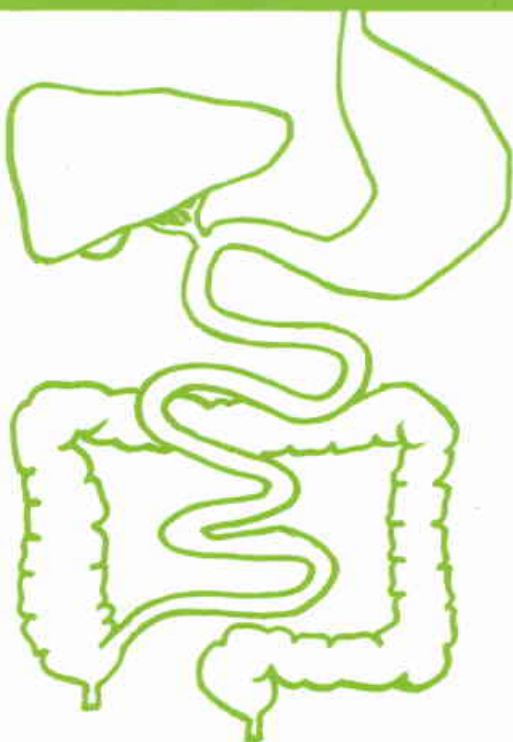


จุลสาร

สมาคมแพทยระบบทางเดินอาหาร
แห่งประเทศไทย

ปีที่ 4 ฉบับที่ 13 พฤษภาคม 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

จุลสารสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย
ปีที่ 4 ฉบับที่ 13 พฤษภาคม 2539 ISSN 0857-6351

รายนามคณะผู้จัดทำจุลสารฯ

ที่ปรึกษา	นพ.พินิจ กุลละวณิชย์
บรรณาธิการที่ปรึกษา	นพ.สิน อนุราษฎร์
บรรณาธิการ	นพ.อุดม คชินทร
กองบรรณาธิการ	นพ.ไพโรจน์ เหลืองโรจนกุล นพ.ยุทธนา ศตวรรษธำรง นพ.สมชาย ลีลากุลวงศ์ นพ.ธงชัย ทางธนกุล นส.พรทิพย์ จิณแพทย์
ปก	นายเอนก เกตุสมพร
พิมพ์ที่	ศุภวานิช การพิมพ์
จำนวน	2,000 เล่ม

จุดสารสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

ปีที่ 4 ฉบับที่ 13

พฤษภาคม 2539

สารบัญ

รายนามคณะกรรมการอำนวยการ

สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย 4

สารจากนายกสมาคมฯ 9

รายงานการประชุมคณะกรรมการอำนวยการ

สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย ครั้งที่ 2/2539 21

รายงานการประชุมคณะกรรมการอำนวยการ

สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย ครั้งที่ 3/2539 28

Interhospital GI conference

รายที่ 1 A middle age male patient with chronic
Abdominal pain and watery diarrhea 34

รายที่ 2 A young female patient with nausea
vomiting chronic diarrhea 48

Interesting Topic Review

1. Strongyloidiasis 38

2. Henoch-Schonlein Purpura 51

3. Pharmacological Treatment of Bleeding
Esophageal Varices 60

4. โรคติดเชื้อและการป้องกันการติดเชื้อจากเครื่องมือ 72

hepatitis A Vaccine 89

ปฏิทินการประชุมวิชาการ 96

บรรณาธิการแถลง 102

**รายนามคณะกรรมการอำนวยการ
สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย
วาระ 2538-2540**

1. นายกสมาคมฯ	นพ.พินิจ	กุลละวณิชย์
2. อุปนายก	พญ.กรรณิการ์	พรพัฒน์กุล
3. เลขาธิการ	นพ.อุดม	คชินทร
4. เทรญญิก	นพ.ประวิทย์	เลิศวีระศิริกุล
5. ปฎิคม	พ.อ.นพ.สุรพล	ชินรัตนกุล
6. ประธานฝ่ายวิเทศสัมพันธ์	นพ.นุสนธิ์	กลัดเจริญ
7. ประธานฝ่ายวิจัย	นพ.พิศาล	ไม้เรียง
8. ประธานฝ่ายวิชาการ	พญ.วโรชา	มหาชัย
9. ประธานฝ่ายโรคตับ	นพ.เต็มชัย	ไชยนิติ
10. ประธานฝ่ายเอ็นโดสโคปี	นพ.ไพโรจน์	เหลื่องโรจนกุล
11. ประธานฝ่ายวารสาร	นพ.สิน	อนุราษฎร์
12. ประธานฝ่ายการศึกษาหลังปริญญา	นพ.สถาพร	มานัสสถิตย์
13. กรรมการกลาง	นพ.กำธร	เผ่าสวัสดิ์
14. กรรมการกลาง	พญ.เกษร	วัชรพงษ์
15. กรรมการกลาง	นพ.ชาญวิทย์	ตันติพิพัฒน์
16. กรรมการกลาง	พญ.ชุตินา	ประมุขสินทรัพย์
17. กรรมการกลาง	นพ.ทองดี	ชัยพานิช
18. กรรมการกลาง	นพ.บัญญัติ	โอวาทหารพร
19. กรรมการกลาง	นพ.พงษ์พีระ	สุวรรณกุล

20. กรรมการกลาง	น.อ.นพ.ไพฑูรย์ จ๋วงพานิช
21. กรรมการกลาง	นพ.มานิต ลีโทขวลิต
22. กรรมการกลาง	พ.ต.อ.นพ.วรพันธ์ุ เสาวรส
23. กรรมการกลาง	นพ.วีกิจ วีรานูวัตต์
24. กรรมการกลาง	พญ.วีณา วงศ์พานิช
25. กรรมการกลาง	นพ.สวัสต์ ฟองวัฒนานนท์
26. กรรมการกลาง	นพ.สวัสต์ หิตะนันท์
27. กรรมการกลาง	พ.ท.นพ.อนุชิต จูทะพุทธิ
28. ที่ปรึกษา	นพ.จินดา สุวรรณรักษ์
29. ที่ปรึกษา	พล.ต.นพ.วิชัย ชัยประภา
30. ที่ปรึกษา	นพ.สมหมาย วิไลรัตน์
31. ที่ปรึกษา	นพ.สัจพันธ์ อิศรเสนา
32. ที่ปรึกษา	พล.อ.ต.นพ.สุจินต์ จารุจินดา
33. ที่ปรึกษา	นพ.สุชา คูระทอง

รายนามคณะกรรมการฝ่ายต่างๆของ สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

รายนามคณะกรรมการฝ่ายวิชาการ

1. พญ.วโรชา	มหาชัย	ประธาน
2. นพ.กำธร	เผ่าสวัสดิ์	อนุกรรมการ
3. พญ.ชุติมา	ประมูลสินทรัพย์	อนุกรรมการ
4. นพ.บัญญัติ	โอวาทสารพร	อนุกรรมการ
5. พญ.บุษบา	วิวัฒน์เวดิน	อนุกรรมการ
6. นพ.ไพโรจน์	เหลียงโรจนกุล	อนุกรรมการ
7. พ.ท.นพ.อนุชิต	จู่ทะพุทธิ	อนุกรรมการ

รายนามคณะกรรมการฝ่ายวิจัย

1. นพ.พิศาล	ไม้เรียง	ประธาน
2. นพ.องอาจ	ไพรสณหารางกูร	อนุกรรมการ
3. นพ.บัญญัติ	โอวาทสารพร	อนุกรรมการ
4. นพ.กำธร	เผ่าสวัสดิ์	อนุกรรมการ
5. นพ.พลรัตน์	วิไลรัตน์	อนุกรรมการ
6. นพ.สิริวัฒน์	อนันต์พันธุ์พงศ์	อนุกรรมการ
7. นพ.สมพนธ์	บุญยคุปต์	ที่ปรึกษา
8. นพ.เกรียงไกร	อัครวงศ์	ที่ปรึกษา
9. นพ.สิน	อนุราษฎร์	ที่ปรึกษา

รายนามคณะกรรมการฝ่ายการศึกษาหลังปริญญา

1. นพ.สถาพร	มานัสสถิตย์	ประธาน
2. นพ.สังพันธ์	อิศรเสนา	อนุกรรมการ
3. นพ.อุดม	คชินทร	อนุกรรมการ
4. นพ.กำธร	เผ่าสวัสดิ์	อนุกรรมการ
5. พ.ต.อ.นพ.วรพันธุ์	เสาวรส	อนุกรรมการ
6. นพ.มานิต	ลิโทชวลิต	อนุกรรมการ
7. พ.อ.นพ.สุรพล	ชินรัตน์กุล	อนุกรรมการ
8. นพ.สุรพล	สุรางค์ศรีรัฐ	อนุกรรมการ
9. นพ.นุสนธิ์	กลัดเจริญ	อนุกรรมการ
10. นพ.ประวิทย์	เลิศวีระศิริกุล	อนุกรรมการ
11. นพ.สิริวัฒน์	อนันต์พันธุ์พงศ์	อนุกรรมการ
12. พญ.ภาวิณี	สุวรรณกุล	อนุกรรมการ
13. นพ.พงษ์พีระ	สุวรรณกุล	อนุกรรมการ
14. พญ.นฤมล	ศรีสุพรรณ ฮาร์โกฟ	อนุกรรมการ
15. พญ.เกษร	วัชรพงษ์	อนุกรรมการ

รายนามคณะกรรมการฝ่ายการศึกษาหลังปริญญาเพิ่มเติม

1. นพ.พินิจ	กุลละวณิชย์	ที่ปรึกษา
2. นพ.เดิมชัย	ไชยนิติ	ที่ปรึกษา
3. นพ.สิน	อนุราษฎร์	ที่ปรึกษา
4. นพ.อนุชิต	จู่ทะพุทธิ	อนุกรรมการ
5. นพ.พิศาล	ไม้เรียง	อนุกรรมการ
6. นพ.บัญญัติ	โอวาทพารพ	อนุกรรมการ

รายนามคณะกรรมการฝ่ายวารสาร

1. นพ.สิน	อนุราชฎ์	ประธาน
2. นพ.ไพโรจน์	เหลืองโรจนกุล	อนุกรรมการ
3. นพ.สิริวัฒน์	อนันต์พันธุ์พงศ์	อนุกรรมการ
4. นพ.เดิมชัย	ไชยบุวัตติ	อนุกรรมการ
5. นพ.วีระศักดิ์	ว่องไพฑูรย์	อนุกรรมการ
6. นพ.สถาพร	มานัสสถิตย์	อนุกรรมการ
7. นพ.ปัญญา	โหวาทพารพร	อนุกรรมการ
8. นพ.นุสนธิ์	กลัดเจริญ	อนุกรรมการ
9. นพ.พิศาล	ไม้เรียง	อนุกรรมการ
10. พญ.วโรชา	มหาชัย	อนุกรรมการ
11. พญ.กวรรณิการ์	พรพัฒน์กุล	อนุกรรมการ
12. นพ.สุชา	คุระทอง	อนุกรรมการ
13. พ.อ.นพ.สุรพล	ชื่นรัตนกุล	อนุกรรมการ
14. นพ.สุริยะ	จ๊กกะพาก	อนุกรรมการ
15. พ.ท.นพ.อนุชิต	จู่ทะพุทธิ	อนุกรรมการ
16. นพ.กำธร	เผ่าสวัสดิ์	อนุกรรมการ
17. นพ.ทองดี	ชัยพานิช	อนุกรรมการ

สารจากนายกสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

เรียน ท่านสมาชิก เพื่อนแพทย์ที่เคารพรักทุกท่าน

ก่อนอื่นผมมีข่าวดีที่จะเรียนให้ท่านสมาชิกและเพื่อนแพทย์ทราบก็คือในการประชุม Asian Pacific Congress of Gastroenterology และ Endoscopy ที่เมือง Yokohama ประเทศญี่ปุ่นในเดือนกันยายนปีนี้คณะกรรมการญี่ปุ่นได้คัดเลือก อาจารย์ปิยะวัฒน์ โกมลมิศร์ จากคณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์ และอาจารย์สมชาย ลีลากุลลวงค์ จากคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลให้ได้รับ Young Investigator's Awards ซึ่งเป็นเกียรติแก่อาจารย์ทั้ง 2 และวงการแพทย์แห่งประเทศไทยเป็นอย่างมาก ทั้ง 2 ท่านจะได้รับค่าลงทะเบียนฟรี เงินรางวัล Y100,000 โดยจะต้องเดินทางไปเสนอผลงานด้วย ผมในนามของสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย ขอแสดงความยินดีต่ออาจารย์ทั้ง 2 ท่านเป็นอย่างยิ่ง

จากเหตุการณ์นี้ทำให้ผมคิดว่า แพทย์ไทยจะต้องเตรียมตัวเสนอชื่อเพื่อเข้ารับการพิจารณารับ Award ต่างๆ อย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เพราะถ้าไม่มีการวางแผนล่วงหน้าเราจะไม่มีโอกาสได้รับเกียรติต่างๆ เหล่านี้เลย เช่น การประชุม Asian Pacific ของ Gastro มีทุก 4 ปี โดยครั้งที่แล้วมีที่กรุงเทพฯ ในปี ค.ศ. 1992 และจะมีขึ้นอีกในปีนี้ ส่วน World Congress of Gastroenterology มีทุก 4 ปี โดยครั้งสุดท้ายมีที่ Los Angeles ประเทศสหรัฐอเมริกาในปี 1994 และจะมีขึ้นอีกในปี 1998 ที่กรุง Vienna ประเทศออสเตรีย ซึ่งในการประชุมของ World Congress นั้นเขามีโปรแกรมที่เรียกว่า Young Clinicians Program โดยมีเป้าหมายให้สมาคมฯ ของแต่ละประเทศเสนอชื่อแพทย์ที่เหมาะสมเพื่อเข้ารับ Award ได้ประเทศละ 10 คน

(อาจจะตัดหรือไม่ตัดอีกก็ได้) ทั้งนี้ต้องมีผลงานวิจัย แพทย์ผู้ได้รับรางวัลจะสามารถไปเข้าร่วมประชุมฟรีและเข้าร่วมกิจกรรมพิเศษด้วย แต่โดยมากพอเราได้รับแจ้งเพียงไม่กี่เดือนก็ต้องแจ้งชื่อและผลงานแล้ว อย่างเช่นในขณะนี้สมาคมฯ ได้รับแจ้งให้ส่งชื่อแพทย์ที่เหมาะสมโดยต้องส่งภายในไม่กี่เดือนข้างหน้าสำหรับ World Congress ที่จะขึ้นในปี ค.ศ. 1998! ฉะนั้นจะเห็นได้ว่าถ้าไม่มีการวางแผนล่วงหน้า ถ้าคิดจะทำเมื่อได้รับข่าวจากผู้จัดการประชุมวิชาการจะสายไป ดังนั้นผมจึงจะพยายามวางแผน โดยพยายามเกริ่นอาจารย์ที่อายุน้อยๆ และเกริ่นแพทย์ที่เพิ่งจะมาเป็น Fellow GI ด้วย โดยสมาคมฯจะเป็นผู้ประสานงาน กระตุ้นให้แพทย์เราทำวิจัยตลอดเวลา โดยมีเป้าหมายเพื่อเข้าชิงรางวัลดังกล่าว และในที่สุดเพื่อการวิจัยโดยตรง

ระยะนี้ผมมีโอกาสเดินทางไปต่างประเทศและต่างจังหวัดบ่อยๆ เมื่อไปที่ไหนภายในประเทศก็พยายามดูข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสถานที่ที่เหมาะสมสำหรับการประชุมวิชาการของสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย หรือของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย เช่นเมื่อเร็วๆ นี้ผมได้มีโอกาสไปบุรีรัมย์เกี่ยวกับวิชาการสัญจรของสมาคมศิษย์เก่าแพทย์จุฬาลงกรณ์ ก็แปลกใจมากที่ได้พบโรงแรมแห่งใหม่เกิดขึ้นชื่อโรงแรมแสนรู้ ซึ่งถึงแม้ยังสร้างไม่เสร็จทีเดียวนัก แต่ผมเห็นว่าห้องที่พักอาศัยอยู่มีคุณภาพดีมาก มีห้องประชุมใหญ่ๆ ที่จุคนได้ห้องละ 1,000 คน ถึง 3 ห้อง มีสถานที่นอกห้องประชุมที่กว้างขวางมาก มีห้องนอนประมาณ 260 กว่าห้อง จะมีสนามเทนนิส สระว่ายน้ำ ห้องอาหารหลายประเภทและอื่นๆ มากมาย เห็นเจ้าของบอกว่าโรงแรมนี้จะสร้างเสร็จสมบูรณ์ภายใน 3 เดือนเท่านั้น ถ้าเป็นไปตามที่เจ้าของบอกจากการที่ผมได้จัดการประชุมมาเป็นเวลา 10 กว่าปีผมยังไม่เคยเห็นโรงแรมที่ไหนที่มีห้องประชุมใหญ่โตเท่านี้เลยยกเว้นโรงแรม Ambassador จอมเทียนเท่านั้น การจัดการประชุมของสมาคมฯเราประเด็น

ที่สำคัญคือ โรงแรมต้องดีและเหมาะสม เหมาะสมในแง่ที่ว่าห้องประชุมต้องใหญ่พอและมากพอ มีพื้นที่เพียงพอสำหรับภัตตาคาร มีห้องประชุมย่อยมากพอ ใหญ่พอ มีห้องพักผ่อนที่จะรับทุกๆ ท่านเข้าพักได้ในโรงแรมเดียว (แต่ประเด็นนี้อาจไม่สำคัญนัก) มีองค์ประกอบต่างๆ ที่ดีสำหรับการพักผ่อนหย่อนใจ เช่น สระว่ายน้ำ สนามเทนนิส ห้อง Fitness ห้องสนุกเกอร์ ห้องอาหารหลายๆ ประเภท ห้อง Cocktail lounge ห้องคาราโอเกะ ฯลฯ

นอกจากนั้นเมืองที่เราจะประชุมควรจะมีโรงพยาบาลที่ใหญ่พอ มีแพทย์พอสมควร เพราะเราต้องการจะกระตุ้นและให้ความรู้แก่แพทย์เหล่านั้น รวมทั้งแพทย์เหล่านั้นจะเป็นส่วนสำคัญของผู้เข้าร่วมประชุม นอกจากนั้นถ้าจะให้การจัดการประชุมดำเนินการไปด้วยดี ท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาล และหรือท่านสาธารณสุขจังหวัด ต้องรู้จักกับผู้บริหารของสมาคมฯ เป็นการส่วนตัวอย่างดียิ่งด้วย ส่วนประเด็นที่สำคัญอื่นๆ ในการเลือกสถานที่ในการจัดการประชุมนั้นผมคิดว่า ระยะทางจากกรุงเทพฯ เป็นปัจจัยสำคัญ โดยถ้าอยู่ไกลมาก เช่น เชียงใหม่ เชียงราย ภูเก็ต หาดใหญ่ สงขลา สุราษฎร์ธานี ถ้ามีเครื่องบินที่ใหญ่พอ บ่อยครั้งก็ไม่มีปัญหา หรือถ้าต้องเดินทางโดยรถยนต์ไฟ ก็ไม่น่าที่จะอยู่ไกลนัก ควรจะอยู่ในรัศมีจาก กทม. ในระยะเวลาไม่เกิน 3-4 ชั่วโมงโดยรถ และข้อสุดท้ายที่มีความสำคัญมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการประชุมในประเทศหรือต่างประเทศควรมีสถานที่ท่องเที่ยวที่ดีพอมากพอ ที่จัดเที่ยวได้ในราคาที่ เหมาะสมอีกด้วย

สำหรับในการประชุมประจำปี 2539 ของเราที่จะจัดขึ้นแน่นอนระหว่างวันที่ 28-31 มกราคม 2540 นอกจาก กทม. แล้วเรายังมองไปยังระยอง หนองคาย พิษณุโลก กาญจนบุรี บุรีรัมย์ สุราษฎร์ธานี ฯลฯ อีกด้วย เดิมเราเคยคิดว่าจะจัดที่ กทม. เพราะเป็นปีของการเลือกตั้ง (นายกสมาคมฯ) ถ้าจัดที่ กทม. จะได้มีคนมาประชุมมาก แต่หลังจากที่ไปจัดที่เชียงรายมา

แล้วจึงคิดว่าไม่จำเป็นที่จะต้องจัดที่ กทม. ถ้าวิชาการดี สถานที่เหมาะสม ที่ท่องเที่ยวดี ราคาพอสมควร ประชาสัมพันธ์ดี เพื่อนๆ ก็จะไปร่วมประชุมด้วย เช่นที่เชียงใหม่มีผู้ลงทะเบียนเกือบ 300 ท่าน ข้อดีของการประชุมต่างจังหวัดคือ เป็นการนำความรู้ไปสู่นับท กระตุ้นเพื่อนแพทย์แถวๆ นั้น ให้โอกาสเขาแสดงเอง ฟังด้วย อยู่ต่างจังหวัดหนีการประชุมไม่ค่อยได้หรือก็ไม่ถูกคนใช้ตาม ทุกๆ คนจะมีโอกาสร่วมสนุก ใกล้ชิดกัน มีโอกาสเล่นกีฬาร่วมกัน ร้องเพลง ไปเที่ยวด้วยกัน แพทย์จะมีโอกาสพบเจ้าหน้าที่บริษัทยามากขึ้น จะมีความเป็น togetherness มากขึ้น ความเป็นเพื่อนร่วมอาชีพมากขึ้น ทำให้รู้จักนิสัยใจคอของแต่ละคนมากขึ้น (ทั้งดีและไม่ดี) แต่ข้อเสียก็มีพอสมควร ผู้จัดและบริษัทฯ เหนื่อยมาก เหนื่อยในการไปดูแลโรงแรม เลือกคอยจีให้เขาทำโน้นทำนี่ ให้เป็นไปอย่างที่เราต้องการ เช่นห้องประชุมเล็กไปแสงเสียงไม่ดีพอดังปรับ service ต่างจังหวัดเป็นอย่างไรไม่ทราบ ห้องพักมีพอหรือไม่ การเดินทาง รถรับส่งจากสนามบิน รถรับส่งจากโรงแรมไปในเมือง ฯลฯ ท่านสมาชิกก็อาจจะงอแงแต่ไม่ไป หรือเสียเวลาจากการทำงานมากไป ขาดรายได้ (และยังมีรายจ่ายในการเที่ยวเพิ่มขึ้น!) ถ้าไม่ระวังจัดต่างจังหวัดอาจมีแพทย์ไปน้อย และทำให้เจ๊งเองง่าย ๆ !

ถ้าเราจัดได้ดีๆ ผมแน่ใจว่าอีก 2-3 ปี อาจจะมีแพทย์มาร่วมประชุมกับเราในจำนวนที่เป็นน้องๆ ของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยเป็นแน่ เมื่อถึงตอนนั้น (หรือใกล้ๆ ก็แน่แล้ว) ผู้จัดคงปวดศีรษะมาก เพราะคงไม่ค่อยมีโรงแรมให้เลือกมากนัก เพราะเหตุนี้เองผมคิดว่าถึงเวลาแล้วที่ภาครัฐหรือภาคเอกชนน่าจะจัด Convention Centre ในเมืองใหญ่ๆ นอกกรุงเทพฯ ที่มีศักยภาพสำหรับการประชุมและท่องเที่ยวด้วย เช่น เชียงใหม่ เชียงราย พัทยา หัวหิน ภูเก็ต สุราษฎร์ธานี หาดใหญ่ อุตร อุบล โคราซ ฯลฯ เหมือนในต่างประเทศที่มี Convention Centre

เกือบทุกเมืองใหญ่ เช่น Los Angeles, San Diego, San Francisco, Berlin, Hong Kong ฯลฯ ประเทศไทยน่าที่จะทำเป็นได้แล้ว ไม่ควรที่จะพึ่งโรงแรมเท่านั้น ที่ Hong Kong ดีมาก มี Convention Centre อยู่ตรงกลางและมีโรงแรมชั้นเยี่ยมอยู่ข้างๆ ติดกันเลย 2 โรงแรม ชาวต่างประเทศอยากให้มีการจัดการประชุมในประเทศไทยมาก เพราะค่าโรงแรม อาหารราคาถูก คนไทยบริการเก่ง มีที่เที่ยวมากมาย อาหารอร่อย แต่ปัญหายังอยู่ที่ "Convention Centre" รถติด จากสนามบินตอนเมืองไปพัทธยาบางที่ 5-7 ชั่วโมง ! (group ของ Glasgow Royal College of Physicians เคยโดนมาแล้วเมื่อ 2 ปีที่แล้ว) ขณะนี้บ้านเรามี Convention Centre จริงๆ คือ ศูนย์ประชุมสิริกิติ์เท่านั้น

เมื่อตอนหยุดสงกรานต์ผมได้มีโอกาสไปเที่ยวเยือนเซี่ยงหลาน (รัชชปะภา) ซึ่งอยู่ห่างจากสุราษฎร์ธานีประมาณ 80 กิโลเมตร สาเหตุของการไปเนื่องมาจากผมเคยเป็นประธานรุ่นของสถาบันจิตวิทยาความมั่นคง แห่งชาติ ฝ่ายอำนวยการ รุ่นที่ 40 ซึ่งมีข้าราชการเป็นนักศึกษา 64 คน คล้ายๆ วปอ เราเรียกว่า วปอ น้อย คือ ทหาร ตำรวจ พลเรือน รัฐวิสาหกิจตั้งแต่ C7 ขึ้นไป เรียนเต็มวัน 18 สัปดาห์ ต้องไปดูงานต่างจังหวัด ต่างประเทศ ก็เลยรักใคร่กันมาก จบแล้วก็ยังพบกันเป็นระยะๆ ผมยังไปเที่ยวกับเพื่อนๆ เพราะมีเพื่อนทำงานรถไฟ ไฟฟ้าภูมิภาค ไฟฟ้าฝ่ายผลิต จึงได้มีโอกาสไปยังจังหวัดต่างๆ ที่คนธรรมดาไม่มีโอกาสไป หรือไปได้ยาก เคยไปทุกเขื่อน เช่น เขื่อนเซี่ยงหลาน ตั้งแต่ยังก่อสร้างไม่เสร็จ ไปดอยแม่สะลองตั้งแต่ยังเป็นป่าอยู่ ดอยดุงตั้งแต่ยังไม่มีพระตำหนัก ดอยอ่างขาง ห้วยน้ำดัง แม่ฮ่องสอน แต่ระยะหลังผมไม่ค่อยมีโอกาสไปกับเพื่อนๆ เพราะว่างานราชการมาก พอดีช่วงสงกรานต์หยุดหลายวัน เพื่อนๆ โทรมาชวนให้ไปให้ได้ และเนื่องจากไม่มีเหตุผลที่จะไม่ไปจึงได้ตกลงไป

นั่งรถตู้อ้อมมีคนขับ และเพื่อนอีก 6 คน ออกจากกรุงเทพฯ 6.30 น. ไปถึงเขื่อน เขียวหลาน ก็ 18.30 น พอดี! เวลาไปแบบนี้ผมก็หิวเหล้าตั้งแต่เช้า เปิดบาร์ตั้งแต่ 10 โมงเช้า! วิสก็บ้างๆ ผสมโซดาและน้ำแข็ง ผมเป็นคนแปลก (เพื่อนบอก!) ดื่มเหล้าแต่เช้า แต่พอคนอื่นทานผมหยุด! ทานไปได้ 4 แก้ว พอหยุดรถทานข้าวเที่ยงที่ประจวบผมก็หยุดทานเหล้า เพื่อนเริ่มและแฉงหน้าผมไป พอดกเย็นผมทานเหล้าชนิดเดียวก็เลิก รู้สึกว่าผมโชคดีมากที่คล้ายๆ มี safety valve ในตัว ทานได้ไม่เก่งแต่ทานเมื่อไรก็ได้ พอถึงโคเวดาก็หยุดทานเอง ถึงมีเหล้าฟรีให้มากอย่างไรก็ตามไม่ลอง ไม่ทราบว่าจะคิดหรือโซคร้าย คงโชคดีมากกว่า เพราะผมมีโอกาสทานเหล้าฟรีเยอะเหลือเกิน ถ้าไม่รู้จักพอคงแยไปแล้ว

ไปถึงสุราษฎร์ธานีก่อนไปเขื่อนก็ไปแวะที่สนามบินเพราะเพื่อนของเพื่อนที่อยู่ไฟฟ้าฝักกึ่งสดและหอยนางรมให้อย่างละล้ง! กึ่งสดมาก อร่อยมาก หอยนางรมก็สด อร่อยมากเหมือนกัน ปกติผมไม่ทานหอยนางรม กลัว cholesterol และกลัวท้องเสีย กลัว typhoid , hepatitis etc แต่มาแบบนี้ถึงที่ก็เลยลองและไหนๆ ลอง 1 ตัวแล้วก็เอาเลยหลายๆ ตัว! (เพราะทานตัวเดียวก็อาจจะ jack pot ได้แล้วก็เลยเอาซะหลายๆ ตัว ! ไหนๆ ก็ไหนๆ แล้วเสี่ยงทั้งทีแล้วก็ต้องทานให้คุ้ม !) ไปเที่ยวเขื่อนเป็นครั้งที่ 4 หรือ 5 ก็ยังสวยยังร่มรื่นบรรยากาศยังดีมาก แต่ยังไงๆ ก็ไม่ดีเท่าบรรยากาศที่ไปครั้งแรก ซึ่งก็เป็นของจริงสำหรับทุกสถานที่ๆ ไป ครั้งแรกจะเยี่ยมที่สุด ไปถึงอาบน้ำทานข้าว ทานเหล้า (ผมเอา wine ไป 2 ขวดด้วยให้สุขภาพสตรี ภรรยาเพื่อนๆ ที่ไป join กันที่ประจวบคีรีขันธ์) แล้วก็นอน ผมตื่นขึ้นมาก็รีบไปวิ่ง 40 นาที (ออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ คือ เดิน วิ่ง ว่ายน้ำ ถีบจักรยาน เดิน แอโรบิก ครั้งละ 20-30 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง แต่แต่ละครั้งต้องให้หัวใจเต้น 70% ของความสามารถสูงสุดที่หัวใจของคนอายุนั้นๆ จะเต้นได้ สูตรของ

ความสามารถสูงสุดที่หัวใจจะเต้นได้คือ 220-อายุ เช่น คนที่มีอายุ 50 ปี
ความสามารถสูงสุดที่หัวใจจะเต้นได้คือ 220-50 เท่ากับ 170 ครั้ง/นาที แต่
ต้องออกกำลังให้หัวใจเต้นถึงเพียง 70% เท่านั้นก็คือ 119 ครั้งต่อนาที) ที่วิ่ง
ไม่ใช่เพราะพิตจัตะอะไรหรอก แต่เพราะกิน ดื่มน้ำมากไปจึงต้องวิ่ง เพื่อไม่ใช่ให้
ลุด แต่เพื่อไม่ให้เพิ่มขึ้นมากๆ เท่านั้น พอทานข้าวเสร็จก็ออกจากเชื่อน มุ่ง
ไปยังกรุงชิง! ตอนแรกก่อนเดินทางมาคราวนี้ผมนึกว่ากรุงชิงอยู่ในเมืองจีน!
แต่พอไปถึงจึงรู้ว่าอดีตเป็นค่ายบัญชาการใหญ่สุดของพรรคคอมมิวนิสต์ใน
ภาคใต้ของไทย! อยู่ใกล้ๆ นครศรีธรรมราช รดวิ่งไปวนมา ทางแคบข้าง
ถนนถูกตัดบ้าง เลยต้องวิ่งอ้อม และก็ถูกโบกให้หยุดหลายครั้งเพราะเป็น
ช่วงสงกรานต์พอดี เราแวะซื้อกับข้าวที่สุราษฎร์ไปทำกินที่กรุงชิง พอผมรู้ว่า
จะผ่านสุราษฎร์ ผมก็โทรมือถือจากรถที่กำลังวิ่งถึงเพื่อนที่อยู่ที่นี่ให้มาพบ
ที่ตลาดพร้อมเสบียง (คือวิสกี้ 2 ขวด! เพราะที่เอาไปซักรจะร่อยหลอ!)กว่าจะ
ถึงกรุงชิงก็ 17.30!

ไปถึงที่พักที่กรุงชิงก็ป่าดึๆ นี่เอง ความจริงคิดไปคิดมากที่บ้านาดู!
ขับรถตั้งแต่เข้าไปถึงที่พักค้า กินข้าว นอน ตื่น กินข้าว ขับรถอีกทั้งวันเพื่อ
ไปนอนในป่า! มีบ้านอยู่ 3-4 หลัง ห้องนอน นอนเป็นดับได้ 3-4 คน เรียง
กันไปเลย ห้องน้ำอยู่ข้างนอก ล้วนเป็นแบบนั่งยองๆ ที่พวกเรากลัวนักกลัว
หนา ไม่ใช่เพราะอะไรแต่แก่แล้ว! นั่งนานๆ ไม่ได้ นั่งแล้วลุกไม่ได้! ที่จับจะไม่
ให้ล้มและเพื่อที่จะจุดให้ลุกก็ไม่มี ไฟก็ไม่มี แต่มีเครื่องปั่นเอง จะนอนเมื่อ
ไหร่ก็ดับเมื่อนั้น ผมทานเหล้าไม่มาก จึงไปนอนก่อนเป็นคนแรกในห้อง แต่
นอนไม่หลับ แผลงเติมไปหมด ร้อนก็ร้อน เปิดหน้าต่างก็กลัวยุงแต่แปลกไม่
มียุง กลัว malaria มาก แต่เขายืนยันว่าไม่มี ผมกลัวมากเพราะซีแพ็คฯ พา
ทุกชนิด จึงพยายามไม่เป็นโรคด้วยการดูแลตัวเอง มีคนเคยบอกว่าถ้าเข้าป่า
กินเหล้าให้มากๆ จะไม่เป็น malaria! (สงสัยว่าพวกซีเมาก็เป็นคนบอก!)

เพราะยังไม่กัด บินมาใกล้ๆ ก็เมาแล้ว กินข้าวกินเหล้ากลางสนาม มีไฟพอสว่าง มีแมลงเต็มไปหมด นิ่งๆ ไปลูกกระเบาดตกลงมาเฉียดหัวไปนิดเดียว เสียงดังลั่น ผมชอบต้นไม้เลยเก็บกระเบามากรุงเทพฯ เอามาเพาะ ป่านนี้ยังไม่ขึ้นเลย แต่เขาบอกว่าขึ้นง่ายมาก ตกลงตรงไหนก็ขึ้นตรงนั้น ผมเปิด bar แต่เช้าแต่จอดก่อนเพื่อน เพื่อนๆ ที่เปิดตอนกลางคืนแข่งหน้าผมไปมากเลย พอตี 2-3 เขาก็ปิดไฟ ตื่นมาตี 4 ก็ปวดบัสสาวะ กลั้นแทบตาย หลับๆ ตื่นๆ เพราะง่วงและเพราะมึดไม่มีไฟ แต่พอเพื่อนในห้องลุกไปเข้าห้องน้ำผมก็ตามไป ก็ไม่รู้ว่าปล่อยไปตรงไหนในห้องน้ำเพราะมองไม่เห็นเลย รู้แต่ว่าตัวเองเปียกไปหมด! ผมนี่ไม่ค่อยฉลาด เพื่อนผมคนที่ 3 ออกมาปล่อยจากที่สูงลงที่ต่ำเลย! อย่างนี้ดีแน่ ตัวเราไม่เปียก!

พอกลับเข้ามานอนแปริบเดียว เพื่อนอีกคนก็มาเคาะประตูเรียก เพราะ 6.00 น. แล้ว นัดกันไว้ว่าจะไปเดิน ไปวิ่ง ไปที่น้ำตก เพราะเมื่อตอนมาถึงเมื่อวานเย็นผมวิ่งไป 30 นาทียังไม่หายมัน จะวิ่งไปน้ำตกเขาบอกว่า 3 กม. มีทางวิ่งซีเมนต์เข้าไปในป่าเป็นทางเล็กๆ ผมวิ่งไปคนเดียว วิ่งไป 100 เมตร ทั้งๆ ที่เป็นเวลา 17.30 น. ยังไม่มีมืดเลย แต่บนทางวิ่งในป่ามืดติดตือเจียบมากด้วย ผมเลยวิ่งถอยหลังออกจากป่ามาวิ่งในที่โล่ง! เสียเหมือนกัน ไม่รู้ว่ากลัวอะไร แต่กลัวก็แล้วกัน! วันรุ่งขึ้นจึงนัดกับเพื่อนจะเดินหรือวิ่งไปน้ำตก ตอนไปก็มีเพื่อนอีกคนมา join รวมเป็น 3 คน ผมก็รอบคอบตามเคย (ไม่ใช่อะไรหรอกกลัวหลงอยู่ในป่า และไม่มีใครรู้) เห็นลูกของเพื่อนเดินอยู่แถวนั้นก็แอบบอกว่าอาหมอกับคุณลุง 2 คนจะไปน้ำตกกะบอกคุณพ่อด้วย (เมื่อหลงหรือโดนเสือคาบไปกินจะได้ไปตามช่วยได้! หรือช่วยเผาก็ยังดี! แต่ถ้าโดนเสือคาบไปกินก็คงสายไปเสียแล้ว)

ทางเดินตอนแรกก็สนุกดีเป็นซีเมนต์ชันมากในป่า เดินๆ ไปซีเมนต์หายกลายเป็นดิน ฉะและป่าทึบมาก เดินแทบตายยังไม่เห็นน้ำตกเลย จะ

กลับก็เสียชีวิต เพราะมาทั้งทีและคงไม่มาอีกแล้ว (จ้างให้มาก็ไม่มา!) และเห็นเขาบอกว่า 3 กม. เลยเดินจนถึง ใช้เวลา 1 ชั่วโมง ความจริงเรากะเดินทางออกจากที่พักกลับ กทม. 8.00 น. เดินไปถึงก็ 7 โมงกว่าแล้ว น้ำตกลสวยมากแต่ทางเดินเสียวมาก เราเดินอยู่บนยอดของน้ำตก ผมก็ไปไกลที่สุดจาก 3 คนที่ไปอยากไปก็อยากไป เสียวก็เสียว เสร็จแล้วก็รีบจ้ำกลับ ฝนตกด้วยยิ่งอันตราย กลัวที่สุด คือ งูจงอาง มีหรือไม่มีไม่รู้ ขอให้กลัวไว้ก่อน รู้แต่ว่าถ้าโดนกัดก็ตายลูกเดียว เพราะเท่าที่ทราบมีคนรอดคนเดียวจากการถูก งูจงอางกัด! คือ เจ้าหน้าที่ที่สถานเสาวภา! ที่รอดตายเพราะอยู่ติดกับ รพ.จุฬา! แต่ขนาดใกล้แค่นั้นก็สลบแล้วตอนหามไป จริงๆ แล้ว ซีซีต่อซีซี งูเห่ามีพิษมากกว่าเยอะ ถ้าเป็นนักมวยก็คงต้องบอกว่างูเห่าเก่งกว่า pound for pound ดีกว่า! แต่นี้ งูจงอางมีพิษหลายซีซีกว่า ถึงแม้มีไม่มากต่อซีซี แต่มีซีซีมากกว่า! เดินไปก็เสียวไป พยายามคิดว่าถ้าจะเอื้อมมาจะทำอย่างไร?... โชคดีที่ไม่เจอ กลับมาถึงบ้านพัก 8 โมงเช้ากว่าแล้ว เพื่อนๆ กำลังนั่งรอคอยด้วยความเป็นห่วง เขาเดินตามไป 100 เมตร ฝนตกก็เลยปอดแหกแล้วไม่กล้าไป! มิน่าจึงเป็นค่ายใหญ่ของพวกคอมมิวนิสต์ เพราะข้าราชการคงเข้าไปไม่ถึง แต่กรมป่าไม้ น่าจะทำให้เป็นสถานที่ท่องเที่ยวที่ดีกว่านี้ ไม่มีข้อมูลอะไรให้ทราบเลย ไม่มี museum เลยเกี่ยวกับค่าย!

กลับมาทานกาแฟหนึ่งถ้วย ข้าวต้ม 1/2 ชาม ก็ไปเข้าห้องน้ำ ขอพูดสั้นๆ ว่าทุลัทธิเลเดิมที่ก็พอแล้ว ตอนเดินไปเกือบทำอย่างเพื่อนคนหนึ่งแล้วที่ทุ่งในป่า! (สงสัยในน้ำตกมากกว่า!) สบายกว่ากันเยอะเลย!

ขากลับก็ไม่มีอะไร ออกจากที่พัก 9.00 น. ทานข้าวกลางวันริมทะเลที่ชัยยา เย็นก็ริมทะเลที่ประจวบ ถึงบ้านเที่ยงคืนกว่า! จะบ้าตาย บ้าแท้ๆ เทียว 3 วันอยู่ในรถทั้ง 3 วัน แต่ก็สนุกมากเพราะไปกับเพื่อนๆ ที่รักกันมาก มีไฟฟ้าภูมิภาค 1 คน พลเอกกองทัพบก 1 คน พันเอกพิเศษ 2

คน ภรรยา 1 คน (ในรถเรา) พูดกันรู้เรื่อง ชอบอะไรคล้ายๆ กัน (ชอบสีเดียวกัน ไม่ใช่เขียวหรือกากี แต่เป็นสีวิสกี้!) เคยเรียนมาด้วยกัน ร่วมทุกข์ร่วมสุขมาด้วยกัน ไปต่างจังหวัดไปต่างประเทศตอนเรียนมาด้วยกันจึงสนุกมาก ถึงแม้เพียงนั่งอยู่ในรถวันละ 12 ชม. ใน 2 วันแรก วันที่ 3 ถึง 15 ชม.!

ผมรู้สึกว่าคุณเองโชคดีมาก โชคดีหลายอย่าง ในกรณีนี้โชคดีที่มีเพื่อนดีๆ หลายก๊วน เช่น เพื่อนสโมสรโรตารีพระโขนง เพื่อน สจว (ที่เรียนสถาบันจิตวิทยาด้วยกัน) เพื่อน วปอ เพื่อนเทนนิส เพื่อนแพทย์ เพื่อนนักกีฬา เพื่อนในกลุ่มวิทยาศาสตร์การกีฬาและเวชศาสตร์การกีฬาฯ แต่ละคนแต่ละกลุ่มไม่เหมือนกัน ดีไปคนละแบบ แต่เที่ยวด้วยกันสนุกทั้งนั้น ที่ผมชอบมากคือเพื่อนคนหนึ่งอยู่ไฟฟ้ามหานคร เวลาเขาไปตรวจงานบางครั้งจะชวนผมไปด้วย ในรถตู้จะมีผู้ใหญ่ไป 3-4 คน และลูกน้องบ้าง พอขึ้นรถเพื่อนผมก็บอก หมอเอาเงินมา 1,000 บาท เขาจะเอาเฉพาะจากผู้ใหญ่ลงชั้นกัน พอไปถึงจังหวัดไหน ผู้จัดการไฟฟ้ามารับพาไปทานข้าว จะเลี้ยงเจ้านาย เพื่อนผมบอกไม่ต้อง คุณพามาก็พอแล้ว ค่าอาหารเราจ่ายเอง ทำแบบนี้ผมไปเที่ยวด้วยก็สบายใจ ลูกน้องก็ชอบเพราะนายไม่รบกวน นายมาลูกน้องก็เบาใจ เพราะลูกน้องเงินเดือนก็น้อยกว่านายอยู่แล้ว ผมโชคดีที่มีเพื่อนที่ดีๆ อย่างนี้หลายคน เนื่องจากมีเพื่อนหลายก๊วน จึงทำให้มีโอกาสไปเที่ยวต่างจังหวัดมากมาย (ในอดีต) เดี่ยวไปกับก๊วนโน้นบ้างก๊วนนี้บ้าง สมาคมศิษย์เก่าแพทย์จุฬาไปวิชาการสัจจรบ่าง สมาคม GI ไปวิชาการสัจจรบ่าง โรตารีบ่าง สจwab่าง วปอบ่าง ก็สนุกดี ทำให้ได้เห็น ได้เรียนรู้ ได้เที่ยวมากมาย ผมเป็นคนที่ชอบสนุกกับงานจึงไม่ค่อยเครียด เวลาไปบรรยายต่างจังหวัดก็ถือว่าได้ไปเที่ยวแล้ว ถ้าเครียดก็จะเกร็ง และทำให้ไม่สนุก ไป lecture โหนกก็จะหัวรอกเท้าวิ่ง ไม้ tennis ไปด้วย เวลาไปต่างจังหวัดจะมีเวลาว่างตอนเช้าหรือเย็น ก็จะหาโอกาสวิ่งหรือตีเทนนิส เพราะอยู่

กทม. ไม่มีเวลาช่วงนี้เพราะรถติด อยู่ต่างจังหวัดจึงเอาเวลาช่วงนี้ไปวิ่ง ทำให้เปลี่ยนบรรยากาศ สดชื่น สมองปลอดโปร่ง และร่างกายแข็งแรง

ความจริงผมมีเรื่องเล่าอีกมาก แต่คงพอก่อนวันนี้ เดี่ยวจะยาวไป ความจริงไปวิชาการสัญจรที่สุราษฎร์ธานีให้สมาคมฯ มีเรื่องเล่ามากมาย แต่เอาไว้คราวหน้า (หน้าไหนยังไม่ทราบ) ตอนนี้อาจจะขอบอกแต่เพียงว่า กลางปีนี้เราจะประชุมกันวันที่ 8-9 สิงหาคม ที่โรงแรมRegent ซะอามีวิทยากรต่างประเทศ 3 ท่านคือ Professor James Freston, Dr. L. Gremlich, Dr. Wei Ming Sun ที่โชคดีมาก ๆ คือ เราได้ Professor Freston ซึ่งเป็นคนเก่งมากมาร่วมบรรยายด้วย ท่านเพิ่งพ้นจากการเป็น President ของสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารของอเมริกา (AGA) ผมจึงขอเชิญชวนพวกเราให้มาร่วมการประชุมกลางปีให้มาก ๆ ส่วนการประชุมประจำปี 2539 ที่จะจัดในเดือนมกราคม 2540 คณะกรรมการได้ตกลงให้มีการจัดการประชุมที่ กทม. เพราะจะเป็นการประชุมใหญ่ มีการเลือกตั้งนายกท่านใหม่ และเพราะไม่ได้จัดที่ กทม. มาเลยในวาระของคณะกรรมการชุดนี้ (ได้จัดไปแล้วที่ ภูเก็ต เชียงราย ซะอ่า) ผมเองอยากไปต่างจังหวัดมากกว่า แต่ก็ยอมรับมติของคณะกรรมการจัดการประชุม และเห็นใจเป็นอย่างยิ่ง เพราะจัดต่างจังหวัดในแต่ละครั้ง ผู้ที่จัดจริงๆ เหนื่อยมาก มีปัญหาร้อยแปด ซ้ำยังถูกต่อว่าอีกด้วย บริษัทยาก็ลำบาก (ลูกน้องชอบนายผมไม่แน่ใจ แต่ไม่มีใครบ่นให้ผมได้ยิน) ฉะนั้นจัดที่ กทม. เสียทีก็ดีเผื่อจะมีแพทย์โดยเฉพาะแพทย์ประจำบ้านไปร่วมประชุมมากมาย แต่ตอนบ่ายๆ หรือเย็นๆ คงมีคนหายไปพอสมควรและคงไม่มีงานกลางคืนที่อบอุ่นเท่ากับจัดที่ต่างจังหวัด แต่ก็ได้อย่างเสียอย่าง เป็นของธรรมดา

พบกันที่ชะอำ Regent ครับ เอาไม้ tennis อุปกรณ์สำหรับวิ่ง ว่ายน้ำ เดินแอโรบิกไปด้วยครับ วันที่ 7 สิงหาคม เราจะจัดอบรมอาจารย์ และ ผู้ที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการวัดผลสอบและการออกข้อสอบที่ดี เพื่อที่จะทำให้ standard ของอาจารย์ดีขึ้น ในการออกข้อสอบต่างๆ ที่เหมาะสมที่ดี ในการให้คะแนนที่ยุติธรรมและคล้ายคลึงกัน และหวังจะทำให้การสอบดียิ่งขึ้น ยุติธรรมมากขึ้น และ standard ของ medicine ของประเทศไทยดีขึ้น

ด้วยความรักและผูกพัน

รศ.นพ.พินิจ กุลลาวณิชย์

นายกสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย
รายงานการประชุมคณะกรรมการอำนวยการฯ (2538-2539)
ครั้งที่ 2/2539 ณ โรงแรมโซลทวินทาวเวอร์
วันศุกร์ที่ 19 เมษายน 2539 เวลา 10.00-12.00 น.

รายนามผู้เข้าร่วมประชุม

1. นายแพทย์พิณิจ	กุลละวณิชย์	นายกสมาคมฯ
2. นายแพทย์อุดม	คชินทร	เลขาธิการ
3. นายแพทย์ประวิทย์	เลิศวีระศิริกุล	เหรัญญิก
4. พ.อ.นพ.สุรพล	ชินรัตน์กุล	ปฏิคม
5. แพทย์หญิงโรชา	มหาชัย	ประธานฝ่ายวิชาการ
6. นายแพทย์สิน	อนุราษฎร์	ประธานฝ่ายวารสาร
7. นายแพทย์สถาพร	มานัสสถิตย์	ประธานฝ่ายการศึกษา หลังปริญญา
8. นายแพทย์พงษ์พีระ	สุวรรณกุล	กรรมการกลาง
9. นายแพทย์วีกิจ	วีรานูวัตดี	กรรมการกลาง
10. แพทย์หญิงวีณา	วงศ์พานิช	กรรมการกลาง
11. นายแพทย์สวัสดิ์	หิตะนันท์	กรรมการกลาง
12. พล.อ.ต.นพ.สุจินต์	จารุจินดา	ที่ปรึกษา

รายนามผู้ไม่สามารถเข้าร่วมประชุมได้

1. แพทย์หญิงกรรณิการ์	พรพัฒน์กุล	อุบลนายน
2. นายแพทย์นุสนธิ์	กัตต์เจริญ	ประธานฝ่ายวิเทศ สัมพันธ์
3. นายแพทย์พิศาล	ไม้เรียง	ประธานฝ่ายวิจัย
4. นายแพทย์เติมชัย	ไชยнуวัตติ	ประธานฝ่ายโรคตับ
5. นายแพทย์ไพโรจน์	เหลื่องโรจนกุล	ประธานฝ่ายเอนโดสโคปีย์
6. นายแพทย์กำธร	เผ่าสวัสดิ์	กรรมการกลาง
7. แพทย์หญิงเกษร	วัชรพงษ์	กรรมการกลาง
8. นายแพทย์ชาญวิทย์	ตันดีพิพัฒน์	กรรมการกลาง
9. แพทย์หญิงชุตินา	ประมูลสินทรัพย์	กรรมการกลาง
10. นายแพทย์ทองดี	ชัยพานิช	กรรมการกลาง
11. นายแพทย์บัญชา	โอวาทพารพร	กรรมการกลาง
12. น.อ.นพ.ไพฑูรย์	จ้วงพานิช	กรรมการกลาง
13. นายแพทย์มานิต	ลีโทชวลิต	กรรมการกลาง
14. พ.ต.อ.นพ.วรพันธุ์	เสาวรส	กรรมการกลาง
15. แพทย์หญิงวีณา	วงศ์พานิช	กรรมการกลาง
16. นายแพทย์สวัสดิ์	พองวัฒนานนท์	กรรมการกลาง
17. พ.ท.นพ.อนุชิต	จู่ทะพุทธิ	กรรมการกลาง
18. นายแพทย์จินดา	สุวรรณรักษ์	ที่ปรึกษา
19. พล.ต.นพ.วิชัย	ชัยประภา	ที่ปรึกษา
20. นายแพทย์สมหมาย	วิไลรัตน์	ที่ปรึกษา
21. นายแพทย์สัจพันธ์	อิศรเสนา	ที่ปรึกษา
22. นายแพทย์สุชา	คุระทอง	ที่ปรึกษา

เปิดประชุม เวลา 10.30 น. นายแพทย์พินิจ กุลละวณิชย์

เป็นประธาน ในการประชุม

วาระที่ 1 เรื่องที่ประธานแจ้งให้ทราบ

1. รายงานคณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯ ที่แจ้งลาประชุม

1.1 นายแพทย์เดิมชัย ไชยนิวัดิ

1.2 นายแพทย์ทองดี ชัยพานิช

1.3 นายแพทย์สังพันธ์ อิศรเสนา

1.4 นายแพทย์นุสนธิ์ กลัดเจริญ

1.5 นายแพทย์พิศาล ไม้เรียง

2. ได้ติดต่อบางบริษัทเพื่อสponsoredหนังสือ Journal of Gastroenterology and Hepatology ซึ่งในปีี้ราคาเพิ่มขึ้นมาก วิธีการแจกอาจจะให้แต่ละสถาบัน หรือแต่ละหน่วย

3. ได้เดินทางไปร่วมบรรยายวิชาการ ในการประชุมของแพทย์เวียดนามที่โฮจิมินห์พร้อมกับนายแพทย์สิน อนุราษฎร์

4. ด้านวิชาการสัญจร ได้ไปบรรยายที่โรงพยาบาลจังหวัดนครสวรรค์ พร้อมกับนายแพทย์สิน อนุราษฎร์ และนายแพทย์สุรพล ชื่นรัตนกุล โดยมีบริษัท Takeda เป็นสponsored

วาระที่ 2 รับรองรายงานการประชุม

ที่ประชุมมีมติแก้ไขรายงานการประชุมครั้งที่ 1/2539

หน้า 1 แก่จาก พล.อ.ต.นพ.สุจินต์ จารุจินดา กรรมการกลาง แก่เป็น ที่ปรึกษา

หน้า 2 แก่จาก พล.อ.ต.นพ.วิชัย ชัยประภา กรรมการกลาง แก่เป็น ที่ปรึกษา

นายแพทย์สมหมาย วิไลรัตน์ กรรมการกลาง แก่เป็น ที่ปรึกษา
นายแพทย์สุชา คุระทอง กรรมการกลาง แก่เป็น ที่ปรึกษา
หน้า 3 แก่จาก จะจ่ายให้ไม่เกิน 50% แก่เป็น จะไม่จ่าย no show
ในวันสุดท้าย โดยให้ต่อรองกับทาง โรงแรมใหม่
หลังจากแก้ไขแล้ว ที่ประชุมมีมติรับรองรายงานการประชุม

วาระที่ 3 เรื่องสืบเนื่อง

1. นายแพทย์พินิจ กุลละวณิชย์ แจ้งว่า

1.1 นายแพทย์เติมชัย ไชยนุวัติ กำลังดำเนินการเรื่องค่า
ตอบแทนของแพทย์ที่ได้ Sub-specialty board อย่างเร่งด่วน

1.2 สถานที่ในการจัดประชุมวิชาการกลางปี 2539 คือที่
รีเจนท์ ซะอ่ำ จังหวัดเพชรบุรี และก่อนการประชุม 1 วัน ในวันพุธที่ 7
สิงหาคม 2539 จะจัดให้มีการสัมมนาในเรื่องการออกข้อสอบที่ดีและมีความ
ยุติธรรมสำหรับอาจารย์ในทุกสถาบันที่มีการฝึกอบรม GI Fellow

2. แพทย์หญิงวโรชา มหาชัย ประธานฝ่ายวิชาการ ได้แจ้งให้ทราบ
เกี่ยวกับโปรแกรมในการประชุมวิชาการกลางปี 2539(เอกสารประกอบการ
ประชุมหมายเลข 1)

3. นายแพทย์ประวิทย์ เลิศวีระศิริกุล เหมัญญิก แจ้งให้ที่ประชุม
ทราบดังนี้

3.1 การจองสถานที่ของสมาคมฯ ในส่วนแรกได้จ่ายเงินไป
แล้ว 30% คือ 684,000 บาท และยังมีเหลืออีก 20% คือ 456,000 บาท ซึ่ง
ในส่วนนี้ขอมติจากที่ประชุมจะจ่ายหรือไม่

ที่ประชุมมีมติอนุมัติให้จ่าย

3.2 ขอเสนอให้มีการกำหนดหลักเกณฑ์ในการใช้จ่ายเงินของสมาคมฯ ซึ่งในขณะนี้ มีประมาณเกือบ 24 ล้านบาท

ที่ประชุมมีมติให้เหรียญฎีกาไปร่างหลักเกณฑ์ดังกล่าว และนำมาเสนอในการประชุมครั้งต่อไป

4. นายแพทย์สุรพล ชื่นรัตนกุล ได้แจ้งให้ที่ประชุมดังนี้

4.1 การเรียกเก็บเงินค่าห้องจากโรงแรมริมกก ในส่วนของวันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2539 อีก 51 ห้อง ซึ่งทางโรงแรมยินดีที่จะลดให้ 50% คือ 17,500 บาท จากเดิม 38,500 บาท จึงขอความเห็นจากที่ประชุมจะจ่ายหรือไม่

ที่ประชุมมีมติให้จ่าย

4.2 ในการประชุมวิชาการกลางปี 2539 จะใช้ห้องพักประมาณ 200 ห้อง สำหรับค่าลงทะเบียน ขอความเห็นที่ประชุมว่าจะรวมเลี้ยงอาหารเย็นด้วยหรือไม่

ที่ประชุมมีมติไม่มีเลี้ยงอาหารเย็น

5. นายแพทย์สถาพร มานัสสถิตย์ ประธานผ่านการศึกษาหลังปริญญา ได้แจ้งให้ทราบเกี่ยวกับ

5.1 การจัดสัมมนาเรื่องการออกข้อสอบที่มีคุณภาพและยุติธรรม ในวันที่ 7 สิงหาคม 2539 ที่ริเจนท์ เซอ้า โดยจะขอใช้ห้องพักสำหรับผู้เข้าร่วมสัมมนาประมาณ 30 ห้อง

5.2 จะจัดให้มีการสอบ GI Fellow ในวันที่ 24 และวันที่ 27 มิถุนายน 2539 ขณะนี้มีปัญหาเรื่องข้อสอบ ขอให้กรรมการกำหนดวันที่จะเลือกข้อสอบ ซึ่งเป็นข้อสอบเก่าที่แก้ไขแล้วประมาณ 170-180 ข้อ

ที่ประชุมมีมติให้มีการเลือกข้อสอบในวันที่ 30 พฤษภาคม

6. นายแพทย์อุดม คชินทร ได้แถลงแทนนายแพทย์พิศาล ไม้เรียง ประธานฝ่ายวิจัย ดังนี้

6.1 จะมีการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง Introduction to clinical research ในวันที่ 22-23 สิงหาคม 2539 ณ โรงแรมเอเชีย, กรุงเทพฯ โดยได้รับการสนับสนุนจากบริษัท Roche Thailand จำกัด ผู้สนใจเข้าร่วมประชุมสงจดหมายได้ที่ นพ.พิศาล ไม้เรียง ภาควิชาอายุรศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และขอความสนับสนุนจากสมาคมฯ เพื่อจัดทำโลโก้ ให้แก่วิทยากร 4 ท่าน โลโก้ละ 700 บาท

6.2 การตรวจสอบ Proposal ของ GI Fellow ที่จะสอบในเดือนมิถุนายน 2539 ฝ่ายวิจัยได้พิจารณาแล้วและส่งข้อเสนอแนะแก้ไข proposal กลับไปยังเจ้าของเรื่องเรียบร้อยแล้ว

6.3 commision research ที่สมาคมฯ อนุมัติให้ใช้เงินเพื่อการวิจัยได้นั้น ยังไม่มีผู้ใดขอรับทุนวิจัย จึงขอฝากประชาสัมพันธ์ให้สมาชิกทราบอีกครั้ง

วาระที่ 4 รายงานความคืบหน้าการดำเนินงานของฝ่ายต่าง ๆ

1. นายแพทย์สิน อนุราษฎร์ ประธานฝ่ายวารสาร ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบเกี่ยวกับหนังสือ The Thai Journal of Gastroenterology เล่ม 2 กำลังจะพิมพ์เสร็จภายใน 2-3 สัปดาห์ข้างหน้า และขอให้ช่วยส่งเรื่องเพื่อจะลงตีพิมพ์เล่มต่อไปด้วย

2. นายแพทย์อุดม คชินทร แจ้งการเลือกสถานที่สำหรับการประชุมวิชาการประจำปี 2539 ยังพิจารณาไม่เสร็จ มีสถานที่ที่ได้รับการเสนอชื่อมา คือ ระยอง, หนองคาย, พิษณุโลก, และกรุงเทพฯ

ที่ประชุมมีมติให้คณะกรรมการจัดการประชุมวิชาการประจำปี 2539 เป็นผู้พิจารณาเลือกสถานที่

วาระที่ 5 เรื่องอื่นๆ

1. นายแพทย์วิกิจ วีรานุกัตติ ประธาน APAGE ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบเกี่ยวกับการเรียกเก็บเงินค่าบำรุงของ OMED ซึ่งแต่เดิมเก็บ 200 US\$ เป็น 1,000 US\$ จึงขอมติจากที่ประชุมจะจ่ายในส่วนนี้หรือไม่
ที่ประชุมมีมติอนุมัติจ่าย

2. นายแพทย์อุดม คชินทร แจ้งว่ามีผู้สมัครสมาชิกใหม่ 1 ท่าน คือนายแพทย์ราวิน โชนี ซึ่งฝ่ายเลขานุการได้ตรวจสอบแล้วมีคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบข้อบังคับของสมาคมฯ
ที่ประชุมมีมติรับรองสมาชิกใหม่

ปิดประชุมเวลา 12.10 น.
นายแพทย์อุดม คชินทร
บันทึกการประชุม

สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย
 รายงานการประชุมคณะกรรมการอำนวยการฯ (2538-2539)
 ครั้งที่ 3/2539 ณ โรงแรมโซลทวินทาวเวอร์ กรุงเทพฯ
 วันศุกร์ที่ 10 พฤษภาคม 2539 เวลา 10.00-12.00 น.

รายนามผู้เข้าร่วมประชุม

1. นายแพทย์พินิจ	กุลละวณิชย์	นายกสมาคมฯ
2. นายแพทย์อุดม	คชินทร	เลขาธิการ
3. นายแพทย์ประวิทย์	เลิศวีระศิริกุล	เหรัญญิก
4. พ.อ.นพ.สุรพล	ชินรัตน์กุล	ปฏิคม
5. แพทย์หญิงวโรชา	มหาชัย	ประธานฝ่ายวิชาการ
6. นายแพทย์เต็มชัย	ไชยนิติ	ประธานฝ่ายโรคตับ
7. นายแพทย์ไพโรจน์	เหลือองโรจนกุล	ประธานฝ่ายเอ็นโดสโคปีย์
8. นายแพทย์สิน	อนุราษฎร์	ประธานฝ่ายวารสาร
9. นายแพทย์สถาพร	มานัสสถิตย์	ประธานการศึกษาหลัง ปริญญา
10. แพทย์หญิงชุดิมา	ประมุขสินทรัพย์	กรรมการกลาง
11. นายแพทย์มานิต	ลีโทชวลิต	กรรมการกลาง
12. นายแพทย์วีภิจ	วีรานวัตต์	กรรมการกลาง
13. พ.ท.นพ.อนุชิต	จุกะพุทธิ	กรรมการกลาง
14. พล.อ.ต.นพ.สุจินต์	จารุจินดา	ที่ปรึกษา

รายนามผู้ไม่สามารถเข้าร่วมประชุมได้

1. แพทย์หญิงกรรณิการ์	พรพัฒน์กุล	อุปนายก
2. นายแพทย์นุสนธิ์	กัตต์เจริญ	ประธานฝ่ายวิเทศ สัมพันธ์
3. นายแพทย์พิศาล	ไม้เรียง	ประธานฝ่ายวิจัย
4. นายแพทย์กำธร	เผ่าสวัสดิ์	กรรมการกลาง
5. แพทย์หญิงเกษร	วัชรพงศ์	กรรมการกลาง
6. นายแพทย์ชาญวิทย์	ตันติพิพัฒน์	กรรมการกลาง
7. นายแพทย์ทองดี	ชัยพานิช	กรรมการกลาง
8. นายแพทย์บัญชา	โอวาทพารพร	กรรมการกลาง
9. นายแพทย์พงษ์พีระ	สุวรรณกุล	กรรมการกลาง
10. น.อ.นพ.ไพฑูรย์	จ้วงพานิช	กรรมการกลาง
11. พ.ต.อ.นพ.วรพันธุ์	เสาวรส	กรรมการกลาง
12. แพทย์หญิงวิภา	วงศ์พานิช	กรรมการกลาง
13. นายแพทย์สวัสดิ์	พงษ์วัฒนานนท์	กรรมการกลาง
14. นายแพทย์สวัสดิ์	หิตะนันท์	กรรมการกลาง
15. นายแพทย์จินดา	สุวรรณรักษ์	ที่ปรึกษา
16. พล.ต.นพ.วิชัย	ชัยประภา	ที่ปรึกษา
17. นายแพทย์สมหมาย	วิไลรัตน์	ที่ปรึกษา
18. นายแพทย์สัจพันธ์	อิศรเสนา	ที่ปรึกษา
19. นายแพทย์สุชา	คุระทอง	ที่ปรึกษา

เปิดประชุม

เวลา 10.45 น. นายแพทย์พินิจ กุลละวณิชย์
เป็นประธานในการประชุม

วาระที่ 1 เรื่องที่ประธานแจ้งให้ทราบ

1. ราชานามคณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯที่แจ้งลาประชุม

- 1.1 แพทย์หญิงวีณา วงศ์พานิช
- 1.2 นายแพทย์นุสนธิ์ กลัดเจริญ
- 1.3 พล.ต.นพ.วิชัย ชัยประภา

2. ได้รับคำตอบจากญี่ปุ่นในเรื่อง Young Investigators Award ของ APAGE ที่ Yokohama จำนวน 2 ท่าน คือนายแพทย์สมชาย ลีลากุลสลวงค์ จากโรงพยาบาลศิริราช และ นายแพทย์ปิยะวัฒน์ โภกลมิมิษฐ์ จากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ซึ่งทั้งสองจะได้รับเงิน 100,000 เยน และค่าลงทะเบียนฟรี

3. ได้รับจดหมายจาก International Journal of Gastroenterology (IJG) เพื่อเชิญเป็น International Advisory Board

วาระที่ 2 รับรองรายงานการประชุม

ที่ประชุมมีมติแก้ไขรายงานการประชุมครั้งที่ 2/2539

หน้า 1 ราชานามผู้เข้าร่วมประชุม แก่จาก นายแพทย์สุจินต์ จารุจินดา เป็น พล.อ.ต.นพ.สุจินต์ จารุจินดา

ราชานามผู้ไม่สามารถเข้าร่วมประชุมได้ ตัดราชานาม แพทย์หญิงวีณา วงศ์พานิช ออก

หน้า 3 ข้อ 3.1 แก่จาก "ซึ่งในส่วนนี้ขอมติจากที่ประชุมจะจ่ายหรือไม่" แก่เป็น "จึงแจ้งให้ที่ประชุมรับทราบ"

แก่จาก "ที่ประชุมมีมติอนุมัติให้จ่าย" แก่เป็น "ที่ประชุมรับทราบ"

ข้อ 3.2 แก่จาก "ขอเสนอให้มีการกำหนดหลักเกณฑ์ในการใช้จ่ายเงินของสมาคมฯ" แก่เป็น "ขณะนี้สมาคมฯมีเงินประมาณ 24 ล้าน 5 แสน

บาท ขอเสนอให้มีการกำหนดนโยบายในการนำเงินของสมาคมฯไปใช้ให้เป็นประโยชน์สูงสุด"

หลังจากแก้ไขแล้ว ที่ประชุมมีมติรับรองรายงานการประชุม
วาระที่ 3 เรื่องสืบเนื่อง

3.1 นายแพทย์พิณิจ กุลละวณิชย์ นายกสมาคมฯแจ้งให้ที่ประชุมทราบมีบางบริษัทต้องการสпонเซอร์หนังสือ Journal of Gastroenterology and Hepatology จำนวน 70 เล่ม ซึ่งในปีนี้ ขึ้นราคาจาก 75 US\$ เป็น 135 US\$ ซึ่งในส่วนนี้ จะขอให้สมาคมฯช่วยเงินสำรองไปก่อน และแต่ละบริษัทจะนำเงินมาจ่ายคืนภายหลัง

3.2 นายแพทย์ประวิทย์ เลิศวีระศิริกุล เภรณญิก แจ้งให้ที่ประชุมทราบเกี่ยวกับการเงินของสมาคมฯ ซึ่งขณะนี้มียอยู่ 24 ล้าน 5 แสนบาท เงินจำนวนดังกล่าวนี้ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ส่วนแรกฝากที่เงินทุนหลักทรัพย์ทั้งหมด 18 ล้าน 3 แสนบาท ส่วนที่สองฝากที่เงินทุนหลักทรัพย์ไทยพาณิชย์ทวีทรัพย์จำนวน 5 ล้าน รวมเป็น 23 ล้าน 3 แสนบาท และส่วนที่สามฝากในบัญชีออมทรัพย์ 1 ล้าน 2 แสนบาท รวมมีเงิน 24 ล้าน 5 แสนบาท ในการฝากเงินที่ทรัสต์ โดยมติที่ประชุมอนุมัติให้ฝากที่เงินทุนหลักทรัพย์ที่เชื่อถือได้ เริ่มต้นฝากที่ไทยธนากร ได้ดอกเบี้ย 13-13.5% หลังจากนั้นดอกเบี้ยลดลงเรื่อยๆ และนำฝากแห่งที่ 2 คือธนากร ได้อัตราดอกเบี้ยค่อนข้างดี ฝากได้ระยะหนึ่งพอครบ due ฝากต่อ อัตราดอกเบี้ยลดลงเรื่อยๆ จึงเปลี่ยนมาฝากแห่งที่ 3คือไทยรุ่งเรืองทรัสต์ โดยล่าสุดได้ดอกเบี้ย 12.5% นับว่าดีที่สุด และได้โอนเงินจากไทยธนากรจำนวน 5 ล้านมาฝากที่ไทยรุ่งเรืองทรัสต์ ขณะนี้มีเงินฝากที่ไทยรุ่งเรืองทรัสต์ 15 ล้านบาท อยู่ที่ไทยธนากร 1 ล้าน 5 แสนบาท และธนากร 1 ล้าน 8 แสนบาท จึงเรียนให้ที่ประชุมทราบ ขณะนี้การเลือกฝากอยู่ที่อัตราดอกเบี้ย สำหรับกองทุน 5 ล้าน คิดว่า

เป็นมรดกให้กับสมาคมฯ โดยเก็บไว้ตลอดบันผลครั้งแรกได้ 4 แสน 5 หมื่น บาท ในปีนี้ยังไม่ได้รับเงินปันผล เงินที่อยู่ออมทรัพย์ขณะนี้ 1 ล้าน 2 แสน บาท ซึ่งจะต้องเก็บไว้เป็นค่าใช้จ่ายต่าง ๆ เช่นค่าสถานที่ตั้งถาวรของสมาคมฯ

วาระที่ 4 รายงานความคืบหน้าของฝ่ายต่างๆ

1. นายแพทย์สถาวร มานัสสถิตย์ ประธานฝ่ายการศึกษาหลังปริญญา ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

1.1 จะมีการสัมมนาการออกข้อสอบในวันที่ 7 สิงหาคม 2539 ณ โรงแรมริเจนท์ เซอ่า จังหวัด เพชรบุรี และได้ขอสำรองห้องพัก สำหรับผู้เข้าร่วมสัมมนาในครั้งนี้จำนวน 30 ห้อง

1.2 ขณะนี้กำลังจัดทำเหรียญวิกิจ ซึ่งจะต้องเสียค่าทำบล็อก 15,000 บาท จึงขอเรียนให้ที่ประชุมรับทราบ

ที่ประชุมรับทราบ

2. แพทย์หญิงวิโรชา มหาชัย ประธานฝ่ายวิชาการ แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

2.1 การจัดประชุมเกี่ยวกับโรคตับ ซึ่งครั้งแรกจะจัดในการประชุมประจำปี 2539 จึงขอเลื่อนมาจัดเดือนกันยายน 2540 ซึ่งรายละเอียด จะแจ้งให้ที่ประชุมทราบภายหลัง

2.2 การประชุมวิชาการประจำปี 2539 จะจัดระหว่างวันที่ 29-31 มกราคม 2540 ในเรื่องของสถานที่นั้น คณะกรรมการดำเนินงาน จัดการประชุมวิชาการประจำปี 2539 มีมติให้จัดที่กรุงเทพฯ ส่วนสถานที่ใด อยู่ระหว่างการดำเนินการพิจารณา

3. นายแพทย์ไพโรจน์ เหลืองโรจนกุล ประธานฝ่ายเอ็นโดสโคปี ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบเกี่ยวกับการจัดงาน Live Demonstration ซึ่งจะจัดที่

โรงพยาบาลศิริราช ระหว่างวันที่ 11-13 มิถุนายน 2539 จึงขอเรียนเชิญ คณะกรรมการทุกท่านเข้าร่วมประชุมในครั้งนี้ด้วย

4. นายแพทย์สิน อนุราษฎร์ แจ้งให้ที่ประชุมทราบในการจัดทำ หนังสือ The Thai Journal of Gastroenterology สำหรับเล่มที่ 3 ซึ่งยังขาดบทความอีกมาก จึงขอให้ช่วยส่งด้วย

วาระที่ 5 เรื่องอื่นๆ

1. นายแพทย์วิกิจ วีรานวัตต์ ประธาน APAGE ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบจะเดินทางไปประชุม OMGE, San Francisco, USA พร้อมกับนายแพทย์เต็มชัย ไชยญาติ เลขานุการ APAGE ระหว่างวันที่ 16-23 พฤษภาคม 2539 โดยใช้งบประมาณในส่วนของ APAGE

2. นายแพทย์อุดม คชินทร เลขานุการ แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

2.1 ประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯ ครั้งต่อไปในวันที่ 21 มิถุนายน 2539 และประชุม วิชาการ Interhospital GI Conference ในวันที่ 19 กรกฎาคม 2539 และขอ case ในการประชุมด้วย

2.2 มีผู้สมัครสมาชิกใหม่ 2 ท่านคือ นายแพทย์รณไตร เรืองวีรยุทธ และ แพทย์หญิงมณฑิลา หมีนรักษ์ ซึ่งทางฝ่ายเลขานุการได้ตรวจสอบแล้วมีคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบข้อบังคับของสมาคมฯ

ที่ประชุมมีมติรับรองสมาชิกใหม่

ปิดประชุมเวลา 12.10 น.

นายแพทย์อุดม คชินทร

บันทึกการประชุม

Interhospital GI Conference
วันศุกร์ที่ 10 พฤษภาคม 2539

นายแพทย์วิชัย วิริยะอุตสาหกุล
แพทย์หญิงวโรชา มหาชัย

ผู้ป่วยรายที่ 1 ผู้ป่วยชายไทยคู่ อายุ 46 ปี
อาชีพรับจ้าง ภูมิลำเนากรุงเทพฯ

CC ท้องเสีย ปวดท้อง มาประมาณ 1 ปี

PI 1 ปีก่อนมารพ. มีอาการท้องเสียเรื้อรัง ถ่ายเป็นน้ำวันละ 3-4 ครั้ง ไม่มีมูกเลือด ถ่ายครั้งละมากพอควร กินอาหารไปประมาณครึ่งชั่วโมงจะเริ่มมีอาการปวดมวนในท้องและถ่ายเป็นน้ำ เบื่ออาหาร ไม่มีอาการปวดเบ่ง ไม่มีไข้ ไปรักษา clinic หลายแห่งอาการดีขึ้นเล็กน้อย แล้วก็กลับเป็นอีก

3 เดือนก่อนมารพ. อาการเป็นมากขึ้น ปวดมวนๆในท้องทั่วไป เป็นพักๆ ถ่ายอุจจาระแล้วจะดีขึ้น สักครู่ก็จะปวดอีก ยังมีถ่ายเป็นน้ำวันละ 5-6 ครั้ง น้ำหนักลดลง 13 กก. ใน 3 เดือน มีอาเจียนบางครั้ง ไม่มีไข้ ไปตรวจที่รพ. แพทย์ได้ให้กลืนและสวนแป้งพร้อมกับ X-RAY และให้ยามากินก็ไม่ดีขึ้น

1/2 เดือนก่อนมารพ. มีอาการปวดท้องน้อยด้านขวามาก ไม่มีไข้ มาตรวจที่ศัลยกรรมได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น acute appendicitis ผ่าตัดพบว่า mild inflammation ของ appendix และได้รับการทำ appendectomy หลังผ่าตัดก็ยังมีอาการปวดท้องอยู่เหมือนเดิม มีอาการท้องเสียเหมือนเดิม

PH แข็งแรงดีมาตลอด ปฏิเสธโรคประจำตัวใดๆ ไม่ได้ใช้ยาใดเป็นประจำ
ปฏิเสธปัจจัยเสี่ยงต่อ HIV infection ไม่ดื่มเหล้า ไม่สูบบุหรี่

PE A middle age Thai male, cachectic, chronically ill,
mild pale, no icterus, no edema, no lymphadenopathy
BT 36 °C, HR 80 /min, RR 20 /min, BP 130/90 mmHg

HEENT : normal pharynx, no thrush, no oral hairy leukoplakia

Heart : normal heart sound, no murmur

Lungs : normal breath sound, no adventitious sound

Abdomen : soft, not distended, not tender,
no hepatosplenomegaly, normal bowel sound

Extremities : clubbing of fingers in all extremities

Labs

CBC : Hb 8.1 gm%, Hct 27%, WBC 7000 /mm³,
PMN 59%, L 39%, E 2%, Plt 660000 /mm³, MCV 81

Stool exam : brown loose stool, WBC 0-2 /HPF,
RBC 0/HPF, no parasite, occult blood negative

Stool culture : mixed normal flora

UA : sp.gr. 1.025, pH 5, protein trace, sugar negative,
ketone negative, WBC 0-2 /HPF, RBC 0-1 /HPF

BUN 8 mg%, Cr 0.3 mg%, Na 139 mEq/L, K 4.3 mEq/L,
Cl 110 mEq/L, CO₂ 26 mEq/L

Albumin 2.4 gm/dl, Globulin 2.6 gm/dl, SGOT 23 U/L,
SGPT 31 U/L, AP 73 U/L, PT 14 sec (control 14.2 sec)

Chest X-Ray : normal

- สรุปปัญหาในผู้ป่วยรายนี้คือ
1. Chronic abdominal pain and diarrhea
 2. Clubbing of fingers

Further Investigations

- Stool exam : negative x 7 times
- Gastroscope : normal study
- Colonoscopy : normal mucosa up to caecum
- U/S abdomen : multiple gall stones, active bowel movement at right mid abdomen
- UGI study and small bowel follow through : long segment of nondistensible distal ileum with loss of normal mucosal folds seen, numerous shallow spiculations favor mucosal ulcerative lesions

Progression

ปัญหาเรื่อง clubbing of fingers ในผู้ป่วยรายนี้ผู้ป่วยให้ประวัติว่าเป็นมาหลายสิบปีตั้งแต่เด็กๆ ดังนั้นไม่น่าจะเกี่ยวข้องกับโรคที่เป็นครั้งนี้ ส่วนปัญหาเรื่อง chronic diarrhea และ abdominal pain นั้น จากลักษณะของ stool แสดงว่า pathology น่าจะอยู่ใน small bowel หรือ right half colon มากกว่า จากการตรวจพบ lesion ที่ distal ileum ทำให้คิดถึง TB, lymphoma และ regional ileitis หรือ Crohn's disease มากที่สุด เนื่องจากผู้ป่วยยังไม่ต้องการรับการผ่าตัดจึงลองให้การรักษาแบบ TB ด้วยยา Isoniazid, Ethambutol, Rifampicin และ Pirazinamide ผู้ป่วยได้ยาอยู่ประมาณ 1 เดือนอาการก็ยังไม่ดีขึ้น มีอาการปวดท้องด้านขวามากขึ้น

อีกจึงตัดสินใจทำการผ่าตัด จากการผ่าตัดพบว่ามี stricture และ intramural mucosal thickening ของ ileum ยาวประมาณ 1 ฟุตครึ่งตั้งแต่บริเวณที่ห่างจาก ileocaecal valve ประมาณ 1 ฟุต ได้ทำ resection ของส่วนนั้นออก และทำ end to end anastomosis หลังผ่าตัดผู้ป่วยหายจากอาการปวดท้องและท้องเสีย กินข้าวได้ น้ำหนักขึ้นดี

Pathological findings Diffuse infiltration of mucosa with profound acute and chronic inflammatory cells with focal minute ulcerations in which there is implantation of parasitic larvae suggestive of strongyloid species. The inflammatory process involves both surgical margins. Eosinophilic infiltration is prominent.

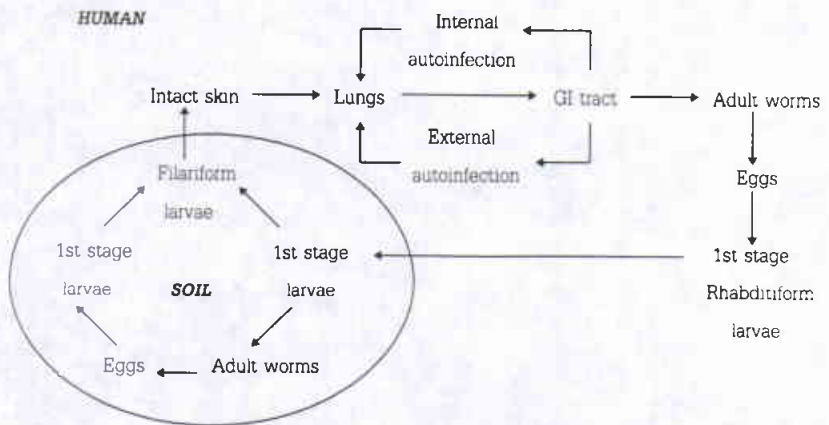
Strongyloidiasis

นพ. วิชัย วิริยะอุตสาหกรรม

Strongyloides stercoralis เป็นพยาธิ round worm หรือ nematode ถูกพบครั้งแรกตั้งแต่ปีค.ศ. 1876 โดยแพทย์ชาวฝรั่งเศสชื่อ Louis Normand โดยพบ larvae ในอุจจาระของทหารที่กลับมาจากสงครามอินโดจีนแล้วมีอาการท้องเสียรุนแรง¹ เป็นพยาธิที่มีการติดเชื้อในคนเท่านั้นและมี endemic areas อยู่ในกลุ่มประเทศ tropical และ subtropical ซึ่งรวมถึงประเทศไทยด้วย อาการและอาการแสดงของพยาธิตัวนี้มีได้หลากหลายตั้งแต่ไม่มีอาการหรือปวดท้อง ท้องเสียเล็กน้อย ไปจนถึงมีอาการติดเชื้อรุนแรงจนเสียชีวิตเนื่องจากมีวงจรชีวิตที่ซับซ้อนและมีภาวะ autoinfection ด้วย

Life Cycle

ภาพที่ 1 Life cycle of *Strongyloides stercoralis*



พยาธิ *S. stercoralis* ในระยะ third stage หรือ filariform larvae ที่อยู่ตามพื้นดินจะมีความสามารถในการไชเข้าสู่ผิวหนังคนได้แม้ว่าจะไม่มีบาดแผล และมักไชเข้าทางเท้า เมื่อเข้าสู่ร่างกายแล้วจะไปสู่ออดโดยยังไม่ทราบแน่ชัดว่าไปตามกระแสเลือดหรือน้ำเหลือง ที่ปอด filariform larvae จะไชทะลุ alveolar membrane และเดินทางตาม bronchial tree ขึ้นมาที่ pharynx และเข้าสู่ระบบทางเดินอาหารโดยการกลืน เมื่อเข้าสู่ลำไส้เล็กส่วน duodenum หรือ jejunum พยาธิจะเจริญเป็น adult worms และผสมพันธุ์ หลังจากนั้นตัวผู้จะออกมาในอุจจาระ ส่วนตัวเมียจะอาศัยอยู่ในลำไส้เล็กส่วน duodenum และ jejunum ต่อไป และออกไข่ซึ่งจะเจริญเป็น first stage หรือ rhabditiform larvae ตัว larvae นี้พวกหนึ่งจะออกมาในอุจจาระและเจริญเติบโตในดินเป็นอีกวงจรชีวิตหนึ่ง ส่วนอีกพวกหนึ่งจะมี วงจรแบบ autoinfection โดยการเจริญเป็น filariform larvae ภายในลำไส้แล้วไชผ่าน mucosa ของลำไส้กลับไปสู่ออดเรียกว่า internal autoinfection หรือเจริญเป็น filariform larvae บริเวณ perianal region แล้วไชผ่านผิวหนังเข้าไปที่ปอดอีก เรียกว่า external autoinfection พวก rhabditiform larvae ที่อยู่ในดินก็จะลอกคราบ 3 ครั้งเป็น filariform larvae แล้วไชเข้าคน หรือ 4 ครั้งเป็น adult worms ผสมพันธุ์และออกไข่ เมื่อออกจากไข่ก็เจริญเป็น rhabditiform จนถึง filariform larvae จากนั้น filariform larvae ก็จะไปไชเข้าสู่ผิวหนังคนอีกครั้ง² วงจรชีวิตของ *S. stercoralis* สามารถสรุปได้ดังภาพที่ 1

Pathogenesis

การเกิดโรคในผู้ป่วยที่ได้รับ larvae เข้าไปขึ้นอยู่กับภูมิคุ้มกันของผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง cell mediated immune response มีบางรายงานเชื่อว่า biotypes ของ *S. stercoralis* มีส่วนสำคัญในการที่พยาธิจะผ่านภูมิคุ้มกันจนเกิดโรค แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงและมี disseminated infection มักจะมีความผิดปกติของ cell mediated immunity เช่น ได้รับ corticosteroids, เป็น lymphoma, leukemia, malignancy, alcoholism, malnutrition หรือ lepromatous leprosy เป็นต้น ดังนั้นจึงเชื่อว่าการเกิดโรคเมื่อผู้ป่วยได้รับ larvae อาจแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มขึ้นอยู่กับสมดุลของพยาธิกับภาวะภูมิคุ้มกันของผู้ป่วยคือ³

1. ผู้ป่วยมี effective immune reaction สามารถกำจัดพยาธิและหาย
2. ผู้ป่วยมี partially effective immune response ซึ่งจะทำให้เกิดการติดเชื้อเรื้อรัง มีรายงานว่าสามารถอยู่ได้นานถึง 65 ปี

3. ผู้ป่วยที่เคยมี chronic strongyloidiasis แล้วมี cell mediated immunity ลดลงก็จะเกิดอาการและอาจเกิดเป็น disseminated infection เนื่องจากพยาธิมี autoinfection ซึ่งสามารถเกิดได้อย่างไม่จำกัดจำนวน

แม้ว่าจะมีรายงานว่าพบ disseminated strongyloidiasis ในผู้ป่วย HIV อยู่บ้าง แต่เมื่อเทียบกับจำนวนผู้ป่วย AIDS ซึ่งมี T cell defect นั้นนอนกลับพบ strongyloidiasis ได้น้อย อาจเป็นไปได้ว่า cell mediated immune response ไม่ใช่ปัจจัยสำคัญในการเกิด disseminated strongyloidiasis หรืออาจจะเป็นเพราะการเสีย cell mediated immunity ในผู้ป่วย AIDS ค่อนข้าง specific และไม่เกี่ยวข้องกับส่วนของ strongyloidiasis จากการศึกษาของ Davidson และคณะ⁵ พบว่า relative risk ของการมี strongyloides infection ประกอบด้วยเพศชาย (RR=5.6),

corticosteroids (RR=3.3), hematologic malignancies (RR=5.2) และ prior gastric surgery (RR=11.5) ร่วมกับมีรายงานประปรายว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย cimetidine มีความเสี่ยงต่อการมี strongyloidiasis อาจเป็นไปได้ว่า gastric acid มีส่วนสำคัญในการเป็น barrier ต่อพยาธิ *S. stercoralis* ซึ่งยังต้องการการศึกษาเพื่อยืนยัน

Clinical Manifestations

ผู้ป่วยประมาณ 1 ใน 3 ที่มีพยาธินี้อยู่จะไม่มีอาการใดๆเลย อาการที่พบได้บ่อยคืออาการทางระบบทางเดินอาหารและทางผิวหนังอาการทางระบบทางเดินอาหารทั้งหมดเป็น nonspecific symptoms ที่พบบ่อยที่สุดคือ abdominal pain ซึ่งมักปวดมวนๆทั่วๆท้องและ chronic diarrhea ซึ่งส่วนมากลักษณะจะเป็น watery อาการมักจะเป็นๆหายๆ บางช่วงจะดีขึ้นเอง และก็มักมี weight loss ร่วมด้วย ส่วนอาการทางผิวหนังที่พบบ่อยที่สุดก็คือ urticaria ก็เป็นอาการที่ nonspecific larvae currens เป็น creeping lesion ซึ่ง specific มากแต่ก็พบน้อย อาการทางปอดเช่น wheezing หรือ chronic cough มีรายงานน้อยในผู้ป่วย chronic strongyloidiasis และจากการศึกษา case control โดย Grove พบว่าไม่แตกต่างจาก control ดังที่สรุปไว้ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 *Prevalence of symptoms in strongyloidiasis patients*

Symptoms	Grove DI 1980 ⁶	Milder JE 1981 ⁷
Gastrointestinal		
- Diarrhea	45%	41%
- Abdominal pain	57%	39%
- Nausea/vomiting	NS ¹	32%
- Weight loss	23%	20%
- Indigestion	73%	ND ²
- Pruritus ani	59%	4%
Dermatological		
- Urticarial eruption	66%	4%
- Larva currens	30%	ND
- Nonspecific rash/pruritus	ND	13%
Pulmonary		
- Cough	NS	5%
- Wheezing	NS	2%

¹ NS = No significance which is compared to control

² ND = No data available

นอกจากอาการที่พบบ่อยใน chronic strongyloidiasis แล้ว มี รายงานผู้ป่วยว่าผู้ป่วยอาจมาด้วยอาการอื่นๆซึ่งเป็น unusual presentations เช่น gastrointestinal hemorrhage ซึ่งมีรายงานทั้ง upper และ lower, peptic ulcer, acute appendicitis, intestinal perforation, intestinal obstruction, intestinal pseudoobstruction, ascites, peritonitis, pancreatic mass / cystadenocarcinoma, mesenteric occlusion หรือ hypokalemia / cardiac arrest ได้ บางรายเป็นจาก disseminated strongyloidiasis บางรายเป็น จากการที่พยาธิมีการไชและทำให้เกิด inflammation และบางรายเป็นภาวะแทรกซ้อนจากการที่มี diarrhea มานานๆ

Disseminated strongyloidiasis

ภาวะ hyperinfection หรือ disseminated strongyloidiasis เป็น fatal presentation ของผู้ป่วยที่มีพยาธิอยู่ แล้วเกิดมีความผิดปกติของ cell mediated immunity จากยาหรือโรคบางอย่าง ทำให้พยาธิเกิดมี autoinfection และมีการเพิ่มจำนวนอย่างมากมาย

ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ผู้ป่วยมี disseminated infection ที่มีรายงานมากที่สุดคือการได้รับ corticosteroid หรือ immunosuppressive agents ปัจจัยอื่นๆที่มีรายงานคือ hematologic malignancies โดยเฉพาะอย่างยิ่ง leukemia หรือ lymphoma, malignancies อื่นๆ, malnutrition, alcoholism, lepromatous leprosy, miliary tuberculosis และ HIV มีรายงานการเกิด hyperinfection ในผู้ป่วยที่ได้ cimetidine แต่ยังไม่อาจสรุปได้

อาการของผู้ป่วยที่มี disseminated infection อาจเกิดจากการไชของ larvae ซึ่งเป็นได้ทั้ง direct และ immunologic damage เช่น ปวดท้องรุนแรง ท้องอืดมาก paralytic ileus ท้องเสีย ไอและหอบเหนื่อย หรือ

อาจเกิดจากการที่มี secondary bacterial infection เช่น septicemia meningitis หรือ peritonitis ในผู้ป่วยบางรายจะมี rash นำมาก่อนอาการอื่น ๆ 1-2 วัน ลักษณะเป็น erythematous rash มักพบที่ลำตัว และเมื่อทำ skin biopsy จะพบตัว larvae ของพยาธิด้วย⁸ การวินิจฉัยในระยะแรกมีความสำคัญมากและต้องอาศัยความสงสัย ถ้าหากวินิจฉัยและให้การรักษาได้ช้าผู้ป่วยมักจะเสียชีวิต แม้ว่าจะให้การรักษาถูกต้องผู้ป่วยที่มี secondary bacterial infection ยังมี mortality สูงถึง 80% ดังนั้นการตรวจหาพยาธิก่อนการให้การรักษาผู้ป่วยด้วย immunosuppressive agents จึงมีความสำคัญมาก⁹ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศที่มีความชุกสูงอย่างประเทศไทย

Diagnosis

ผลทางห้องปฏิบัติการบางอย่างอาจช่วยให้คิดถึงการติดเชื้อแต่ไม่ specific พothที่จะวินิจฉัยได้เช่น anemia ซึ่งมักเป็นชนิด normochromic normocytic พบได้ประมาณ 15% eosinophilia พบได้ประมาณ 85% แต่ในผู้ป่วยที่มี disseminated infection จะพบน้อยลง hypoalbuminemia พบได้ 20-40% และ IgE hypergammaglobulinemia พบได้ประมาณ 20% การวินิจฉัยทำได้โดยการเห็นตัว larvae ซึ่งจะพบได้มากที่สุดในอุจจาระ การตรวจอุจจาระจะต้องทำหลายๆครั้ง การ culture จากอุจจาระมี sensitivity น้อยกว่าการดูทาง microscopic เสียอีก Jones และคณะได้รายงานการทำ duodenal sampling โดยการให้ enterotest capsule ว่ามี sensitivity ในการวินิจฉัยถึง 91%¹⁰ แต่การศึกษาต่อๆมาพบว่ามีความ sensitive ต่ำกว่าการตรวจ stool examination จะมีประโยชน์เมื่ออาการเหมือนมากหรือสงสัยมากแต่ตรวจ stool ไม่พบ อาจตรวจหาใน duodenal fluid เพื่อช่วยในการวินิจฉัย ดังได้สรุปไว้ในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 Efficacy of diagnostic methods for strongyloidiasis ⁶

No. of times	Fecal exam	Fecal culture	Duodenal content
once	66%	55%	32%
twice or more	84%	68%	39%

นอกจากการตรวจใน stool แล้ว การตรวจพบ larvae ของ *S. stercoralis* ใน body fluid และ tissue biopsy ก็ช่วยในการวินิจฉัย การตรวจพบใน organ ที่ไม่ได้อยู่ในวงจรชีวิตของ *S. stercoralis* บ่งว่ามี disseminated infection

Treatment

การรักษาที่ดีที่สุดในปัจจุบันยังคงเป็น thiabendazole โดยให้ 25 มก. ต่อนน. ตัว 1 กก. วันละ 2 ครั้ง 2-3 วัน และให้ซ้ำอีก 1 สัปดาห์ให้หลัง หรืออาจให้เป็น albendazole วันละ 400 มก. 3 วันและให้ซ้ำอีก 1 สัปดาห์เช่นกัน สำหรับ disseminated infection ในผู้ป่วย immunocompromise การรักษาต้องให้นานออกไปอีกโดยอาศัยการติดตามโดยการตรวจอุจจาระ และให้อย่างน้อย 1-2 สัปดาห์ การให้การรักษาแบบ supportive และการให้ antibiotic ที่เหมาะสมเป็นสิ่งสำคัญ ปัญหาของการรักษา disseminated strongyloidiasis ที่พบบ่อยคือผู้ป่วยมี ileus มากและกินหรือรับ feeding ไม่ได้ ผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจให้การรักษาด้วย thiabendazole ทาง rectal suppository โดยต้องเพิ่มขนาดยาเป็น 2 หรือ 3 เท่า เนื่องจากการดูดซึมน้อยกว่าการให้ทางปาก¹¹

References

1. Grove DI. A history of human helminthology. Willingford: CAB International, 1990: 1-848.
2. Filho EC. Strongyloidiasis. Clinics in Gastroenterology 1978; 7: 179-200.
3. Grove DI. Strongyloidiasis : a conundrum for gastroenterologists. Lancet 1994; 35: 437-440.
4. Maayan S, Wormser GP, Widerhorn J, et al. Strongyloides stercoralis hyperinfection in a patient with the acquired immune deficiency syndrome. Am J Med 1987;83:945-948.
5. Davidson RA, Fletcher RH, Chapman LE. Risk factors for strongyloidiasis : a case control study. Arch Intern Med 1984; 144: 321-324.
6. Grove DI. Strongyloidiasis in allied ex-prisoners of war in South-east Asia. Br Med J 1980; 280: 598-601.
7. Milder JE, Walzer PD, Kilgore G, et al. Clinical features of Strongyloides stercoralis infection in an endemic area of the United States. Gastroenterology 1981; 80: 1481-1488.
8. Simpson WG, Gerhardstein DC, Thompson JR. Disseminated Strongyloides stercoralis infection. South Med J 1993; 86: 821-825.
9. Genta RM. Global prevalence of strongyloidiasis: critical review with epidemiologic insights into the prevention of disseminated disease. Rev Infect Dis 1989; 11: 755-767.

10. Jones CA. Clinical studies in human strongyloidiasis. I. Semeiology. *Gastroenterology* 1950; 16: 743-756.
11. Boken DJ, Leoni PA, Preheim C. Treatment of *Strongyloides stercoralis* hyperinfection syndrome with thiabendazole administered per rectum. *Clin Infect Dis* 1993; 16: 123-126.

Interhospital GI Conference

วันศุกร์ที่ 10 พฤษภาคม 2539

นายแพทย์กำธร เผ่าสวัสดิ์

รพ.วิชัยยุทธ

Case 2 ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 27 ปี มีภูมิลำเนาอยู่จ.จันทบุรี มารพ.ด้วยอาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืดและท้องเสียเป็นเวลา 2 อาทิตย์ ลักษณะอุจจาระเหลวประมาณ 10 ครั้งต่อวัน มีถ่ายในตอนกลางคืนด้วย ไม่มีไข้ ไม่ปวดท้อง ไม่เบื่ออาหาร ในอดีต ผู้ป่วยเป็นคนแข็งแรงดี ไม่มีโรคประจำตัว เคยแพ้ยา Sulfa ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มเหล้า ประวัติครอบครัว บิดาเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งลำไส้ เมื่อผู้ป่วยมาอยู่รพ.นั้นตั้งครรถ์ได้ 5 เดือน เป็นครรภ์แรก และรับประทานยาบำรุงอย่างเดียว ผู้ป่วยมีอาชีพเป็นแม่บ้าน

การตรวจร่างกาย

ผู้ป่วยคู่อ่อนเพลีย

BP 110/60 mmHg. Pulse 80/min, T 36.7 °C

การตรวจหัวใจ ปอด - ปกติ

การตรวจ abdomen - enlarge uterus

- 4 month pregnancy

Abdomen - soft, not tender

Normal bowel sound

Rectal exam ไม่พบ mass

เนื่องจากผู้ป่วยรับประทานอาหารไม่ได้เลย มีอาเจียนมาก จึงได้ให้ admit ในรพ.

ผลการตรวจ Lab

CBC - Hb 10.8%, Hct 32.6%, Wbc 8,100/mm³, PMN 71%, Band 1%, lymphocyte 28%, Platelet 30/mm³, PT 11.7 (control 12.4), PTT 29.1 (control 30.5)

ESR 30 mm/hr.

FBS 75 mg/dl, Bun 6 mg/dl, Uric acid 3.4 mg/dl, Cholesterol 170 mg/dl, Triglyceride 94 mg/dl, Alkaline phosphatase 39 U/L, SGOT 13 U/L, SGPT 10 U/L, GGT 7 U/L, Amylase 71 U/L, Na 144 mEq/L, K 3.7 mEq/L, Cl 104 mEq/L, Bicarbonate 25 mEq/L, Calcium 9 mg/dl

T₃ 126 ng/dl, T₄ 14.2 µg/dl, FT₄ 1.29 ng/dl, TSH 0.68 µIU/ml (with normal limit)

Stool exam - 3-5 wbc/HPF, Occult blood-positive, no ova, parasite

Stool culture - negative for pathogens

Anti HIV - negative

VDRL - negative

HBsAg - negative

ANA - negative

Urine analysis - sp.gr. 1.027, acetone 2+, sugar-negative, protein- trace, pH -6.0, rbc -1-2/HPF, wbc-2.3/HPF

Ultrasound of OB - Normal live active intrauterine fetus about 19 weeks gestation

Ultrasound of the upper abdomen - normal

Colonoscopy to the cecum and terminal ileum—multiple focal areas of colitis from sigmoid to the cecum. The rectum looked normal.

The terminal ileum – looked normal

Colonic biopsy – showed chronic inflammatory cell infiltration in the lamina proper. No crypt abscess and normal crypt architecture was seen.

ไม่ได้ทำ Gastroscopy

ไม่ได้ทำ upper GI and small bowel

HENOCH-SCHONLEIN PURPURA

นายแพทย์กำธร เผ่าสวัสดิ์

รพ.วิชัยยุทธ

ผู้ป่วยเป็นหญิงไทยคู่ อายุ 21 ปี มีภูมิลำเนาอยู่ที่ จังหวัดจันทบุรี มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด และท้องเสีย เป็นเวลา 2 อาทิตย์ การตรวจร่างกายเมื่อแรกรับ พบว่าผู้ป่วยอ่อนเพลีย ไม่มีไข้ ที่ท้องกดไม่เจ็บ และมดลูกโตขนาดครรภ์ 5 เดือน ผลการตรวจเลือดมี ESR สูง 30 mm/hr และตรวจอุจจาระพบ rbc และ wbc แต่ไม่พบเชื้ออะไร Colonoscopy พบ multiple focal areas of colitis และ colonic biopsy ไม่พบลักษณะของ crypt abscess และลักษณะของ crypt architecture พบเป็นปกติ เนื่องจากอุจจาระไม่พบเชื้ออะไร จึงไม่ใช่เป็น Infectious colitis และลักษณะของ colonic biopsy ไม่ใช่เป็นแบบ idiopathic ulcerative colitis (inflammatory bowel disease)¹

ขณะที่คนไข้อยู่ในโรงพยาบาล ได้ IV fluid เนื่องจากมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน และยังมีท้องเสีย 4-6 ครั้ง/วัน ไม่ได้ให้ antibiotics เพราะไม่พบเชื้ออะไร เนื่องจากคนไข้มี systemic symptom มาก มีคลื่นไส้ อาเจียนและมี ESR สูง มีลักษณะทาง clinical แบบ vasculitis จึงได้เริ่มให้ oral corticosteroid (prednisolone 40 mg/day) ในวันที่ 5 หลังจากเข้าโรงพยาบาล และคนไข้อาการดีขึ้นอย่างมาก หลังให้ corticosteroid และหลังจากอยู่โรงพยาบาลได้ 7 วัน (ซึ่งเท่ากับ 3 อาทิตย์ หลังจากมีอาการ) คนไข้เริ่มมีผื่นขึ้นที่ขา ที่ก้น และที่แขน และ skin biopsy ได้ผลเป็น Leukocytoclastic vasculitis ของ small vessels ของ superficial dermis แต่ไม่พบ IgM ใน biopsy ลักษณะรวมของคนไข้เข้าได้กับ Henoch-

Schonlein purpura คนไข้คนนี้น่าสนใจ คือมีอาการทางด้านทางเดินอาหาร (คลื่นไส้ อาเจียน และท้องเสีย) 3 อาทิตย์ ก่อนจะมีผื่น ซึ่งสามารถพบได้ใน Henoch-Schonlein purpura^{2,3,4,5,6} และบางครั้งอาจจะมี rash หลังอาการอื่น ๆ ได้ถึง 28 วัน⁷

Henoch-Schonlein purpura หรือที่เรียกว่า Anaphylactoid purpura เป็น vasculitis ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่ม Hypersensitivity vasculitis ซึ่งเป็นกลุ่มของอาการที่ประกอบด้วย มี palpable purpura ตามผิวหนังของขา และที่ก้น มีอาการร่วมคือปวดข้อ (Arthralgia) อาการทางด้าน ไต และอาการของระบบทางเดินอาหาร ส่วนใหญ่พบได้ในเด็ก แต่ในผู้ใหญ่ก็พบได้ Henoch-Schonlein purpura เป็น self-limited type ของ vasculitis และการใช้ Corticosteroid จะช่วยบรรเทาอาการทางด้าน Arthralgia และอาการของระบบทางเดินอาหาร และไม่เปลี่ยนการพยากรณ์ของโรค ถึงแม้ว่าส่วนใหญ่ของผู้ป่วยจะหายเป็นปกติ แต่มีจำนวน 5% เกิดภาวะเป็นโรคไตเรื้อรังและมีผู้ป่วยบางรายอาจเกิดไตวายเฉียบพลันและถึงแก่ชีวิตได้ สาเหตุของโรคสันนิษฐานว่าเป็นการแพ้ อาจจะเป็นเชื้อโรค เช่น มีอาการ เจ็บคอ ก่อนเกิด Vasculitis หรืออาจจะแพ้อาหารและยาก็ได้ Cream J.J. et al⁷ ได้รายงานคนไข้ผู้ใหญ่ 77 คนที่เป็น Henoch-Schonlein purpura พบได้ว่า คนไข้ทุกคนมี rash และพบในที่ต่าง ๆ ดังแสดงไว้ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1

Distribution of rash	จำนวนคนไข้
Lower leg	96% (74)
Thighs	68% (52)
Buttocks	27% (21)
Lower trunk	14% (11)
Upper trunk	1.3% (1)
Arms	42% (32)
Hands	6.5% (5)
Face	3.9% (3)
Palate	1.3% (1)

และในรายงานของ Cream et al. ได้พบ ภาวะต่างๆที่มีอาการดัง
แสดงให้เห็นในตารางที่สอง

ตารางที่ 2

Systems affected	จำนวนคนไข้
Gastrointestinal tract	44.2% (34)
Renal	50.7% (39)
Joints	55.8% (43)
Lungs	5.2% (4)

และอาการของระบบต่างๆ ที่เกิดร่วมกัน ได้แสดงได้แสดงให้เห็นใน
ตารางที่ 3

ตารางที่ 3

Clinical patterns	จำนวนคนไข้
S	17% (13)
SG	6.5% (5)
SR	14% (11)
SJ	14% (11)
SGR	5.2% (4)
SGJ	10.4% (8)
SRJ	10.4% (8)
SGRJ	17% (13)
SGJL	1.3% (1)
SGRJL	2.6% (2)
SGRL	1.3% (1)
Total	(77)

S = ผิวหนัง G = ทางเดินอาหาร

R = ไต J = ซ้ำ

L = ปวด

จะเห็นว่าอาการทางผิวหนังจะพบได้ในคนไข้ทุกคน แต่อาการอื่นๆเช่นอาการทางระบบทางเดินอาหาร ทางไต ซ้ำ และปวด ไม่พบในทุกรายตามเปอร์เซ็นต์ที่ได้แสดงไว้ในตารางที่ 2 และที่ 3 และอาการทางด้านทางเดินอาหารมีลักษณะดังแสดงไว้ในตารางที่ 4

ตารางที่ 4

Forms of Gastrointestinal Involvement in 34 patients

Abdominal pain	26
Frank blood loss	12
Minor blood loss	11
Diarrhea	12
Nausea and Vomiting	10
Constipation	3

ถึงแม้ว่าคนไข้ทุกคนมีอาการผื่น แต่ว่าอาการแรกเริ่มอาจจะไม่ใช่เป็นผื่น ดังแสดงให้เห็นในตารางที่ 5

ตารางที่ 5

Initial manifestation

Rash	36
GI	6
Joint	3
Kidneys	1

การที่มีอาการของระบบอื่น ๆ ก่อนอาการทางผิวหนัง เช่น อาการทางไต ข้อ หรือ ระบบทางเดินอาหารมีนำหน้าก่อนอาการผื่น อาจทำให้แพทย์ไม่นึกถึงโรค Henoch-Schonlein เลย จนเมื่อมีผื่นขึ้น จึงได้นึกถึงดังเช่น ในคนไข้ที่ได้แสดงเป็นตัวอย่างมีอาการท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน 3 อาการ ก่อนมีผื่นขึ้น ซึ่งประเด็นนี้สำคัญมาก เพราะ Henoch-Schonlein Purpura มี surgical complications ได้ ซึ่งในรายงานของ Martinez-Frontanilla LA et al⁴ ซึ่งรายงานคนไข้ 50 คนที่มี surgical complications พบได้ในลักษณะที่แสดงไว้ในตารางที่ 6

ตารางที่ 6

Intestinal Perforations	6
Bowel infarction	2
Intussusceptions	46

และในรายงานนี้มีผู้ป่วย 3 คนที่ได้รับการผ่าตัดก่อนที่จะมีผื่นที่เป็นลักษณะของ Henoch-Schonlein ขึ้นตามผิวหนัง ดังนั้นถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะไม่มีผื่น ในระยะแรกที่เห็นคนไข้ควรจะคำนึงถึง Henoch-Schonlein purpura ไว้อยู่เสมอโดยเฉพาะอย่างยิ่งในคนไข้ที่มีลักษณะอาการของโรคไม่ตรงไปตรงมา

กลุ่มโรคของ Vasculitis อาจแบ่งได้ตามขนาดของ เส้นเลือดดังนี้⁵
 ตารางที่ 7

ตารางที่ 7

Vasculitis

Large-vessel vasculitis

- Giant cell (Temporal) arteritis
- Takayashu's arteritis

Small to medium size arteries (systemic necrotizing vasculitis)

- Polyarteritis Nodosa
- Vasculitis of connective tissue disease
- Wegener's granulomatosis

Capillaries and postcapillary venules (mediated by immune complex)

- Hypersensitivity vasculitis e.g. serum sickness
- Henoch-Schonlein purpura
- Cryoglobulinemia
- vasculitis associated with connective tissue disease and malignancy

จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยรายนี้ไม่ใช่เป็นลักษณะอาการของ large vessel vasculitis คือไม่มีอาการของ Giant cell arteritis และ Takayashu's arteritis นอกจากนี้ก็ไม่มีลักษณะอาการ polyarteritis nodosa และ Wegener's granulomatosis ซึ่งอยู่ในกลุ่ม small to medium size arteries

ในผู้ป่วยที่เป็น polyarteritis nodosa อาการจะรุนแรงกว่านี้ และไม่
เป็น self-limited vasculitis ส่วน ใน Wegener's granulomatosis จะมี
อาการทางด้าน sinus และอาการทางปอดอย่างชัดเจน

ผู้ป่วยคนนี้ไม่มีลักษณะของ connective tissue disease คือ ANA และ VDRL ผลเป็น negative ในโรค cryoglobulinemia ผู้ป่วยจะมีอาการทางผิวหนังเมื่อถูกอุณหภูมิเย็นและมีอาการทางไต และข้อร่วมด้วย ดังนั้น vasculitis ในคนไข้คนนี้ ซึ่งเป็น self limited จึงเข้าได้ดีที่สุดกับ Henoch-Schonlein purpura

E. Coli 0157:H7 สามารถทำให้เกิด hemorrhagic coli ได้ แต่ส่วนใหญ่แล้วมีท้องเสียเพียง 9 วัน และไม่เกิน 22 วัน⁸ และลักษณะ purpura ที่รายงานเป็นแบบ Thrombotic thrombocytopenic purpura และ ESR มีค่าเป็นปกติ นอกจากนี้ ยังไม่เคยมีรายงานพบ vasculitis ที่ associate กับ E.Coli 0157 : H7

ผู้ป่วยคนนี้หลังจากได้ให้ Prednisolone แล้ว อาการดีขึ้นทันที แต่ท้องเสียใช้เวลาเกือบ 3 เดือนกว่าจะหาย แต่อาการคลื่นไส้ อาเจียน ดีขึ้นภายใน 1 อาทิตย์ และทุกอย่างเป็นปกติดี 3 เดือนต่อมา ซึ่งบ่งถึง self-limited disease เมื่อครบกำหนดตลอด ได้เด็กแข็งแรงดีทุกประการ ดังนั้น อาการผู้ป่วยจึงเข้าได้ดีกับ Henoch-Schonlein purpura และมีอาการที่น่าสนใจคือมีอาการทางด้านระบบทางเดินอาหาร 3 อาทิตย์ก่อนจะมีผื่นขึ้นตามผิวหนังตามลักษณะพิเศษของ Henoch-Schonlein purpura

References

1. Surawicz CM., Haggitt RC, Husseman M, et al. Mucosal biopsy diagnosis of Colitis : Acute self-limited Colitis and idiopathic inflammatory bowel disease. *GASTRO* 107: 755-763, 1994.
2. Tung SY, Wn CS. Henoch-Schonlein Purpura complicated by upper gastrointestinal bleeding with an unusual endoscopic picture *J.Clin Gastroenterol* 19:128-31, 1994.
3. Wn JYJ, Chi CS, Shian WJ, Clinical studies of Henoch-Schonlein Purpura in Chinese children *chin Med J. SI* : 345-9-1993
4. Martinez-Frontanilla LA, Maas GM, Ernster JA et al. Surgical complication in Henoch-Schonlein Purpura. *J. PEDIATS Surg* 19:434-6, 1984.
5. Clinicopathologic Conference/Abdominal pain, fever, and rash in a 39-year-old male. *An J. Med* 97:300-306, 1994.
6. Toth K, Ottiakars A, Novak J. Colonic biopsy in Henoch-Schonlein purpura. *Gastrointestinal Endos* 41:519-520, 1990.
7. Cream J.J., Gumpel JM, Peachey DG. Schonlenic-Henoch Purpura in the adult. *Q.J.M.* 156:461-484, 1970
8. Su C, Brandt LJ, Escherichia coli 0157:H7 infection in humans. *Ann Int. Med* 123:698-714 1995

Pharmacological Treatment of Bleeding Esophageal Varices

รศ.นพ.อุดม คชินทร

รพ.ศิริราช

ภาวะเลือดออกจาก esophageal varices เป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญในผู้ป่วยโรคตับแข็ง อุบัติการณ์ของการเกิดเลือดออกจาก varices พบได้ประมาณ 10-20% ต่อปี สำหรับผู้ที่ไม่เคยมีเลือดออกมาก่อนหรือประมาณ 25-30% ของผู้ป่วยที่มี esophageal varices จะมีเลือดออกภายใน 2 ปี อัตราการตายของผู้ที่มีเลือดออกจาก esophageal varices แต่ละครั้งสูงถึง 35% ในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากเลือดออกครั้งแรกถ้าไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมแล้วโอกาสที่จะมีเลือดออกซ้ำพบได้ประมาณ 70% ภายในระยะเวลา 2 ปี ปัจจัยเสี่ยงที่เป็นตัวกำหนดว่าจะมีเลือดออกจาก varices ขึ้นกับ variceal wall tension, variceal หรือ portal pressure และขนาดของ varices ในระยะหลังได้มีการคิดค้นตัวยาเพื่อนำมาใช้ในการลด portal pressure ทำให้มีวิธีการรักษาผู้ป่วยที่มีเลือดออกจาก esophageal varices ได้ดีขึ้น

เป้าหมายสำคัญในการรักษาภาวะเลือดออกจาก esophageal varices ด้วยยาคือการควบคุมหรือลด portal hypertension ซึ่งเป็นไปได้ 2 ทางคือ

1. การลดปริมาณของ blood flow ที่เพิ่มขึ้นใน portal-collateral system
2. การลด intrahepatic resistance ที่เพิ่มขึ้น ซึ่งผลสุดท้ายจะทำให้ variceal pressure และขนาดของ varices ลดลง ยาที่มีฤทธิ์ลด portal pressure แบ่งได้เป็น 3 กลุ่มคือ

1. Vasoconstrictors ยาในกลุ่มนี้ออกฤทธิ์ โดยทำให้มี vasoconstriction ของ splanchnic blood vessels ซึ่งเป็นการลด blood flow ที่เข้าสู่ splanchnic area ทำให้ blood flow ที่เข้าสู่ portal system ลดลง มีผลให้ portal pressure ลดลง ยาในกลุ่มนี้ได้แก่

- vasopressin
- triglycyl-lysine-vasopressin (terlipressin)
- somatostatin
- octreotide
- propranolol และ non-selective beta-adrenergic blockers อื่นๆ

2. vasodilators ยาในกลุ่มนี้ออกฤทธิ์โดยทำให้มี dilatation ของ intrahepatic vasculature ส่งผลให้มีการลดลงของ vascular resistance ต่ย portal blood flow ยาในกลุ่มนี้ได้แก่

- Organic Nitrates (Nitroglycerin, Isororbide 5-mononitrate)
- 5-HT₂-receptor blocker (Ritanserlin, Ketanserlin)
- Clonidine

3. ยาอื่นที่มีฤทธิ์ลด variceal flow และ pressure

- Pentagastrin
- Domperidone
- Metoclopramide

Vasoconstrictors

Vasopressin เป็น nonapeptide ซึ่งเกิดตามธรรมชาติ มีฤทธิ์เป็น vasoconstrictor ทั้งต่อ systemic และ splanchnic circulation จากการศึกษาในสัตว์ทดลองพบว่าการลดลงของ portal blood flow โดยฤทธิ์ของ vasopressin มีลักษณะเป็น dose dependent ขนาดของ vasopressin ที่ใช้ทางคลินิกคือ 0.1-1.0 unit/min โดยให้เป็น continuous intravenous infusion มีฤทธิ์ข้างเคียงที่สำคัญคือเพิ่ม cardiac afterload, เกิด baroreceptor mediated bradycardia, ลด coronary blood flow และมี direct impairment of cardiac contractility ซึ่งส่งผลให้มี cardiac arrhythmia และ myocardial infarction ได้ จึงไม่ควรใช้ vasopressin ในผู้ป่วย coronary artery disease และต้องใช้อย่างระมัดระวังในผู้ป่วย alcoholics ที่อาจมี subclinical cardiomyopathy ร่วมด้วย นอกจากนี้ยังมีรายงานการใช้ vasopressin อาจเกิดภาวะเหล่านี้ร่วมด้วยได้ เช่น respiratory arrest, cerebral hemorrhage, bowel ischemia และ activation of fibrinolysis ขนาดของ vasopressin ที่แนะนำให้ใช้โดยทั่วไปจะอยู่ระหว่าง 0.2-0.4 unit/min ถ้าไม่ได้ผลอาจจะเพิ่มขนาดขึ้นได้แต่จะมีอัตราเสี่ยงต่อพิษของยาเพิ่มขึ้น

การใช้ยา vasopressin เพื่อรักษา acute variceal hemorrhage จะถูกจำกัดด้วยฤทธิ์ข้างเคียงซึ่งค่อนข้างมากและ variable clinical efficacy โดยจากการศึกษาต่าง ๆ พบว่า vasopressin สามารถควบคุม esophageal variceal hemorrhage ได้ 29-75% (เฉลี่ยประมาณ 50%) สำหรับฤทธิ์ข้างเคียงของ vasopressin ประมาณ 34% และมีผู้ป่วยบางรายที่เสียชีวิต

Triglycyl-lysine vasopressin(TGLVP)เป็น synthetic vasopressin analogue เมื่อถูกฉีดเข้าสู่กระแสเลือดจะถูกสลายด้วย endothelial peptidase ได้ slow, prolonged release of lysine vasopressin ซึ่งจะช่วยลด systemic toxicity ได้มาก จากการศึกษาโดยวิธี meta-analysis พบว่า TGLVP ดีกว่า placebo ในการควบคุม variceal bleeding และเป็นยาตัวเดียวที่มีหลักฐานยืนยันว่าสามารถเพิ่ม survival ได้ในการรักษาผู้ป่วย variceal bleeding จากการรวบรวมข้อมูลจากหลายๆการศึกษาพบว่า ประสิทธิภาพของ TGLVP ในการควบคุม bleeding หรือการลดอัตราการตายจาก bleeding varices ไม่ได้แตกต่างจาก vasopressin หรือ vasopressin ร่วมกับ nitroglycerin แต่ TGLVP จะมี ภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่า vasopressin หรือ vasopressin ร่วมกับ nitroglycerin นอกจากนี้ TGLVP อย่างเดียวหรือใช้ร่วมกับ nitroglycerin จะมีประสิทธิภาพในการควบคุม variceal bleeding ได้เท่ากับการใช้ balloon tamponade, somatostatin หรือ octreotide

Nitroglycerin-Vasopressin (NTG-VP) nitroglycerin เป็น potent venous และ mild arterial dilator การให้ nitroglycerin ร่วมกับ vasopressin จะสามารถแก้ไข cardiotoxic effect อันเนื่องมาจาก vasopressin ได้ นอกจากนี้ยังช่วยลด portal pressure ด้วย ซึ่งเป็นผลจาก portal venous resistance ลดลง จากการศึกษาโดย controlled trials พบว่า NTG-VP จะเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุม variceal bleeding และมีฤทธิ์ข้างเคียงลดลง เมื่อเทียบกับการใช้ vasopressin อย่างเดียว

Somatostatin (ST) เป็น polypeptide ที่ประกอบไปด้วย amino acid 14 ตัว สร้างจาก hypothalamus, pancreas และ enteric epithelial cell (D Cells) ST ถูกนำไปใช้ในการรักษา variceal bleeding เนื่องจากมี

คุณสมบัติในการลด portal pressure และลด azygous blood flow ซึ่งเป็นผลมาจากการลด splanchnic arterial flow โดย ST ทำให้เกิด splanchnic vasoconstriction โดยกลไกที่ยังไม่ทราบแน่ชัด เชื่อว่า ST ไม่ได้เป็น direct vasoconstrictor แต่ ST จะเพิ่ม vascular tone โดยยับยั้งการหลั่ง endogenous vasodilatory peptides เช่น glucagon, vasoactive intestinal peptide (VIP), calcitonin gene-related peptide และ substance P

จากการศึกษาโดยใช้ ST 250 ugiv bolus แล้วให้ continuous infusion 250 ug/h ให้ครบ 5 วัน พบว่า ST สามารถควบคุม variceal bleeding และป้องกัน early rebleeding ได้ดีกว่า placebo อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่อัตราตายไม่แตกต่างกัน และพบว่าในกลุ่ม ST เกือบไม่มีการแทรกซ้อนเลย เมื่อเปรียบเทียบกับการรักษาด้วย TGLVP, balloon tamponade หรือ sclerotherapy พบว่า ST มีประสิทธิภาพในการควบคุมการหยุดเลือด และมีผลต่ออัตราตายเท่ากับกับการรักษาด้วยวิธีดังกล่าว นอกจากนี้มีการศึกษาซึ่งเป็น randomized controlled trials 3 การศึกษาที่แสดงว่า ST มีประสิทธิภาพเท่าเทียมกับ emergency sclerotherapy ในการควบคุม variceal bleeding และป้องกัน early rebleeding (5 วัน)

Octreotide (OT) เป็น synthetic octapeptide analogue ของ somatostatin ที่มี half life นานขึ้น สามารถลด portal pressure ได้ เช่นเดียวกับ ST และเชื่อว่ามีกลไกเช่นเดียวกับ ST จากการศึกษาระบบ Burroughs พบว่า ST มีประสิทธิภาพในการควบคุม variceal bleeding และมีผลต่ออัตราตายใกล้เคียงกับการรักษาด้วย vasopressin ทั้งที่มีหรือไม่มี nitroglycerin ร่วมด้วย, TGLVP ทั้งที่มีหรือไม่มี nitroglycerin ร่วมด้วย, sclerotherapy และ balloon tamponade โดยมีภาวะแทรกซ้อนน้อยมากอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบกับวิธีอื่น ๆ อย่างไรก็ตามคงต้องรอการ

ศึกษาเพิ่มเติมเพื่อยืนยันถึงประสิทธิภาพของ ST ในการรักษา bleeding esophageal varices

Beta-adrenergic blockers ในภาวะ portal hypertension ยาในกลุ่ม non-selective beta-adrenergic blocker เช่น propranolol และ nadolol สามารถลด portal pressure ได้โดยเป็นผลจากการลดลงของ portal venous inflow ซึ่งเกิดจากกลไก 2 อย่าง คือการลดลงหรือการทำให้กลับสู่ระดับปกติของ cardiac output ที่เพิ่มขึ้น (beta-1 adrenergic blockade) และ splanchnic blood flow ที่เพิ่มขึ้น (beta-2 adrenergic blockade)

Beta-adrenergic blocker ได้ถูกนำมาใช้ทั้งในแง่ primary และ secondary prevention of variceal bleeding จากการศึกษาโดยวิธี meta-analysis พบว่าการรักษาด้วย beta-adrenergic blocker เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดและปลอดภัยในการป้องกัน first variceal bleeding โดยมีอุบัติการณ์ของ variceal bleeding 14.8% ในกลุ่มที่ได้ beta-blocker เทียบกับ 27.1% ในกลุ่ม placebo แต่อัตราการตายไม่แตกต่างกันใน 2 กลุ่มดังกล่าว (24.6% vs 27.7%) นอกจากนี้มีการศึกษาหนึ่งที่แสดงว่า beta-blocker มีประสิทธิภาพดีกว่า sclerotherapy และ placebo ในการป้องกัน first bleeding of esophageal varices จากการศึกษาทาง hemodynamic พบว่าในกลุ่มที่สามารถลด portal pressure (โดยดูจาก hepatic venous pressure gradient) ได้ต่ำกว่า 12 mmHg จะไม่มี variceal bleeding เลย ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยในกลุ่ม propranolol หรือ placebo นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยในกลุ่มที่ portal pressure ลดลงต่ำกว่าระดับ 12 mmHg จะมีชีวิตอยู่ได้ยืนยาวกว่าในกลุ่มที่ portal pressure ไม่ต่ำ (two-year survival, 86 % VS 32%, $p < 0.05$) อย่างไรก็ตามพบว่า propranolol ไม่สามารถลด portal pressure ได้ทุกราย โดยมีความล้มเหลวเกิดขึ้น 20-35%

ของผู้ป่วยตับแข็ง แม้ว่าจะให้ในขนาดสูงเต็มที่และมี adequate systemic beta-adrenergic blockade แล้วก็ตาม

Vasodilators

Organic Nitrates ทั้ง short-acting (nitroglycerin) และ long-acting (isosorbide dinitrate, 5-isosorbide mononitrate) organic nitrates ทำให้มี vasodilatation of vascular smooth muscle โดยออกฤทธิ์ทางด้าน venous เด่นกว่า arterial circulation สำหรับกลไกที่ยาในกลุ่ม nitrate สามารถลด hepatic venous pressure gradient และ/หรือ portal pressure เป็นได้หลายอย่างกล่าวคือ

1. baroreflex-mediated splanchnic arterial vasoconstriction ซึ่งเป็นผลจากที่มี venous pooling และ arterial pressure ลดลง
2. portal venous flow ลดลง
3. collateral resistance ลดลง
4. intrahepatic resistance ลดลง
5. เป็นผลรวมของหลายกลไกดังกล่าวแล้ว

จากการศึกษาด้วยวิธี prospective randomized controlled trial เปรียบเทียบ Isosorbide-5-mononitrate กับ propranolol ในการป้องกัน first variceal bleeding พบว่า Isosorbide-5-mononitrate (20mg tid po.) มีความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพเท่ากับ propranolol(20-120mg/day po.)

การใช้ IV หรือ sublingual nitroglycerin ร่วมกับ vasopressin ในการรักษาผู้ป่วย acute bleeding เป็นที่ยอมรับกันทั่วไปว่าดีกว่าการใช้ vasopressin อย่างเดียว สำหรับบทบาทของ chronic oral nitrate อย่าง

เดี่ยวหรือร่วมกับยาอื่นผลการศึกษายังไม่เป็นที่กระจ่างชัดและต้องการศึกษาเพิ่มเติมอีกมาก

Clonidine เป็น central alpha-2- adrenoreceptor agonist แต่ฤทธิ์ทาง peripheral จะเป็น alpha-adrenergic receptor blocker สำหรับกลไกในการลด portal pressure ยังไม่เป็นที่แน่ชัด เชื่อว่าอาจเป็นผลจากการที่ clonidine ทำให้ postsinusoidal hepatic outflow resistance ลดลง

ยาอื่นที่มีฤทธิ์ลด portal pressure

Domperidone และ metoclopramide มีฤทธิ์ทำให้ lower esophageal sphincter pressure เพิ่มขึ้น และมีการหดตัวของ esophageal musculature ด้วย ทำให้มี compression ของ collateral vessels ที่จะส่งเลือดไปเลี้ยง varices มีผลทำให้ blood flow ผ่าน varices ลดลง

สรุปการรักษาภาวะ Acute Variceal Bleeding

1. การใช้ vasoactive drugs สามารถควบคุม variceal bleeding ได้ 75%-95% ของผู้ป่วยทั้งหมด ยาที่ควรเลือกใช้เป็นอันดับแรก คือ TGLVP หรือ Somatostatin สำหรับ VP มีประสิทธิภาพในการควบคุม variceal bleeding ได้ไม่ดีเท่าและยังมีภาวะแทรกซ้อนมากกว่าอีกด้วย ถ้าจะใช้ VP ควรใช้ร่วมกับ NTG

2. Emergency endoscopic sclerotherapy (EST) หรือ endoscopic variceal ligation (EVL) สามารถควบคุม variceal bleeding ได้ 80% - 95% ของผู้ป่วยทั้งหมด พบมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงร่วมด้วยประมาณ 20%

3. การเลือกใช้วิธีการรักษาชนิดใดระหว่าง EST หรือ EVL กับ vasoactive drugs เป็น initial treatment ขึ้นอยู่กับแต่ละสถานการณ์ ถ้ามี facility และแพทย์ที่มีความชำนาญในการทำ EST หรือ EVL ควรเลือกใช้วิธี EST หรือ EVL ซึ่งจะเป็น definitive treatment ในการกำจัด esophageal varices แต่ควรทำเมื่อได้ resuscitate ผู้ป่วยจนดีแล้ว และ rate of bleeding เริ่มลดลงแล้ว ซึ่งจะเห็น endoscopic view ได้ดี เหมาะและสะดวกต่อการทำ EST หรือ EVL ในสถานการณ์ที่มีเลือดออกมาก หรือ facility ไม่พร้อมที่จะทำ EST หรือ EVL ในขณะนั้น ควรให้ TGLVP หรือ Somatostatin เพื่อควบคุม variceal bleeding จนดีขึ้นแล้วหรือจนหยุด จึงค่อยไปทำ EST หรือ EVL ต่อไป

4. Balloon tamponade อาจนำมาใช้ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุม variceal bleeding ได้โดยวิธี pharmacological หรือ endoscopic therapy เป็นการรอเวลาเพื่อจะให้ definitive treatment อย่างอื่นเช่น การผ่าตัดทำ shunt หรือ TIPS (transjugular intrahepatic portosystemic shunt)

การป้องกัน first bleeding

แม้ว่า varices จะมีขนาดใหญ่ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ภาวะเลือดออกไม่ได้เกิดในผู้ป่วยที่มี varices ทุกราย พบมีอัตราเสี่ยงของภาวะเลือดออกในผู้ป่วย varices เพียง 27%-35% ดังนั้นการใช้มาตรการในการป้องกันที่ invasive จึงไม่สมควร

จากการศึกษาด้วยวิธี meta-analysis โดยรวบรวมการศึกษาทั้งหมด 7 การศึกษาที่เป็น randomised controlled trial (RCTs) พบว่า propranolol หรือ nadolol สามารถลดอุบัติการณ์ของ first bleeding ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และในผู้ป่วยส่วนใหญ่จะลดอัตราการตายด้วย นอก

จากนี้ยังพบว่า Isosorbide-5-mononitrate มีประสิทธิภาพในการป้องกัน first bleeding ได้เท่ากับ propranolol

โดยสรุปแนะนำให้ใช้ nonselective-beta-blocker ในผู้ป่วย varices ที่ไม่เคยมีเลือดออกมาก่อนทุกราย ส่วนการทำ prophylactic sclerotherapy ยังไม่แนะนำในขณะนี้

การป้องกัน rebleeding

จากการศึกษาด้วยวิธี meta-analysis ของ RCTs รวม 10 การศึกษา โดยเปรียบเทียบระหว่าง beta-blocker กับ inactive treatment พบว่าในกลุ่มที่ได้ beta-blocker จะลด rebleeding rate ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และลดอัตราการตายได้เกือบมีนัยสำคัญ และพบว่ามีภาวะแทรกซ้อนน้อยมากและไม่รุนแรง ตัวแปรที่จะบ่งชี้ว่ามี rebleeding คือ การที่อัตราการเต้นของหัวใจไม่ลดลงถึง 25% อย่างสม่ำเสมอ และการที่มีภาวะ hepatocellular carcinoma เกิดร่วมด้วย

จากการศึกษาโดย RCTs รวม 7 การศึกษา เปรียบเทียบระหว่าง beta-blocker และ sclerotherapy พบว่ามีประสิทธิภาพในการป้องกัน rebleeding ได้ดีไม่แตกต่างกัน การใช้ beta-blocker ร่วมกับ sclerotherapy จะได้ผลในการป้องกัน rebleeding ดีกว่าเล็กน้อยเมื่อใช้วิธีใดวิธีหนึ่งเพียงอย่างเดียว

โดยสรุป ทั้ง beta-blocker และ sclerotherapy สามารถลดอัตราเสี่ยงของ rebleeding และอัตราการตายด้วย แม้ว่าผลการป้องกัน rebleeding ของ sclerotherapy จะดีกว่าการใช้ beta-blocker เล็กน้อย แต่พบว่ามีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้มากกว่า สำหรับทางเลือกอื่นในการป้องกัน rebleeding คือการทำ shunt และ TIPS

References:

1. D'Amico G, Pagliaro L, Bosch J. The treatment of portal hypertension : a meta-analytic review. *Hepatology* 1995;22:332-354.
2. Pagliaro L, D'Amico G, luca A, et al. Portal hypertension: diagnosis and treatment. *J Hepatol* 1995;23:(suppl.1):36-44.
3. Rodriguez-Perez F, Groszmann RJ. Pharmacological treatment of portal hypertension. In: Groszmann RJ, Grace ND, eds. *Gastroenterol Clin N Am* 1992;21:15-40.
4. Polio J, Groszmann RJ. Pharmacological control of portal hypertension. In: Boyer J, Ockner R, eds. *Progress in Liver Diseases*. Philadelphia :WB Sannders Co, 1993;231-249.
5. Bosch J, Garcia-Pagan JC, Feu F, et al. New approaches in the pharmacologic treatment of portal hypertension. *J Hepatol* 1993;17 (S1): S 41-45.
6. Bosch J, D Amico G, Luca A, Garcia-Pagan JC, Feu F, Escorsell A. Drug therapy for variceal haemorrhage. In: Bosch J and Groszmann RJ, eds. *Portal Hypertension: Pathophysiology and Treatment*. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1994;108-123.
7. Soderlund C, Magnusson I, Torngren S, Lundell L. Terlipression (triglycyl-lysine vasopressin) controls acute bleeding esophageal varices. A double-blind, randomized, placebo-controlled trial. *Scand J Gastroenterol* 1990;25:622-630.

8. Burrough AK, McCormic PA, Hughes MD, et al. Randomized, double blind, placebo-controlled trial of somatostatin for variceal bleeding. *Gastroenterology* 1990;99:1388-1355.
9. Burrough AK. Octreotide in variceal bleeding. *Gut* 1994;38:523-527.
10. Burrough AK, Panagou E. Pharmacological Therapy for portal hypertension : rationale and results (review). *Seminars in Gastrointestinal Disease* 1995; 6(3): 148-64.
11. Lebrec D. Pharmacological treatment of portal hypertension : hemodynamic effects and prevention of bleeding (review). *Pharmacology and Therapeutics* 1994; 61 : 65-107.
12. Lebrec D. Long-term management of variceal bleeding : the place of pharmacotherapy (review). *World Journal of Surgery* 1994; 18 : 229-32.
13. Greig JD, Garden OJ, Carter DC. Prophylactic treatment of patients with esophageal varices : is it ever indicated? *World Journal of Surgery* 1994; 18 : 176-84.
14. Jones AL, Hayes PC. Organic nitrates in portal hypertension. *Am J Gastroenterol* 1994; 89 : 7-14.

โรคติดเชื้อและการป้องกันการติดเชื้อจากเครื่องมือ

FLEXIBLE FIBEROPTIC ENDOSCOPY

นพ.สถาพร มานัสสภิตย์ พบ.

นส.ทวีทรัพย์ สิ้นเพ็ง

คำนำ

ในปัจจุบันการทำการตรวจวินิจฉัยด้วยเครื่องมือ fiberoptic endoscope ได้กลายเป็นสิ่งที่นิยมมากขึ้นเรื่อยๆ สำหรับแพทย์ในหลายระบบสาขาวิชา เช่น แพทย์ระบบทางเดินอาหารจะมีการทำ esophago-gastro-duodenoscopy, sigmoidoscopy, colonoscopy, และ ERCP (endoscopic retrograde cholangio-pancreatography แพทย์ระบบทางเดินหายใจจะมีการทำ bronchoscopy แพทย์โรคกระดูกและข้อจะมีการทำ arthroscopy เป็นต้น และยังมีการพัฒนาเครื่องมือ flexible endoscopy อื่นๆ ออกมามากขึ้นเรื่อยๆ ในระหว่างการทำ endoscopy ด้วยเครื่องมือเหล่านี้ อาจมีการติดเชื้อจากคนไข้คนหนึ่งไปสู่คนไข้อีกคนหนึ่ง หรือจากคนไข้มาสู่แพทย์พยาบาลได้ เนื่องจากมีการปนเปื้อนของเสมหะหรือน้ำหลังต่างๆ ในเครื่องมือ นอกจากนี้ในบางรายยังมีการทำ biopsy หรือ therapeutic procedures อื่นๆ ด้วยเครื่องมือเหล่านี้ด้วย ทำให้อาจมีการปนเปื้อนเลือดของคนไข้ได้ด้วย ในอดีตแม้จะมีรายงานการติดเชื้อจากเครื่องมือเหล่านี้ไม่มากนัก และส่วนใหญ่เป็นเชื้อที่มีอันตรายไม่มากนักและรักษาให้หายขาดได้ เช่น เชื้อ salmonella, shigella, pseudomonas aeruginosa, mycobacteria เป็นต้น จึงทำให้แพทย์บางคนมองข้ามความสำคัญของการล้างเครื่องมือไปหรืออาจเห็นความสำคัญแต่ไม่มีความพิถีพิถันมากนักในเรื่องความปลอดภัยของเครื่องมือ แต่ในยุคปัจจุบันความตื่นตัวเรื่องการติดเชื้อของเชื้ออื่นๆ ที่รักษาได้ลำบากหรือรักษาไม่หาย เช่น เชื้อตับอักเสบบ และ

เชื้อโรคเอดส์ ได้ทำให้เกิดความหวาดกลัวมากขึ้นว่าเครื่องมือ flexible endoscopy เหล่านี้อาจเป็นหนทางการแพร่เชื้อที่ง่ายกว่าเหล่านี้ได้ จึงทำให้มีการสนใจและระมัดระวังมากขึ้นในการทำความสะดวกเครื่องมือเหล่านี้ เพื่อให้แน่ใจว่าจะสามารถทำลายเชื้อจากเครื่องมือเหล่านี้ให้ปราศจากเชื้อได้จริงๆ ก่อนที่จะนำไปใช้กับผู้ป่วยรายใหม่ รวมทั้งให้แน่ใจได้ว่าจะไม่เป็นหนทางการแพร่เชื้อจากคนไข้มาสู่แพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่ใช้หรือดูแลเครื่องมือเหล่านี้ด้วย

เนื่องจากเครื่องมือ fiberoptic endoscopy เป็นเครื่องมือที่มีราคาแพงและเปราะบาง ไม่ทนความร้อน และต้องการการดูแลเป็นพิเศษ การทำให้เครื่องมือปราศจากเชื้อทำได้โดยการล้างและแช่ด้วยน้ำยาทำลายเชื้อหรืออบแก๊ซเท่านั้น ไม่สามารถนำไปต้ม, ึ่ง, sterilize หรืออบด้วยความร้อนได้ การล้างเครื่องมือในอดีตในบางสถาบันจึงไม่กล้าที่จะทำความสะอาดมากนักหรือไม่กล้าใช้น้ำยาที่ไม่แน่ใจว่าจะทำอันตรายต่อเครื่องมือหรือไม่ น้ำยาทำลายเชื้อที่บริษัทผู้ผลิตเครื่องมือแนะนำให้ใช้ตั้งแต่ต้นคือน้ำยา 3% glutaraldehyde ซึ่งมีราคาแพง ด้วยเศรษฐกิจที่ค่อนข้างจำกัดของบางโรงพยาบาลจึงใช้เพียงน้ำสบู่หรือน้ำยาทำลายเชื้ออื่นๆ ที่มีราคาถูกกว่า ทำให้ไม่อาจแน่ใจได้ว่าจะสามารถทำลายเชื้อให้หมดได้จริงๆ

นอกจากนี้ในการทำ endoscopy กับคนไข้คนใดก็ตาม เราไม่มีทางทราบล่วงหน้าเลยว่าคนไข้รายใดมีเชื้อโรคอะไรอยู่ เนื่องจากคนไข้ที่มารับการตรวจมักจะเป็นคนไข้ที่ยังอยู่ในระหว่างการวินิจฉัยจึงยังไม่ทราบสมุฐานของโรค ไม่มีการเพาะเชื้อจากเลือด, เสมหะ, หรือน้ำหลังต่างๆ บางรายอาจเป็น carrier ของเชื้อโรคบางอย่างโดยไม่แสดงอาการใดๆ ก็ได้ รวมทั้งโดยทั่วไปแพทย์มักไม่มีการเจาะเลือด screening ต่อเชื้อตับอักเสบบีและเชื้อเอดส์หรือถึงแม้จะมีการทำ screening ก็อาจมีความผิดพลาดได้เนื่องจาก

คนไข้อาจอยู่ในระยะ "window period" ซึ่งไม่สามารถตรวจพบด้วยการตรวจหา antibody ธรรมดา (ต้องตรวจหา antigen จึงจะตรวจพบได้)

การติดเชื้อจากการทำ Endoscopy

ที่ผ่านมาได้มีรายงานของการติดเชื้อของผู้ป่วยจากการทำ endoscopy หลายราย Spach และคณะได้รวบรวมรายงานเป็นภาษาอังกฤษเท่าที่มีในโลก 265 รายงานตั้งแต่ปี 1966 ถึง 1992 พบว่ามีผู้ติดเชื้อจากการทำ GI endoscopy 281 ราย และจาก bronchoscopy ทั้งหมด 96 ราย¹ เชื้อโรคที่มีรายงานว่าติดจากการทำ endoscopy ได้แก่

1. Salmonella: เป็นเชื้อที่พบว่ามี การติดต่อจาก endoscopy มากที่สุดคือมีถึง 84 ราย (ซึ่งเกิดจากหลาย species รวมทั้ง salmonella typhi และ salmonella typhimurium) ในจำนวนนี้มี septicemia รวม 6 ราย และเสียชีวิต 1 ราย² ส่วนใหญ่เกิดจากการใช้น้ำยาทำลายเชื้อที่มีฤทธิ์อ่อนซึ่งไม่สามารถทำลายเชื้อ salmonella ได้ดีนัก เช่น hexachlorophene, cetrimide, chlorhexidine, หรือ quaternary ammonium compound เป็นต้น

2. Pseudomonas aeruginosa: เป็นเชื้อที่มีการติดต่อทาง endoscopy มากเป็นอันดับสองรองลงมาจากเชื้อ Salmonella เชื้อนี้ส่วนใหญ่ติดจากการทำ ERCP (endoscopic retrograde cholangiopancreatography) และ bronchoscopy แต่ในจำนวนนี้มี septicemia สูงถึง 45 ราย และเสียชีวิต 4 ราย³ ส่วนใหญ่เกิดจากการทำความสะอาด inner channel ของเครื่องมือไม่ดีพอทำให้มีเชื้อค้างอยู่ใน inner channel หรือเกิดจากการที่ปล่อยให้เครื่องมือขึ้นอยู่นานโดยไม่ได้ทำให้แห้งก่อนการใช้ในวันต่อไป ในรายที่ติดจากการทำ bronchoscopy 11 ราย มีอยู่ 1 รายที่เกิด severe pneumonia

3. Mycobacterium and atypical mycobacterium: เป็นเชื้อที่ค่อนข้างดีดื้อน้ำยาทำลายเชื้อต่าง ๆ (โดยเฉพาะ atypical mycobacterium มีรายงานว่าดีดื้อ glutaraldehyde ได้ด้วย)⁴ โดยทั่วไป mycobacterium เป็นเชื้อที่พบว่ามีรายงานการติดต่อทาง bronchoscopy บ่อยมากตัวหนึ่ง (แต่โชคดียังไม่มีรายงานการติดต่อจากทาง GI endoscopy) มีอยู่รายงานหนึ่งที่มีการติดต่อแพร่สู่คนไข้ถึง 72 รายจากเครื่องมือ broncoscope อันเดียว ความผิดพลาดที่พบคือเกิดจากการใช้น้ำยาทำลายเชื้อไม่ถูกต้องและจากการล้างช่อง suction channel ไม่สะอาดเพียงพอ⁵⁻⁶

4. Viral hepatitis B: จนถึงปัจจุบันมีคนไข้เพียงรายเดียวที่ได้รับการพิสูจน์ว่าติด viral hepatitis B จากการทำ endoscopy แต่มีอีก 2 รายงานที่แสดงให้เห็นว่าอาจจะมีการติดทาง endoscopy ได้จากการทดลองอย่างไรก็ตามมีอยู่รายงานหนึ่งที่ติดตามผู้ป่วย 394 รายที่เคยทำ endoscopy ตามหลังคนไข้ที่มี HBsAg-positive แต่ก็ไม่พบว่ามีคนไข้รายใดเลยที่ติดเชื้อตับอักเสบบีจากการทำ endoscopy^{7,11}

5. Viral hepatitis C: ปัจจุบันยังไม่มีรายงานมากนักที่ศึกษาเกี่ยวกับการติดเชื้อนี้จากการทำ endoscopy แต่ก็ยังเป็นเชื้อที่ควรระวังพอสมควร เพราะมีโอกาสติดต่อได้เช่นเดียวกับเชื้อ viral hepatitis B^{10,11}

6. Human Immunodeficiency Virus: จนถึงปัจจุบันยังไม่มีรายงานใดเลยที่รายงานว่ามิผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์จากการทำ endoscopy ในขณะที่มีรายงานที่ศึกษาถึงความเป็นไปได้ของการติดเชื้อเอดส์จาก endoscopy ถึง 4 รายงานและผลการศึกษาส่วนใหญ่พบว่าอาจจะมิเชื้อเอดส์เหลือค้างอยู่ในเครื่องมือได้ถ้าทำการล้างเครื่องมืออย่างไม่สะอาดหรือด้วยน้ำยาทำลายเชื้อ

ที่ไม่มีประสิทธิภาพ แต่ในทุกรายงานจะยืนยันว่าการติดเชื้อเอดส์ทาง endoscopy เป็นไปได้ยากมากหากมีการล้างเครื่องมืออย่างถูกต้อง¹²⁻¹⁴

7. *Serratia marcescens*: มีรายงานแล้วหลายรายงานที่พบมีการติดเชื้อนี้จากการทำ bronchoscopy และมีคนไข้เสียชีวิตถึง 3 ราย ส่วนใหญ่เกิดจากการล้างเครื่องมือไม่สะอาด แม้ในรายงานดังกล่าวจะมีการทำลายเชื้อเครื่องมือด้วย ethylene oxide แต่ก็ไม่สามารถทดแทนการล้างเครื่องมืออย่างพิถีพิถันไม่ได้¹⁵

8. *Helicobacter pylori*: จากการศึกษาย้อนหลังพบว่ามียารายงานในอดีตหลายรายงานที่กล่าวถึงความเป็นไปได้ของการติดต่อของเชื้อนี้จากการใส่ nasogastric tube, endoscopy และ biopsy เชื่อว่าการติดต่อของเชื้อนี้จากการทำ GI endoscopy คงจะมีน้อยกว่าที่รายงานมากเนื่องจากผู้ที่มารับการทำ gastroscopy มีโอกาสพบเชื้อนี้บ่อยมาก และบางรายอาจได้รับเชื้อนี้ไปโดยไม่แสดงอาการใด ๆ เลยก็ได้¹⁶⁻¹⁷

9. *Clostridium difficile*: มีรายงานการติดเชื้อนี้จากการทำ endoscopy หลายรายงานเช่นกัน แต่ไม่มีรายงานใดที่ได้รับการพิสูจน์แน่ชัด เชื่อว่าคงจะเป็นไปได้เนื่องจาก spore ของเชื้อนี้อาจติดต่อยาทำลายเชื้อบางชนิดในห้องทดลอง^{18,19}

การให้ prophylactic antibiotics ก่อนการทำ endoscopy หรือ endoscopic procedures อื่นๆ

1) การทำ diagnostic endoscopy ทั่วไปไม่มีความจำเป็นต้องให้ prophylactic antibiotics แม้ในรายที่เป็นโรคหัวใจหรือใส่ valve prosthesis เป็นต้น หรือในรายที่มีภูมิต้านทานบกพร่องก็ไม่ต้องให้ prophylactic

antibiotics เช่นกัน แต่ควรให้ prophylactic antibiotics ในรายที่ทำ transplant หรือมี severe mucositis จากการให้ chemotherapy²⁰

2) ในรายที่จะทำ esophageal dilatation ควรให้ prophylactic antibiotics ในรายที่มี heart valve abnormalities และในรายที่ภูมิ ด้านทานบกพร่อง

3) ในรายที่จะทำ injection sclerotherapy แม้จะมีรายงานว่าเกิด septicemia ภายหลังทำ sclerotherapy แต่ก็ไม่ค่อยมีความจำเป็นต้องให้ prophylactic antibiotics ในผู้ป่วยทุกราย จะให้เฉพาะในรายที่ภูมิ ด้านทาน ของร่างกายเสียไปอย่างมากเท่านั้น ส่วนในรายที่ทำ esophageal banding ligation ไม่มีความจำเป็นต้องให้ prophylactic antibiotics แต่ประการใด²¹

4) การทำ colonoscopy โดยทั่วไปไม่มีความจำเป็นต้องให้ prophylactic antibiotics ควรจะให้เฉพาะในรายที่มี peridiverticular abscess, cardiac and vascular abnormalities, คนไข้ที่กำลังทำ peritoneal dialysis, รวมทั้งคนไข้ที่มีภูมิ ด้านทานบกพร่องด้วย²²

5) ในรายที่จะทำ ERCP ควรให้ antibiotics ในรายที่จะมีการทำ therapeutic procedure เช่น sphincterotomy หรือในรายที่มี biliary tract obstruction.²³

มาตรการการป้องกันการติดเชื้อในระหว่างการทำ Endoscopy²⁴⁻³¹

1) ควรจะต้องมีการฝึกสอนให้เจ้าหน้าที่ทุกคนที่เกี่ยวข้องในการ ตรวจมีความรู้และคุ้นเคยกับวิธีการระมัดระวังป้องกัน ตลอดจนการล้าง เครื่องมือที่ถูกต้องทุกขั้นตอน

2) แพทย์ผู้ทำการตรวจควรสวมถุงมือ เสื้อคลุม (Gowns) หรือผ้ากันเปื้อน (Aprons) ผ้าปิดจมูก (masks) และแว่นตา (goggle) ขณะทำการตรวจทุกครั้ง (ส่วนพยาบาลและผู้ช่วยควรสวมถุงมือและเสื้อคลุมด้วย) สำหรับหมวก และที่คลุมเท้า (shoe covers) ไม่มีความจำเป็น

3) หลังจากการตรวจแต่ละครั้งแพทย์ผู้ตรวจควรถอดเปลี่ยนถุงมือและล้างมือทุกครั้ง

4) เมื่อสิ้นสุดแต่ละวันควรเช็ดล้างโต๊ะเตียงและสถานที่ทำงานที่อาจจะเป็นที่ปนเปื้อน secretions ของคนไข้ ด้วยน้ำและสบู่หรือน้ำยาทำลายเชื้อ เช่น Lysol, bleach, Sodium hypochlorite หรือ 70% Alcohol เป็นต้น

ขั้นตอนการล้างทำความสะอาดเครื่องมือ ENDOSCOPE

ข้อแนะนำในการล้างเครื่องมือและทำลายเชื้อเครื่อง Endoscope ที่จะให้ต่อไปนี้เป็นข้อแนะนำที่ประยุกต์ตาม Working Party of British Society of Gastroenterology ปี 1988²⁷ ,ตาม Working party of the World congresses of Gastroenterology²⁹ และตาม Guideline ของ Gastroenterology Society of Australia and Gastroenterological Nurse Society of Australia ปี 1995³² ซึ่งมีข้อควรปฏิบัติมีดังต่อไปนี้

1. หลังจากนำเครื่องมือออกมาจากตัวผู้ป่วย (ในขณะที่เครื่องยังคงต่ออยู่กับ light source และ suction อยู่) ควรใช้ผ้ากอสซ์ชุบน้ำสบู่หรือน้ำยา detergents เช็ดล้างทำความสะอาดด้านนอกของตัว endoscope โดยเช็ดเอาคราบเลือด ก้อนเลือด เนื้อเยื่อ และสิ่งสกปรกต่างๆ ที่ตกค้างอยู่ตามซอกต่างๆ ออกจนหมด ทั้งนี้ควรเช็ดตั้งแต่ส่วน control head ไปจนถึงส่วนปลายของตัว scope แล้วจึงใช้ผ้ากอสซ์เช็ดคราบ detergent ออกอีกครั้ง

2. ถอด biopsy valve ออกแล้วต่อ channel cleaning adaptor แทน หลังจากนั้นจุ่มปลาย scope และปลาย channel cleaning adaptor ลงใน hydrogen peroxide แล้วกดปุ่ม suction กดปล่อย กดปล่อย หลายๆ ครั้ง (ประมาณ 10 วินาที) เพื่อให้ debris หลุดออกจากภายในช่อง scope

3. ปิดปุ่ม air ที่ light source แล้วจึงถอด air/water valve แยกไว้ เพื่อเตรียมทำความสะอาดต่อไป หลังจากนั้นนำ air/water channel cleaning adaptor มาต่อแทนที่ air/water valve

4. สำหรับเครื่อง endoscopy บางรุ่นที่มี air/water channel cleaning adaptor ควรจะนำมาต่อเข้าแทนที่ air/water valve ในตอนนี้เพื่อล้าง air channel แต่ถ้าไม่มี adaptor ดังกล่าว ควรถอดขวดน้ำที่ต่อกับตัว scope ออก (ระวังอย่าให้หกเลอะเทอะ)

5. หลังจากนั้นให้ถอดตัว endoscope ออกจาก light source และ suction แล้วนำไปยังอ่างที่จะทำการล้าง (การล้างควรจะทำทันทีไม่ควรปล่อยวางทิ้งไว้เพราะจะทำให้คราบเลือดหรือ serum แข็งกรังในตัวเครื่อง)

ในกรณีที่ เป็น video scope ควรสวม protective cap ที่ plug (ส่วนปลายของตัว scope ที่จะต่อเข้ากับ light source) เสียก่อนที่จะนำไปล้างเพื่อป้องกันไม่ให้ถูกกับน้ำเพราะส่วนนี้ไม่สามารถถูกน้ำหรือแช่ในน้ำไม่ได้

6. ถอด valve และ button ต่างๆ ออกจากตัว scope แล้วนำมา มาแปรงและล้างให้สะอาด โดยพยายามเช็ดล้างผิวด้านในของ valve ด้วย (ถ้ามีเครื่อง ultrasonic cleaner ก็สามารถใช้ใส่ในเครื่องดังกล่าวได้)

7. แช่ตัว scope ลงในน้ำยาสบู่หรือ detergent ใช้แปรงที่ให้มาจาก โรงงานผลิตแปรงให้ทั่วในช่อง suction/biopsy channel ถ้ามี debris ติดที่ แปรงควรจะล้างออก ก่อนที่จะดึงแปรงกลับเข้าไปแปรงใน channel ทุกช่อง

channel ควรจะได้รับการแปรจนไม่มี debris ติดอยู่ หลังจากนั้นจึงเช็ดล้างผิวด้านนอกของตัว scope อีกครั้งด้วยน้ำยา detergent นั้น

8. ใช้แปรง(หรือแปรงสีฟันอ่อนๆ) แปรงที่ปลายสุดด้านล่าง (distal tip) ของตัว scope อย่างนุ่มนวล

9. หลังจากนั้นจึงแปรงที่ control handle และช่อง biopsy รวมทั้งรอบๆ หัวที่สำหรับติดจุก valve (valve seat) ด้วย อาจต้องใช้แปรงพิเศษที่ให้มาจากโรงงานด้วย จึงจะแปรงได้สะอาดจริง

10. ต่อ cleaning adaptors เข้ากับตัว scope แล้วฉีดน้ำล้างในช่องต่างๆ ด้วย enzymatic solution ถ้ามี

11. ล้างด้านนอกของตัว scope ด้วยน้ำสะอาดเพื่อล้างน้ำสบู่หรือ detergent ออกให้หมด ก่อนนำไป disinfect

12. ฉีดน้ำสะอาดในช่องต่างๆ อีกครั้งเพื่อล้าง detergent ออกให้หมด ก่อนนำไป disinfect

การทำลายเชื้อ (disinfection) เครื่อง endoscope

1. หลังจากล้างทำความสะอาดเครื่องมือใน detergent เป็นอย่างดีตามขั้นตอนข้างต้นแล้ว ให้นำ scope ทั้งอันแช่ลงในน้ำยา disinfectant โดยเฉพาะถ้าเป็นเครื่องที่แช่ได้ทั้งอัน (Total Immersible endoscopes) ก็ให้แช่ทุกส่วนของเครื่องมือลงในน้ำยา 2% alkaline glutaraldehyde ที่เตรียมขึ้นใหม่ๆ ควรจะให้แน่ใจด้วยว่าน้ำยา 2% alkaline glutaraldehyde สามารถผ่านเข้าไปตาม channel ต่างๆ โดยไม่มีฟองอากาศค้างอยู่ในระหว่าง channel ต่างๆนั้น ด้วยการใช้ syringe ฉีดน้ำยาให้ผ่านเข้าไปค้างใน channel ต่างๆ โดยไม่มีฟองอากาศเหลืออยู่

ในขณะที่เดียวกันควรแช่ button และ valves ต่างๆ ที่ล้างและแปร่ง แล้วลงไปในน้ำยา 2 % alkaline glutaraldehyde ดังกล่าวด้วย

หมายเหตุ ถ้าเป็นเครื่องที่แช่ไม่ได้ (Non-immersible endoscopes) ควรแช่เฉพาะส่วนปลาย (shaft) ที่แช่ได้ในน้ำยา Glutaraldehyde 2% (ดูดูหรือฉีดน้ำยาเข้าไปลงในช่องต่างๆ ด้วยเช่นเดียวกับเครื่อง immersible) แล้วเช็ดส่วนหัว (control handle) ด้วย 70 % ethyl alcohol และใช้ไม้พันสำลีชุบ 70 % alcohol เช็ดตามร่องและรูต่างๆ ด้วย

โดยทั่วไปการล้างทำความสะอาดเครื่องที่เป็น Non-immersible endoscope จะทำได้ไม่ดีเท่ากับเครื่อง immersible endoscope ดังนั้นถ้าจะทำลายเชื้อให้ดีที่สุดสำหรับเครื่อง Non-immersible endoscope จึงควรใช้วิธี Gas sterilization ด้วย ethylene oxide

2. การแช่ควรแช่นานอย่างน้อย 10 นาที และควรใช้นาฬิกากระดิ่งจับเวลาเพื่อให้แน่นอนว่าได้เวลาตามที่ต้องการ

3. เมื่อครบตามเวลาที่ต้องการแล้วให้ใช้ลมไล่น้ำยา glutaraldehyde ออกจากช่องต่างๆ แล้วยกตัว scope, button, valves และชิ้นส่วนต่างๆ ออกจากอ่างที่แช่ glutaraldehyde นี้

4. ล้างด้านนอกของตัว scope ด้วยน้ำเปล่าหรือน้ำประปาที่สะอาด รวมทั้งฉีดล้างด้านในของช่อง channel ต่างๆด้วยเพื่อล้างเอาคราบ glutaraldehyde ที่เหลืออยู่ออกจนหมด (และต้องล้าง button, valves และชิ้นส่วนต่างๆ ด้วยน้ำเปล่าหรือน้ำประปาด้วยเช่นกัน)

5. ไล่น้ำออกจากช่อง channel ต่างๆ ด้วยลมจนแห้งพอควร ถ้ามีการใช้ท่อให้ถอด cleaning adaptor แล้วเช็ดด้านนอกด้วยผ้าแห้ง หลังจากนั้นจึงประกอบเครื่องมือกลับคืนเพื่อให้พร้อมสำหรับนำไปใช้กับคนไข้รายต่อไป

6. ไม่ควรรีบร้อนในการล้างเครื่องมือแต่ละครั้ง โดยทั่วไปควรใช้เวลาในการล้างประมาณ 15-20 นาที ก่อนจะใช้กับคนไข้รายต่อไป ถ้ามีผู้ป่วยมากในแต่ละวันควรมีเครื่องอย่างน้อย 2 เครื่องไว้สับเปลี่ยนกันขณะรอล้างอีกเครื่องหนึ่ง

การล้างเมื่อสิ้นสุดของวันหรือหลังจากใช้กับคนไข้รายสุดท้ายแล้ว

1. หลังจากใช้เครื่องมือกับคนไข้รายสุดท้ายและเป็นการสิ้นสุดของวันนั้นแล้ว เมื่อล้างทำความสะอาดเครื่องมือตามขั้นตอนที่กล่าวข้างต้นแล้ว ควรแช่ scope ในน้ำยา 2% glutaraldehyde อีกเป็นครั้งสุดท้ายนาน 20 นาที และควรล้างภายในช่อง channel ต่างๆ ด้วย 70% alcohol (ควรใช้ช่องละประมาณ 20 ซม. ส่วน elevator channel ให้ใช้ประมาณ 2 ซม. แต่ถ้าใช้ multichannel cleaning adaptor อาจใช้ปริมาณ 70% alcohol มากกว่านั้น)

2. ใช้ลมเป่าตามช่องต่างๆ จนแห้งสนิท โดยเครื่องมือมีใช้เป่าลมควรเป็นเครื่องมือที่มี flow regulator เพื่อให้สามารถปรับความแรงของลมตามขนาดของช่อง channel ต่างๆ (ช่องเล็กใช้ความแรงลมน้อย ช่องใหญ่ใช้ความแรงลมมาก ถ้าใช้แรงลมมากเกินไปอาจทำให้เครื่องมือเสียหายได้) ใช้ตัวต่อที่เป็นลิ้น (bayonet fitting) เพื่อต่อท่อลมกับ cleaning adaptor อย่าใช้หัว leur lock ในการต่อ และต่ออย่าให้แน่นมากเกินไป

3. หลังจากนั้นเช็ดผิวด้านนอกของตัว scope ด้วยผ้าแห้งจนแห้งสนิทหรือวางทิ้งไว้จนแห้งก่อนจะเก็บเข้าตู้เก็บเครื่องมือ

4. ตรวจสอบเช็คเครื่องมือว่า lens หรือ sheath มีความเสียหายหรือไม่ ทำความสะอาด lens ด้วยน้ำยาที่ทางโรงงานผู้ผลิตให้มา เตรียมพร้อมที่จะเก็บโดยไม่ต้องประกอบชิ้นส่วนต่างๆ กลับคืนตัว scope

5. เก็บตัว scope (ที่ยังไม่ประกอบ) เข้าในตู้ที่มีอากาศถ่ายเทได้ดี โดยห้อยไว้กับตัวจับเครื่องมือไม่ควรเก็บไว้ในกระเป๋าที่ใช้ใส่ scope

6. หล่อสีน O ring, button, valve และชิ้นส่วนต่างๆ แล้วเก็บแยกไว้ต่างหาก

7. สำหรับสายที่ใช้แปรง channels ต่างๆ รวมทั้งสาย biopsy forceps และเครื่องมืออื่นๆ ก็ควรล้างให้สะอาดก่อนจะทำลายเชื้อด้วยการนึ่งด้วยความร้อน (autoclave) หรือ แช่น้ำยา Glutaraldehyde ด้วย

(หัวใจสำคัญที่สุดในการป้องกันมิให้ติดเชื้อมผู้ป่วยรายต่อไปอยู่ที่การล้าง และเช็ดเอาสิ่งสกปรกหรือเลือดที่ตกค้างอยู่ในตัวเครื่องให้สะอาดก่อนจะทำกับคนไข้รายต่อไป มิได้อยู่ที่การแช่เครื่องในน้ำยาฆ่าเชื้อ)

REFERENCES:

1. Spach DH, Silverstein FE, Stamm WE. Transmission of infection by gastrointestinal endoscopy and bronchoscopy. *Ann Intern Med* 1993;118:117-128.
2. O Connor BH, Bennett JR, Alexander JG, Sutton DR, Leighton I. Salmonellosis infection transmitted by fiberoptic endoscopies. *Lancet* 1982;2:864-6.
3. Bond WW. Disinfection and endoscopy: Microbial considerations. *J Gastrointest Hepatol* 1991;6:31-6.
4. Hanson PJV, Chadwick M, Nicholson G et al. Mycobacterial resistance to disinfection in AIDS: which infection control policies now ? *Thorax* 1988;43:850.
5. Bryce EA, Walker M, Bevan C Smith JA. Contamination of bronchoscopes with *Mycobacterium tuberculosis*. *Can J Infect Control* 1993;8(2):35.
6. Mbithi JN, Springthorpe VS, Sattar SA, Pacquette M. Bactericidal, virucidal, and mycobactericidal activities of reused alkaline glutaraldehyde in an endoscopy unit. *J Clin Microbiol* 1993;31(11):2988-95
7. Bond WW, Moncada RE. Viral hepatitis B infection risk in flexible fiberoptic endoscopy. *Gastrointest Endosc* 1978;24:225-30.

8. Hoofnagle JH, Blake J, Buskell-Bales Z, Seeff LB. Lack of transmission of type B hepatitis by fibreoptic upper endoscopy. *J Clin Gastroenterol* 1980;2:65-9.
9. Ayoola EA. The risk of type B hepatitis infection in flexible endoscopy. *Gastrointest Endosc* 1981;2:60-2.
10. Birnie GG, Quigley EM, Clements GB, Follet EAC, Watkinson G. Endoscopic transmission of hepatitis B virus. *Gut* 1983;24:171-4.
11. Lok ASF, Lai C-L, Hui W-M, et al. Absence of transmission of hepatitis B by fiberoptic upper gastrointestinal endoscopy. *J Gastrointest Hepatol* 1987;2:175-80.
12. Marcus R and the CDC Cooperative Needlestick Surveillance Group, Surveillance of health care workers exposed to blood from patients infected with the human immunodeficiency virus *N Engl J Med* 1988;319:1118-23.
13. Hanson PJV, Gor D, Clarke JR, et al. Contamination of endoscopes used in AIDS patients. *Lancet* 1989;2:86-8.
14. Hanson PJV, Gor D, Jeffries DJ, Collins JV. Elimination of high titre HIV from fiberoptic endoscopes. *Gut* 1990;31:657-9.
15. Vandembroucke-Grauls CM, Baars AC, Visser MR et al: An outbreak of *Serratia marcescens* traced to a contaminated bronchoscope. *J Hosp Infect* 1993;23(4):263-70

16. Graham DY, Alpert LC, Smith JL, Yoshimura HH. Iatrogenic *Campylobacter pylori* infection is a cause of epidemic achlorhydria. *Am J Gastroenterol* 1988;83:974-80.
17. Langenberg W, Rauws EA, Oudbier JH, Tytgat GN. Patient-to-patient transmission of *Campylobacter pylori* infection by fiberoptic gastroduodenoscopy and biopsy. *J Infect Dis* 1990; 161:507-11.
18. Patterson DJ, Johnson EH, Schmulen AC, Fulminant pseudomembranous colitis occurring after colonoscopy. *Gastrointest Endosc* 1984;30:249-53.
19. Hughes CE, Gebhard RL, Peterson LR, Gerding DN. Efficacy of routine fiberoptic endoscope cleaning and disinfection of killing *Clostridium difficile*. *Gastrointest Endosc* 1986;32:7-9.
20. OConnor HJ, Hamilton I, Lincoln C, Maxwell S, Axon ATR. Bacteremia with upper gastrointestinal endoscopy: a reappraisal. *Endoscopy* 1983;15:21-3.
21. Cohen FL, Koerner RS, Taub SJ. Solitary brain abscess following endoscopic injection sclerosis of esophageal varices. *Gastrointest Endosc* 1985;31:331-3.
22. Leitch DG, Collins JSA, Radhakrishnan S, O'Neill G, Dannatt J. Bacteremia following endoscopy. *Br J Clin Pract* 1986;40:341-2.

23. Kaw M, Przepiorka D, Sekas G. Infectious complications of endoscopic procedures in bone marrow transplant recipients. *Dig Dis Sci* 1993;38(1):71-4.
24. Ridgway GL. Decontamination of fiberoptic endoscopes. *J Hosp Infect* 1985;6:363-8.
25. Ayliffe GAJ, Babb JR, Bradley CR. Disinfection of endoscopes. *J Hosp Infect* 1986;7:295-309.
26. Bond WW. Disinfection and sterilization of flexible fiberoptic endoscopes (FEE) and accessories. *Endosc Review* 1987;5:55-8.
27. Cleaning and disinfection of equipment for gastro-intestinal flexible endoscopy: interim recommendations of a Working Party of the British Society of Gastroenterology. *Gut* 1988; 29(8): 1134-51.
28. Raufman JP, Straus EW. Endoscopic procedures in AIDS patient: Risks, precautions, and Obligations. *Gastroenterol Clin North Amer.* 1988;17:495-506
29. Axon AT. Working Party report to the World Congresses. Disinfection and endoscopy : summary and recommendations. *J Gastroenterol Hepatology.* 1991;6:23-24.
30. Fraise AP. Disinfection in endoscopy. *Lancet.* 1995;346(8978):787-8

31. Rutala WA, Weber DJ. FDA labeling requirements for disinfection of endoscopes: a counterpoint. *Infect Control & Hosp Epidemiol.* 1995;16(4):231-5
32. Cowen A, Denham J, Morcom J, Rayner T, Collignon P, Speer A, Jones B. *Infection and Endoscopy* (3rd eds). Gastroenterological Society of Australia and Gastroenterological Nurses Society of Australia 1995

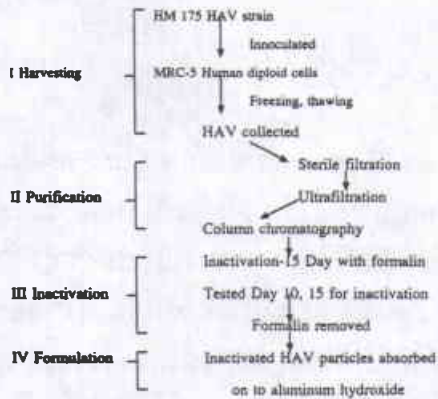
Hepatitis A Vaccine

นายแพทย์พรชัย ตั้งถันวณิชย์

HAV เป็น RNA virus ขนาดเล็ก อยู่ใน Family Picornaviridae ในสหรัฐอเมริกาดับอีกเสบจากไวรัส A ยังเป็นปัญหามากกว่า 50% ของโรคไวรัสดับอีกเสบเฉียบพลันที่ได้มีการรายงานไปยัง CDC (Center for Disease Control) และคาดว่าจะมีจำนวนผู้ป่วยมากกว่าที่มีรายงานเป็นจำนวนมาก เพราะมีการติดเชื้อโดยไม่ปรากฏอาการได้โดยเฉพาะในเด็ก การติดเชื้อในผู้ป่วยที่อายุยิ่งสูงขึ้นก็จะมีอาการได้บ่อยและรุนแรงขึ้น การแพร่เชื้อติดต่อทาง fecal-oral route ดังนั้นการปรับปรุงทางสาธารณสุขขนานมัยทำให้แนวโน้มการติดเชื้อแบบไม่มีอาการในเด็กลดลง โดยมีการติดเชื้อที่มีอาการในผู้ใหญ่มากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งทำให้เกิดความสูญเสียจากตัวโรคโดยตรงและสูญเสียทางเศรษฐกิจมากขึ้น จึงมีการพัฒนา HAV vaccine ขึ้นในอเมริกา เป็น killed virus vaccine ได้รับการยอมรับจาก FDA แล้ว และสามารถใช่วaccine นี้ได้ทั่วโลก เนื่องจาก HAV มี single serotype และมี antigenic variation เพียงเล็กน้อยเท่านั้น

บทความนี้จะกล่าวถึง production process, immunogenicity และ application ของ HAV vaccine

Production



ผลข้างเคียงของ vaccine

1. ผลข้างเคียงเฉพาะที่

- ปวด 4.5%
- แดง 2.2%
- บวม 1.5%

2. ผลข้างเคียงทั่วไป

- ไข้ 8.6%
- ปวดหัว 11.2%
- อ่อนเพลีย 6.7%
- เบื่ออาหาร 2.6%
- คลื่นไส้ 6.0%
- อาเจียน 0.7%

มีรายงานน้อยมากที่เกิด anaphylaxis reaction และอาจเกิดจาก vaccine อื่นที่ให้ร่วมกัน

Immunogenicity

Molecular epitope ของ HAV ที่กระตุ้นการสร้าง protective antibodies เป็น 3-Dimensional conformation ซึ่งได้จาก juxtaposition ของ binding sites บน two capsid polypeptides ดังนั้นการพัฒนา recombinant vaccine จึงเป็นการยากเพราะ capsid polypeptides ที่ได้ไม่ form เป็น 3-dimensional conformation

Antibodies ที่เกิดจาก HAV vaccine เป็น specific neutralizing antibodies ที่มีผลในการป้องกันเหมือนการติดเชื้อ HAV จากธรรมชาติ

การตรวจหาระดับของ antibodies ใน serum ได้พัฒนาให้มีควมไวในการตรวจมากขึ้น คือใช้ "Modified HaVab" test ซึ่งไวกว่า standard commercial immunoassays ถึง 10 เท่า โดยสามารถตรวจ anti-HAV ที่ระดับประมาณ 10 mIU/ml ซึ่งเป็น protective level แต่ test นี้ยังไม่มีใช้ตาม lab ทั่วไป

ขนาดบรรจุ vaccine สำหรับผู้ใหญ่มี 1440 ELISA units/ml (ในประเทศอเมริกา) หรือ 720 ELISA units/ml (นอกประเทศอเมริกา)

ขนาดบรรจุ vaccine สำหรับเด็กมี 360 ELISA units/ml

วิธีใช้ vaccine

ผู้ใหญ่- 1440 ELISA units/ml ให้ single dose พบ seroconversion (คือระดับ antibodies ≥ 20 mIU/ml) มากกว่า 96% หลังให้ vaccine 1 เดือน โดยมีระดับ antibodies ระหว่าง 335-637 mIU/ml โดย protective antibody levels อยู่ได้นาน 1-2 ปี แต่ถ้าให้ booster dose จะอยู่ได้อย่างน้อย 6-7 ปี อย่างไรก็ตามคงต้องมี

การศึกษาต่อไปว่าภูมิคุ้มกันยังมีอยู่หรือไม่ในกรณีที่ไม่พบ
ระดับของ antibodies แล้ว

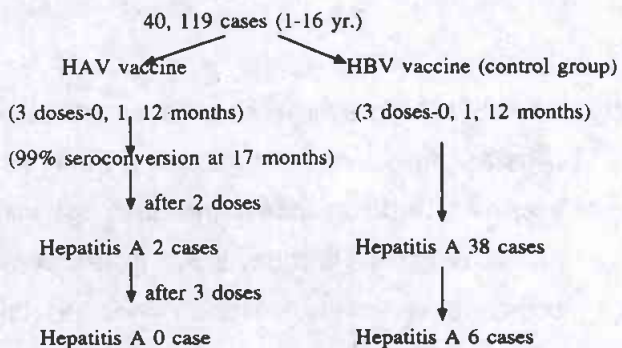
- 720 ELISA units/ml ให้ 3 doses ที่ 0, 1, 12 เดือน พบ
seroconversion 100%

เด็ก - 360 ELISA units/ml ให้ 3 doses ที่ 0, 1, 6-12 เดือน พบ
seroconversion 100% และระดับ antibodies ใกล้เคียงกับในผู้ใหญ่
โดยช่วงอายุ 3 เดือนถึง 6 ปี จะได้ผลดี ในเด็กที่อายุน้อยกว่า 3
เดือนจะมี Anti-HAV จากแม่ที่มีภูมิคุ้มกันอยู่มารบกวนต่อการตอบ
สนองของ vaccine ได้

ในอเมริกามีการยอมรับให้ใช้ HAV vaccine ในเด็กอายุมากกว่า
หรือเท่ากับ 2 ปี

Efficacy

ประเทศไทยได้ทำการศึกษแบบ double-blind randomized
control ในเด็ก 40, 119 ราย ได้ผลดังนี้



จากการศึกษา สรุปได้ว่า protective effect = 94% หลังได้ HAV vaccine 2 doses และ protective effect = 100% หลังได้ HAV vaccine 3 doses

นอกจากนี้ยังพบ hepatitis A ที่เกิดในกลุ่มที่ได้ HAV vaccine จะรุนแรงน้อยกว่า ระยะเวลาของอาการ และระยะเวลาของการตรวจพบเชื้อในอุจจาระสั้นกว่าในกลุ่มที่ไม่ได้ HAV vaccine

สำหรับการศึกษา post-exposure vaccination ในการป้องกัน hepatitis A ยังมีน้อย มีการศึกษาในสัตว์พบว่า การให้ vaccine วันที่ 1 และ 3 หลังสัมผัสเชื้อสามารถป้องกันการติดเชื้อ หรือช่วยลดความรุนแรงของโรคได้ และอาจช่วยลดการแพร่กระจายของเชื้อได้ เพราะตรวจไม่พบ HAV RNA จากอุจจาระของสัตว์ที่ได้รับ HAV vaccine โดยอีกการศึกษาหนึ่งพบว่า การให้ HAV vaccine หลังสัมผัสเชื้อในขนาดสูง คือ 1440 ELISA units ได้ผลดีกว่าการให้ในขนาดต่ำคือ 360 ELISA units

ในขณะนี้การป้องกันโรคหลังสัมผัสเชื้อในคนคือการให้ Immunoglobulin ภายใน 2 สัปดาห์ โดยมี protection rate 90% แต่ผลของ Immunoglobulin ต่อการขับ HAV ทางอุจจาระ ยังไม่ทราบแน่ชัด ดังนั้นคงต้องมีการศึกษาต่อไปในกรณีที่จะใช้ HAV vaccine แทน Immunoglobulin ในการป้องกันโรคหลังสัมผัสเชื้อ HAV

ในเบลเยียมพบว่า การให้ Immunoglobulin พร้อมกับ HAV vaccine แม้จะคนละตำแหน่งกัน ก็ยังมีผลลดระดับของ antibody ที่ถูกกระตุ้นโดย vaccine เกือบ 50% ซึ่งยังไม่ทราบกลไกที่แน่ชัด อาจเกิดจาก Immunoglobulin ไปขัดขวาง 3- dimensional epitope ใน HAV vaccine ซึ่งเป็นส่วนสำคัญสำหรับ antigenic stimulation

High risk groups (บุคคลที่สมควรได้รับ vaccine)

1. บุคคลากรทางสาธารณสุข, พยาบาล และคนงานทำความสะอาด มีความเสี่ยงสูงกว่าแพทย์ เพราะมีโอกาสสัมผัสกับอุจจาระของผู้ป่วยได้บ่อยกว่า มักเกิดจากการขาดการป้องกันเช่นการสวมถุงมือ และการรับประทานอาหารขณะทำงานบน ward ผู้ป่วย พบว่า neonatal ICU เป็นแหล่งของการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่พบบ่อย

2. เจ้าหน้าที่และเด็กในศูนย์รับเลี้ยงเด็ก โดยเชื้อจะปนเปื้อนอยู่ในผ้าอ้อม ของเด็กเล่น และสิ่งของอื่นๆ ซึ่งเชื้ออาจสามารถอยู่ได้เป็นระยะเวลาช้านาน และเด็กที่ติดเชื้อโดยเฉพาะเด็กที่ไม่มีอาการก็จะนำเชื้อไปสู่ครอบครัวได้อีกทอดหนึ่ง

3. บุคคลที่เดินทางไปใน endemic area ซึ่งยังไม่มียุติมาตรการแนะนำใช้ 1440 ELISA units single dose สำหรับผู้ใหญ่ และ 360 ELISA units 2 doses ที่ 0, 1 เดือน สำหรับเด็ก โดยควรได้ vaccine ครบอย่างน้อย 2 สัปดาห์ก่อนเดินทาง

4. ทหาร ในค่ายทหาร, ผู้ลี้ภัยในค่ายอพยพ หรือนักโทษในเรือนจำ

5. Homosexual โดยมีการติดเชื้อทาง oral sexual contact

6. IVDU คิดว่าเป็นจากสภาพสุขอนามัยที่ไม่ดี มากกว่าการแพร่เชื้อทางการฉีดยา

Pre และ Post-antibody Testing

1. Pre-antibody testing

ในสหรัฐอเมริกา ได้มีการสำรวจที่เดนมาร์ก ปี 1994 พบว่า ประชากรมี HAV antibody 21% ดังนั้นในแง่ cost-effectiveness ได้มีการคำนวณว่าอุบัติการณ์ของ HAV antibody ในที่แห่งใดมากกว่า 16% การทำ

prescreening test จะช่วยประหยัดเงินค่าใช้จ่ายได้ ซึ่งในสหรัฐอเมริกาค่าใช้จ่ายในการตรวจ HAV antibody เท่ากับ 16 เหรียญ ในขณะที่ HAV vaccine 2 doses สำหรับผู้ใหญ่ประมาณ 100 เหรียญ

ในทางปฏิบัติขณะนี้สำหรับผู้ที่มีข้อบ่งชี้ในการให้ HAV vaccine ที่อายุมากกว่า 40 ปี ควรได้รับการตรวจ anti HAV ก่อน

2. Post-antibody testing

หลังได้ HAV vaccine ไม่จำเป็นต้องตรวจหา HAV antibody เพราะมี seroconversion 100%

Immunization Strategies

ในระยะเริ่มต้น การให้ HAV vaccine จะอยู่ในกลุ่มเป้าหมายที่เป็น high risk groups ดังที่กล่าวมาแล้ว ซึ่งคงช่วยลดอุบัติการณ์ของโรคได้เพียงเล็กน้อย ในระยะยาวคงต้องมีแผนการให้ universal vaccination ซึ่งจะมีผลลดอุบัติการณ์ของโรคได้อย่างมาก เป็นการลดความสูญเสียจากตัวโรคต่อตัวผู้ป่วย และความสูญเสียทางเศรษฐกิจต่างๆ อย่างไรก็ตามก็ยังคงต้องมีข้อมูลมากขึ้นถึงระยะเวลาของภูมิคุ้มกันหลังจากได้ vaccine และ cost-effectiveness ในการให้ universal vaccination เพราะขณะนี้ HAV vaccine ยังมีราคาค่อนข้างแพงแต่ก็คาดว่าจะลดลงในอนาคต

(Teddy F.Bader. Hepatitis A Vaccine: Clinical Review, The American Journal of Gastroenterology 1996;91:217-222)

ปฏิทินประชุมวิชาการที่น่าสนใจ

การประชุมวิชาการกลางปี 2539

สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

8-9 สิงหาคม 2539

โรงแรมริเจนท์ ซะอ่า จังหวัดเพชรบุรี

SCIENTIFIC PROGRAM

Thursday 8 August, 1996

08.00-09.45 Registration

09.45-10.00 Opening Remarks

นพ. พิณิจ กุลละวณิชย์ (นายกสมาคมฯ)

Chairperson นพ.กำธร เผ่าสวัสต์

10.00-12.00 Recent Advances in Laparoscopic Biliary Surgery

นพ. ชาญวิทย์ ตันดีพิพัฒน์, นพ. ทวีสิน ตันประยูร

นพ. กำธร เผ่าสวัสต์ (Moderator)

12.00-13.00 Lunch

Chairperson พญ.วโรชา มหาชัย

13.00-15.00 Symposium-Nutritional Support in GI Disorders

Dr.L. Gremlich, University of Alberta, Canada

นพ. สุรัตน์ โคมินทร์,

พญ. กรรณิการ์ พรพัฒน์กุล (Moderator)

- 15.00-15.30 Coffee Break
- 15.30-16.30 Liver Pathology-Clinical Conference
 นพ. พงษ์พีระ สุวรรณกุล, นพ. ปิยะวัฒน์ โกมลมิศร์
- 16.30-17.30 Cancer Screening in Gastroenterology
 นพ. กำธร เผ่าสวัสดิ์, นพ. นรินทร์ วรรณิ
 นพ. อนุชิต จูฑะพุกธิ (Moderator)
- 17.30-18.30 Reception Cocktail
- 18.30-20.00 Managing Acid-related Disorders,
 now and in the future
 Prof. James W. Freston: University of Connecticut
 Health Center
- 20.00 Dinner

Friday 9 August, 1996

- Chairperson นพ.พินิจ กุลละวณิชย์
- 08.30-09.30 Hepatobiliary Infection
 นพ. สมพนธ์ บุญยคุปต์
- 09.30-10.30 Practical Approach to Constipation
 นพ. สีน อนุราษฎร์
- 10.30-11.00 Coffee Break
- 11.00-12.00 Fecal Incontinence : Approach to Diagnosis and
 Management
 Dr. Wei Ming Sun, University of Adelaide, Australia
- 12.00-13.00 Lunch

Chairperson	นพ.อุดม คชินทร
13.00-14.00	Recent Advances in GI Radiology พญ. เกษร วัชรพงษ์ และคณะ
14.00-15.00	GI Involvement in SLE นพ.ยุทธนา ศตวรรษธำรง
15.00-15.30	Coffee Break
15.30-16.30	Clinical Approach to Malabsorption นพ. อุดม คชินทร
16.30-16.45	Closing Remarks นพ. พิณิจ กุลละวณิชย์ (นายกสมาคมฯ)

1. ค่าลงทะเบียน

ก่อนวันที่ 8 กรกฎาคม 2539

0 แพทย์สมาชิก / แพทย์ประจำบ้าน	1,000 บาท
0 แพทย์ทั่วไป	1,200 บาท
0 ผู้ติดตาม / บริษัทฯ	800 บาท

หลังวันที่ 8 กรกฎาคม 2539

0 แพทย์สมาชิก / แพทย์ประจำบ้าน	1,200 บาท
0 แพทย์ทั่วไป	1,400 บาท
0 ผู้ติดตาม / บริษัทฯ	1,000 บาท

2. ค่ามัดจำที่พัก (โปรดวางมัดจำค่าห้องพัก 1 คืนต่อห้องเท่านั้น)

0 ห้องเดี่ยว / ห้องคู่	1,400 บาท (รวมอาหารเช้า)
------------------------	--------------------------

3. ชำระโดย

ธนาวดี ส่งจ่าย นพ.อุดม คชินทร ปทจ.ศิริราช
เช็คส่งจ่าย "สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย"
(เช็คต่างจังหวัดโปรดเพิ่มค่าธรรมเนียมเรียกเก็บอีก 20 บาท)

4. สอบถามรายละเอียดส่งแบบฟอร์มการลงทะเบียนได้ที่

นพ.อุดม คชินทร

เลขาธิการสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

ตึกฉะอับ ชั้น 1 โรงพยาบาลศิริราช บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700

โทร 419-7280-3

โทรสาร 411-5013

**10th Asian-Pacific Congress of Gastroenterology
(APCGE)
7th Asian-Pacific Congress of Digestive Endoscopy
(APCDE)**

**19-23 September 1996
Pacifico Yokohama, Japan**

**4th International Workshop and Symposium on
Therapeutic Endoscopy and Gastroenterology
14-17 October 1996
Nanjing, China**

**5th United European
Gastroenterology Week (UEGW)
2nd-6th November 1996
CNIT-Paris, France**

**XIV International Congress for
Tropical Medicine and Malaria
17-22 November 1996
Nagasaki, Japan**

**International Workshop on
Helicobacter Pylori
1st-2nd December 1996
Hong Kong**

**11th International Workshop on
Therapeutic Endoscopy
3rd-5th December 1996
Hong Kong**

บรรณาธิการแถลง

ถึงแม้จะไม่สมบูรณ์นักทีเดียว สำหรับจุลสารสมาคมฯที่กำลังถืออยู่นี้ แต่ก็นับได้ว่าสามารถฝ่าฟันการทำงานออกมาเป็นรูปเล่มได้ ซึ่งอย่างน้อยก็สามารถทำได้ในเรื่องของความต่อเนื่องของการออกจุลสาร แม้จะออกไม่ตรงเวลาที่เดียวกัน แต่ก็พยายามให้ออกช่วงระยะเวลาที่ใกล้เคียงกับที่ควรเป็น ฉบับนี้เป็นฉบับที่ 13 แล้วแต่เป็นฉบับที่ 7 ในช่วงของสมาคมฯชุดปัจจุบัน นับว่าเวลาผ่านไปเร็วมากนะครับ เนื้อหายังคง case จาก Interhospital GI Conference พร้อมกับ Review เช่นเคย ซึ่งเป็น case ที่น่าสนใจทีเดียว สำหรับเนื้อหาวิชาการก็ได้เรื่อง Pharmacological Treatment of Bleeding Esophageal Varices จากอาจารย์อุดม คชินทร และ โรคติดเชื้อและการป้องกันการติดเชื้อจากเครื่องมือ จากอาจารย์สถาพร มานัสสฤทธิย์ ซึ่งน่าสนใจและน่ารู้ทีเดียว คอลัมน์พิเศษนั้นยังไม่หายไปไหน คงกลับมาในฉบับหน้านะครับ

ก็คงเช่นเดิมว่าจุลสารนี้อยากให้เป็นตลาดวิชาการของมวลสมาชิก ทั้งการได้ฝึกเขียน รวบรวม Review ในเรื่องของวิชาการ เราพร้อมที่จะรับบทความของสมาชิกทุกๆท่านเสมอ นะครับ

ต้นเดือนหน้าเรามีการประชุมกลางปีของสมาคมฯที่ชะอำอีก สมาชิกคงให้ความสนใจเช่นเคยนะครับ เนื้อหาก็นั่นในเรื่องของวิชาการเป็นหลัก ร่วมกับมีสถานที่เที่ยวได้บ้าง เขียนแล้วก็นึกถึงการประชุมวิชาการประจำปีของโรงเรียนแพทย์ในแต่ละแห่ง ปัจจุบันมีคน attend น้อยลงกว่า

สมัยผมเป็นนักศึกษาแพทย์มากที่สุดทีเดียว และส่วนใหญ่ก็จะเป็นแพทย์ที่เพิ่งจบใหม่ที่ทำงานอยู่ต่างจังหวัดมา 1-2 ปี ไม่ได้มีแพทย์เฉพาะทางมา attend มากเหมือนเมื่อก่อน ทั้งนี้ก็เป็นเพราะว่าแพทย์ต่างจังหวัดนั้นมีโอกาสน้อยเข้าร่วมการประชุมประจำปีไม่บ่อยนัก แพทย์ subspecialty หรือแพทย์ที่อาวุโสขึ้นมาหน่อยที่สนใจใน field ไหนๆ ก็มักจะไป attend activity ของสมาคมนั้นๆ มากกว่า ก็เลยทำให้หัวข้อการจัดประชุมวิชาการของโรงเรียนแพทย์ ต้องจัดหัวข้อให้กับกลุ่มคนฟังใหม่ ซึ่งผมก็ถือว่าเป็นเรื่องธรรมดา แต่โอกาสที่เราจะ join activity ของโรงเรียนแพทย์เดิมก็ลดน้อยลงตามไปด้วย ซึ่งในส่วนนี้สมาชิกก็คงต้องพิจารณากันเอาเองอีกที โปรแกรมการประชุมของสมาคมฯ และ International Meeting ของ GI นั้นในแต่ละปี มีมากจริงๆ เพราะฉะนั้นเราจึงพยายามบอกในรายละเอียดในปฏิทินวิชาการให้พวกเราได้รับรู้ข่าวสารอันนี้ เพื่อที่จะได้จัดสรรแบ่งเวลากับลำดับความสำคัญให้พอเหมาะพอดีสำหรับโปรแกรมทั้งปีนะครับ

พบกันที่ชะอำเดือนหน้า และสำหรับผู้ที่มีโอกาสไปประชุมใหญ่ของ APCGE ที่ Yokohama ในเดือนกันยายนนี้ ก็คงได้พบกันนะครับ

นพ.สมชาย ลีลากุลศลวงศ์