 สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

1	CHINTANA WIDE	Department of Diagnostic Imaging
2	กรณมล ดนอมดิษฐ์ พ.ญ.	โรงพยาบาลสวนคีรี ฌ ศรีราชา
3	กรพทอง อัคราณิษฐ์ พ.ญ.	60/7 ซอยแสงทิพย์ ถนนสุขุมวิท 71
4	กรรณิการ์ พรพัฒน์กุล พ.ญ.	หน่วยทางเดินอาหาร ภาควิชาอายุรศาสตร์
5	กัมภีมา ศัญญาวุฒิ พ.ญ.	25/34 ถนนตลิ่งชัน-สุพรรณบุรี
6	กัมมาต กุมาร ปาจา น.พ.	โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ
7	กาญจนา นันทิย์ พ.ญ.	โรงพยาบาลศูนย์นครปฐม กลุ่มงานอายุรกรรม
8	กาญจนาพร วรินทร์โรราโมทย์ น.พ.	137-138 ถ.หมื่นท้าวฯ ท่าพี่เลี้ยง
9	เกรียงศักดิ์ เต็องริญพงษ์ น.พ.	ฝ่ายอายุรกรรม รพ.ภาพสินธุ์
10	เกรียงไกร อัครวงษ์ น.พ.	โรงพยาบาลสมเด็จพระ 133 ถ.สุขุมวิท 49
11	เกศรา อัครามงคล พ.ญ.	ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
12	เกษร วัชรพงษ์ พ.ญ.	ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์
13	เกียรติพงษ์ ศรีบุญธิ น.พ.	คลินิกพงศ์แพทย์ 58/15 ซอยติลน-เกษียะ
14	กาญจนา บุญเสนอ น.อ.หญิง	395 ถนนพระสุเมรุ แขวงบวรนิเวศน์
15	การณ ตรนรัชย์ น.พ.	152/49-50 ซอยเจริญนคร 56
16	กักรร ปริบุญานุสรณ์ น.พ.	ภูเก็ตโอเอสสถา 27 ถนนติ่งก
17	กักรร เผ่าสวัสดิ์ น.พ.	โรงพยาบาลเจริญยุคทศ
18	กัาพณ กัตน์กัติน น.พ.	หน่วยทางเดินอาหาร ภาควิชาอายุรศาสตร์
19	กัาพณ เตหาแสงใหญ่ น.พ.	ภาควิชาสัตยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
20	กัจจนา สันธราภนทร์ น.พ.	108/7 หมู่ 6 ถ.วิภาวดีรังสิต ซ.60
21	กัญญาพณ วัฒนกุล น.พ.	303 สุขุมวิท 49/19
22	กิตติ จันทร์เลิศฤทธิ์ น.พ.	หน่วยทางเดินอาหาร ภาควิชาอายุรศาสตร์
23	กิตติ เข้มสุตใจ น.พ.	กองสีเสถกรรม โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
24	กิตติขมา ศรีเลิศฟ้า พ.ญ.	553 ถนนนครไชยศรี
25	กิตติศักดิ์ เทพสุวรรณ น.พ.	สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กลุ่มงานสีเสถกรรม

National Uni. Hos. Lower Kent, Ridge Rd.	Singapore 0511
อ.ศรีราชา	ชลบุรี 20110
สวนหลวง เขตพระโขนง	กรุงเทพมหานคร 10110
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	เชียงใหม่ 50002
ค.ป.ลาบปาง อ.บางกรวย	นนทบุรี 11130
คลองหนึ่ง คลองหลวง	ปทุมธานี 12120
อ.เมือง	นครปฐม 73000
อ.เมือง	สุพรรณบุรี 72000
อ.เมือง	กาฬสินธุ์ 46000
แขวงคลองเตย เขตพระโขนง	กรุงเทพฯ 10110
โรงพยาบาลรามารัตน์เขตพญาไท	กรุงเทพฯ 10400
พุทธองกรณ์มหาวิทยาลัย	กรุงเทพฯ 10330
ถนนวินัยะสีลม เขตบางรัก	กรุงเทพฯ 10500
เขตพระนคร	กรุงเทพฯ 10200
ถนนเจริญนคร บุคคโล	กรุงเทพฯ 10600
อ.เมือง	ภูเก็ต 83000
ถนนเศรษฐศิริ ตามสวน	กรุงเทพฯ 10400
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	เชียงใหม่ 50002
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ อ.เมือง	เชียงใหม่ 50002
ตลาดบางขนง ดอนเมือง	กรุงเทพฯ 10210
ถนนสุขุมวิท เขตพระโขนง	กรุงเทพฯ 10110
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	ขอนแก่น 40002
เขตบางกน	กรุงเทพฯ 10220
แขวงถนนนครไชยศรี เขตดุสิต	กรุงเทพฯ 10300
อ.พระราม 6 เขตราชเทวี	กรุงเทพฯ 10400

26	กึ่งกาญจน์ เตาทพยั พ.ญ.	1/12 ซ. พร้อมพงษ์ สุขุมวิท 39
27	โกวิทย์ ธาราศักดิ์ น.พ.	แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลระยอง
28	เกรียงไกร ธาระคุณ น.พ.	617 ส.ธรรมินทร์ 6 ถ.ประชาอุทิศ
29	ไกรจักร แก้วนิล น.พ.	รพ.เจริญกรุงประชารักษ์ ถ.ตก
30	ไกรสร เตงเกียรติ์ตระกูล น.พ.	201/281 ม.เขื่อนจินตหรา ซ.1
31	ไกรสร ธีระบุตร น.พ.	แผนกอายุรกรรม รพ.ขอนแก่น
32	กิริติ เด็กสกุลชัย น.พ.	โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน
33	จงศร วิเศษสุนน น.พ.	
34	จันดี สุนทรพถกัญ น.พ.	โรงพยาบาลแดง
35	เครือวัลย์ แก้วสุทธิ พ.ญ.	รพ.กรุงเทพคริสเตียน
36	คณิต สัมบุณณานนท์ น.พ.	ภาควิชาศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี
37	คณิต อธิสุข น.พ.	ภาควิชาพยาธิวิทยา คณะแพทยศาสตร์
38	จงจิต อินทวาทิน พ.ญ.	ฝ่ายอายุรกรรม รพ.เมโย ถ.พหลโยธิน
39	จรินทร์ โรจน์นาวรวิทยา น.พ.	ฝ่ายอายุรกรรม โรงพยาบาลราชวิถี
40	จรุง อุคพิชญ์กุล น.พ.	โรงพยาบาลสมเด็จพระศรีราชา
41	จางจันท์ ชัยธวงศ์ พ.ญ.	254/3-4 ถนนจางเมือง แขวงรองเมือง
42	จอน เลอวิทย์รพงศ์ น.พ.	2566/14 ถ.กรุงเทพ-นนทบุรี
43	จักรพันธ์ เอื้อนรเศรษฐ์ น.พ.	ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
44	จันทนา อาชานันท์ พ.ญ.	1519-21 ถนนพระราม 4
45	จารุ อรรถไพศาลศรี พ.ญ.	หน่วยทางเดินอาหาร กองอายุรกรรม
46	จำลอง หะริณุต น.พ.	คณะเวชศาสตร์เขตร้อน
47	จามิыр สิริวัฒนานันต์ น.พ.	ฝ่ายอายุรกรรม โรงพยาบาลเลิดสิน
48	จินดา สุวรรณรักษ์ น.พ.	โรงพยาบาลสมิติเวช 133 ถ.สุขุมวิท 49
49	จิรศักดิ์ วงศ์ศรีชนาลัย น.พ.	โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน
50	จิราศรี วัชรคุลย พ.ญ.	ภาควิชาภาวเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์

คลองเตย พระโขนง	กรุงเทพมหานคร 10110
อ.เมือง	ระยอง 21000
หัวข่าง	กรุงเทพมหานคร 10310
ยานนาวา	กรุงเทพมหานคร 10120
บางเขน	กรุงเทพมหานคร 10220
อ.เมือง	ขอนแก่น 40000
ถนนสีลม เขตบางรัก	กรุงเทพมหานคร 10500
อ.แมลง	ระยอง 21160
อ.สีลม	กรุงเทพมหานคร 10500
อ.พระรามหก เขตพญาไท	กรุงเทพมหานคร 10400
โรงพยาบาลศิริราช เขตบางกอกน้อย	กรุงเทพมหานคร 10700
บางเขน	กรุงเทพมหานคร 10900
อ.ราชวิถี เขตพญาไท	กรุงเทพมหานคร 10400
อ.ศรีราชา	ชลบุรี 20110
เขตบางวัน	กรุงเทพมหานคร 10330
บางซื่อ	กรุงเทพมหานคร 10800
โรงพยาบาลรามธิบดี เขตพญาไท	กรุงเทพมหานคร 10400
แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน	กรุงเทพมหานคร 10330
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เขตพญาไท	กรุงเทพมหานคร 10400
ถนนราชวิถี เขตพญาไท	กรุงเทพมหานคร 10400
อ.สีลม เขตบางรัก	กรุงเทพมหานคร 10500
แขวงคลองเตย เขตพระโขนง	กรุงเทพมหานคร 10110
124 ถนนสีลม เขตบางรัก	กรุงเทพมหานคร 10500
โรงพยาบาลศิริราช เขตบางกอกน้อย	กรุงเทพมหานคร 10700

51	จิโรจน์ สุชาโต น.พ.	บริษัทเอ็กซ์เพิร์ทคอมพิวเตอร์ซูพวงจำกัด
52	จุดติ เถลิงเกียรติ น.พ.	151 สุขุมวิท 39
53	ชุมพต ป๋อเกิด น.พ.	
54	ชุมพล พงษ์ชัยกุล น.พ.	353 (โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต)
55	จรัสรัตน์ บวรวิทย์วงศ์ พ.ญ.	
56	จุล กาญจนเจตน์ น.พ.	โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร
57	เจริญ มินสุข น.พ.	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลไทยนครินทร์
58	เจษฎา งามไพบูลย์พัฒนาะ น.พ.	โรงพยาบาลหาดใหญ่
59	เจษฎิตต์ คำรงค์ศักดิ์ พ.ญ.	หน่วยทางเดินอาหาร ภาควิชาอายุรศาสตร์
60	เจลิยา ประสงค์สุขสันต์ พ.ญ.	60/15 ซ.เพชรบุรี 5 ถ.เพชรบุรี
61	ฉันทการณ์ ชุดิคำรัง น.พ.	369/38 ถนนพราหมณ์ แขวงบ้านช่างหล่อ
62	โณมศรี โณมิตชัยวัฒน์ พ.ญ.	สาขาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
63	เชิดชัย เขียมไชยศรี น.พ.	กองเสด็จกรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
64	เชิดศักดิ์ พฤษะริตานนท์ น.พ.	21/8 ซอยสุขุมวิท 101/1
65	ชญา อารยางกูร พ.ญ.	โรงพยาบาลเมโย
66	ชวนพิศ ชรรณวณิชานนท์ พ.ญ.	แผนกอายุรกรรม
67	ชวนพิศ สุทธินนท์ พ.ญ.	โรงพยาบาลกรมทหารราบราชสีมา
68	ชอบ ศิขัง น.พ.	โรงพยาบาลตราด
69	ชัชวาลย์ สมพิร์วงศ์ น.พ.	โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดบุรี
70	ชัชวาลย์ หนูหนองคำ น.พ.	โรงพยาบาลปราชญ์นคร
71	ชัชพงษ์ สุวัศวิมลภ น.พ.	แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลนครปฐม
72	ชัชรัตน์ ศรจันทรธรรม น.พ.	โรงพยาบาลศรีสะเกษ
73	ชัยกมล ติบวิวัฒน์ศิริ น.พ.	โรงพยาบาลฉะเชิงเทรา
74	ชัยวัฒน์ อริยะคุณาธร น.พ.	46/7-9 ถนนมหาดิถี
75	ชาญวิทย์ ศันติพิพัฒน์ น.พ.	ภาควิชาสัตวศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์

588/6-7 ถนนพระราม 6 พญาไท	กรุงเทพฯ 10400
เขตพระโขนง	กรุงเทพฯ 10110
ถนนยาวราช อ.เมือง	ภูเก็ต 83000
อ.เมือง	ปราชญ์บุรี 25000
345 ถนนบางนา-ตราด บางนา พระโขนง	กรุงเทพฯ 10260
อ.หาดใหญ่	สงขลา 90110
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช	กรุงเทพฯ 10700
เขตพญาไท	กรุงเทพฯ 10400
เขตบางกอกน้อย	กรุงเทพฯ 10700
โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ	ปทุมธานี 12120
เขตพญาไท	กรุงเทพฯ 10400
ถนนสุขุมวิท บางจาก พระโขนง	กรุงเทพฯ 10110
ถนนพหลโยธิน เขตจตุจักร	กรุงเทพฯ 10900
รพ.มหาวิทยาลัยราชสีมา	นครราชสีมา 30000
อ.เมือง	นครราชสีมา 30000
อ.เมือง	ตราด 23000
อ.เมือง	จังหวัดบุรี 22000
อ.เมือง	นนทบุรี 11000
อ.เมือง	นครปฐม 73000
อ.เมือง	ศรีสะเกษ 33000
อ.เมือง	ฉะเชิงเทรา 24000
เขตบางรัก	กรุงเทพฯ 10500
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เขตปทุมวัน	กรุงเทพฯ 10330

76	ชาตรี บานชื่น น.พ.	60 ถนนจรัลสถิตวงศ์ แขวงท่าพระ
77	ชาติชาย สันติภาพลือชา น.พ.	โรงพยาบาลสมิติเวช 133 สุขุมวิท 49
78	ชินวัฒน์ โภคศิริ น.พ.	2/196 ซอยน้ดาก
79	ฐิติมา หุตะจิตต์ พ.ญ.	รพ.นนทบุรี
80	ชุตินา ประมุขสิมพันธ์ พ.ญ.	หน่วยงานเคินอาหาร ภาควิชาอายุรศาสตร์
81	ชัยวิทย์ ชีระพฤกษ์ น.พ.	59/36 ซ.สหมิตร อ.ริมคลองประปา
82	ชัยสิทธิ์ ศรีสมบูรณ์ น.พ.	274 หมู่บ้านปิ่นเจริญ ซ.ลาดพร้าว 109
83	ชูชัย วิทยาทอง น.พ.	78-80 ถนนพลับพลึง
84	ชูเกียรติ อัคราณชัย น.พ.	ภาควิชาสัตวศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
85	ณัฐนุช เมตติกานนท์ พ.ญ.	โรงพยาบาลแพทยปัญญา
86	ฐิติจิต กุลปรัตราตัน น.พ.	207/18 ซอยอ่อนนุช 24
87	ณรงค์ ไชยย์งูร น.พ.	โรงพยาบาลพญาไท 2 ถนนพหลโยธิน
88	ณัฐถากร วิทยาภาพ น.พ.	กองอายุรกรรม โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
89	คณัฏ นุมนาค น.พ.	คณะอายุรศาสตร์เขตร้อน มมหิดล
90	คณัฏ ตันงามตรง น.พ.	59/325 เมืองทองธานี อ.แจ้งวัฒนะ
91	ครินทร์ ไถ่ศิริวัฒน์ น.พ.	ภาควิชาสัตวศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
92	ศิริก ติระวัฒน์ น.พ.	โรงพยาบาลพิษณุเวช
93	อุษณี อุคณสิน น.พ.	โรงพยาบาลกรุงเทพ 2 ซอยสุขุมวิท
94	สุลิต จันทอนนท์ น.พ.	208 หมู่ 12 ซ.อัญมณี 26
95	เด่นชัย สิมปวัฒนศิริ น.พ.	36/28-29 ถนนเอกาทรู
96	เคมิย์ ธีรมิตร น.พ.	กองศัลยกรรม โรงพยาบาลอานู
97	เคมิชัย ไชยบุรีติ น.พ.	หน่วยงานเคินอาหาร ภาควิชาอายุรศาสตร์
98	เทอดชัย ศุภสิทธิ์ น.พ.	โรงพยาบาลสมิติเวช 133 อ.สุขุมวิท 49
99	เกียรติชัย สุวรรณพิชญ น.พ.	1039/8 ซอยเขาวราช
100	ณอมกิต เพระสุนทร น.พ.	

เขตบางกอกใหญ่	กรุงเทพฯ 10600
คลองเตย	กรุงเทพฯ 10110
ถนนรามอินทรา ลาดพร้าว	กรุงเทพฯ 10230
อ.เมือง	นนทบุรี 11000
โรงพยาบาลรามธิบดี	กรุงเทพฯ 10400
แขวงบางซื่อ	กรุงเทพฯ 10800
คลองจั่น บางกะปิ	กรุงเทพฯ 10240
เทพศิรินทร์ เขตป้อมปราบฯ	กรุงเทพฯ 10100
โรงพยาบาลศิริราช เขตบางกอกน้อย	กรุงเทพฯ 10700
ถนนรามคำแหง เขตคลองเตย	กรุงเทพฯ 10240
ถนนสุขุมวิท ส่วนหลวง	กรุงเทพฯ 10110
เขตพญาไท	กรุงเทพฯ 10400
เขตบางเขน	กรุงเทพฯ 10220
พญาไท	กรุงเทพฯ 10400
ปากเกร็ด	นนทบุรี 11120
โรงพยาบาลศิริราช เขตบางกอกน้อย	กรุงเทพฯ 10700
ป.ฉ. 94 อ.เมือง	พิษณุโลก 65000
ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ เขตห้วยขวาง	กรุงเทพฯ 10310
ค.สาธาธารรมสพม. คลองจั่น	กรุงเทพฯ 10700
อ.เมือง	พิษณุโลก 65000
231 อ.สารใต้	กรุงเทพฯ 10120
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช	กรุงเทพฯ 10700
แขวงคลองเตย เขตพระโขนง	กรุงเทพฯ 10110
ถนนสุขุมวิท 71 คลองจั่น	กรุงเทพฯ 10240

101	ถนนศักดิ์ คอกำเนิดพัฒนา น.พ.	382/30 ซอยงิ้วตันนิทวงศ์ 32
102	ถนนอมศักดิ์ เอนกธนาพันธ์ น.พ.	21/62 ถนนวิภาวดี แขวงบางค้อ
103	ถาวร ชูมนงคกุล น.พ.	269/1-2 ซอยหมู่บ้านพรสวรรค์
104	ทศพร วิเศษรจนา น.พ.	254 ซ.ตากสิน 22บ.ตากสิน
105	ทรงศักดิ์ วัฒนประตาคม น.พ.	โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต
106	ทวิช เกียรติเลิศพิศพงศา น.พ.	69/169/1 ซอยแผ่นดินทอง
107	ทวี บุญโชติ น.พ.	259/262 ซอยพิบูลวงศ์
108	ทวีพงษ์ ปางริย์ น.พ.	30/1 ซอยสุขุมวิท 49-14 อ.สุขุมวิท
109	ทวีศักดิ์ แทนวันดี น.พ.	หน่วยงานคลินิกอาหาร ภาควิชาอายุรศาสตร์
110	ทวีสิน ตันประยูร น.พ.	ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
111	ทองดี ชัยพานิช น.พ.	โรงพยาบาลสมิติเวช 133 อ.สุขุมวิท 49
112	ธงชัย ทางธนกุล น.พ.	35/43 ลาดพร้าว 124 อ.ลาดพร้าว
113	เชิธรชัย สุวรรณเพ็ญ น.พ.	1039 ซ.เขาวราช อ.สุขุมวิท 71
114	ธงชัย ไชยสิทธิ์สวัสดิ์ น.พ.	ธงชัยการแพทย์ 446 - 448 อ.รามศวร์
115	ธนวัฒน์ สีกลางวิเศษ น.พ.	โรงพยาบาลชลบุรี
116	ธนาภรณ์ สถาพรวรรศักดิ์ น.พ.	578/23 ซอยสีน้ำเงิน ถนนประชากรราษฎร์
117	ธีชวีร์ อรรถฉายศรี น.พ.	19/50 ซอยชัยภูม 1 ถนนพระรามที่ 2
118	ธีญุเดช นิยมวารุฒิพงษ์ น.พ.	ภาควิชาสัตวศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
119	ธีรวิมล อุทะประมณ น.พ.	สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ถนนพระราม 6
120	ธีระ คังตรงจิตต์ น.พ.	กองศัลยกรรม โรงพยาบาลอุบลราชธานี
121	ธีระ พีรชวีฤทธิ์ น.พ.	หน่วยทางเดินอาหาร ภาควิชาอายุรศาสตร์
122	ธีระ ศักดิ์ติaylor น.พ.	โรงพยาบาลป่าโตมไม่เรียล
123	นคร เมธาธรรม น.พ.	
124	นันทยา ปัทมาภัสพงษ์ น.พ.	28 ซอยวัฒนาวิเศษ 7 ถนนสุทธิสาร
125	นพดล ไตรภรณ์ไพศาล น.พ.	291/112 ซ.ตลาดวัฒนาวิเศษ แขวงสีกัน

บางขุนนนท์ บางกอกน้อย	กรุงเทพฯ 10700
เขตบางขุนเทียน	กรุงเทพฯ 10150
ถนนสุขุมวิท ศ.สำโรงเหนือ อ.เมือง	สมุทรปราการ 10270
บุคคโล	กรุงเทพฯ 10600
อ.เมือง	ภูเก็ต 83000
ถนนติวานนท์ ต.บางกระดอ อ.เมือง	นนทบุรี 11000
สุขุมวิท 71 เขตพระโขนง	กรุงเทพฯ 10110
คลองตัน เขตคลองเตย	กรุงเทพฯ 10110
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช	กรุงเทพฯ 10700
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เขตปทุมวัน	กรุงเทพฯ 10330
แขวงคลองเตย เขตพระโขนง	กรุงเทพฯ 10110
วังทองหลาง บางกะปิ	กรุงเทพฯ 10310
คลองตัน	กรุงเทพฯ 10240
อ.เมือง	พิจิตร 93000
อ.เมือง	ชลบุรี 20000
เขตบางซื่อ	กรุงเทพฯ 10800
แขวงบางมด เขตบางขุนเทียน	กรุงเทพฯ 10150
โรงพยาบาลศิริราช เขตบางกอกน้อย	กรุงเทพฯ 10700
เขตพญาไท	กรุงเทพฯ 10400
เขตบางเขน	กรุงเทพฯ 10220
โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่	สงขลา 90110
สะพานควาย อ.พหลโยธิน	กรุงเทพฯ 10400
สามเสนนอก ห้วยขวาง	กรุงเทพฯ 10310
ดอนเมือง	กรุงเทพฯ 10210

126	นพดล เตมียะประดิษฐ น.พ.	
127	นภาพร จำริญกุล พ.ญ.	โรงพยาบาลราษฎร์อินดี
128	นฤมล ทองพัฒนากุล พ.ญ.	โรงพยาบาลกลาง
129	นฤมล ศรีสุราษฎร์ธรรมา อารีโกธร พ.ญ	ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์
130	นริวัต อากาพิสุทธิ์ พ.ญ.	
131	นิพนธ์ รุทพิชัยรักษ์ น.พ.	5/6 หมู่บ้านการเคมโอมวิลเลจ
132	นิพัทธ์ สิมบางกร น.พ.	กุมารเวชกรรม โรงพยาบาลมหาราชมณฑลราชสีมา
133	นิกา อุษกรณ์ พ.ญ.	แผนกอายุรกรรม
134	นิยะดา วิทชาสัย พ.ญ.	1826 ถนนกรุงเกษม
135	นริศชัย สุจริตจันทร์ น.พ.	โรงพยาบาลน่าน
136	นิตารัตน์ ใจดี พ.ญ.	80/124 ซอยรามคำแหง 24 (เสรี)
137	นุชภา สุขคตะ พ.ญ.	24 ค 29 ซอยอารยอุปถัมภ์
138	นุศนีย์ กัลลเจริญ น.พ.	หน่วยทางเดินอาหาร ภาควิชาอายุรศาสตร์
139	บรรจบ สายชุ่มอินทร์ น.พ.	โรงพยาบาลอินทร์
140	บรรเจิดศักดิ์ อากาสมบัติ น.พ.	หน่วยทางเดินอาหาร
141	บรรเทือง รัชต์ปิติ น.พ.	ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
142	บัญญัติ เสร้อยเข้า น.พ.	กองกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
143	บัญญัติ โอวาทพรพร น.พ.	หน่วยทางเดินอาหาร ภาควิชาอายุรศาสตร์
144	บัญญัติ ละออทอง น.พ.	207/5 ซ.สุขุมวิท 103 ถ.สุขุมวิท
145	ปารุง อุดอานภาพ น.พ.	โรงพยาบาลกลาง
146	บุญช่วย คังบุญธินา น.พ.	รพ.สวรรค์ประชารักษ์
147	บุญ วานสิน น.พ.	หน่วยทางเดินอาหาร ภาควิชาอายุรศาสตร์
148	บุญชัย ชัยพานิช น.พ.	หน่วยทางเดินอาหาร ภาควิชาอายุรศาสตร์
149	บุญทรง วิสกุล น.พ.	19 ซ.ประสานมิตร สุขุมวิท 23
150	บุญรอด ติพรพร น.พ.	ราษฎร์บูรณะโพธิ์คตินึก

119	อ.ราษฎร์อินดี อ.พาดใหญ่	สงขลา 90110
	เขตป้อมปราบศัตรูพ่าย	กรุงเทพฯ 10100
	โรงพยาบาลศิริราช บางกอกน้อย	กรุงเทพฯ 10700
	ค.ตุลค อ.ลำลูกกา	ปทุมธานี 12130
	อ.เมือง	นครราชสีมา 30000
	โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า เขตปทุมธานี	กรุงเทพฯ 10600
	ป้อมปราบฯ	กรุงเทพฯ 10100
	อ.เมือง	น่าน 55000
	ถนนรามคำแหง หัวหมาก บางกะปิ	กรุงเทพฯ 10240
	ถนนประชาราษฎร์สาย 1 บางซื่อ ดุสิต	กรุงเทพฯ 10800
	คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	กรุงเทพฯ 10330
	อ.บ้านโป่ง	ราชบุรี 70110
	โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช เขตบางเขน	กรุงเทพฯ 10220
	โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เขตปทุมวัน	กรุงเทพฯ 10330
	เขตพญาไท	กรุงเทพฯ 10400
	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	สงขลา 90110
	บางนา พระโขนง	กรุงเทพฯ 10260
	ถนนสีป้อ เขตป้อมปราบศัตรูพ่าย	กรุงเทพฯ 10100
	อ.เมือง	นครสวรรค์ 60000
	คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช	กรุงเทพฯ 10700
	โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช เขตบางเขน	กรุงเทพฯ 10220
	พระโขนง	กรุงเทพฯ 10110
	139/2-3 ถนนสุขสวัสดิ์ เขตราษฎร์บูรณะ	กรุงเทพฯ 10600

151	บุญตั้ง มุขรสกุล พ.ญ.	หน่วยทางคินอาหาร ภาควิชาอายุรศาสตร์
152	บุญหมาย อิกวาทกุล น.พ.	โรงพยาบาลบุรีรัมย์
153	บุญหลง ศิวะสมบุรณ์ พ.ญ.	หน่วยทางคินอาหาร ภาควิชาอายุรศาสตร์
154	บุญเทียม พิทักษ์ศิริรังกิจ น.พ.	100/270 ซอย 4 ปี หมู่บ้านนักกีฬาแหลมทอง
155	บุศรินทร์ นาคจินดา น.พ.	โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา
156	บุษบา วิวัฒน์เจลิณ พ.ญ.	ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
157	บุรพา รัตน์นรินทร์ น.พ.	โรงพยาบาลตราด
158	เบญจมาศ ปิยะอิสรากุล พ.ญ.	151/1 ซอยสวัสดิการ 3/5
159	บัณฑิตาน สันติวงค์ พ.ญ.	45/9 ถ.สารสวัสดิ์
160	ปทุมพร ศรีรัมย์ดี พ.ญ.	297/72 ซอยสามทหาร
161	ประภทศ สิงหสุวิษ น.พ.	โรงพยาบาลสงฆ์ ถนนศรีอยุธยา
162	ประกอบ สันติกุล น.พ.	8/10 ซอยอุทัยรัตน์ ถนนประดิพัทธ์
163	ประการ จรุงวัฒน์ น.พ.	โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี
164	ประพันธ์ อำนวยเรือง น.พ.	ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
165	ประภาพร ไขงโยทช น.พ.	ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
166	ประวิทย์ เลิศวีระศิริกุล น.พ.	หน่วยทางคินอาหาร ภาควิชาอายุรศาสตร์
167	ประสิทธิ์ วัฒนัสถ์ น.พ.	โรงพยาบาลฉะเชิงเทรา
168	ประเสริฐ โษณสวัสดิ์ น.พ.	7 ซอย 10 ถนนเสรี 4
169	ประเสริฐศักดิ์ ตู้จินดา น.พ.	ภาควิชาเภสัชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
170	ปราณี พถังวรา พ.ญ.	22/12 (วีรหาร) โพลีคลินิก เจริญนคร
171	ปรารถนา เข็รศิริกุล พ.ญ.	แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
172	ปรีชา เรืองเดช น.พ.	ราชวัตรโพลีคลินิก 712 ถนนพระราม 5
173	ปรีชากรณ์ เอกสิทธิ์กุล พ.ญ.	99/404 ถนนนนทบุรี ต.ช่องนนทบุรี
174	ปัญญา ไทจิรกุล น.พ.	โรงพยาบาลทหารผ่านศึก
175	ปัทมา ต่อมันต์ตาก พ.ญ.	104/20 ซ.ศรีเทพไทย ถนนนนทบุรี

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	กรุงเทพฯ 10330
อ.เมือง	บุรีรัมย์ 31000
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	จ.เชียงใหม่ 50002
ถนนกรุงเทพกรีธา เขตประเวศ	กรุงเทพฯ 10250
อ.เมือง	กาญจนบุรี 71000
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เขตปทุมวัน	กรุงเทพฯ 10330
อ.เมือง	ตราด 23000
ถนนรามอินทรา ต.จตุจักร	กรุงเทพฯ 10230
ต. ปากน้ำโพ อ. เมือง	นครสวรรค์ 60000
ถนนสุขุมวิท 50 พระโขนง	กรุงเทพฯ 10110
เขตพญาไท	กรุงเทพฯ 10400
เขตพญาไท	กรุงเทพฯ 10400
เขตบึงกุ่ม	กรุงเทพฯ 10230
โรงพยาบาลศิริราช เขตบางกอกน้อย	กรุงเทพฯ 10700
โรงพยาบาลศิริราช เขตบางกอกน้อย	กรุงเทพฯ 10700
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี	กรุงเทพฯ 10400
อ.เมือง	ฉะเชิงเทรา 24000
หัวหมาก เขตบางกะปิ	กรุงเทพฯ 10250
โรงพยาบาลศิริราช เขตบางกอกน้อย	กรุงเทพฯ 10700
ถนนเจริญนคร บุคคโล	กรุงเทพฯ 10600
อ.เมือง	สุราษฎร์ธานี 84000
เขตดุสิต	กรุงเทพฯ 10330
ชานนาวา	กรุงเทพฯ 10120
ถนนวิภาวดีรังสิต	กรุงเทพฯ 10400
ช่องนนทบุรี	กรุงเทพฯ 10120

176	ปิยะวัฒน์ โทณภิศร์ น.พ.	หน่วยงานคินอาหาร ภาควิชาอายุรศาสตร์
177	พงษ์กิตติ ฐิติภกร น.พ.	ฝ่ายศัลยกรรม สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
178	พงษ์พีระ สุวรรณกุล น.พ.	ภาควิชาพยาธิวิทยา คณะแพทยศาสตร์
179	พงษ์ชนู เมศร์วิญญูวงศ์ น.พ.	โรงพยาบาลสมเด็จพระศรีราชา
180	พจนาท ศรีซอทอง น.พ.	โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา
181	พชรีรา โรจนพิทยากร พ.ญ.	82/21 ซ.มิ่งขวัญ 5 ต.ติวานนท์
182	พยอม บุรณดิน พ.ญ.	โรงพยาบาลนทรราชศรีมา
183	พรชัย ตังถันวณิชช์ น.พ.	20/183 ซ.พิทักษ์ธรรม ถ.บรมราชชนนี
184	พรชัย วัชรระวิชกุล น.พ.	3785/11-12 ถนนพระราม 4
185	พรพิมล พัวระดิษฐ์ พ.ญ.	13/155 หมู่บ้านนันทวัน-ปิ่นเกล้า ซ.82
186	พรเทพ เปรมโยธิน น.พ.	โรงพยาบาลสมิติเวช 131 สุขุมวิท 49
187	พรรัตน์ วิไลรัตน์ น.พ.	327/2 ซอยถิลาบุษ ถนนเอกชัย
188	พวงเพ็ญ แก้วพรหม พ.ญ.	24/480 นิรันดรคอนโดมิเนียม 7
189	พัชรินทร์ เกกะนันท์ พ.ญ.	ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์
190	พิกุล วิมลเมลา พ.ญ.	ภัตราโพธิ์สถิต 90/7 ตึกสาธธานี
191	พิทยา รัตนครอง พ.ญ.	3/477 เมืองทองนิคม 1
192	พินิจ กุลละวณิชช์ น.พ.	หน่วยงานคินอาหาร ภาควิชาอายุรศาสตร์
193	พินิจ ทวีสิน น.พ.	หน่วยงานคินอาหาร ภาควิชาอายุรศาสตร์
194	พินิจ สุคตวิสิทธ์ น.พ.	340/8 ตึกข้างโรงพยาบาลตากสิน
195	พินิจ สุรินทรภกร น.พ.	แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลพุทธชินราช
196	พิบูลย์ กิตติอักษรเสถียร น.พ.	91221 ซอยมหาสิน 3
197	พิพัฒน์ จรินทร์ราตุล น.พ.	กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลพะเยา
198	ไพศุทธิ์ จ้างพานิช น.พ.	4/29 หมู่บ้านสหกรณ์ ถนนสุขาภิบาล 2
199	ไพบูรณ์ สงวนวาจา น.พ.	การป้องกันอันตรายจากรังสี
200	ไพรัตน์ แสงดิษฐ พ.ญ.	81/51 หมู่ 9 แขวงศาลาธรรมสพน์

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	กรุงเทพฯ 10330
อ.พระรามหก เขตพญาไท	กรุงเทพฯ 10400
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ปทุมวัน	กรุงเทพฯ 10330
ถนนจันทน์ของ ศ.ศรีราชา	ชลบุรี 20110
อ.พระนครศรีอยุธยา	พระนครศรีอยุธยา 13000
อ.เมือง	นนทบุรี 11000
อ.เมือง	นครราชสีมา 30000
บางบำหรุ บางพลัด	กรุงเทพฯ
พระโขนง	กรุงเทพฯ 10110
อ.วงแหวนรอบนอก บางไผ่ ภาษีเจริญ	กรุงเทพฯ 10160
คลองเตย	กรุงเทพฯ 10110
คลองตัน พระโขนง	กรุงเทพฯ 10110
ถนนสุขุมวิท 105 บางนา พระโขนง	กรุงเทพฯ 10260
โรงพยาบาลรามธิบดี เขตพญาไท	กรุงเทพฯ 10400
สาทรเหนือ	กรุงเทพฯ 10500
แจ้งวัฒนะ 14 ถนนแจ้งวัฒนะ หลักสี่	กรุงเทพฯ 10210
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	กรุงเทพฯ 10330
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	กรุงเทพฯ 10330
อ.เมือง	สมุทรสาคร 74000
อ.เมือง	พินิจโลก 65000
ถนนสุขุมวิท 101/1 พระโขนง	กรุงเทพฯ 10110
อ.เมือง	พะเยา 56000
แขวงคลองกุ่ม เขตบางกะปิ	กรุงเทพฯ 10240
กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ 69 ถนนปทุมเมือง	กรุงเทพฯ 10100
เขตคลองตัน	กรุงเทพฯ 10170

201	ไพฑรพรรณ เล็กอุทัย น.พ.	14 ถนนศรีสีหามาลัย
202	ไพศาล พงศ์ชัยฤกษ์ น.พ.	ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
203	ไพศาล แสงสะอาด น.พ.	ฝ่ายศัลยกรรม โรงพยาบาลสงฆ์
204	ไพศิมุญ์ ศรีวิทยากร น.พ.	ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
205	ไพโรจน์ เหลืองโรจน์กุล น.พ.	หน่วยงานคินอาหาร ภาควิชาอายุรศาสตร์
206	พิเชษฐ ชุนพิพัฒน์ น.พ.	รพ.กิ้วน้ำไทร ถ.พหลโยธิน
207	พิศาล ไพบรียง น.พ.	หน่วยงานคินอาหาร ภาควิชาอายุรศาสตร์
208	พิงพรรณ วัชรประภาพงศ์ ญ.	2/4 นายเลิศทาวเวอร์ ชั้น 9 ถ.วิฑู
209	พีระพัฒน์ รุ่งวิฑู น.พ.	46/27 หมู่บ้านชิชาศันทรศิลป์
210	พทุธิรัต ลีวงเฉลิมวงศ์ น.พ.	34/358 หมู่ 9 หมู่บ้านวังทอง
211	พูนศิลป์ ฤหลาบแก้ว น.พ.	โรงพยาบาลชัยนาท
212	ไพฑมรงค์ ชูสัตย์ น.พ.	478/9 หมู่ที่ 6 ซอยกู่เกียรติ 1
213	โพธิ์ทอง ปางพุทธพิงษ์ น.พ.	สถานพยาบาลนันทา สี่แยกบ้านแขก
214	เพิ่มสมบัติ สัตตะชาติ น.พ.	เมตตการแพทย์ 43 ถ.ปรมินทรมรรคา
215	เพ็องพชร เกียรติเสวี พ.ญ.	ฝ่ายอายุรกรรม โรงพยาบาลราชวิถี
216	ภัทรายุส ออประยูร น.พ.	โรงพยาบาลพระปกเกล้า
217	ภาวิณี สุวรรณกุล พ.ญ.	ภาควิชาพยาธิวิทยา โรงพยาบาลศิริราช
218	ภานิต พานิชยานนท์ น.พ.	คลินิกสุขภาพไทย 227-8
219	มงคล ปิ่นอนงค์ น.พ.	โรงพยาบาลเพชรบูรณ์
220	มนตรี สัจจินานนท์ น.พ.	
221	มนัส โพธิ์ศ พ.ต. น.พ.	โรงพยาบาลคำชะอีประวัติ
222	มะลิ วิโรจน์สกุลชัย พ.ญ.	
223	มานิต ลิโทหวัดิต น.พ.	ตึกโสตถกรรม โรงพยาบาล
224	ยง กุวารธรรม น.พ.	ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
225	ยงอุทัย มัตถาก น.พ.	99/188 ซอยมัยลาภ ถนนรามอินทรา

ต.ในเมือง อ.สวรรคโลก	สุโขทัย 64110
โรงพยาบาลรามธิบดี เขตพญาไท	กรุงเทพฯ 10400
เขตพญาไท	กรุงเทพฯ 10400
โรงพยาบาลสมหาราชนครเชียงใหม่ อ.เมือง	เชียงใหม่ 50002
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช	กรุงเทพฯ 10700
พญาไท	กรุงเทพฯ 10400
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	ขอนแก่น 40002
ลุมพินี ปทุมวัน	กรุงเทพฯ 10500
ถนนพระราม 2 บางมด จอมทอง	กรุงเทพฯ 10150
ถนนวิภาวดีรังสิต ตลาดบางเขน ดอนเมือง	กรุงเทพฯ 10220
อ.เมือง	ชัยนาท 17000
ถนนพหลโยธิน แขวงสายไหม เขตบางเขน	กรุงเทพฯ 10220
เขตธนบุรี	กรุงเทพฯ 10600
ต.ท่าตะเภา อ.เมือง	ชุมพร 86000
เขตพญาไท	กรุงเทพฯ 10400
อ.เมือง	ฉะเชิงเทรา 22000
เขตบางกอกน้อย	กรุงเทพฯ 10700
ถนนบางกอกเอกบาศาร์ แยกชิดลม บางรัก	กรุงเทพฯ 10500
ถนนหล่มสัก-สระบุรี อ.เมือง	เพชรบูรณ์ 67000
อ.เมือง	นครสวรรค์ 60000
เขตคูสิต	กรุงเทพฯ 10300
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เขตปทุมวัน	กรุงเทพฯ 10330
จรเขี้ยว	กรุงเทพฯ 10230

226	ยลศิลป์ สุขนวนิช น.พ.	
227	ยอด ตูคนธมาน น.พ.	ภาควิชาสัตวศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
228	อึ้งศักดิ์ ศุภนิชยานนท์ น.พ.	285 ซอยยศเส 3 ถนนปทุมเมือง
229	อุทธรณา ศตวรรษธีราง น.พ.	หน่วยทางเดินอาหาร ภาควิชาอายุรศาสตร์
230	อุษา ตุนพธภา พ.ญ.	63/36 ซอยสนามกร 5 ถนนคชพระเกษียรตี
231	วีรธรรม พิบูลภาณวิชน พ.ญ.	หน่วยทางเดินอาหาร ภาควิชาอายุรศาสตร์
232	รุ่งเรือง ถิ่นปทุมย์ น.พ.	25/8 ถ.โพธิ์พิสัย ต.หมากแข้ง
233	ระพีพัฒน์ กัลยาวิชัย น.พ.	368/11 พหลโยธิน 28 ถ.รัชดาภิเษก
234	ระวี พิณลศานต์ น.พ.	ภาควิชาสัตวศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
235	รังสรรค์ ปัญญาัญญะ น.พ.	ภาควิชาพยาธิวิทยา โรงพยาบาลศิริราช
236	รามศรี วัชรสินธุ์ น.พ.	ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์
237	เรืองศักดิ์ เรืองวีรยุทธ น.พ.	โรงพยาบาลปาราศณสาร
238	เตียง ตั้งสิทธิโชค น.พ.	โรงพยาบาลพิติตร
239	ลิศดา เหมาะสุวรรณ พ.ญ.	ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
240	ถิမ် คุณวิศาล น.พ.	41 ซอยผาสุก ถนนสุขุมวิท
241	ถ้ำควน วงศ์สวัสดิ์ พ.ญ.	ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
242	วรพงษ์ มนต์เกียรติ น.พ.	1706/46 ซอยจรัลสนิทวงศ์ 45
243	วรพงษ์ ทัศนุเสถียร น.พ.	โรงพยาบาลชุมชนพร ถนนพิศมัยสุขภาพ
244	วรพันธ์ เศวตารศ น.พ.	แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลตำรวจ
245	วรรณเพ็ญ เบ็ญจชัย พ.ญ.	สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
246	วรวินัย ศรีธมมาวงษา น.พ.	2 อาคารสงคราม
247	วรวินัย โทกวิฑารางกูร น.พ.	628/54 ซอยบุญพวงษา 1 ถนนพระรามเก้า
248	วรายุทธ์ เดียงวารรชณะ น.พ.	100/185 ซอย 8 ถ.รามอินทรา ก.ม.7
249	วสันต์ ศรีสุนทร น.พ.	
250	วัชร วนชยางค์กุล พ.ญ.	หน่วยทางเดินอาหาร ภาควิชาอายุรศาสตร์

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เขตปทุมวัน	กรุงเทพฯ 10330
แขวงเทพศิรินทร์ เขตป้อมปราบฯ	กรุงเทพฯ 10100
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช	กรุงเทพฯ 10700
ค.วิศชลอ อ.บางกรวย	นนทบุรี 11130
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช	กรุงเทพฯ 10700
อ.เมือง	สุพรรณบุรี 41000
จตุจักร	กรุงเทพฯ
โรงพยาบาลศิริราช เขตบางกอกน้อย	กรุงเทพฯ 10700
เขตบางกอกน้อย	กรุงเทพฯ 10700
โรงพยาบาลราชวิถี เขตพญาไท	กรุงเทพฯ 10400
อ.เมือง	นนทบุรี 11000
อ.เมือง	พิจิตร 66000
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่	สงขลา 90110
เขตพระโขนง	กรุงเทพฯ 10110
รพ.เชียงใหม่ อ.เมือง	เชียงใหม่ 50000
ถนนจรัลสนิทวงศ์ บางป่าหรุ บางพลัด	กรุงเทพฯ 10700
อ.เมือง	ชุมพร 86000
เขตปทุมวัน	กรุงเทพฯ 10330
ถนนพระราม 6 เขตพญาไท	กรุงเทพฯ 10400
แขวงทุ่งหามณ เขตขามนาวา	กรุงเทพฯ 10120
แขวงบางซื่อ เขตบางกอกน้อย	กรุงเทพฯ 10700
จรเขี้ยว ลาดพร้าว	กรุงเทพฯ 10230
โรงพยาบาลวชิรพยาบาล เขตดุสิต	กรุงเทพฯ 10300

251	วิชัย ฤทัยเฉลิม น.พ.	
252	วิไลนา สุชีไพศดาเจริญ น.พ.	หน่วยทางเดินอาหาร ภาควิชาอายุรศาสตร์
253	วิไลนา สุพรหมจักร น.พ.	โรงพยาบาลสมเด็จพระ 133 สุขุมวิท 49
254	วันชัย เขียวถักขม น.พ.	143/96 ถนนปิ่นเกล้านครชัยศรี
255	วันชัย ไกรลาศศิริ น.พ.	กองสัลยกรรม โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
256	วันดี วราวิทย์ พ.ญ.	ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
257	วัลลภ นโมกนิเวส น.พ.	โรงพยาบาลสงฆ์ ถนนศรีอยุธยา
258	วารินทร์ วัชรปัญญากุล น.พ.	งานสัลยกรรม โรงพยาบาลตำรวจ
259	วานิช ปิยนิรันดร์ น.พ.	118/7 ซ.หลานหลวง 8 ถ.หลานหลวง
260	วารุณี อมรทัต พ.ญ.	โรงพยาบาลเด็ก
261	วิจิตร วัชรศิลป์ศิลป์ น.พ.	โรงพยาบาลกลาง ถ.เสือป่า
262	วิชัย ศิริบุญคุ้ม น.พ.	641-643 สุขุมวิท 22 ศาลทองต้น
263	วิชัย ชัยประภา น.พ.	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
264	วิชัย พาณิช น.พ.	639 ถ.สิงห์โคก
265	วิชัย พาณิชสุข น.พ.	โรงพยาบาลราชบุรี
266	วิชัย พิภพลงาม น.พ.	1/2 ซอยเพชรเกษม 64
267	วิชัย วิจิตรพรกุล น.พ.	99/306 หมู่บ้านศรีปรางโมทย์
268	วิชัย ศิลาวินเศษฤทธิ์ น.พ.	รพ.เจ้าพระยา ถ.บรมราชชนนี
269	วิชัย เจริญวงศ์ น.พ.	แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน
270	วิศิต เอี่ยมอร่าม น.พ.	สำนักงานหนังสือ 86/25
271	วิชูร จารุประการ น.พ.	367 หมู่บ้านลิตนมิตร ถนนรามคำแหง 44
272	วิฑูชา กองเงิน น.พ.	โรงพยาบาลบุรีรัมย์
273	วิฑูชา ชาศัญญาชัย น.พ.	โรงพยาบาลขอนแก่น
274	วิฑูชา ฤทธวรวิทย์ น.พ.	44 ถนนจรัลสนิทวงศ์
275	วิฑูชา วิไลโนภาส น.พ.	ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	ขอนแก่น 40002
คลองเตย	กรุงเทพฯ 10110
แขวงอรุณอมรินทร์ บางกอกน้อย	กรุงเทพฯ 10700
เขตบางเขน	กรุงเทพฯ 10220
โรงพยาบาลรามธิบดี เขตพญาไท	กรุงเทพฯ 10400
เขตพญาไท	กรุงเทพฯ 10400
เขตปทุมวัน	กรุงเทพฯ 10330
คลองมหานาค ป้อมปราบ	กรุงเทพฯ 10100
เขตพญาไท	กรุงเทพฯ 10400
เขตป้อมปราบฯ	กรุงเทพฯ 10100
คลองเตย	กรุงเทพฯ 10110
เขตพญาไท	กรุงเทพฯ 10400
คลองจั่น อ.เมือง	เชียงใหม่ 57000
อ.เมือง	ราชบุรี 70000
ถนนเพชรเกษม บางแค ภาษีเจริญ	กรุงเทพฯ 10160
ถนนนนทบุรี ซ่งนนทบุรี ยานนาวา	กรุงเทพฯ 10120
บางบำหรุ บางพลัด	กรุงเทพฯ 10700
ถนนสีลม เขตบางรัก	กรุงเทพฯ 10500
ถนนประชาสง โสมนคร อ.เมือง	ขอนแก่น 40000
แขวงหัวหมาก เขตบางกะปิ	กรุงเทพฯ 10240
อ.เมือง	บุรีรัมย์ 31000
อ.เมือง	ขอนแก่น 40000
บางซื่อชั้น บางพลัด	กรุงเทพฯ 10700
โรงพยาบาลศิริราช เขตบางกอกน้อย	กรุงเทพฯ 10700

276	วินัย ทรัพย์ชนะกุล น.พ.	ฝ่ายอายุกรรม โรงพยาบาลพุทธชินราช
277	วินัย รัตนสุวรรณ น.พ.	ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม ตึกพะอง
278	วินัย อริยะประภาช น.พ.	โรงพยาบาลกรุงมทพริศสัย
279	วิบูล ตังกุล น.พ.	กองศัลยกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
280	วิบูล อุทัยแสงสุข น.พ.	ฝ่ายอายุกรรม โรงพยาบาลพุทธชินราช
281	วิบูลย์ โขติสกุลรัตน์ น.พ.	โรงพยาบาลสมเด็จพระ 133 สุขุมวิท 49
282	วิภาดา เขวากุล พ.ญ.	แผนกอายุกรรม
283	วิรัช ศิลปพันธ์ น.พ.	
284	วิรุทธิ์ ขาวบริสุทธิ์ น.พ.	แผนกรังสี คณะแพทยศาสตร์
285	วิวัฒน์ ศรีรัตนวิระพงษ์ น.พ.	1101 ถนนอิสรภาพ
286	วิวัฒน์ วงศ์ศิริศักดิ์ น.พ.	1426 ถนนเจริญกรุง
287	วิสาขา ชิวพันธ์ พ.ญ.	
288	วิสิทธิ์ เทียมโพสุรย์ น.พ.	ฝ่ายอายุกรรม โรงพยาบาลตำรวจ
289	วิสุทธิ์ จันทร์เครือ น.พ.	โรงพยาบาลพญาไท 1
290	วิศิธร เคลือบสุวรรณ น.พ.	โรงพยาบาลตากสิน
291	วิโรจน์ อิงคไพโรจน์ น.พ.	โรงพยาบาลนนทรี
292	วิโรจน์ เศรษฐิน น.พ.	217 ซอยพหลโยธิน 30 ถนนพหลโยธิน
293	วิไลพรรณ ริมชลา พ.ญ.	39/27 ซอยศรีจันทร์ ถนนศรีจันทร์
294	วิกิจ วิราญวัตต์ น.พ.	หน่วยทางเคมีนอาหาร ภาควิชาอายุรศาสตร์
295	วิณา วงศ์พานิช พ.ญ.	ศีกาสุฤทธิศ ฝ่ายอายุกรรม
296	วิรัช มหรรธาตล น.พ.	72 ซอยมหาราชาดล
297	วิวัฒน์ เหลืองชนะ น.พ.	114 ถนนพหลโยธิน หมู่ 6
298	วิระชัย ไพรัชวาทย์ น.พ.	โรงพยาบาลเมโย
299	วิระพล สิริสัมพันธ์ริฎุ น.พ.	โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา
300	วิระ ผ่องสุวรรณ น.พ.	รพ.ระนอง

อ.เมือง	พิมุข โกล 65000
โรงพยาบาลศิริราช บางกอกน้อย	กรุงเทพมหานคร 10700
ถนนสีลม เขตบางรัก	กรุงเทพมหานคร 10500
เขตพญาไท	กรุงเทพมหานคร 10400
อ.เมือง	พิมุข โกล 65000
คลองเตย	กรุงเทพมหานคร 10110
โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อ.เมือง	อุบลราชธานี 34000
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ปทุมวัน	กรุงเทพมหานคร 10330
วัดอรุณ บางกอกใหญ่	กรุงเทพมหานคร 10600
เขตบางรัก	กรุงเทพมหานคร 10500
เขตปทุมวัน	กรุงเทพมหานคร 10330
ถนนศรีอยุธยา เขตพญาไท	กรุงเทพมหานคร 10400
คลองสาร	กรุงเทพมหานคร 10600
อ.เมือง	นนทบุรี 11000
แขวงตลาดยาว เขตจตุจักร	กรุงเทพมหานคร 10900
ค.วัดใหม่ อ.เมือง	จันทบุรี 22000
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช	กรุงเทพมหานคร 10700
โรงพยาบาลราชวิถี พญาไท	กรุงเทพมหานคร 10400
ทุ่งวัดดอน สาร	กรุงเทพมหานคร 10120
ค.คลองถนน เขตบางเขน	กรุงเทพมหานคร 10220
ถนนพหลโยธิน เขตจตุจักร	กรุงเทพมหานคร 10900
อ.พระนครศรีอยุธยา	พระนครศรีอยุธยา 13000
อ.เมือง	ระนอง 85000

301	วีระศักดิ์ ว่างไพฑูรย์ น.พ.	497 ม. เปรมงวิทย์ ช. ศูนย์วิจัย
302	ไวโรชา มหาวัย พ.ญ.	หน่วยทางเดินอาหาร ภาควิชาอายุรศาสตร์
303	ศตวรรษ ทองสวัสดิ์ น.พ.	ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
304	ศรีนัย วรรณภาสนี น.พ.	210-212 ถนนบูรพาใน ค.ในเมือง
305	ศรีประภา เหมชะญาติ พ.ญ.	รพ.บำรุงราษฎร์
306	ศรีวัฒนา ชิดช่วง พ.ญ.	โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์
307	ศศิประภา บุญยพิสิษฐ์ พ.ญ.	หน่วยทางเดินอาหาร ภาควิชาอายุรศาสตร์
308	ศักดิ์ศิษฐ์ วงศ์โยธาวร น.พ.	600/72 ถนนสาธุประดิษฐ์
309	ศิริชัย กิตติวงศ์โตกณ น.พ.	670/298 ซอยแจ้งฟ้าระยา
310	ศิริวรรณ วณิชานนท์ พ.ญ.	โรงพยาบาลเวชศาสตร์ป้องกัน
311	ศิริโรจน์ ฉันทชัยวัฒน์ น.พ.	414/14 ถ.สาธุประดิษฐ์
312	ศุภชัย นูติธองชากุล น.พ.	โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ
313	ศุภชัย อินทวารี น.พ.	โรงพยาบาลเจ้าพระยา อ.บรมราชชนนี
314	ศุภศิลป์ กัลยานกุล น.พ.	โรงพยาบาลพญาไท 1
315	สถาพร นามัสสถิตช์ น.พ.	หน่วยทางเดินอาหาร ภาควิชาอายุรศาสตร์
316	ตงฉัตร พงกษะวิธานนท์ พ.ญ.	21/8 ซอยสุขุมวิท 101/1
317	ตมถวิล ชโลธร พ.ญ.	33 หมู่ 2 ซอย อเนกนถมิตร
318	ตมปัติ ภูนากุล น.พ.	โรงพยาบาลพิศิตร ถ.บึงลำไฟ
319	ตมบุญ เจริญเศรษฐมพ น.พ.	โรงพยาบาลตากสิน
320	ตมบุรณ์ สุโรปกรณ์พงษ์ น.พ.	
321	ตมปอง รักมาศช พ.ญ.	ภาควิชาสัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
322	ตมปอง เจริญวัฒน์ น.พ.	ฝ่ายอายุรกรรม โรงพยาบาลชัยภูมิ
323	ตมพงษ์ นาวารวงศ น.พ.	250/22 หมู่บ้านสัมมากร ซอย 34
324	ตมพงษ์ รักษัตรีวิวัฒน์ น.พ.	192/75 หมู่บ้านพฤษชาติการ์เด้นทีโอม
325	ตมพจน์ จีระวัชรเดช น.พ.	โรงพยาบาลชัยภูมิ

อ. เพชรบุรี หัวขวาง	กรุงเทพฯ 10310
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	กรุงเทพฯ 10330
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ อ.เมือง	เชียงใหม่ 50002
อ.เมือง	อุบลราชธานี 34000
33 สุขุมวิท 3 ซ. นานาเหนือ	กรุงเทพฯ 10110
33 สุขุมวิท 3 ซ. นานาเหนือ	กรุงเทพฯ 10110
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช บางกอกน้อย	กรุงเทพฯ 10700
เขตยานนาวา	กรุงเทพฯ 10120
ถนนจรัลสนิทวงศ์ แขวงบางพลัด เขตบางพลัด	กรุงเทพฯ 10700
คณะเวชศาสตร์เขตร้อน เขตพญาไท	กรุงเทพฯ 10400
ยานนาวา	กรุงเทพฯ 10120
ค.คลองหนึ่ง อ.คลองหลวง	ปทุมธานี 12120
บางป่าหุ บางพลัด	กรุงเทพฯ 10700
ถนนศรีอยุธยา เขตพญาไท	กรุงเทพฯ 10400
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช	กรุงเทพฯ 10700
ถนนสุขุมวิท บางจาก พระโขนง	กรุงเทพฯ 10110
ถนนเพชรเกษม เขตภาษีเจริญ	กรุงเทพฯ 10150
ค.ในเมือง	พิศิตร 66000
เขตคลองสาม	กรุงเทพฯ 10600
โรงพยาบาลรามธิบดี เขตพญาไท	กรุงเทพฯ 10400
อ.เมือง	ชัยภูมิ 36000
ถนนรามคำแหง เขตปทุม	กรุงเทพฯ 10240
ถนนมหาจักรพรรดิ อ.เมือง	พิษณุโลก 65000
อ.เมือง	ชัยภูมิ 36000

326	สมพนธ์ ภูมยกุลต์ น.พ.	114/4 โรงพยาบาลวิชัยยุทธ
327	สมพร จงนิกรณ์ น.พ.	โรงพยาบาลหัวเฉียว
328	สมพร วงศ์อมรรธรม น.พ.	67/195 หมู่บ้านประชาสุข
329	สมถักกษณ์ วัฒนวิญญูร พ.ญ.	โรงพยาบาลเพชรบูรณ์
330	สมวงศ์ รัตน์ไชย น.พ.	แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลหาดใหญ่
331	สมศักดิ์ ฤกษ์จักร น.พ.	410/43 ถนนรัชดาภิเษก สามเสนนอก
332	สมศักดิ์ วิทยะเสถียรกุล น.พ.	แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลอุตรดิตถ์
333	สมศักดิ์ สุนพงษ์สีมานนท์ น.พ.	โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์
334	สมชาย ถิลากุศลวงษ์ น.พ.	445/19 ถ.จรัลสนิทวงศ์ บางขุนศรี
335	สมหมาย ประไพเพทวิช น.พ.	702 สถาบันพยาบาลเจริญเวช
336	สมหมาย วิไลรัตน์ น.พ.	หน่วยทางคินอาหาร ภาควิชาอายุรศาสตร์
337	สมัย ไชนิกรศิลา น.พ.	26/1 ถนนชมวงษา
338	สมเกียรติ ภูญไญทัย น.พ.	โรงพยาบาลอุทัยธานี
339	สมเกียรติ วัฒนศิริชยกุล น.พ.	ภาควิชาศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล
340	สมเกียรติ เสธฐภักดิ์ น.พ.	หน่วยทางคินอาหาร ภาควิชาอายุรศาสตร์
341	สมเดช แจ้งศรีสุข น.พ.	โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูธร
342	สรชัย กาญจนลาภ น.พ.	กองศัลยกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
343	สรายุทธ นุ่มละมัย น.พ.	โรงพยาบาลยะลา
344	สวัสดิ์ พงษ์วัฒนภามนท์ น.พ.	แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลชลประทาน
345	สวัสดิ์ หิตะนันท์ น.พ.	หน่วยทางคินอาหาร ภาควิชาอายุรศาสตร์
346	สังพันธ์ อิศรเสนา น.พ.	หน่วยทางคินอาหาร ภาควิชาอายุรศาสตร์
347	สังชัย ศิริวรรณบุศย์ น.พ.	กองศัลยกรรม โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
348	สังชัย เหล่าสุทธิ น.พ.	โรงพยาบาลเพชรบูรณ์
349	สัญญา สุขพมขันธ์ น.พ.	ภาควิชาพยาธิวิทยา คณะแพทยศาสตร์
350	สันทิศ เชิดชูเกียรติสกุล น.พ.	21 ถนนเฉลิมเขต 3

ถนนเศรษฐศิริ เขตพญาไท	กรุงเทพมหานคร 10400
ถนนบำรุงเมือง เขตป้อมปราบฯ	กรุงเทพมหานคร 10100
ถนนประชาชื่น แขวงบางซื่อ สุคติ	กรุงเทพมหานคร 10300
อ.เมือง	เพชรบูรณ์ 67000
อ.หาดใหญ่	สงขลา 90110
หัวขวาง	กรุงเทพมหานคร 10310
อ.เมือง	อุตรดิตถ์ 53000
215 สาทรใต้ เขตยานนาวา	กรุงเทพมหานคร 10120
บางกอกน้อย	กรุงเทพมหานคร 10700
ถนนประสิทธิ์พัฒนา ต.แม่กลอง อ.เมือง	สมุทรสงคราม 75000
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	กรุงเทพมหานคร 10330
อ.บ้านโป่ง	ราชบุรี 70110
อ.เมือง	อุทัยธานี 61000
สวนสน เขตคูสิต	กรุงเทพมหานคร 10300
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	กรุงเทพมหานคร 10330
อ.เมือง	สุพรรณบุรี 72000
เขตพญาไท	กรุงเทพมหานคร 10400
อ.เมือง	ยะลา 95000
อ.ปากเกร็ด	นนทบุรี 11120
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช บางกอกน้อย	กรุงเทพมหานคร 10700
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ปทุมวัน	กรุงเทพมหานคร 10500
เขตบางขน	กรุงเทพมหานคร 10220
อ.เมือง	เพชรบูรณ์ 67000
โรงพยาบาลศิริราช บางกอกน้อย	กรุงเทพมหานคร 10700
เทพศิรินทร์ ป้อมปราบฯ	กรุงเทพมหานคร 10100

351	สัมพันธ์ วัฒนปัญญาสกุล น.พ.	38/596 หมู่บ้านรุ่งเจริญ ช.จันทรวชิร
352	สามชัย วิมลชัยวุฒิคุณ น.พ.	47/2 หมู่ที่ 10 ถนนสวนผัก
353	สามารถ ตันอธิระกุล น.พ.	1364 ถนนพระราม 4
354	ดาวิตร โหมิตชัยวัฒน์ น.พ.	ภาควิชาสัตวศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
355	สำราญ กัตินแพทยกิจ น.พ.	19/28 ซอยวัดบุญญประดิษฐ์ ทุพภณชลาสัย 2
356	สำราญ สำราญสำรวงกิจ น.พ.	โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร
357	สิน อรุณภูรี น.พ.	โรงพยาบาลปารุราษฎร์
358	ศิริวัฒน์ อนันตพันธุ์พงศ์ น.พ.	แผนกอายุรกรรมทางเดินอาหาร
359	สิริวุฒิ วัณสกุล น.พ.	โรงพยาบาลสงขลา
360	ศุภัญญา รัตนเสาวภาคย์ พ.ญ.	โรงพยาบาลสมเด็จพระศรีราชา
361	สุจินต์ อรุณิศา น.พ.	43 พหลโยธิน 2 กาญจนาคม
362	สุลี ชมเดช พ.ญ.	67/163 หมู่บ้านเมืองเอก อ.วิภาวดีรังสิต
363	สุพร ศรีพงศ์สุมา พ.ญ.	1778 ซ.พระเม่นารี ทุ่งวัดดอน
364	สุชา อูระทอง น.พ.	หน่วยงานเดินอาหาร ภาควิชาอายุรศาสตร์
365	สุธี ลีละเศรษฐกุล น.พ.	โรงพยาบาลรามคำแหง
366	สุนทร ชินประสาทศักดิ์ น.พ.	แผนกอายุรกรรม
367	สุนทร ศรีสุราพวิวัฒนา น.พ.	2 ถนนมหาสาร
368	สุพรชัย กองพัฒนากุล น.พ.	3807 อ.พระราม 4 กิ่งขวาน้ำไท
369	สุนทร ชัยศรีคุณ น.พ.	
370	สุนทร ไทยธัมกร น.พ.	โรงพยาบาลอมหาราชนครราชสีมา
371	สุปราณี นีราพาพงศ์พร พ.ญ.	ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์
372	สุพงษ์ เอมโสมิต น.พ.	โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
373	สุพจน์ รังสีโยทัย น.พ.	โรงพยาบาลพญาไท 2 ถนนพหลโยธิน
374	สุพจน์ สุไพบุธย์พัฒนัม น.พ.	โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี
375	สุพจน์ ชัยศิริ น.พ.	

ถนนลาดพร้าว รัชทองกลาง	กรุงเทพฯ 10230
แขวงคลังชั้น เขตบางกอกน้อย	กรุงเทพฯ 10700
แขวงคลองเตย เขตคลองเตย	กรุงเทพฯ 10110
โรงพยาบาลรามธิบดี เขตพญาไท	กรุงเทพฯ 10400
บางกอกเหนือ ภาษีเจริญ	กรุงเทพฯ 10160
อ.เมือง	ปราชญ์บุรี 25000
33 สุขุมวิท ซอย3 อ.สุขุมวิท	กรุงเทพฯ 10110
โรงพยาบาลราชวิถี พญาไท	กรุงเทพฯ 10400
อ.เมือง	สงขลา 90000
อ.ศรีราชา	ชลบุรี 20110
เขตพญาไท	กรุงเทพฯ 10400
หลักหก อ.เมือง	ปทุมธานี 12000
สาทร ยานนาวา	กรุงเทพฯ 10120
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี พญาไท	กรุงเทพฯ 10400
เขตบางกะปิ	กรุงเทพฯ 10240
โรงพยาบาลมหาสารคามราชสิมา อ.เมือง	นครราชสีมา 30000
อ.เมือง	นครราชสีมา 30000
พระโขนง	กรุงเทพฯ 10110
อ.เมือง	นครราชสีมา 30000
โรงพยาบาลรามธิบดี เขตพญาไท	กรุงเทพฯ 10400
เขตบางเขน	กรุงเทพฯ 10220
เขตพญาไท	กรุงเทพฯ 10400
ถนนรามอินทรา คันนาอว มิ่งกุ่ม	กรุงเทพฯ 10230

376	ศุภนิคี นีวาทวงศ์ น.พ.	ฝ่ายศัลยกรรม โรงพยาบาลเลิฟสัน
377	ศุภนา รังคนันทาทาทิ พ.ญ.	ฝ่ายอายุรกรรม โรงพยาบาลชลบุรี
378	ศุภนา อร่ามเรือง พ.ญ.	172 ประยูรนิเวศน์ 3
379	ศุภนิค วงศ์เกียรติขจร น.พ.	กองศัลยกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
380	ศุภธิ ธิยาพันธ์ พ.ญ.	35/14 ถนนหนองแขม-บางบอน
381	ศุภพงษ์ รัชตะภูษิต น.พ.	โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ
382	ศุภพล ชื่นรัตนกุล น.พ.	แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
383	ศุภพล สุรางค์ศรีรัฐ น.พ.	53/32 ภูมิวิมลถ้ำ 2 ซอย สุภราช
384	ศุรัส สุรักขกะ น.พ.	7 ซอย 6 หมู่บ้านวัดสนามใต้ ตำบลพร้าว 48
385	ศุรินทร์ ชัยธชวงศ์ น.พ.	หน่วยบรรเทาทุกข์สภากาชาดไทย
386	ศุรินทร์ ชัยธริระกุล น.พ.	8/6 ถนนสิงหนราชบำรุง
387	ศุริยะ จักกะพาก น.พ.	ภาควิชาศัลยกรรม คณะแพทยศาสตร์
388	ศุรีย์พร ศันสนีย์วิฑกุล พ.ญ.	156/117 ถ.บางกรวย-ไทรน้อย
389	ศุวรรณมา ปิโกฎีประภา พ.ญ.	
390	ศุวรรณิ จิตกิตติบัณฑิต น.ญ.	717/41 ซ.ชานเมือง 11 ถ.รัชดาภิเษก ต.หัวขวาง
391	ศุชาติ เอื้อพันธ์พงศ์ น.พ.	แผนกศัลยกรรม ศร.ลพบุรี
392	ศุรัตวิ มະโนทัย พ.ญ.	67/674 ม.ชานชั้นบางเขน ซ.มีนสุข
393	ศุวารณี รัตมธุวงศ์ พ.ญ.	172 ถนนท่าดินแดง
394	ศุวัฒน์ เถษขานนท์ น.พ.	แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
395	ศุวิภา เศษะไพฑูรย์ พ.ญ.	393 หมู่บ้านเกษมนคร 3 ถนนพัฒนาการ
396	ศุเทพ นิมิตท์ภักษ์พงศ์ น.พ.	โรงพยาบาลพิษณุเวช
397	เศกสิค โอสถากุล น.พ.	ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
398	เศถียร ชรรนทวิฑกุล น.พ.	โรงพยาบาลพระรามเก้า 99 ซอยแสงงาม
399	เศถียร เศษะไพฑูรย์ น.พ.	หน่วยทางเดินอาหาร แผนกอายุรกรรม
400	เสมาละ สถิตย์วงศ์ น.พ.	คลินิก เสมาละ-นัตติกา

เขตบางรัก	กรุงเทพมหานคร 10500
ค.บ้านสวน อ.เมือง	ชลบุรี 20000
ถนนลาดพร้าว 41 เขตลาดพร้าว	กรุงเทพมหานคร 10230
เขตพญาไท กรุงเทพฯ 10400	กรุงเทพมหานคร 10400
หนองแขม	กรุงเทพมหานคร 10160
ค.คลอง 1 อ.คลองหลวง	ปทุมธานี 12120
เขตพญาไท	กรุงเทพมหานคร 10400
แขวงสามเสนใน เขตพญาไท	กรุงเทพมหานคร 10400
แขวงสามเสนนอก หัวขวาง	กรุงเทพมหานคร 10310
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ปทุมวัน	กรุงเทพมหานคร 10330
ค.ช้างเผือก อ.เมือง	เชียงใหม่ 50002
โรงพยาบาลรามธิบดี เขตพญาไท	กรุงเทพมหานคร 10400
ค.บางกรวย อ.บางกรวย	นนทบุรี 11100
หัวขวาง	กรุงเทพมหานคร 10310
อ.เมือง	ลพบุรี
ทุ่งสองห้อง คอนเมือง	กรุงเทพมหานคร 10210
เขตคลองสาน	กรุงเทพมหานคร 10600
เขตพญาไท	กรุงเทพมหานคร 10400
สวนหลวง ประเวศ	กรุงเทพมหานคร 10250
ถนนชุมพรมิตรเทพ อ.เมือง	พิษณุโลก 65000
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	สงขลา 90110
ถนนพระราม 9	กรุงเทพมหานคร 10310
โรงพยาบาลราชวิถี เขตพญาไท	กรุงเทพมหานคร 10400
232 ถนนนบศรีสุริยวงศ์ อ.เมือง	ราชบุรี 70000

401	โตกม ทศนสุวรรณ น.พ.	51/667 หมู่ 7 ซอยเมืองเอก 1
402	โตถิติ วิจิตรการ พ.ญ.	โรงพยาบาลปากเกร็ด
403	เสรี เสนารักษ์ น.พ.	ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
404	หทัย ฤมาประยูร น.พ.	99/171 ซอยพฤษชาติ 13
405	องอาจ ไพธสธนากร น.พ.	หน่วยทางเดินอาหาร ภาควิชาอายุรศาสตร์
406	อนนต์ คังฉวาริ พ.ญ.	โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน
407	อนันต์ชัย เศษอมรชัย น.พ.	23/55 หมู่บ้านปรองประชา ถนนวิภาวดี
408	อนุชิต ภูชะทุทธิ น.พ.	แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
409	อภิรักษ์ ปโลคติ น.พ.	โรงพยาบาลพญาไท 1 ถนนศรีอยุธยา
410	อรพรม ชิมะภัก พ.ญ.	หน่วยทางเดินอาหาร ภาควิชาอายุรศาสตร์
411	อรพินทร์ เทียมรัตน์ พ.ญ.	44 วชิรธรรมสาริต 7 ซอยสุขุมวิท 101/1
412	อวยชัย เปลื้องประสิทธิ์ น.พ.	กองศัลยกรรม โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
413	อังศนา นันดาอุจน์ พ.ญ.	73/386 ตำบลหลักหก
414	อัญชลี เที่ยงสิงห์ พ.ญ.	95 หมู่ 7 ซอยแบริ่ง สุขุมวิท 107
415	อาทิตย์ ฤภรธา น.พ.	23/11 ซอย 10 ถนนสุขุมวิท
416	อำนาจ ทองเจริญ น.พ.	แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมุทรปราการ
417	อำนาจ จิตรวารินทร์ น.พ.	110-112 ถนนเจ้าฟ้าพร
418	อำนาจ ศรีรัตน์บัลล์ น.พ.	หน่วยทางเดินอาหาร ภาควิชาอายุรศาสตร์
419	อิสระ หัตถินทร์ น.พ.	
420	อุกฤษฏ์ งามพัฒน์พงศ์ น.พ.	120/479 ซอยวชิรธรรมสาริต
421	อุกฤษฏ์ เปล่งวานิช น.พ.	ถึงแก่กรรม
422	อุทร ศรีวัฒน์ น.พ.	ฝ่ายอายุรกรรม โรงพยาบาลเลิศสิน
423	อุคม ศชินทร น.พ.	หน่วยทางเดินอาหาร ภาควิชาอายุรศาสตร์
424	อุคม ทองบริสุทธิ์ น.พ.	เซนต์โอบอลการแพทย์ 670/1 ถนนพหลโยธิน
425	อุคม วาวิทนันท์ น.พ.	19/6 ถนนสนามบิน

ถนนเอกบูรพา3 ตำบลหลักหก อ.เมือง	
อ.ปากเกร็ด	นนทบุรี 11120
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ อ.เมือง	เชียงใหม่ 50002
ถนนสุขาภิบาล 3 เขตปทุมวัน	กรุงเทพฯ 10240
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	เชียงใหม่ 50002
ถนนสีลม เขตบางรัก	กรุงเทพฯ 10500
ตลาดบางเขน คอนเมียง	กรุงเทพฯ 10220
เขตพญาไท	กรุงเทพฯ 10400
เขตพญาไท	กรุงเทพฯ 10400
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช	กรุงเทพฯ 10700
ถนนสุขุมวิท บางจาก	กรุงเทพฯ 10260
เขตบางเขน	กรุงเทพฯ 10220
อ.เมือง	ปทุมธานี 12000
บางนา เขตพระโขนง	กรุงเทพฯ 10260
เขตพระโขนง	กรุงเทพฯ 10110
อ.เมือง	สมุทรปราการ 10270
เขตป้อมปราบฯ	กรุงเทพฯ 10100
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	กรุงเทพฯ 10330
ถนนสุขุมวิท 101/1 บางจาก พระโขนง	กรุงเทพฯ 10110
เขตบางรัก	กรุงเทพฯ 10500
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช	กรุงเทพฯ 10700
สะพานควาย เขตพญาไท	กรุงเทพฯ 10400
ต.ในเมือง อ.เมือง	พิษณุโลก 65000

426	อุดม วิสิษฎสุนทร น.พ.	894 ทุ่งโพธิ์ 3 ถนนพระราม 6
427	อุดม ทรัพย์สิน น.พ.	โรงพยาบาลสมเด็จพระ 133 ทุ่งโพธิ์ 49
428	อุทัย เก้าเอี้ยน น.พ.	หน่วยทางเค้นอาหาร ภาควิชาอายุรศาสตร์
429	เอกฉลาก ทองบริสุทธ์ น.พ.	โรงพยาบาลเปาโลเมโมเรียล สะพานควาย
430	เอนก ภูวฉัตร น.พ.	ศูนย์โรคะตถาน 78/5 ถนนราชมรรถ
431	โสภาส ศิริรุ่งกมายนท น.พ.	แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลสงฆ์

เขตราชเทวี	กรุงเทพฯ 10400
เขตคลองเตย	กรุงเทพฯ 10110
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	สงขลา 90110
เขตพญาไท	กรุงเทพฯ 10400
แขวงพญาไท เขตพญาไท	กรุงเทพฯ 10400
เขตพญาไท	กรุงเทพฯ 10400

บรรณาธิการแถลง

สวัสดีปีใหม่ไทยครับ จุลสารสมาคมฯฉบับนี้ ออกมาช่วงสงกรานต์พอดี ท่านสมาชิกจะได้อ่านข่าวคราวความเคลื่อนไหวของสมาคมฯ รวมทั้งให้ความรู้ทางวิชาการด้านโรกระบบทางเดินอาหารไปด้วย อ่านเพลินๆ รับลมร้อนโดยไม่ต้องเคร่งเครียด เนื้อหาสาระยังแน่นชนิดเช่นเดิม จุลสารสมาคมฯฉบับนี้เรามี interesting topic review ที่น่าสนใจถึง 3 เรื่อง โดย GI fellow ของจุฬาฯทั้ง 3 ท่าน ซึ่งเขียนและสรุปได้ดีมาก คอลัมน์ที่ขาดหายไปคือ Interhospital Case Conference เนื่องจากเรางดการจัดออกไปหลายเดือน ขอถือโอกาสประชาสัมพันธ์ให้ทราบเลยว่า Interhospital GI Conference ครั้งต่อไปคือวันศุกร์ที่ 10 พฤษภาคม 2539 เวลา 13.00-15.00 น. ณ โรงแรมโซลทวินทาวเวอร์ ซึ่งจะมีผู้ป่วยที่น่าสนใจ 2 ราย จากโรงพยาบาลจุฬาฯ และโรงพยาบาลวิชัยยุทธ

ในจุลสารสมาคมฯฉบับนี้ เราได้นำทำเนียบสมาชิกของสมาคมฯฉบับถูกต้องล่าสุดมาลงไว้แล้ว เพื่อใช้แทนทำเนียบสมาชิกเดิมที่ลงในหนังสือประกอบการประชุมวิชาการประจำปี 2538 ของสมาคมฯ ซึ่งมีข้อผิดพลาดมาก เนื่องจากความบกพร่องในการจัด file ของต้นฉบับ ทำให้รายชื่อสมาชิกหลายท่านขาดหายไป ต้องขออภัยเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้อีกครั้ง

ท้ายสุดนี้เราพยายามที่จะจัดทำจุลสารสมาคมฯให้มีประโยชน์และถูกใจท่านสมาชิกให้มากที่สุด หากท่านมีข้อคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะอย่างไร กรุณาส่งมาให้เราทราบ ซึ่งเราพร้อมที่จะดำเนินการเพื่อประโยชน์ของสมาชิกทุกท่านเสมอ ขอขอบพระคุณล่วงหน้าครับ

นพ.อุดม คชินทร