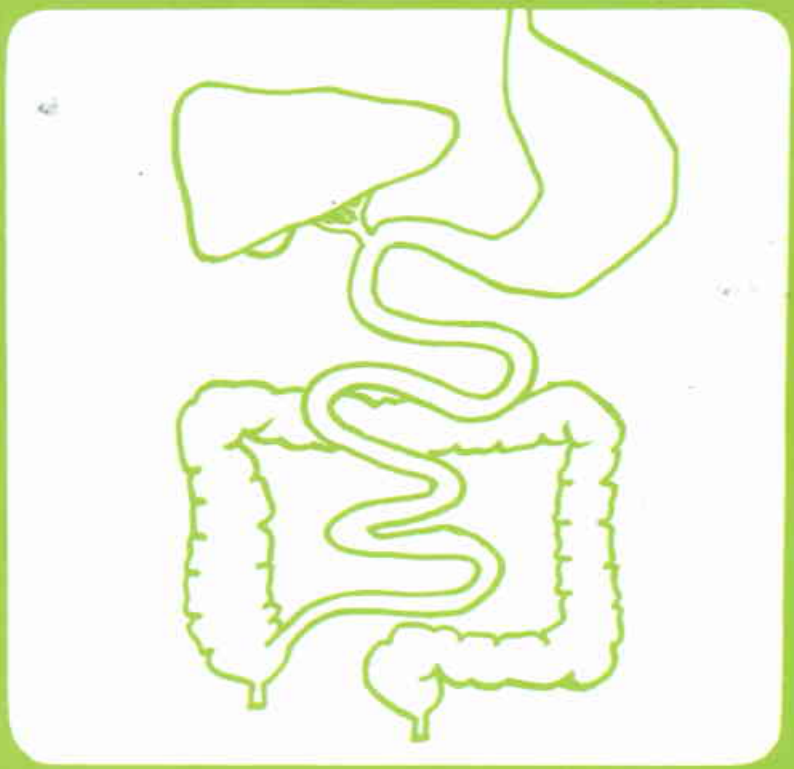
จุลสาร

สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหาร แห่งประเทศไทย

ปีที่ 4 ฉบับที่ 16 พฤศจิกายน 2539 ISSN 0857-6351



แพทย์ระบบทางเดินอาหาร แห่งประเทศไทย

จุลสารสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย จัดพิมพ์โดยอนุมัติคณะกรรมการอำนวยการสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย กำหนดออกทุก 2 เดือน แจกจ่ายโดยไม่คิดมูลค่าแก่สมาชิกของสมาคมฯ และแพทย์ผู้สนใจ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมความรู้โรคระบบทางเดินอาหารและประชาสัมพันธ์กิจกรรมของสมาคมฯ

สำนักงานะ–

สาขาวิชาโรคระบบทางเดินอาหาร

ภาควิชาอายุรศาสตร์

คณะแพทย์ศาสตร์ศิริราชพยาบาล

บางกอกน้อย

กรุงเทพฯ 10700

โทรศัพท์ 419–7280–3

โทรสาร 411–5013

จุลสารสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย
ปีที่ 4 ฉบับที่ 16 พฤศจิกายน 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 ลีลากุศลวงศ์
	นพ.ธงชัย ทางธนกุล
	นส.พรทิพย์ จิณแพทย์
ปก	นายเอนก เกตุสมพร
พิมพ์ที่	ศุภวนิช การพิมพ์
จำนวน	2,000 เล่ม

จุลสารสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย
ปีที่ 4 ฉบับที่ 16 พฤศจิกายน 2539

สารบัญ

		หน้า
รายนามคณะกรรมการอำนวยการ สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย		4
สารจากนายกสมาคมฯ		9
รายงานการประชุมคณะกรรมการอำนวยการฯครั้งที่ 6/2539		37
รายงานการประชุมคณะกรรมการอำนวยการฯครั้งที่ 7/2539		43
Interhospital GI Conference		
รายที่ 1	A case of young female presented with chronic diarrhea and weight loss	51
รายที่ 2	A case of young female presented with abdominal pain and weight loss	69
Interesting Topic Review		
	Capillaria Philippinesis	59
	Inflammatory bowel diseases	75
บทความพิเศษ		95
ปฏิทินประชุมวิชาการที่น่าสนใจ		111
บรรณาธิการแถลง		115

รายนามคณะกรรมการอำนวยการ
สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย
วาระ 2538-2540

1. นายกสมาคมฯ	นพ.พินิจ	กุลละวณิชย์
2. อุปนายก	พญ.กรรณิการ์	พรพัฒน์กุล
3. เลขาธิการ	นพ.อุดม	คชินทร
4. เหรัญญิก	นพ.ประวิทย์	เลิศวีระศิริกุล
5. ปฏิคม	พ.อ.นพ.สุรพล	ชื่นรัตนกุล
6. ประธานฝ่ายวิเทศสัมพันธ์	นพ.นุสนธิ์	กลัดเจริญ
7. ประธานฝ่ายวิจัย	นพ.พิศาล	ไม้เรียง
8. ประธานฝ่ายวิชาการ	พญ.วโรชา	มหาชัย
9. ประธานฝ่ายโรคตับ	นพ.เติมชัย	ไชยนุวัติ
10. ประธานฝ่ายเอ็นโดสโคปีย์	นพ.ไพโรจน์	เหลืองโรจนกุล
11. ประธานฝ่ายวารสาร	นพ.สิน	อนุราษฎร์
12. ประธานฝ่ายการศึกษาหลังปริญญา	นพ.สถาพร	มานัสสถิตย์
13. กรรมการกลาง	นพ.กำธร	เผ่าสวัสดิ์
14. กรรมการกลาง	พญ.เกษร	วัชระพงศ์
15. กรรมการกลาง	นพ.ชาญวิทย์	ตันติพิพัฒน์
16. กรรมการกลาง	พญ.ชุติมา	ประมูลสินทรัพย์
17. กรรมการกลาง	นพ.ทองดี	ชัยพานิช
18. กรรมการกลาง	นพ.บัญชา	โอวาทพารพร
19. กรรมการกลาง	นพ.พงษ์พีระ	สุวรรณกูล
20. กรรมการกลาง	น.อ.นพ.ไพฑูรย์	จ่วงพานิช

21. กรรมการกลาง	นพ.มานิต	ลีโทชวลิต
22. กรรมการกลาง	พ.ต.อ.นพ.วรพันธุ์	เสาวรส
23. กรรมการกลาง	นพ.วีกิจ	วีรานุวัตติ์
24. กรรมการกลาง	พญ.วีณา	วงศ์พานิช
25. กรรมการกลาง	นพ.สวัสดิ์	ฟองวัฒนานนท์
26. กรรมการกลาง	นพ.สวัสดิ์	หิตะนันท์
27. กรรมการกลาง	พ.ท.นพ.อนุชิต	จูฑะพุทธิ
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

รายนามคณะอนุกรรมการฝ่ายต่างๆของ สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

รายนามคณะอนุกรรมการฝ่ายวิชาการ

1. พญ.วโรชา	มหาชัย	ประธาน
2. นพ.กำธร	เผ่าสวัสดิ์	อนุกรรมการ
3. พญ.ชุติมา	ประมูลสินทรัพย์	อนุกรรมการ
4. นพ.บัญชา	โอวาทพารพร	อนุกรรมการ
5. พญ.บุษบา	วิวัฒน์เวคิน	อนุกรรมการ
6. นพ.ไพโรจน์	เหลืองโรจนกุล	อนุกรรมการ
7. พ.ท.นพ.อนุชิต	จูฑะพุทธิ	อนุกรรมการ

รายนามคณะอนุกรรมการฝ่ายวิจัย

1. นพ.พิศาล	ไม้เรียง	ประธาน
2. นพ.องอาจ	ไพรสณฑรางกูร	อนุกรรมการ
3. นพ.บัญชา	โอวาทพารพร	อนุกรรมการ
4. นพ.กำธร	เผ่าสวัสดิ์	อนุกรรมการ
5. นพ.พลรัตน์	วิไลรัตน์	อนุกรรมการ
6. นพ.สิริวัฒน์	อนันต์พันธุ์พงศ์	อนุกรรมการ
7. นพ.สมพนธ์	บุณยคุปต์	ที่ปรึกษา
8. นพ.เกรียงไกร	อัครวงศ์	ที่ปรึกษา
9. นพ.สิน	อนุราษฎร์	ที่ปรึกษา

รายนามคณะอนุกรรมการฝ่ายการศึกษาหลังปริญญา

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

รายนามคณะอนุกรรมการฝ่ายการศึกษาหลังปริญญาเพิ่มเติม

1. นพ.พินิจ	กุลละวณิชย์	ที่ปรึกษา
2. นพ.เติมชัย	ไชยนุวัติ	ที่ปรึกษา
3. นพ.สิน	อนุราษฎร์	ที่ปรึกษา
4. นพ.อนุชิต	จูฑะพุทธิ	อนุกรรมการ
5. นพ.พิศาล	ไม้เรียง	อนุกรรมการ
6. นพ.บัญชา	โอวาทพารพร	อนุกรรมการ

รายนามคณะอนุกรรมการฝ่ายวารสาร

1. นพ.สิน	อนุราษฎร์	ประธาน
2. นพ.ไพโรจน์	เหลืองโรจนกุล	อนุกรรมการ
3. นพ.สิริวัฒน์	อนันต์พันธุ์พงศ์	อนุกรรมการ
4. นพ.เติมชัย	ไชยนุวัติ	อนุกรรมการ
5. นพ.วีระศักดิ์	ว่องไพฑูรย์	อนุกรรมการ
6. นพ.สถาพร	มานัสสถิตย์	อนุกรรมการ
7. นพ.บัญชา	โอวาทพารพร	อนุกรรมการ
8. นพ.นุสนธิ์	กลัดเจริญ	อนุกรรมการ
9. นพ.พิศาล	ไม้เรียง	อนุกรรมการ
10. พญ.วโรชา	มหาชัย	อนุกรรมการ
11. พญ.กรรณิการ์	พรพัฒน์กุล	อนุกรรมการ
12. นพ.สุชา	คูระทอง	อนุกรรมการ
13. พ.อ.นพ.สุรพล	ชื่นรัตนกุล	อนุกรรมการ
14. นพ.สุริยะ	จักกะพาก	อนุกรรมการ
15. พ.ท.นพ.อนุชิต	จูฑะพุทธิ	อนุกรรมการ
16. นพ.กำธร	เผ่าสวัสดิ์	อนุกรรมการ
17. นพ.ทองดี	ชัยพานิช	อนุกรรมการ

สารจากนายกสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

เรียน ท่านสมาชิกและเพื่อนแพทย์ที่เคารพรัก

ขณะที่ผมกำลังร่าง "สารจากนายก" ในสมองของผม ผมกำลังบินอยู่ระหว่างกรุงเทพฯ กับ Zurich! เพื่อไปประชุม Falk Symposia ที่เมือง Freiburg, ประเทศเยอรมันนีตามคำเชิญของบริษัท Falk และ F.E. Zuellig ระหว่างวันที่ 21 ตุลาคมถึง 1 พฤศจิกายน! จริงๆ แล้วผมไม่ค่อยอยากมาเท่าไหร่ เพราะหัวข้อการประชุมเป็น basic research และไม่ใช่หัวข้อที่ผมถนัด แต่ในฐานะที่เป็นนายกฯ และหัวหน้าสาขาวิชาที่จุฬาฯ จึงมีความจำเป็นที่จะต้องไปดูว่าเขาทำอะไรกันบ้าง ใครเป็น authority ในหัวข้อต่างๆ เหล่านี้เพื่อที่จะได้รู้จักไว้ เพื่อที่จะส่งแพทย์ไทยไปอยู่ด้วย เชิญเขามาเมืองไทย และบางหัวข้อที่ประเทศไทยไม่มีการศึกษาหรือให้บริการ จะได้พิจารณาส่งเสริมให้มีแพทย์ไทยทำ แต่ที่ไม่อยากมาเพราะตอบรับเชิญการไปประชุม 5 United European Gastroenterological Week ที่ Paris ระหว่างวันที่ 1-6 พฤศจิกายนอยู่แล้ว ถ้าไปจะต้องไปนานถึง 21 วัน ซึ่งยาวนานเกินไป Freiburg เป็นเมืองเล็กๆ อยู่ในชนบทของเยอรมันนี ซึ่งเท่าที่ทราบเป็นพื้นที่ๆ สวยงามมาก ใกล้ๆ Black Forest ที่มีชื่อเสียงมากของเยอรมันนีและ Freiburg เป็น headquarter (บก.สูงสุด) ของบริษัท Dr. Falk หรือ Falk Foundation e V เขาแบ่งการประชุมเป็น Falk Symposium ที่ 93 ตั้งแต่ 22-24 ตุลาคม 2539 เรื่อง Bile Acids in Hepatobiliary Diseases-Basic Research and Clinical Application, Falk Symposium ที่ 94 เรื่อง The Gut as a Model in Cell and Molecular Biology ระหว่างวันที่ 25-26, วันที่ 27 เป็น International Falk Workshop on Zinc and Diseases of

the Digestive Tract, วันที่ 28-30 ตุลาคมเป็น Falk Symposium 95 เรื่อง Constipation and Ano-Rectal Insufficiency และวันที่ 30 ตุลาคม-1 พฤศจิกายน เป็น Falk Symposium 96 เรื่อง Inflammatory Bowel Diseases-from bench to bedside !!! ผมดูหัวข้อแล้วคิดว่า no one (in Thailand) in his right mind อยากจะมา (ถ้าแปลเป็นไทยคงในทำนองคงจะมีเฉพาะคนบ้าเท่านั้นที่อยากจะมา!)

เหตุผลที่ไม่ค่อยอยากมาอีกอันหนึ่งคือผมมาเมืองนอกบ่อยมากแล้วในปีนี้ ที่มาบ่อยเพราะผมถือว่าเป็นหน้าที่ อยู่ในตำแหน่งอะไรต้องทำให้ดีที่สุด จริงๆแล้วถึงมาผมก็ไม่ได้ไม่ทำงาน เพราะการบรรยาย สอนนิสิตแพทย์ผมโยกย้ายไปสอนเวลาอื่นหมด ที่ขาดอย่างเดียวคือการออกตรวจ OPD. ปกติถ้าอยู่ก็จะสอน residents ปี 2,3 ที่มาอยู่ที่หน่วย GI ทุกเช้าอยู่แล้วตอน 7.15-8.30 น. ซึ่งเป็นการสอนนอกเหนือหน้าที่ ที่เป็นการสมัครใจจากทั้งผมและ residents (ที่ยอมมาแต่เช้า!)

การมาประชุมที่ Freiburg ทำให้ผมไม่มีเวลากลับบ้านก่อนไป Paris จึงต้องอยู่รวดเดียวเลย ระยะการประชุมถือว่ายาวนานที่สุดในการมาต่างประเทศของผมในช่วงสิบกว่าปี คือรวม 21 วัน! และเนื่องจากในช่วง 11 วันแรก ผมจะต้องเดินทางคนเดียวจึงต้องวางแผนอย่างรอบคอบ ในระยะหลังๆ เนื่องจากไปเป็นกลุ่มไม่ต้องวางแผนอะไรเลย เพราะมีคนคอยดูแล เพียงแต่เดินตามกันไป มาคราวนี้จึงต้องศึกษาอย่างละเอียดซึ่งก็โชคดีที่มีความรอบคอบมิฉะนั้นป่านนี้คงยุ่งมากแล้ว กล่าวคือ F.E. Zuellig จัดให้ผมเดินทางดังนี้ กรุงเทพฯ ไป Zurich โดย Thai Inter แล้วไป Basel (Switzerland) โดย Swissair แล้วจะมีคนมารับเข้า Freiburg (Germany) ขากลับก็จะกลับจาก Freiburg เข้า Basel (Swiss) ไป Paris (ฝรั่งเศส) สรุปแล้ว เข้า Swiss 2 ที, Germany 1 ที, ฝรั่งเศส 1 ทีตามที่เราเข้าใจ

ทางบริษัทก็เอา passport ไปทำให้ผมและเสร็จแต่เนิ่นๆ เนื่องจากผมพูดย้ำกับบริษัท F.E. Zuellig ตลอดเวลาเกี่ยวกับวีซ่า 3 ประเทศและกี่ครั้ง ผมจึงไม่ได้ดู passport ตอนได้คืนมา แต่พอ 5 วันก่อนเดินทางได้มาดู passport พบว่าเขาทำวีซ่าให้เข้า Swiss ได้ 2 ครั้ง ทำวีซ่าเข้าฝรั่งเศส 1 ครั้ง แต่ไม่มีวีซ่าเข้าเยอรมันนี จึงโทรไปถาม ตอนแรกได้ความว่าวีซ่าเข้าฝรั่งเศสจะเข้าเยอรมันนีได้ด้วย (เข้าได้ 7 ประเทศ) ผมก็ดูอีกพบว่าเข้าได้ 7 ประเทศก็จริงแต่ไม่เกิน 15 วัน จึงบอกเขาไป บริษัทยาจึงโทรไปถาม Travel agent ปรากฏว่าเขานึกว่าผมไป Basel และ Paris เท่านั้น! เลยต้องไปทำวีซ่าใหม่โดยทำแบบเดิม (7 ประเทศ) แต่เป็น multiple visa และมีอายุ 30 วัน! โชคดีที่มาตรวจเช็คมิฉะนั้นคงวุ่นวายน่าดู

ผมได้เตรียมตัวซักถามรายละเอียดของการเดินทางกับบริษัทยาอย่างละเอียดก็ทราบว่ามาถึง Basel ให้ออกทาง French side จะมีคนมารับ ถามมากกว่านี้ก็ได้รายละเอียดแค่นี้ ก็นึกว่าคงไม่มีปัญหา คงมีทางออกรวมแบบดอนเมืองคือพอผ่านการตรวจคนเข้าเมือง เอากระเป๋าเสร็จจะมีทางออกทางเดียวและพอออกมาเลี้ยวซ้ายหรือขวาเพื่อหาคนมารับ ซึ่งก็โชคดีอีกที่ตอนนั่งจาก Zurich มา Basel ได้นั่งกับคนที่อยู่ Basel คุยกันจึงทราบว่า Basel เป็นสนามบินรวมของประเทศ Swiss ฝรั่งเศสและ Germany เป็นสนามบินที่มีส่วนหนึ่งอยู่ในฝรั่งเศส ส่วนหนึ่งอยู่ใน Swiss เวลาได้กระเป๋าแล้วจะต้องเลือกว่าจะตรวจคนเข้าเมืองสำหรับประเทศฝรั่งเศส หรือประเทศสวิส! ผมเลยชักไม่แน่ใจเพราะทำวีซ่าเข้าสวิสมาถึง 2 ครั้ง! อย่างไรก็ตาม ก็ออกทางประเทศฝรั่งเศสตามที่ได้รับการบอกกล่าว เจ้าหน้าที่ตรวจคนเข้าเมืองยังถามเลยว่าไม่ไปทางสวิสหรือ(เพราะคงเห็นวีซ่าสวิส) ผมเลยบอกว่าจะไป Freiburg เขาก็เข้าใจทันทีเพราะถ้าจะไป Freiburg (อยู่ในเยอรมันนี) จะต้องออกทางฝรั่งเศส! สรุปแล้วไม่ต้องทำวีซ่าเข้าสวิสเลยก็ได้

ถ้าจะไป Freiburg การออกทางประเทศสวิสจะต้องขับรถอ้อมไปอีกหลายสิบกิโลเมตร ถ้าจะไป Freiburg! (แต่ช่องตรวจคนเข้าเมืองสำหรับฝรั่งเศสและสวิสก็อยู่ติดกัน แต่เข้าแล้วก็ชวยไปเลยถ้าผิด!)

พอผ่าน immigration ก็ปรากฏว่าเป็นเมืองฝรั่งเศส ไม่มีใครถือป้ายมารับซักหนึ่งคน! มีคนรอไม่กี่คน เห็นคนหนึ่งถือกระดาษอยู่เข้าไปถามเขามารอเหมือนกันแต่คนละกลุ่มไม่พูดภาษาอังกฤษเลย เลยถามไปเรื่อยๆ เผื่อจะเจอ! ปรากฏว่าคนมารับเขาไม่ถือป้ายแต่ติดบัตรตรงหน้าอกคล้ายๆ ป้ายชื่อเล็กๆเท่านั้นว่า Falk Symposium ก็โล่งอกไปทีที่พบเขามิฉะนั้นคงยุ่งน่าดู เขามารอรับ 19 คน แต่พบว่ามาเพียง 10 คน ผมว่าคงหลงไปอีกประเทศมากกว่า!

เสียเวลารอตั้งนานก็นั่งรถ bus ใหญ่แบบ 45 ที่นั่ง วิ่ง 25 นาทีก็ผ่านด่านเข้าประเทศเยอรมันนี แต่ไม่เห็นรถหยุด เพียงแต่ชะลอเท่านั้นตกลงเข้าประเทศเยอรมันนีโดยไม่ได้ประทับตรา! บ้านเมืองเขาติดกันมากข้ามพรมแดนกันเป็นว่าเล่น ถ้าเรามาอยู่แถวนี้และต้องมีวีซ่าควรจะทำแบบ multiple ทำ single visit ไม่ไหวแน่ ผ่านด่านได้ก็วิ่งอีก 34 กิโลเมตรก็ถึง รวมแล้วใช้เวลา 50 นาที

Freiburg เป็นเมืองเล็กๆ เก่าแก่ ตอนหลังใช้เวลาเดิน 1 ชั่วโมงก็รอบเมือง! แต่ก็เป็นเมืองที่มีชื่อ มีมหาวิทยาลัยที่มีชื่อ ที่มีบัญฑิตที่มีชื่อเสียงของโลกที่ได้ Nobel Prize ฯลฯ สวยงามมาก อยู่ติดกับ Black Forest ที่มีชื่อเสียง ตอนหลังทราบว่า Black Forest มีความยาว(เหนือมาใต้) 80 กม. กว้าง 180 กม. (ออกไปตก) รถไปจอดที่โรงแรมแรกก่อนคือ Columbi ซึ่งทุกคนลงหมดยกเว้นผมกับ Andrew Burroughs ซึ่งตอนแรกจำไม่ได้ทั้งๆ ที่เคยอยู่ Royal Free มาด้วยกันตอนประมาณ 1979 ผมกำลังจะจากไป เขาเพิ่งมายังเด็กมากตอนนั้น เขาจบที่ Liverpool ตอน 1976 มา

เป็น registrar ที่ Royal Free 1979 (ได้ MRCP แล้วตอนนั้น เร็วมาก 3 ปีเท่านั้น) พอคนลงหมดจึงคุยกันก็เลยรู้จักกัน และได้พูดถึงพรรคพวกที่ต่างคนต่างรู้จักพอสรุปได้ว่า Royal Free มีอาจารย์ 6 คน Neil McIntyre, Roy Pounder, Geoffrey Duschenko, Andrew Burroughs, และอีก 2 คนซึ่งผมนึกชื่อไม่ออก ซึ่งก็ไม่มากกว่าที่จุฬาฯ เลย Andrew เล่นทาง portal hypertension ต้องมาพูดเย็นวันที่มาถึงตอน 5 โมงถึง 6 โมงเย็น แล้ววันรุ่งขึ้นก็บินกลับไปออก OPD ตอนบ่าย 2 โมง !

มาถึงโรงแรมที่เขาจัดให้ผมพักชื่อ Dorint Kongress Hotel ปรากฏว่าอยู่ติดกับ Convention Centre ซึ่งมีชื่อว่า Konzerthaus Freiburg ซึ่งเพิ่งเปิดได้ไม่ถึงปี โชคดีมากที่โรงแรมของผมอยู่ติดกันเลย แต่เดินทะลุไม่ได้ต้องออกจากโรงแรมเลี้ยวขวาสะดวกมาก Konzerthaus ก็ไม่ใหญ่มาก เท่าที่เห็นมีห้องใหญ่จุคนแบบ classroom ได้ประมาณ 600 คน อยู่ที่ชั้น 2 ส่วนชั้น 3 มีห้องเล็กๆ แบบจุได้ 100-200 อีก 1 ห้องแต่ยังมี space อีกมากซึ่งผมไม่ทราบว่าใช้ทำอะไรได้อีกหรือไม่ แต่ห้องโถง (corridor) กว้างขวางมาก ตั้ง poster, booth ได้พอสมควร แต่งานนี้ไม่มี booth เพราะ sponsor มีบริษัทเดียวคือ Falk Foundation e V.!

ผมขึ้นห้องซึ่งอยู่ชั้น 6 โรงแรมมี 7 ชั้น คงมีไม่กี่ร้อยห้อง ห้องใหญ่พอสมควร มี 2 เตียง ห้องน้ำใหญ่(ใหญ่กว่าที่ญี่ปุ่นมาก) พูดถึงการเตรียมตัวก่อนมา เนื่องจากผมต้องมาคนเดียว จึงต้องศึกษาข้อมูลก็ทราบว่าอากาศที่ Freiburg และ Paris มีอุณหภูมิประมาณ 10 ^{0}C! จึงต้องเตรียมตัวพอสมควร เอา pullover (เสื้อหนาวที่สวมผ่านคอไม่มีกระดุม) มา 1 ตัว เสื้อ cardigan ที่มีกระดุมแกะได้ 1 ตัว cardigan ถือว่าสุภาพหน่อย จะใส่ได้เสื้อนอกก็ได้ใน official function แต่ฝรั่งก็แต่งตัวกันมั่วๆ บางคนใส่ jean เข้าฟัง ไม่ใส่เสื้อนอก ฯลฯ นอกจากนั้นผมยังเอาเสื้อ overcoat มาด้วย

1 ตัว หนักจะตาย จึงต้องถือมา แต่จริงๆ แล้วโอกาสใช้น้อยมาก เพราะเรามาแบบผู้ใหญ่ ในห้องมี heater ใส่ shirt ตัวเดียวยังสบาย จึงไม่ค่อยได้ใช้ cardigan, pullover หรือเสื้อ overcoat เท่าไหร่ นอกจากนั้นยังเอา cold cream มาด้วย (และยาอื่นๆค่อนข้างพร้อม) เพราะเวลาอากาศหนาว อาบน้ำร้อน ผิวจะแห้ง ทำให้แตกและคัน ผมเคยเป็นเพราะไม่ได้ทา cold cream ตั้งแต่แรก คราวนี้จึงทาก่อนมีอาการจึงยังไม่เป็นอะไร ถ้ารอให้ผิวแห้ง แตก คัน แล้วจึงทาจะสายไป และเนื่องจากผมมาอยู่ต่างประเทศถึง 21 วัน ผมจึงต้องเอาเสื้อผ้ามามากๆ และเอาผงซักฟอกมาด้วย แต่รู้สึกว่าเอามามากไป เพราะหน้าหนาวเสื้อ shirt ใส่ 2 วันก็ไม่เหม็น (ตอนเป็นเด็กอยู่โรงเรียนประจำครูให้ใส่ตัวละ 1 อาทิตย์ก่อนให้เปลี่ยน!) กางเกง 3 ตัว, เสื้อ blazer 1 ตัว, suit 1 ชุด, กางเกง jean 2, shirt jean 2, shirt 10 ตัว ฯลฯ แต่ไม่ได้ใช้ suit เลย ไม่มีโอกาสและไม่จำเป็นที่จะต้องใช้ส่วนที่ขาดไม่ได้คือเอาของขวัญมาให้ Dr. Herbert Falk, ลูกชาย Martin ซึ่งเคยเจอที่ Hong Kong เพราะไม่ค่อยชอบเอาของใครฟรีโดยไม่มีอะไรตอบแทน(บ้าง) เอาของขวัญมาเกินด้วยเผื่อขาดเผื่อเหลือซึ่งก็ได้ใช้เพราะมาแล้วจึงทราบว่าภรรยาของ Dr. Falk ชื่อ Ursula ยังอยู่และ active ดี จึงให้ผ้าพันคอที่ดีเป็น Thai silk

Dr. Herbert Falk เป็นบุคคลที่น่าทึ่งมาก ผมยังไม่ค่อยทราบประวัติ รู้แต่ว่าได้ PhD ทาง pharmaco อยู่ที่ Freiburg มานาน ตั้งแต่เกิด? สร้างบริษัท Falk เมื่อรวยแล้วก็ตั้งมูลนิธิ Falk หรือ Falk Foundation e V. เพื่อการศึกษาและมีกำไรเท่าไหร่ก็ใส่ลงไปใน Falk Foundation หมด เดิมก็มีเพียงขายยาเล็กๆ น้อยๆ เท่านั้น เป็นพวก vitamins แต่ตอนหลังถึงมียาทางด้าน bile acid, constipation, inflammafony bowel diseases ยาของเขามีไม่หลายชนิด แต่ละชนิดคงทำรายได้ดีมาก เป็นคนที่เท้าติดดิน รวยมาก แต่ keep low profile ไม่โฆษณาตัวเอง ไม่พูดมาก ทำตัวตามสบาย ชอบ

เดินหรือที่นี่เรียกว่า hiking มาก ระหว่างการประชุมมีหลายครั้งที่ Herbert จัด hiking เดินครั้งละ 1 1/2 ชม.และ 2 1/2 ชม. เข้าไปใน Black Forest เช่นเมื่อวาน (27.10) นั่งรถ bus ไป 15 นาที เดิน 1 ชม. แล้วให้หยุดพักกิน ใส้กรอก ขนมปัง beer หรือ soft drink เสร็จแล้วเดินต่ออีก 1 1/2 ชม.! เป็นภูเขาเตี้ยๆมีทางเดินเข้าไปในป่า บางทีก็เป็นทุ่งหญ้าสวยงาม เงียบ peaceful มาก เดินไปถึงจุดเล็กๆ ก็มีรถ bus รับไปส่งต่อที่ร้านอาหาร มีวงดนตรีชาวพื้นเมืองตั้งรอรับอยู่ อาหารเขาก็สั่งดีที่สุดให้ มี wine ขาว แดง ให้ดื่มอย่างเต็มที่ อาหารเย็นทุกมื้อมี wine และ beer ด้วยตลอด (ไม่เห็นวิสกี้) ส่วนอาหารกลางวันระหว่างการประชุมยังมี draught beer ดื่มเลยครับ ทราบว่าการดื่ม alcohol ของชาวเยอรมันถือว่าเป็นชีวิตประจำวัน อย่าง Dr. Eckhard ที่เคยมาบรรยายที่เมืองไทยตอน Asian Pacific ก็บอกว่าพอตอนเย็นกลับบ้านก็อย่างน้อย beer 2 ขวด! อย่างผมถือว่าชิดซ้ายไปเลย ผมมาอยู่ที่นี่ดื่มน้อยมาก กลางวันเบียร์ 0-2 แก้ว (เฉลี่ยน้อยกว่า 1 แก้วต่อกลางวัน) เย็น wine ขาว 2-3 แก้ว เท่านั้น และน้อยลงเรื่อยๆ ขนาด minibar ฟรียังดื่ม beer เพียง 1 ขวดใน 11 คืน!

พอเอาของออกจากกระเป๋าเสร็จก็ไปที่ Convention Centre ลงทะเบียนแล้วจึงทราบว่ามี Falk Symposium หลายอันด้วยกัน แต่ละอันต้องลงทะเบียนแยกกัน Symposium ทั้งหมดคือ

1) Falk S. 93 XIV International Bile Acid Meeting 22-24.10.96 ค่าลงทะเบียน 300 DM (DM ละประมาณ 17 บาท), Dinner 50 DM, และ 70 DM (คือมี2 dinner ที่ต้องซื้อ)

2) F.S. 94 The Gut as a Model in Cell and Molecular Biology 25-26.10.96 ค่าลงทะเบียน 250 DM, Dinner free

3) Inl. Falk Workshop Zinc and Diseases of the Digestive Tract 27.10.39 Free, Dinner 70 DM

4) FS. 95 Constipation Ano-Rectal Insufficiency 28-30.10.96 ลงทะเบียน 300 DM., Dinner 50 DM

5) FS. 96 Inflammatory Bowel disease-from bench to bedside 30.10-1.11.96 ลงทะเบียน 300 DM,Dinner 70 DM, และ 80 DM

รวมที่ไปอยู่ 11 คืน มีเลี้ยง free มื้อเย็นทุกคน 2 ครั้ง, ซื้อตั๋วอาหารเย็น 6 ครั้ง ทานเอง 3 ครั้ง ที่นี่เขาไม่มีพิธีรีตอง ไม่มีคนมารับแบบเมืองไทย มีเจ้าหน้าที่มารับที่สนามบิน (แค่นี้ก็เฮงแล้ว!) พอไปส่งโรงแรมแล้วก็แล้วกัน มาลงทะเบียนก็เสร็จ ในแฟ้มลงทะเบียนมีบอกหมดว่าเข้า conference อะไร ตั๋วสำหรับอาหารเย็นมีอะไรบ้าง ในแต่ละ conference มีอาหารเย็นรวมอยู่ด้วยบางมื้อ แต่ส่วนใหญ่ต้องซื้อตั๋ว ของผมเป็นแขกรับเชิญเลยมีตั๋วหมด ตอนกลางคืนแต่ก็มี 3 วันที่เขาปล่อยให้ไปทานอาหารเย็นเองตามใจชอบ แต่ถึงขนาดนั้นก็ยังให้หนังสือเล่มหนึ่งเกี่ยวกับร้านอาหารที่อร่อยๆ ให้ดู เผื่อเลือกไปทาน! ตั๋วอาหารก็มีตั้งแต่ 70-90 DM. แต่ทราบทีหลังว่าถูกมาก เพราะมักมีวงดนตรี มีการแสดง อาหารดีมาก (ในสายตาชาว Europe แต่ผมเฉยๆ เพราะคงไม่ค่อยถูกปากคนเอเชีย) มีเหล้ากินมากมาย ค่าอาหารดูแล้วถูกมาก คงไม่พอซึ่งเห็นคนเขาบอกว่า Dr. Falk ออกส่วนเกินทั้งนั้น

ลงทะเบียนเสร็จก็จบกัน ไม่มีใครมาดูแลพาไปเที่ยว ตามเอาใจแบบไทย ปรากฏว่าวันที่ 20-21.10 มีการประชุมภาษา German เกี่ยวกับ TIPS แต่เขาไม่ได้ลงทะเบียนให้ผมเพราะเพิ่งมาถึง แต่ตอน 5 pm ผมก็ไปเข้าฟัง Andrew พูดเกี่ยวกับ Portal Hypertension กว่าจะได้พูดก็เกือบ 6 pm ผมเข้าไปตอน 5 pm มีแต่พูด German ฟังไม่รู้เรื่อง เลยไม่รู้ว่า Andrew

พูดไปแล้วหรือยังในตอนนั้น กว่าจะได้พูดก็ช้าไปมาก Andrew ก็ review ได้ดีมาก ถือว่าน่าเชิญมาเมืองไทยเหมือนกัน เขาเคยพูดแล้วที่ไทยหลายปีแล้ว พูดเสร็จก็เดินไปทานอาหารเย็นด้วยกัน มีการเลี้ยงเป็นครั้งแรกที่โรงแรม Columbi เดินจากโรงแรมเราไป 5 นาที เมืองนี้ดีอย่างหนึ่งเดินไปไหนไม่เกิน 15 นาที! เพราะผมเดินรอบเมืองยังใช้เวลาเพียง 60 นาทีเท่านั้น!

อาหารมื้อแรกที่เลี้ยงก็เก็บตั๋วอาหารเหมือนแบบเราเก็บ coupon ไปถึงก็เลือกโต๊ะนั่งกิน มีดนตรีก็จบ ไม่มีการพูด speech etc. ง่ายดี สบายดี 3-4 ทุ่มก็เลิก

จะเห็นได้ว่าจากหัวข้อต่างๆ ของ Symposia โดยทั่วๆ ไปแล้วเป็นหัวข้อที่ไม่ค่อย น่าสนใจสำหรับแพทย์ไทยส่วนใหญ่ เช่น bile acids ใน 3 วันแรก ผมฟังไม่รู้เรื่องเลย เขาพูด 10 นาที ซักถาม 10 นาที มีคนถามมากมายจนไม่มีเวลาพอ เป็น basic research ทั้งนั้น ระดับ molecular ผมพยายามฟังอย่างมาก แต่ก็ไม่เข้าใจ ทำให้ตลอดเวลาหัวสมองผมคิดเตลิดเปิดเปิงไปถึงเรื่องต่างๆมากมาย ทำให้เกิดความคิดทางอ้อมได้หลายอย่างเช่นว่าภาควิชากายวิภาคศาสตร์ของเรายังควรจะเรียกอย่างนี้หรือเรียกอย่างอื่น (ผมหมายถึงที่จุฬาฯ ที่อื่นอาจเป็นอย่างนี้แล้ว)เช่น Anatomy and Cell Biology etc. เราน่าจะสนับสนุนให้อาจารย์ของ anatomy ทำ research ทางด้านนี้หรือไม่? ทำอย่างไร? และขณะนี้เนื่องจากอาจารย์ทาง preclinic หายาก เอาอาจารย์ทาง anatomy, biohemistry, physiology มาทำร่วมกับ GI, heart, chest ฯลฯ จะดีหรือไม่? ผมว่าเป็นเรื่องที่น่าสนใจและน่าติดตาม ผมยังได้มีโอกาสรู้จัก world authorities ทางด้านนี้ เช่น Professor Gustav Paumgartner ซึ่งจะมาบรรยาย cholestatic liver disease ในการประชุมประจำปี 2540 ของเราระหว่าง 28-31 มกราคม 2540 Gustav เก่งมาก จริงๆ เป็นผู้จัด conference ของ bile acid ทั้งหมด ท่าทางนิสัยดีด้วย

ถึงแม้ผมจะฟังไม่รู้เรื่องเพราะ basic เกินไป เพราะไม่ใช่เรื่องที่สนใจ เพราะคนพูดๆ ภาษาอังกฤษสำเนียงฟังยาก เดี๋ยวนี้ speaker ที่มาจากโน้นนี่ เช่นจาก London อาจจะไม่ใช่เป็นคนอังกฤษแล้ว มาจากอังกฤษชื่อก็แปลกแล้ว สำเนียงยังแปลกอีก! โลกมันเล็กลง คนสมัครงานที่อื่นกันเป็นว่าเล่น เช่น Professor Tim Northfield ที่อยู่ที่ St. George's, London รุ่นพี่ผมหน่อยที่ Central Middlesex (อยู่กับ Sir Francis Avery-Jones)มากับทีมทั้งหมด มือขวามาจาก Irag, Senior Registrar มาจาก Ghana, PhD student มาจาก West Indies, Consultant Surgeon เป็นชาวแขก! ไม่รู้ว่าคนอังกฤษไปไหนหมด ถึงแม้ผมฟังไม่รู้เรื่องผมก็พยายามฟังตลอดเพราะไหนๆ บริษัทยาก็อุตส่าห์ให้มาฟรีแล้ว ไหนๆ เรามาแล้ว ถ้าเราเลือกเองคงไม่เข้าฟังการประชุมหัวข้อเหล่านี้ฉะนั้นก็ถือว่าเป็นกำไร พยายามฟังทุกหัวข้อเข้าตรง(ก่อน)เวลา ออกหลังจบ ไม่เคยเบี้ยวเลย (แต่ความจริงอยากเบี้ยวมาก) ทั้งๆที่มี excursion for accompanying persons ทุกๆ วัน ดูดีๆ ทั้งนั้น ไป Black Forest, ไป France etc. มากมาย อยากไปมากแต่ก็ไม่ได้ไป มีคนเบี้ยวพอสมควร ผมฟังไม่รู้เรื่องก็จริง แต่ได้รู้จักศัพท์ใหม่ๆได้รู้จัก of คน (of หมายถึงรู้ว่าเขาเป็นใครแต่ไม่รู้จักตัวจริง) ใน field ต่างๆ แต่ที่สำคัญที่สุดผมได้ข้อคิดมากมาย นั่งฟังไปพอฟังไม่รู้เรื่อง สมองก็แล่นไปในทิศทางต่างๆ เช่น น่าจะเชิญใครมาเมืองไทย น่าจะส่งใครไปอยู่ที่ไหน ไทยน่าจะทำ study ทางไหนบ้างที่ไม่มีคนทำฯลฯ กลับไปคงมีงานให้ลูกน้อง เพื่อนร่วมงานตามภาควิชาอื่นๆ มากมาย ไม่ทราบว่าจะมีใครเอาด้วยหรือไม่?!

ที่นี่ไม่มีการดื่มน้ำเปล่า ไม่มีการ serve น้ำ แต่มีน้ำ mineral (คล้ายๆ soda) น้ำส้ม น้ำ apple ให้ดื่มตลอดเวลาระหว่าง coffeebreak, lunch ผมดื่มน้ำเหล่านี้แล้วไม่หายหิวน้ำ เลยเลือกแต่ mineral water เพราะอย่างน้อยไม่มี calorie ขนมปังทานเล่นที่นี่แปลก เค็มปี๋เลย! ผมถาม

เพื่อนเยอรมันเขาบอกว่าพวกเขาชอบแบบนี้ จะได้หิวน้ำ จะได้ดื่ม beer มากๆ! ขนมปังตอนเช้าในโรงแรมก็แข็งปั๋ง เลยทานไป 2 แผ่นเท่านั้นตั้งแต่มา อาหารที่นี่ชาวยุโรป ด้วยกันบอกอร่อย ผมว่าของที่เขาให้ดีมากเลย แต่รสเลี่ยนไป ผมไม่ชอบ ทานไม่อิ่ม(สบายท้อง) แต่ก็ทานไม่ไหวแล้ว โดยมากตักทีเดียวก็ทานไม่หมด ทานน้อยลงเรื่อยทุกๆ วัน มาที่นี่ก็ดีไปอย่าง ได้พักผ่อน กิน(น้อยหน่อย) นอนวันละ 6-7 ชั่วโมง (รู้สึกว่าอายุอย่างผมร่างกายต้องการแค่นี้เอง) ไม่มีใครรบกวน เปลี่ยนอริยบท พักผ่อนสมอง ได้เขียนสารฯ ได้ความรู้(บ้าง) ได้เพื่อนบ้าง แต่ตอนหลังขี้เกียจคุยแล้วเพราะคนอื่นๆ มา 1-2 conference ก็ไป เราอยู่ตั้ง 5 conference เลยต้องสร้างเพื่อนใหม่ทุก 2-3 วัน เลยขี้เกียจคุยกับคนอื่นๆ ใช้โอกาส 11 วันนี้ลดน้ำหนัก ไม่รู้จะได้หรือเปล่า รู้สึกว่าตัวเองกินน้อย (แต่กินข้าวเช้า ซึ่งก็น้อยลงทุกๆ วัน เพราะเบื่อและมีเหมือนกันทุกเช้า) รู้สึกหิวตลอด และบางวันไม่ได้ทานข้าวเย็นเลย แต่ข้อเสียคือมี beer มี wine กินตลอด ซึ่งผมก็ดื่มทุกวัน ถึงแม้จะน้อยกว่าฝรั่งมาก อย่างเมื่อวานไปทานเลี้ยงมากิน beer ไป 1 1/2 แก้วเท่านั้น

พูดถึงเมื่อคืนก็มีการไปกินข้าวแบบแปลกดี คล้ายๆไปกินที่ตลาดนัดคือเราไปที่ market hall เข้าไปเป็นร้านอาหารหลายร้านคล้ายๆ มาบุญครอง เราซื้อตั๋ว 50 DM จาก Falk Foundation e V แต่เขาให้ coupon เรา 60 DM! เลือกทานได้ มีร้านจีน แขก ด้วย ผมสั่ง beer 2 แก้วๆ ละ 6.50 DM(แต่ดื่มไม่หมด) สั่งขาหมูย่าง แบบที่เบียร์สิงห์เฮ้าส์ ที่กรุงเทพฯ 18.50 DM และ apple pie ไอติม 9 DM ยังมีเงินเหลือเฟือ ข้อเสียคือพูดกันไม่รู้เรื่อง ใน market hall นี่มีดนตรีด้วย คืนก่อนนั่งกับ Dr. Eckhard, ภรรยา, Vera และสามี (เพื่อนคุณหมอสิน) คืนที่ผ่านมานี่กับแพทย์เกาหลี ข้อดีของงานคือง่ายๆ ไม่มี speech 3 ทุ่มก็เลิกกลับบ้านได้แล้ว ผมชอบ

ที่สุดคือกลับบ้าน (อยู่กรุงเทพฯ ก็ชอบ) ถอดรองเท้า ดู TV TV ที่นี่พูดภาษาเยอรมัน เท่านั้น (มีฝรั่งเศสนิดหน่อย) แต่มี CNN ดู ก็ยังดีได้ฟังข่าวเมืองไทยบ้าง football tennis ที่แย่ที่สุดคือ Man U เล่น Premier league 2 ครั้ง แพ้ 2 เสีย 11 ลูกยิงได้ 3 เท่านั้น! ตอนที่ผมออกจากบ้านคืนวันอาทิตย์ที่ 20 ตุลาคม เวลา 22.00 น. Man U เริ่มเล่น(TV) กับ Newcastle ดูได้ 5 นาทีก็ต้องไปดอนเมือง ให้คนใช้ดูแทนแล้วจะโทรมาถามจากดอนเมืองพอจะขึ้นเครื่องโทรกลับมาคนใช้ดูไม่เป็น! ตอนแรกพูดผมนึกว่ายิงกันไม่ได้เลยคือเสมอ 0-0. แต่พอพูดไปก็จับใจความได้ว่าฝ่ายแดงยิงไม่ได้เลย! ฝ่ายดำ-ขาว ยิงได้ 3 ลูกแล้ว! แค่นี้ผมก็ ใจหายวาบ! รู้แล้วว่า Man U โดนยิง 3-0! ผมก็ได้แต่ภาวนาว่าขอให้คนใช้ดูผิด! แต่พอมาถึง Zurich, จันทร์เช้าซื้อ The Times (หนังสือพิมพ์อังกฤษ) จึงรู้ว่า Man U โดนยำใหญ่! แพ้ 5-0! และเมื่อเสาร์นี้แพ้ Southampton 6-3! ซ้ำ Roy Keane โดนไล่ออกอีก! ไม่น่าเชื่อแต่ผมเองก็คิดและพูดอยู่เสมอว่ากองหลัง Man U ช่วยกองกลางดีมากคือ Keane Butt แต่ Keane โดนไล่ออกบ่อยมาก พอโดนไล่ออก ก็จะโดนลงโทษไม่ให้เล่นอีก 2 เกม ก็เลยไปกันใหญ่ ผมว่าต้องหากองหลังตัวใหญ่ๆ แต่เร็ว เก่งๆ มาสัก 1-2 คน เพราะ Gary Pallister ก็ชักอายุมากแล้ว ตัวใหญ่ เก่ง แต่กลับตัวได้ช้า David May ก็ช้า

Symposium ที่ใกล้ตัว (คนไทย) หน่อยก็คือ Constipation and Ano-Rectal Insufficiency! ส่วน Bile Acid เป็น basic research, Stem cell ก็ research, Zinc ก็เช่นกัน และ I.B.D. บ้านเราก็ไม่มีเท่าไหร่ อย่างไรก็ตามผมก็ได้ความรู้มากและที่เอาไปใช้ได้คงจะเป็น constipation ระยะหลังๆ ฟังเรื่อง "Motility" บ่อย เพราะเป็นจุดอ่อนจึงตั้งใจที่จะพัฒนา(ตัวเอง) ประเทศไทยให้มากยิ่งขึ้นจึงเข้าประชุมบ่อย และเนื่องจากเรามีชมรม Motility จึงมีการพูดคุยกันบ่อยๆ ประชุม(หรือจัด course) กันเป็นระยะๆ และคราว

ต่อไปของการประชุมประจำปี เราก็จะมีการประชุมทางด้าน Motility 1 วัน จากการประชุมทั้งหมด 4 วัน คือ 28-29-30-31 มกราคม 2540 วันแรก คือวันที่ 28 จะเป็นวัน motility ล้วนๆ โดยมี Nicholas J. Talley, Christensen จาก Iowa (นายเก่าของคุณหมอสิน) มาร่วมด้วย สำหรับการประชุมประจำปีที่จะจัดขึ้นนี้ทางสมาคมฯ โดยความร่วมมือของบริษัทยาได้พยายามจัดการประชุมที่ดีที่สุดทางวิชาการ โดยการเชิญแพทย์ผู้ที่มีชื่อเสียงอย่างมากของโลกมาทั้งหมด 7 ท่าน!คือ Prof.Yamada นายกสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารของอเมริกา, Prof. Monty S. Losowsky นายเก่าของผมและคุณหมอพิศาล ไม้เรียง,Prof. A.B.R. Thomson นายเก่าของอ.วโรชา อ.สุรพล(ชื่น) และ Prof. Gustav Paumgartner ซึ่งยิ่งใหญ่มากที่ Germany และในโลกเกี่ยวกับทางด้าน bile acid และ cholestatic liver disease และ Dr. H. Mitchell จาก Australia อ.วโรชา และอนุกรรมการได้พยายามจัดโปรแกรมหาวิทยากรที่เยี่ยมๆ มา (โดยผมมีส่วนช่วยเชิญให้ 3 ท่าน คือ Yamada, Losowsky, Talley) ฉะนั้นผมจึงอยากขอความกรุณาให้พวกเราทั้งสมาชิกและไม่ใช่สมาชิกโปรดมาร่วมประชุมให้มากๆ หวังว่าคราวนี้จะมีผู้ลงทะเบียนสัก 300 คน เพื่อทำลาย record ทั้งหมดในอดีตเพราะครั้งนี้จะเป็นการประชุมครั้งสุดท้ายของคณะกรรมการชุดนี้ ผมขอให้ทุกท่านโปรดทำตัวให้ว่างนะครับ โปรดวางแผนเตรียมตัวแต่เนิ่นๆ บอกบริษัทยา แต่เนิ่นๆ ให้ช่วย sponsor ค่าลงทะเบียนให้ด้วย ค่าลงทะเบียนดูแล้วคล้ายๆแพง แต่จริงๆ แล้ว ไม่เลยครับสำหรับ 4 วัน 1,800 บาทถือว่าถูกมาก ที่แพงส่วนใหญ่เป็นเพราะค่าอาหาร ที่ Germany 2 1/2 วัน ค่าลงทะเบียน 5,000 บาท!! และเป็นหัวข้อที่ไม่น่าสนใจเท่าด้วย ฉะนั้นผมจึงขอความกรุณาทุกท่านเตรียมตัวมาร่วมประชุม เพื่อเป็นการส่งท้าย(ไล่!) กรรมการชุดนี้ด้วยครับ และเพื่อเป็นการให้กำลังใจต่อพวกเราและวิทยากร เพื่อรวมพลัง

เพราะเราเอาคนใหญ่โตมามากมายถ้ามีคนมาน้อยจะเสียชื่อเสียงแก่ประเทศไทยเป็นอย่างมาก และเพราะครั้งนี้เราจะมี Vikit Viranuvatti Lecture เป็นครั้งแรกด้วย อ.วีกิจท่านได้ทำประโยชน์และชื่อเสียงให้แก่ประเทศไทยมาก เราจะต้องมาฟัง Lecture ในชื่อท่านเพื่อเป็นการให้เกียรติท่าน, Prof. Yamada ซึ่งเป็น Lecturer ท่านแรก Prof. Yamada เป็นชาวญี่ปุ่นที่ทำชื่อเสียงให้แก่ชาว Asia มาก ไป USA ตั้งแต่อายุ 15 ตอนนี้อยู่ USA ตลอด เขาพยายามที่จะช่วยพัฒนาประเทศ Asia มาก โดยเริ่มจัดประชุมระหว่าง AGA กับประเทศต่างๆ ใน Asia ทุกปี Singapore 1995, Japan 1996, Hong Kong 1997, Philippines 1998, Thai 1999 สำหรับประเทศไทยในปี 1999 เราคงต้องจัดประมาณเดือนพฤศจิกายน เพราะ Philippines ในปี 1998 เขาจะจัดเดือน November เราจึงจะจัดมกราคมตามเดิมไม่ได้เพราะติดไป ความจริงเดิม Yamada ถามผมก่อนเข้าประชุมว่าจะให้ 1998 เอาไหม ผมจึงรีบไปถามพรรคพวกก่อนว่ามีข้อดีข้อเสียอย่างไรถ้าจะรับ 1998 เราจะพร้อมไหม ฯลฯ? จึงทราบว่า 1998 มี World Congress ที่ Vienna, Austria เราจึงเลี่ยงไม่เอาเพราะจะต้องแข่งกันดึงคน บริษัทยาจะแย่ เอาปี 1999 ดีกว่าเพราะไม่มีการประชุมระดับโลกที่ต้องแข่งมีแต่ United European Gastro Week แต่ปกติบริษัทของไทยมีการเกี่ยวข้องน้อยมากกับการประชุมนี้

พูดถึง United European Gastro Week ที่มีทุกปี โดยปีที่แล้วมีที่ Berlin และปีนี้มีที่ Paris ปีที่ Paris นี้ ผมไม่ทราบว่าใครจะมาบ้าง บริษัทไหน support บ้าง ทราบแต่ว่า Takeda sponsor แพทย์ไทยมา 1 บริษัทเท่านั้น เท่าที่ทราบมี อ.วีกิจ คุณหมออุดม ผม(บริษัทไม่ต้องเสียค่าเครื่องบิน) อ.วโรชา ซึ่งมี poster มาแสดง แต่คนอื่นๆ ผมไม่ทราบเพราะบริษัทเป็นผู้ตัดสินใจเชิญเองแม้แต่ตัวผมด้วย ผมไม่เคยไปขอเลย แต่ผมอยาก

ประชาสัมพันธ์ให้บริษัทยาต่างๆ ทราบว่า U E G W มีทุกปี เหมือนกับ Digestive Disease Week (DDW) ของ AGA ซึ่งมีทุก May, U E G W มีทุกปีประมาณตุลาคมหรือพฤศจิกายน ปีหน้า 1997 จะมีที่ Birmingham, อังกฤษ ปี 1998 จะไม่มีเพราะจะมี World Congress ที่ Vienna, ปี 1999 จะมีที่ Rome ฯลฯ ผมมีความเห็นว่าการประชุมที่ดีที่สุดคือ AGA และที่สองคือ UEGW ซึ่งทั้ง 2 การประชุมมีหัวข้อหลากหลายมาก คล้ายๆ กัน มีทั้ง GI และ liver ส่วนการประชุมที่ดีมากอีกอันหนึ่งคือ Liver Meeting ที่ Chicago ทุกปีตอน November ของ AASLD แต่อันนี้ผมยังไม่เคยไป ถ้าโชคดีอาจได้ไปปีหน้า 1997

การประชุมทุกปี

AGA	May
UEGW	October-November
AASLD	November (Chicago)

European Association for the Study of Liver (EASL) ทุกปี

ทุก 2 ปี

IASL (International หรือของโลก) ทุก 2 ปี

ทุก 4 ปี

World Congress ครั้งต่อไปที่ Vienna, Austria 1998

Asian Pacific ครั้งต่อไปที่ Hong Kong 2000

โดย AGA หรือ DDW

ปี 1997 จะมีที่ Washington DC 11-14 May

ปี 1998 จะมีที่ NewOrleans 17-20 May

ปี 1999 จะมีที่ Orlando 16-19 May

ปี 2000 จะมีที่ San Diego ยังไม่ทราบวันที่ที่แน่นอน

ส่วน UEGW

1997 ที่ Birmingham, อังกฤษ 18-23 October

1998 ไม่มีเพราะมี World Congress ที่ Vienna

1999 Rome 13-17 November

2000 Brussels, Belgium 25-30 November

World Congress หลัง Vienna จะมาที่ Asia เราจะต้องพิจารณาว่าเราอยากจะรับเป็นเจ้าภาพหรือไม่ ถ้าอยาก จะรับได้หรือไม่ ผมมีความเห็นว่าชาวต่างชาติชอบมาเมืองไทยมาก โรงแรมถูก บริการดีเยี่ยม อาหารอร่อยถูก มีที่เที่ยวหลากหลาย แต่ที่แย่คือ Convention centre โรงแรม traffic jam เราควรที่จะสร้าง Convention Centre ที่ใหญ่มากๆ มีโรงแรมอยู่ติดกันเลย ที่มีห้องพอ จะได้ตัดปัญหาการจราจรโดยเฉพาะในกรุงเทพฯ ถ้าเราจัดที่ศูนย์สิริกิตต์ แต่ต้องอยู่โรงแรมที่ไกล้เคียง จะมีปัญหาเรื่อง traffic ส่วนนอกกรุงเทพฯ ที่ๆ ใหญ่พอและเหมาะสมก็คือ Ambassador City จอมเทียนเท่านั้น ผมอยากเห็นรัฐบาลร่วมกับเอกชนสร้าง Convention Centre ที่ พัทยา ชะอำ เชียงใหม่ เชียงราย สุราษฎร์ธานี ภูเก็ต ระยอง ฯลฯ โดยมี Convention Centre ที่มีโรงแรมที่มีห้องเพียงพออยู่ด้วยกันเลย ถ้าเราทำได้เช่นนี้เมื่อไหร่เราจะชนะการ bid ทุกครั้ง ที่เที่ยวของเรามีมากกว่า

Singapore, Hong Kong, Malaysia อาหารเราถูกกว่า ดีกว่า นอกจากนี้คนไทยยังมีชื่อเสียงในด้านการเป็นเจ้าภาพมาก พวกเรานี่ผมคิดว่า "born to serve" นอกจากนี้ก็คงต้องพัฒนาการเดินทางในกรุงเทพฯ หรือจากดอนเมืองไปยังจุดต่างๆที่เป็นที่ประชุม ต้องลด pollution ในกรุงเทพฯ และเมืองต่างๆ เราต้องวางผังเมืองอื่นๆ นอกเหนือจากกรุงเทพฯ ตั้งแต่บัดนี้ ให้มีทางเดินที่ดีและกว้าง มีทางถีบจักรยาน ทำถนนให้กว้าง ฯลฯ

มาประชุมแบบนี้จึงเห็นว่าความคิดของผมที่อยากจะเห็นพวกเราที่เป็นอาจารย์แพทย์ ไม่ว่าสาขาไหน ที่ไหน มี MD (แบบอังกฤษ) หรือ PhD นั้นถูกต้องและสำคัญ ผมได้คุยกับ Andrew ซึ่งทำ MD (อังกฤษ) เขายังพูดเลยว่าถ้ากลับไปเรียนใหม่ได้เขาอยากทำ PhD เพราะเป็น research มากกว่า หลายๆ คนที่พบผมทำ PhD กันทั้งนั้น MRCP, Board อย่างเดียวไม่พอ (มานานแล้วสำหรับฝรั่ง) เราต้องพยายาม push ให้พวกเราทำ PhD หรือ พ.ด. โดยมีระบบการรองรับที่ดีด้วย (มีทุนให้ เงินเดือนเพิ่ม มี facilities ที่จะทำวิจัย ตอนกลับมา)

อากาศที่ Freiburg ดีมาก หนาวไม่มาก ประมาณ 12 ^{0}C และโชคดีที่ฝนไม่ตก ไปเดินข้างนอกใส่ shirt, เสื้อ pullover เสื้อนอกก็พอแล้วถ้าฝนไม่ตก ผมเอาเสื้อ overcoat มายังไม่ได้ใช้เลย ตอนเช้าร้อนมาก ตอนนอนกำลังดี(ต้องเปิดหน้าต่างแต่ปิดก่อนนอน ไม่หนาวแต่ไม่กล้าเปิดไว้ทั้งคืน)

2 วันสุดท้ายมี lectures 24 topics! topics ละ 20 นาที ก่อนวันสุดท้ายผมฟังตลอด และพยายามอ่านหนังสือ(abstract) ล่วงหน้า พอถึง topic สุดท้ายตาลายมาก ปวดหัวมาก จะอาเจียน (ยังกับ migraine แต่เท่าที่ทราบไม่เคยเป็น) จึงกลับโรงแรม(6.30 pm แล้ว) ไปนอนทันที ปรากฏว่าหลับจนถึง 6.30 น. วันรุ่งขึ้น ไม่ได้ทานอาหารเย็น อาบน้ำ ฯลฯ แต่วันรุ่งขึ้น (วันสุดท้าย) ก็ fresh อีก และฟังอีก 24 topics! บ้าเอามากๆ เลยครับ

ที่เมือง Freiburg เล็กมาก มีที่ดู ที่เที่ยวไม่มาก เดินดูโบสถ์ สถานที่สวยงามไม่เกิน 2 ชั่วโมงก็หมด แต่ข้อดีคือรอบๆ เป็นป่า Black Forest สวยมาก มีที่เดินมากๆ มีที่ทานข้าวดีๆ มากมาย

ขากลับจาก Freiburg ก็เป็นอย่างที่ผมเดาเอาไว้ เขาไม่มีคนมาส่ง แต่ต้องขึ้นรถ coach เอง ในราคา 20 DM (340 บาท) เขามีตารางรถให้ดู ผมจะกลับวันศุกร์ที่ 1 พฤศจิกายน แต่เจ้ากรรมเป็นวันทางศาสนาของเขา! โปรแกรมเดินรถจึงเหมือนวันอาทิตย์ สถานีรถไฟและรถ bus อยู่ติดกัน ต้องเดินจากโรงแรมผมไปประมาณ 150 เมตร เห็นจะได้เดินเรื่องเล็ก แต่มีกระเป๋าหนักๆ 2 ใบด้วย ไม่มีที่ลาก จึงขอเตือนพวกเราไว้ มาเมืองนอกเอาของมาให้น้อยที่สุด กระเป๋ามีที่ลากและเข็นได้ ตอนผมมากระเป๋าใหญ่ 19.5 กิโลกรัมพอดี (มี royal orchid plus เพิ่มได้อีก 10 กก. รวมเป็น 30 กก.) มาที่นี่ซื้อหนังสือ GI ไปฝากหน่วยของผมอีก 20 เล่ม หนักมากจึงส่งกลับทาง air freight เสียค่าส่ง 100 DM. แต่จาก Freiburg ของก็ยังหนักกว่าตอนมาจากกรุงเทพฯ ซึ่งชั่งได้ 21 กก.พอดี (ถืออีก 1 กระเป๋าก็คง 10 กก.)ก่อนวันเดินทางผมก็ไปดูทางหนีทีไล่เกี่ยวกับรถ coach ไว้เรียบร้อยแล้วว่ามีแน่ ขึ้นตรงไหน ซื้อตั๋วตรงไหน เพราะเดิน 150 เมตร แต่ไปผิดที่ก็แย่เพราะต้องแบกกระเป๋าด้วย หรือถ้าไปถึงต้องไปซื้อตั๋วที่อื่นที่ไกลๆ ก่อนก็แย่อีกเช่นกัน โชคดีที่มีสาว German (แต่งงานแล้ว) ช่วยพาไปดู แปลเป็นล่ามให้อย่างดีเยี่ยม เลยสบายเรียบร้อยโรงเรียนสมาคม GI ไทยไป! (หมายถึงเรื่องรถ coach!) ผู้หญิงคนนี้แกเรียนและเป็น pharmacologist ทำงานที่ร้านขายยาที่เมือง Brennan อยากมาฟังมาก จนมาก ต้องลงทะเบียนเองด้วย ไม่ได้ซื้อตั๋วอาหาร ผมขี้เกียจไปทาน จึงให้ตั๋วแกไป (ใบละ 70-90 DM) เป็นนักกีฬาด้วย นักพายเรือคล้ายๆ canoe แต่ไม่เรียก canoe (ผมนึกชื่อไม่ออกอะไร yakๆ!) แต่ไม่ชอบว่ายน้ำเพราะหูไม่ดี! ท่าทางแข็งแรงมาก

สรุปแล้ว 11 วันที่ Freiburg ไม่ได้เบี้ยวเลย ฟังจนปวดหัวไปหมด โดยเฉพาะ 2 วันสุดท้าย ทารุณมาก วันละ 24 lectures! อยู่ที่นี่ก็ซักเสื้อผ้าไป 2-3 ครั้ง แล้วทิ้งผงซักฟอกที่เหลือไว้เลย จะได้ไม่ต้องแบกเพราะไป Paris มีเสื้อผ้าพอแล้ว วิธีซักของผมซักแล้ว พอไม่มีน้ำหยดอีกผมจะมาแขวนในห้องนอน ซึ่งร้อนกว่าและแห้งเร็วกว่าแขวนในห้องน้ำมาก 24 ชั่วโมงเท่านั้นก็แห้ง! คนที่เคยช่วยตัวเองมันก็มีประสบการณ์อย่างนี้แหละครับ แต่ถ้าไปคราวหน้าแบบนี้อีก จะเอาของไปน้อยกว่านี้มาก

จาก Freiburg ไป Basel ก็ใช้เวลา 50 นาทีตามเดิม ไม่ผ่านด่านที่ชายแดน Germany เข้า France อีกเช่นเคย ออกจาก Freiburg 10.30 น. ถึง 11.20 น. เรือบิน (Cross Air ของ Swiss) ออก 13.40 น. มีเวลา 2 ชั่วโมงที่สนามบินซึ่งเล็กมาก ไม่หิวเพราะทานอาหารเช้า ก็เลยกิน beer 1 แก้ว อ่านหนังสือ GI ที่ซื้อมาหมดไปหลายบท บนเรือบินเป็น SAAB 2000 นั่งได้ 50 กว่าคน มี air (ไม่กี่ แต่สวยมาก!) 1 คนเท่านั้น serve salmon, cheese, chicken sandwich กับ champagne ผมเลยครองการเป็นอิสระด้วยการทาน salmon sandwich 1 ชิ้น champagne 2 แก้ว แต่ champagne ยังกับเสีย สีน้ำตาล ไม่ค่อยอร่อย แต่ air น่ารักมาก น่ารักที่สุดตั้งแต่มาเมืองนอกได้ 11 วัน! (คำว่าน่ารักของผมดีกว่าสวย น่ารักอยู่ยงคงกะพันมากกว่า น่ารักคือน่าที่จะรักได้ แต่สวยอาจจะไม่รักเลย!! นี่คือ definition ของผม!!!) (ถ้าเป็นแพทย์คงเชิญมาเป็นวิทยากรที่เมืองไทยแล้ว!)

บิน 50 นาทีก็ถึง Paris แล้ว ยุโรปนี่ดีอย่าง (อาจไม่ดีอีกมาก!) คืออยู่ติดๆ กัน นั่งไม่ทันเมื่อยก็ถึงแล้ว ผมลงที่สนามบิน Charles De Gaulle อดีตนายพลทหารและประธานาธิบดี ผู้ยิ่งใหญ่ของฝรั่งเศส ตอนเครื่องจะลงรู้สึกว่า Paris ทำไมเล็กจัง เห็นแต่ทุ่งหญ้า ไม่มีตึกอะไรเลย แต่บินจากประเทศใกล้ๆ ก็ดีไปอย่าง คนน้อย ผ่านคนเข้าเมืองเร็วมาก ไม่จู้จี้

ผมทราบมาก่อนว่าถึงมีวีซ่ามาแล้วก็อาจจะเข้าไม่ได้! จึงปอดๆ เหมือนกัน แต่การที่เรามาจาก "local" เขาจึงไม่ค่อยสนใจ คงไม่เหมือนกับมาจากไทยโดยตรง ระหว่างรอกระเป๋าก็เห็นคุณพิเชษฐ จาก Takeda มายืนรอรับ จึงสบายใจ group ของไทยที่มากับ Takeda มาถึง 7.00 น. ทราบว่ามาถึงเข้าโรงแรมแล้วก็ไป shoping กันเลย! ส่วนคุณพิเชษฐ พอทานข้าวเสร็จก็ปลีกตัวมารับ ลุงเชย(กระเหรี่ยง-คือผม!)เข้ากรุง! นั่ง taxi มา คนขับเป็นลาวเสียอีก! พูดไทยได้นิดหน่อย!

โรงแรมชื่อ Nikko อยู่ริมแม่น้ำ Seine (อ่านว่าแซน) มองเห็นหอ Eiffel ใครๆว่าสวย ผมก็ว่าสวยตอนเห็นครั้งแรก ตอนนี้คงครั้งที่ 4-5 เลย มองคล้ายๆ เป็นสนิม!! แต่กลางคืนสวยดี โรงแรมก็ OK เล็กกว่าที่ Freiburg ห้องน้ำก็เล็กกว่า TV ก็แย่กว่า ตู้เย็นไม่มีอะไรใส่ไว้เลย โดยมากถ้ามากับ Tour เขาจะทำอย่างนี้ แต่พอไปถามคนอื่นๆ เขาก็มีของในตู้เย็นกัน ผมอยู่ชั้นที่ 17 จัดข้าวของเสร็จก็มานั่งกิน beer กับพิเชษฐ ตอนเย็นก็พบพวกเราคนไทยมี อ.วีกิจ คุณหญิง, อ.อุดม, วโรชา, คุณหมอแหม่ม(หาดใหญ่), องอาจ(เชียงใหม่),วีระศักดิ์ ว่องไพฑูรย์ ภรรยา ลูก 3, อุทัย(มอ.) ภรรยา, วรพันธุ์ (ตำรวจ) ภรรยา, มานิต(วชิระ) ภรรยา, อาภรณ์ (Takeda), พิเชษฐ์ (Takeda) ผม กลับมาก็นั่งคุยกับพิเชษฐๆ เขากลุ้มว่าแพทย์อีก 4 คนยังไม่มา คือเขาจะมาเองจากยุโรป คือ วิชัย สุเทพ ซึ่งกำลังเป็น Fellow GI ปี 2 ของจุฬาฯ วิชัยเป็น staff แล้วของโรงพยาบาลจุฬาฯ ซึ่งมาเรียน GI, สุเทพรับเป็นแพทย์กาชาดแล้วเพื่อเตรียมเป็นอาจารย์แทน อ.สัจพันธ์ ปีหน้า ส่วนอีก 2 คนคือ พิศิษฐ์ ได้ board GI แล้วกำลังจะไปนอก พิศิษฐ์ออกดังค์เองมาร่วมกับคณะ และภรรยาหมอวิชัยซึ่งก็ออกดังค์เอง 2 คนหลังเดินทางมาก่อนมา join กับ สุเทพและวิชัยได้สัก 12 วันแล้ว

วิชัยและสุเทพ ที่มาอยู่แถวๆ นี้เพราะผมมีนโยบายที่จะให้ Fellow ปี 2 มีประสบการณ์มากๆ จึงให้มา elective ที่ Leeds, อังกฤษ 1 เดือน พอดีช่วงจะกลับเป็นจังหวะที่มี UEGW พอดี ผมจึงขอ Takeda ว่าเพราะ Takeda ไม่ต้องออกค่าเรือบินให้ผมๆ ขอเอาส่วนนี้ไปให้เด็ก 2 คนเป็นค่าที่พัก (โดยให้นอนห้องเดียวกัน ท่านอื่นๆ นอนเดี่ยว) อาหาร ลงทะเบียน ค่าประชุมได้หรือไม่ Takeda ยอม เด็ก 2 คนจึงโชคดีไป ผมและพิเชษฐ ดื่ม beer อยู่ใน lounge รอเด็ก 4 คน พิเชษฐกลุ้มใจมาก กลัวเด็กมาไม่ได้ หลงเข้าประเทศไม่ได้ ฯลฯ คนดูแลก็ขี้กลุ้มใจเป็นอย่างนี้! ผมจึงรับรองว่ามาแน่ๆ คืนนี้ อาจดึกหน่อย หรืออย่างช้าภายใน 24 ชั่วโมง แต่เสร็จแล้วก็พบว่ามาตอน 2 ทุ่มแต่เราออกไปทานข้าวกัน ก็เลยเป็น happy ending (beginning) ก็เลยนั่งคุยกันจนดึก ว่าเป็นยังไงมายังไง ไป Leeds ดีไหม ฯลฯ นายเก่าเพื่อนๆ ผมดูแลเป็นอย่างไรบ้าง ฯลฯ

วันเสาร์-อาทิตย์ที่ 2-3 พฤศจิกายน มี Postgrad course แต่ Takeda ไม่ได้ลงทะเบียนให้ แต่ใครอยากจะไปก็จะลงให้เพราะดูแล้วไม่ค่อยน่าประทับใจเท่าไหร่ แต่ปรากฏว่ามีเฉพาะ Fellow ปี 2 และ 3 เท่านั้นที่อยากลง ในที่สุดเลยไปเที่ยวกันหมด! เพราะแยกกันแล้วจะยุ่งพอสมควร! วันแรกไป Notre Dame, Louvre วันที่ 2ไป Fontainebleau วันจันทร์-พุธ เข้าเรียน พฤหัส ศุกร์ เที่ยว ก็ไป Chernocheau, ไป Versailles สวยดีมาก ตอนไป Chernocheau ได้ไปทานอาหารฝรั่งเศสในร้านอาหารที่อยู่ในถ้ำ! มีการชิม wine กันก่อน คนละ 4-8 จอก (จอกเล็กๆ) แต่ก็เกือบเมาเหมือนกัน บรรยากาศดีมาก ซื้อ wine กลับมาคนละหลายขวด คนไม่ดื่มบางคนซื้อมากกว่าคนดื่ม! ถูกมาก อร่อยมาก

การประชุมดีพอสมควร แต่ปีนี้สู้ปีที่ Berlin ไม่ได้ postgrad ไม่ดีเท่า (จึงไม่เข้า และแพงมาก 600 FF= 3,000 บาท/คน) ที่ดีที่สุดคือ satellite

symposium ตั้งแต่ 5.30-7.00 pm และที่ดีที่สุดคือของ Takeda เพราะมีคนดังๆ 8 คน เช่น James Freston, Tygat, Bardhan, Malagelada, etc. เยี่ยมจริงๆ Freston เป็น moderator ที่เยี่ยมจริงๆ เสร็จแล้วไปทานข้าวในคุก! คือที่ La Concergerie เคยเป็นวังต่อมาเป็นที่คุมขังของพระนาง Marie Antoinette พระมเหสีของพระเจ้า Louise ที่ 16 ซึ่งต่อมาได้ถูกประหารทั้ง 2 พระองค์ บรรยากาศดีมาก อีกเช่นเคย (ไม่นึกว่าอยู่ในคุกจะมีอาหารอร่อยและสบายอย่างนี้!) Satellite Symposium อื่นๆ ก็มีทุกเย็น โดย Astra, Abbott, Glaxo etc. แต่เขาไม่ได้ให้ทุกคนไปทานข้าวต่อ โดยเฉพาะพวกเรา ผมดูแล้วเห็นว่า major sponsors มี Astra, Glaxo-Wellcome, Takeda, Janssen, Olympus ฯลฯ ซึ่งเมืองไทยมีบริษัทพวกนี้ ผมจึงแปลกใจว่าทำไมบริษัทเหล่านี้จึงไม่สนับสนุนให้แพทย์ไทยไปร่วมประชุมเลย เท่าที่พบเจอแต่คุณหมอเสถียรจากราชวิถี ซึ่งบอกว่าออกตังค์เอง พอTakeda ทราบก็เชิญมาอยู่ใน group ตลอด ทั้งกิน เที่ยว ฯลฯ ผมจึงได้เสนอไปยังทุกบริษัทที่กล่าว(ยังไม่พบ Olympus ซึ่งก็คงยากที่จะ sponsor) ให้พิจารณาส่งแพทย์ไทยไปบ้าง จะกี่คน จะเป็นใครผมไม่เกี่ยง แต่น่าพิจารณา โดยเฉพาะปีหน้ามีที่อังกฤษ Birmingham ดูโปรแกรมแล้วน่าจะดีกว่าที่ Paris ท่านใดสนใจก็ไปติดต่อกับบริษัทที่กล่าวไปเอาเองครับ ขอแต่เนิ่นๆ คงได้ เขาอาจจะไม่ส่งเป็นกลุ่มอาจให้งบ ไปเองก็ยังดี

idea ของการเที่ยวด้วยมาจากผม "ขอยอมรับผิดแต่ผู้เดียว" คือผมไปประชุมมามาก ไม่ได้เที่ยวเลย! เพราะบริษัทยาให้ไปวันนี้ ประชุมพรุ่งนี้เสร็จก็กลับ ช้าถ้าเป็นประเทศที่ไกล จะมี jet lag ด้วย จึงหลับในที่ประชุม 2 วัน พอฟื้นก็ถึงเวลากลับพอดี! ระหว่างประชุมผมก็ไม่ชอบเบี้ยวที่จะไปเที่ยวหรือซื้อของอีกด้วย จึงไม่ได้เห็นอะไรเลย ผมจึงเสนอบริษัทยาว่าเป็นไปได้ไหมที่จะไปก่อนเพื่อป้องกัน jet lag และจะได้เที่ยว เวลาประชุมจะได้ประชุม

ตลอด ไม่เบี้ยว ซึ่งบางบริษัทก็เริ่มทำแบบนี้แล้ว ซึ่งผมคิดว่าดี แต่ต้องขอร้องพวกเราให้เข้าประชุมมากๆจะได้ทั้งความรู้ทางวิชาการและประสบการณ์ (กำไรของชีวิต) อีกด้วย

ต้องยอมรับว่า Takeda ทำนอกเหนือหน้าที่มาก ดูแลอาหารทุกมื้อทั้งๆ ที่ไม่ได้อยู่ในรายการ ค่า beer wine ค่าเที่ยวต่างๆ มีรถรับส่ง เช้า-เย็น คือรถ bus อยู่กับเราตลลอด มี guide คนไทยจากบริษัท Reliance ไปด้วย 1 คน , มี local guide ไทย 3 คน ผลัดกันมาเป็นครั้งคราว มี guide ฝรั่งเศส 1 คน ฯลฯ ถือว่าทำได้เยี่ยมมาก และเกินความคาดหมาย หรือความต้องการของพวกเรามาก พอกลับมาผมเลยรีบเลี้ยง Takeda ตอบ เลี้ยงในนามพวกเรา(แต่ผมจ่ายตังค์) ขอบคุณเขาแทนพวกเราทุกๆ คน ซื้อของมาฝากเขา ซึ่งจริงๆ แล้วก็เป็นสินน้ำใจเพียงเล็กๆ น้อยๆ และขอให้เขาพยายามทำต่อไป จะมากน้อยแค่ไหนแล้วแต่เขา จะเป็นคุณหมอที่ไหนแล้วแต่เขา โดยทั่วๆ ไป เขาก็พยายามหมุนเวียนอยู่แล้ว ผมเองได้ไป 2 ครั้ง ปีที่แล้วและปีนี้ ทั้งๆที่ไม่ได้ขอเขาเลย แต่ที่เขากรุณาก็คงเป็นเพราะเขาเห็นผมเป็นคนคิดในเรื่องนี้ขึ้น เพราะเขาเองไม่มี idea มาก่อนเกี่ยวกับ UEGW

ฉะนั้นตอนนี้พวกเราทราบแล้วว่ามีการประชุมปีหนึ่งๆ ที่ไหน อะไรบ้าง ล่วงหน้าหลายปี จึงวางแผนล่วงหน้าได้ ผมว่าโดยทั่วๆ ไปปีละ 1 ครั้ง เพื่อ keep up with วิชาการก็พอ ถ้าไป 1 ครั้งก็ควรเป็น AGA หรือ UEGW ก็วางแผนขอ sponsor ล่วงหน้า ไม่บริษัทใดก็บริษัทหนึ่ง ก็คงจะได้ แต่ถ้าไปผมอยากให้เข้าประชุมตลอดเวลา(80% เป็นอย่างน้อย)

ขณะที่เขียนตรงนี้เป็นวันเลือกตั้งพอดี ผมคิดว่าพวกเราอย่าเพิ่งท้อถอย การเมืองเรา ท่าทางจะไม่ดีต่อไปอีก 8-12 ปี ผมว่าเราต้องพยายามเลือกเป็นพรรคแล้ว อย่าเลือกบุคคล พรรคการเมืองควรมีน้อยกว่านี้ 4 พรรคได้ก็ดี ถ้าจะทำให้นักการเมืองดี จะต้องใช้เวลาอีกมาก โดย

สรุปคือ การศึกษาต้องดี มนุษยธรรม ศีลธรรมต้องดี เงินเดือนต้องดีมากกว่านี้ จะได้อยู่ได้โดยไม่ต้องทำงานอีกงานหนึ่ง หรือต้องโกง คนจะได้ไม่ซื้อเสียงขายเสียง แต่ตราบใดที่ยังมี คนจนอยู่มาก (และคนไม่มีศีลธรรม) จะบอกให้เขาไม่ขายเสียงอย่างไรคงยากถ้าเขาไม่ค่อยมีอะไรจะกิน ผมไปเลือกมานี่ผมยังแทบไม่รู้เลยว่าใครลงสมัครในเขตผม ผมรู้แต่ว่าผมเลือกได้กี่คน แล้วผมก็เลือกพรรค ส่วนจะเป็นใครไม่สำคัญ เผอิญคนในพรรคที่ผมเลือกเป็นคนดีด้วย (รู้วันนี้เอง!)

ผมไปอยู่ Freiburg น้ำหนักลด มาอยู่ Paris น้ำหนักขึ้นอีกและมากกว่าตอนอยู่กรุงเทพฯ! กลับมากรุงเทพฯ จนถึงขณะนี้ขึ้นไปอีก เพราะทานเลี้ยงทุกคืน! กลับมาได้ 7 วันทานเลี้ยงไป 6 ครั้ง! วิ่งไป 1 ครั้ง ตี tennis ไป 2 ครั้ง เดี๋ยวจะวิ่งอีก 1 ครั้ง ต้องอดอาหารอย่างจริงจังแต่คงยาก อย่างเช่นวันศุกร์ไปทานเลี้ยงมาแล้ว เพื่อนชวนไปปรึกษางานสำคัญต่อ ต้องกินอาหาร เหล้าอีก (รอบ 2 จาก 9 pm– 1 am ไม่ทานไม่ดื่มอะไรเลยก็คงเป็นเทวดา! เพราะเพื่อนเขายังไม่ทาน)แต่ถ้าผมอยู่คนเดียว เช่นวันนี้อยู่ที่บ้าน (วันอาทิตย์) ตั้งแต่เช้าจน 14.00น. ทานก๋วยเตี๋ยวไป 1 จาน กาแฟ 1 ถ้วย ผลไม้ 1 จาน เท่านั้น อยู่บ้านลดได้สบาย ถึงแม้จะเป็นช่วงปีใหม่ alcohol ไม่แตะเลย

กลับมาก็ยุ่งทางด้านวิชาการด้วย สอนปริญญาโททางสาขากีฬาเวชศาสตร์ของคณะแพทย์จุฬาฯ ไป 2 ชั่วโมง สอน นสพ. สอน residents ทุกเช้าที่อยู่กรุงเทพฯ ไปวิชาการสัญจรในนามสมาคม GI ที่โคราช(เช้า–เย็น) ทางดีมาก 3 ชั่วโมงก็ถึง (พูดถึงโคราช ถ้าจะจัดประชุมที่นั่นสบายมาก มีโรงพยาบาลมหาราชรองรับ โรงแรมดี ใครสนก็ช่วยบอกด้วยครับ) ประชุมสมาคม GI (บริหาร) ไปแล้ว ประชุม Interhospital GI Conference ไปแล้ว 2 cases ดีมาก วันอังคารที่ 19 ไปสกลนคร ผมจะต้องไปสกลนครจนถึง 28

วันที่ 29 หรือจนเสร็จสิ้นภารกิจ จะไปวิชาการสัญจรกับสมาคมศิษย์เก่าแพทย์จุฬาฯ ที่สระบุรี แล้วไปพบศิษย์เก่าที่โคราชแล้วกลับคืนนั้นเลยเพราะมีนัด 6.20 น. ที่ดอนเมืองของวันที่ 30 พฤศจิกายน จะไปประชุม H. pylori ที่ Hong Kong! เป็นรายการสุดท้ายของปีนี้

ปีนี้และถึงปีหน้า เราจะต้องสรรหาและเลือกนายกใหม่ ผมคิดว่ากรรมการชุดนี้ได้ทำระบบไว้ดีพอสมควรแล้ว แต่ยังจะต้องทำอีกอย่างต่อเนื่องและไม่ใช่เพียงแค่นี้ จะต้องมีความคิดริเริ่มมากกว่านี้ ใหม่กว่านี้ ทำเท่าที่ทำอยู่ไม่ได้และไม่พอ คนเป็นนายกต้องมีวิสัยทิศน์กว้าง ใจกว้าง sport รวบรวมพวกเราทุกคนได้ บริษัทยาได้ หาข้อมูล กล้าตัดสินใจ กล้าใช้เงินของตัวเองเพื่อส่วนรวม ต้องทำเพื่อส่วนรวมจริงๆ ไม่เล่นพวก(มากนัก) ใครเก่งต้องเอามาใช้ อย่ามองคนในแง่ไม่ดี ใครมีอะไรดีใช้เขาทางนั้น ตอนนี้ทาง AGA, Europe, Hong Kong, Japan, Asean รู้จักเราดี พอสมควร เราต้องประสานงานต่อไปอย่างต่อเนื่อง คนที่เข้ามาต้องมีเวลาให้ต้องเข้าประชุมตลอดทั้งในไทยและนอก ต้องไปงานสังคม สังสรรค์ ต้องซื้อ present ไปให้เขา เลี้ยงเขาบ้าง (โดยออกตังค์ส่วนตัวบ้างถ้าจำเป็น) ต้องสร้างคนทางวิชาการ ทางบริหาร ทั้งในไทยและสำหรับเป็นกรรมการต่างประเทศ ต้องมีความสามารถในการติดต่อกับต่างประเทศ และเพิ่มความสัมพันธ์มากขึ้นเรื่อยๆ สร้างคนทางด้านนี้ ไม่ใช่มีแต่ อ.วีกิจ อ.เติมชัย และผม มีเพื่อนในต่างประเทศ มีสายสัมพันธ์ มีเพื่อนในไทย ที่สำคัญที่สุดคือต้องทุ่มสุดตัวให้แก่สมาคมฯ ขณะนี้สมาคมฯ เราโตมากแล้ว มีสมาชิกเกือบ 500 คน และคงจะเป็น 1,000 ในไม่ช้านี้ มีเงินพอสมควร เราต้องทำงานเป็นระบบมากขึ้นและอย่างต่อเนื่อง

แต่ที่สำคัญที่สุดคือคนเดียวทำงานไม่ได้ พวกเราทุกๆ คนต้องให้ความร่วมมือ คนที่ไม่ได้เป็นกรรมการก็มีส่วนช่วยให้ความร่วมมือ ช่วยทำให้สมาคมฯเจริญ ผมโชคดีมากจริงๆที่ท่านอาจารย์ทุกๆท่าน โดยเฉพาะท่าน อ.วีกิจ ให้ความกรุณาสนับสนุนมากๆ พี่ๆ ทุกๆ คน เพื่อนๆ น้องๆ และบริษัทยา คงเป็นที่ทราบกันดีอยู่แล้วว่ายุคนี้แพทย์ไทยไปประชุมนอกมากที่สุด มีคนเข้าประชุมการประชุมของเรามากขึ้นทุกๆ ครั้ง มีวิทยากรต่างประเทศมามากขึ้นเรื่อยๆ ปีที่แล้ว (มกราคม 2539) มี 5 คน ปี 2540 7 คน! กันยายน 2540 มีประชุมนานาชาติ (ถึงแม้จะเกิดในกรรมการชุดใหม่ แต่ plan ในกรรมการชุดนี้) ผมมี อาจารย์อุดม ซึ่งเป็นเลขาที่เข้มแข็งมาก อ.วโรชา ยอดมากทางวิชาการ อ.ประวิทย์ ดูแลเรื่องการเงินดีมากและอย่างมีหลักการ อ.สุรพล(ชื่น) ดูแลเรื่องปฏิคมอย่างยอดเยี่ยมไม่เห็นแก่ความเหน็ดเหนื่อย อ.สถาพร ดูแลเรื่องการศึกษาหลังปริญญา ซึ่งผมถือว่าเป็นเรื่องใหญ่มาก ยุ่งมาก ปวดหัวมาก เหนื่อยมาก ต้องติวอาจารย์สอบก่อนจึงสอบเด็กได้ดี จัด standard การฝึกอบรม สอบฯลฯ อ.สิน เริ่มทำวารสารภาษาอังกฤษ ช่วยผมสร้างชมรม motility ขึ้นมา active มาก ประชุมทุก 2-3 เดือน เขียนหนังสือ จัด course จัดหาทุน (โดยบริษัท Janssen) ส่งแพทย์ไป Australia 2-3 เดือน ทุกปี อ.เติมชัย ประธานชมรมโรคตับ ซึ่งมีการประชุมบ่อยๆ และจะจัด International Conference ปีหน้า อ.ไพโรจน์ ประธาน endoscopy ซึ่งจัดการประชุมนานาชาติไป 2 ครั้งแล้ว และกรรมการท่านอื่นๆ อีกมากมาย รวมทั้งท่านสมาชิกและเพื่อนแพทย์ที่ไม่ได้เป็นสมาชิกทั้งหลาย ถ้าขาดท่านเหล่านี้สมาคมฯ ก็จะประสบความสำเร็จไม่ได้

บริษัทยาก็เช่นกัน บริษัทยาได้กรุณาให้การสนับสนุนอย่างดีเยี่ยม จากการออก booth ส่งแพทย์ไปประชุมในไทยและนอก สนับสนุนค่าอาหาร กระเป๋า poster วิชาการสัญจร etc. ผมพอใจมากและขอบคุณมาก ผมพยายามวางตัวเป็นกลางกับทุกบริษัท พยายามช่วยในทางที่ถูกที่ควรตลอดเวลาถ้าไม่ผิด โดยเฉพาะในการให้คำแนะนำทางด้านต่างๆ ฯลฯ

ขณะนี้ผมได้ทำ neck tie ของสมาคมฯ สำเร็จแล้วมี 2 แบบๆ ละ 2 สี ขายเส้นละ 200 บาทเท่านั้น ผมเลยซื้อเป็นคนแรกทั้ง 4 เส้นเลย และมี badge(ราคา 300 บาท) สำหรับไปทำเสื้อ blazer blazer คือเสื้อที่เป็นสีน้ำเงินแก่ หรือดำ อาจจะมี badge ติดตรงกระเป๋าหน้าอกหรือไม่ก็ได้ แต่ที่สำคัญคือกางเกงจะต้องเป็นคนละสี มักจะเป็นสีเทา ถ้าสีเดียวกันก็คือ suit suit จะไม่มี badge ติดกระเป๋าและกระดุมจะเป็นกระดุมธรรมดา ไม่ใช่เป็นเงินหรือทอง blazer มักจะมีกระดุมเป็นเงินหรือทอง กระดุมที่แขนเสื้อควรมีข้างละ 3 เม็ด ที่ปิดเสื้อ 2 เม็ด ผมอยากขอความกรุณาให้พวกเราที่เป็นสมาชิกช่วยกันซื้อทั้ง neck tie และ badge กันให้มากๆ นะครับ เพื่อความพร้อมเพรียงกัน จะได้ใส่ช่วง 28-31.1.2540 ให้เต็มไปหมด สมาชิกทุกท่านมีสิทธิ์ใช้ครับ ไม่ใช่เฉพาะกรรมการ สำหรับแพทย์ที่ไม่ได้เป็นสมาชิกราคา neck tie เส้นแรก 1,200 บาทครับ! (คือค่าสมาชิก 1,000 บาท!!!) ผมอยากเชิญให้พิจารณาเป็นสมาชิกสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทยครับ ถึงแม้ท่านไม่สนใจทาง GI แต่ถ้าท่านทำร้านเป็น รังสี พยาธิ ศัลย์แพทย์ ฯลฯ ถ้าท่านสมัครเป็นสมาชิกท่านจะได้ประโยชน์มากมาย คือค่าสมาชิกในขณะนี้ 1,000 บาท ตลอดชีพ ปีหนึ่งท่านจะได้จุลสาร 6 เล่ม วารสาร(อังกฤษ) 4 เล่ม ซึ่งก็มีราคาเกิน 1,000 บาทแล้ว จุลสารมีข่าวสารที่น่าสนใจ มีความรู้รอบตัว(หวังว่า!) มี topic review ที่ดี ทันสมัย อ่านง่าย นอกจากนั้นถ้าท่านไปร่วมประชุมและต้องจ่ายค่า ประชุมเองท่านจะจ่ายใน

ราคาถูกกว่าถ้าท่านไม่เป็นสมาชิกอีกด้วยครับ ท่านจะได้ประโยชน์ แน่นอน (ถ้าอ่านภาษาไทยออก! และถ้าอ่าน!)

ที่ Yokohama ผมได้รับเลือกโดยการสนับสนุนของ อ.วีกิจ อ.เติมชัย ให้เป็น Chairman ของ International Liaison Committee ของ Asian Pacific Association of Gastroenterology (APAGE) และยังเป็น member ของ Advisory Committee ของ International Liaison Committee ของ AGA สำหรับ Asia-Pacific Region ซึ่งตั้งโดย AGA ซึ่งในตำแหน่งหน้าที่นี้ ผมจะพยายามทำให้ประเทศไทยมีชื่อเสียงมากยิ่งขึ้นทำให้เรามีสายสัมพันธ์ดียิ่งขึ้นกับหลายๆ ประเทศ โดยในขณะนี้ทุกปีเราได้เชิญประธานของสมาคมของประเทศที่อยู่ในAsean Federation of Gastroenterology มาไทยอยู่แล้ว จะได้รู้จักกัน แน่นแฟ้นกัน เวลามีการลงคะแนนจะได้ช่วยกัน ถ้ามี Asean Federation of Gastro แต่ไม่ทำอะไรเลยที่เป็นประโยชน์อย่ามีดีกว่า!

ขณะที่เขียนอยู่ที่บ้าน มีไก่เดินไปเดินมาอยู่รอบๆ ตัวผม และลูกเจี๊ยบน่ารักเต็มไปหมด อย่างที่บอก ความสุขของผมคือเล่นกีฬา กินเหล้า(บ้าง) อยู่กับบ้าน ดู TV (ข่าวและ Man U เท่านั้น) นั่งดูต้นไม้สูงๆ ใหญ่ๆ แล้วเพลินดีครับ นี่กำลังจะเชิญคณะกรรมการและบริษัทยามาทานข้าวที่บ้านอีกครั้ง เพื่อเป็นการขอบคุณทุกๆ คนที่ให้การร่วมมือเป็นอย่างดี ยิ่งในรอบหนึ่งปีที่ผ่านมา ตอนประชุมวันศุกร์ลืมบอกนัดวันไป
สงสัยต้องจบแค่นี้ก่อนครับ รู้สึกจะยาวไปแล้ว

ด้วยความปราถนาดี

(รองศาสตราจารย์นายแพทย์พินิจ กุลละวณิชย์)
นายกสมาคมแพทย์ระบบทางเดินทางอาหารแห่งประเทศไทย

รายงานการประชุมคณะกรรมการอำนวยการ (2538-2539)
สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย
ครั้งที่ 6/2539 ณ โรมแรมโซลทวินทาวเวอร์ กรุงเทพฯ
วันศุกร์ที่ 18 ตุลาคม 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	ชื่นรัตนกุล	ปฏิคม
5. นายแพทย์นุสนธิ์	กลัดเจริญ	ประธานฝ่ายวิเทศสัมพันธ์
6. แพทย์หญิงวโรชา	มหาชัย	ประธานฝ่ายวิชาการ
7. นายแพทย์เติมชัย	ไชยนุวัติ	ประธานฝ่ายโรคตับ
8. นายแพทย์กำธร	เผ่าสวัสดิ์	กรรมการกลาง
9. แพทย์หญิงชุติมา	ประมูลสินทรัพย์	กรรมการกลาง
10. พ.ต.อ.นพ.วรพันธุ์	เสาวรส	กรรมการกลาง
11. นายแพทย์วีกิจ	วีรานุวัตติ์	กรรมการกลาง
12. นายแพทย์สวัสดิ์	หิตะนันท์	กรรมการกลาง
13. พ.ท.นพ.อนุชิต	จูฑะพุทธิ	กรรมการกลาง
14. พล.ต.นพ.วิชัย	ชัยประภา	ที่ปรึกษา
15. นายแพทย์สมหมาย	วิไลรัตน์	ที่ปรึกษา
16. นายแพทย์สัจพันธ์	อิศรเสนา	ที่ปรึกษา
17. พล.อ.ต.นพ.สุจินต์	จารุจินดา	ที่ปรึกษา

รายนามผู้ไม่สามารถเข้าร่วมประชุมได้

1. แพทย์หญิงกรรณิการ์	พรพัฒนกุล	อุปนายก
2. นายแพทย์สถาพร	มานัสสถิตย์	ประธานฝ่ายการศึกษาหลังปริญญา
3. นายแพทย์ไพโรจน์	เหลืองโรจนกุล	ประธานฝ่ายเอ็นโดสโคปี้ย์
4. นายแพทย์พิศาล	ไม้เรียง	ประธายฝ่ายวิจัย
5. นายแพทย์สิน	อนุราษฎร์	ประธานฝ่ายวารสาร
6. แพทย์หญิงเกษร	วัชระพงศ์	กรรมการกลาง
7. นายแพทย์ชาญวิทย์	ตันติ์พิพัฒน์	กรรมการกลาง
8. นายแพทย์ทองดี	ชัยพานิช	กรรมการกลาง
9. นายแพทย์บัญชา	โอวาทสารพร	กรรมการกลาง
10. นายแพทย์พงษ์พีระ	สุวรรณกูล	กรรมการกลาง
11. น.อ.นพ.ไพฑูรย์	จ๋วงพานิช	กรรมการกลาง
12. นายแพทย์มานิต	ลีโทชวลิต	กรรมการกลาง
13. แพทย์หญิงวีณา	วงศ์พานิช	กรรมการกลาง
14. นายแพทย์สวัสดิ์	ฟองวัฒนานนท์	กรรมการกลาง
15. นายแพทย์จินดา	สุวรรณรักษ์	ที่ปรึกษา
16. นายแพทย์สุชา	คูระทอง	ที่ปรึกษา

เปิดประชุม เวลา 10.15 น. นายแพทย์พินิจ กุลละวณิชย์ เป็นประธานในการประชุม

วาระที่ 1 เรื่องที่ประธานแจ้งให้ทราบ

1. รายนามคณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯที่แจ้งลาประชุม

1.1 นายแพทย์สถาพร มานัสสถิตย์

1.2 แพทย์หญิงวีณา วงศ์พานิช

2. ในการประชุม APCGE ที่ญี่ปุ่น เมื่อวันที่ 19-23 กันยายน 2539 ที่ผ่านมา มีแพทย์ไทยเข้าร่วมประชุมประมาณ 150 คน และขอขอบคุณบริษัทยาที่ให้การสนับสนุน

วาระที่ 2 รับรองรายงานการประชุมครั้งที่ 5/2539
ที่ประชุมมีมติแก้ไขรายงานการประชุมดังนี้

หน้า 2 วาระที่ 3 ข้อ 1

แก้จาก เพื่อความสะดวกในการจัดการเกี่ยวกับจำนวนเงินฝาก จึงขอเปลี่ยนเป็นจำนวนไม่เกิน 10 ล้าน บาท ในแต่ละแห่ง

แก้เป็น เนื่องจากขณะนี้สมาคมฯมีเงินอยู่ 18.3 ล้านบาท ซึ่งกึ่งหนึ่งคือ 9.9 ล้านบาท เนื่องจากขณะนี้ตั๋วเงินฝากมีอยู่ 2 ใบ ใบละ 5 ล้านบาท จึงขออนุมัติให้ฝากเงินได้ไม่เกิน 10 ล้านบาทในแต่ละแห่ง

หน้า 3 ข้อ 4

แก้จาก โรงแรมสยามคอนติเนตัล

แก้เป็น โรงแรมสยามอินเตอร์คอนติเนตัล

หลังจากแก้ไขแล้วที่ประชุมมีมติรับรองรายงานการประชุมครั้งที่5/2539

วาระที่ 3 เรื่องสืบเนื่อง และวาระที่ 4 เรื่องความคืบหน้า

1. นายแพทย์สุรพล ชื่นรัตนกุล ปฏิคม ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบเกี่ยวกับการดำเนินงานเรื่องสถานที่และอาหารสำหรับการประชุมวิชาการประจำปี พ.ศ. 2539 ระหว่างวันที่ 28-31 มกราคม 5240 เกิดการผิดพลาดในการติดต่อกับทางโรงเรมเรื่องค่าอาหารกลางวันและอาหารว่าง ขอเปลี่ยนจากเดิม 500 บาทต่อวันต่อคน (อาหารกลางวัน 1 มื้อ บวกอาหารว่าง 2 มื้อ) เป็น 600 บาท (อาหารกลางวัน 1 มื้อ บวกอาหารว่าง 2 มื้อ) ดังนั้นจึงต้องเปลี่ยงแปลงค่าลงทะเบียนใหม่ ส่วนวันที่ 28 มกราคม 2540 ที่เป็น Motility Club บริษัทแจนเซ่นฯ จะออกค่าอาหารกลางวันและอาหารว่างทั้งหมด

ที่ประชุมมีมติให้คิดค่าลงทะเบียนดังต่อไปนี้

สำหรับวันที่ 28 มกราคม 2540 ไม่คิดค่าลงทะเบียน

ค่าลงทะเบียนรวมทั้ง 4 วัน วันที่ 28-31 มกราคม 2540 ค่าลงทะเบียนสำหรับสมาชิก 1,800 บาท

ค่าลงทะเบียนผู้ที่ไม่ได้เป็นสมาชิก 2,000 บาท

และให้งดอาหารว่างช่วงบ่ายของวันที่ 29-31 มกราคม 2540

2. แพทย์หญิงวโรชา มหาชัย ประธายฝ่ายวิชาการได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบเกี่ยวกับการจับโปรแกรมการประชุมและขอให้คณะกรรมการช่วยพิจารณาดูความเหมาะสมด้วย

3. นายแพทย์ประวิทย์ เลิศวีระศิริกุล เหรัญญิก ได้ปรารภให้ที่ประชุมทราบเกี่ยวกับเรื่องการดูแล เรื่องการเงินของสมาคมฯในอนาคตอย่างไร อาจจะมีการอนุกรรมการในการดูแล เรื่องการใช้จ่ายเงิน ซึ่งควรจะได้มีการพิจารณาเรื่องนี้ในโอกาสต่อไป

4. นายแพทย์วีกิจ วีรานุวัตติ์ ประธาน APAGE ได้สรุปการไปประชุม APAGE ที่ประเทศญี่ปุ่น ระหว่างวันที่ 19-23 กันยายน 2539 ดังนี้

4.1 ในการประชุมร่วมกันระหว่าง OMGE และ APAGE ที่ซานฟรานซิสโก เมื่อวันที่ 19 พฤษภาคม 1996 ที่ผ่านมาแล้วนั้น ได้มีการเขียนรายงานที่คลาดเคลื่อน จึงได้ขอแก้ไขรายงานดังกล่าวในการประชุมที่ประเทศ ญี่ปุ่นครั้งนี้ด้วย ผลปรากฏว่าที่ประชุมได้ยอมรับนายแพทย์เติมชัย ไชยนุวัติ เป็นรองประธาน OMGE ด้าน Asia Pacific

4.2 สำหรับประเทศที่ได้เป็นเจ้าภาพของ APCGE สำหรับในปี ค.ศ. 2000 คือประเทศฮ่องกง และประธาน APAGE ที่ได้รับคัดเลือกคนใหม่คือ Professor Tadayoshi Takemoto

4.3 นายแพทย์เติมชัย ไชยนุวัติ ได้รับเลือกให้เป็น treasurer ของ APAGE และนายแพทย์พินิจ กุลละวณิชย์ได้รับเลือกให้เป็นประธาน liaison committee

5. นายแพทย์อนุชิต จูฑะพุทธิ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบเกี่ยวกับควาาคืบหน้าในการจัดประชุม International Viral Hepatitis ระหว่างวันที่ 10-12 กันยายน 2540 ดังนี้

5.1 ขณะนี้มีวิทยากรตอบรับมาแล้ว 4 ท่าน

5.2 สถานที่ไการประชุมคือโรงแรมสยามอินเตอร์คอนติเนตัล

5.3 ได้มีบางบริษัทมาติดต่อเพื่อจะจัดSatellite Symposium

6. นายแพทย์อุดม คชินทร ได้แถลงแทนนายแพทย์สถาพร มานัสสถิตย์ ซึ่งลาประชุม เกี่ยวกับการเปิดฝึกอบรม fellow ของแต่ละสถาบัน ซึ่งทางสมาคมจะต้องเป็นผู้ตรวจสอบ ความพร้อมของสถาบันที่จะให้การฝึกอบรม แต่อยู่ภายใต้การควบคุมของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่ง

ประเทศไทย และจะทำหนังสือแจ้งไปทางราชวิทยาลัยฯ ให้ทราบเกี่ยวกับการดำเนินการตามขั้นตอนที่ถูกต้องต่อไป

วาระที่ 5 เรื่องอื่นๆ

นายแพทย์อุดม คชินทร เลขาธิการสมาคมฯ ได้แจ้งให้ที่ประชุมดังนี้

1. เรื่องสถานที่ถาวรของสมาคมฯ ได้จ่ายเงินไปแล้ว 30% ยังคงเหลือ 20% ซึ่งจะดำเนินการจ่ายเงินต่อไป ขณะนี้อาคารดังกล่าวได้สร้างไปเกือบเสร็จสมบูรณ์แล้ว

2. มีสมาชิกสมัครใหม่ 7 ท่าน ดังนี้ แพทย์หญิงฐิติมา วุฒิวิวัฒนกุล, นายแพทย์ชุมพล แย้มเจริญ, นายแพทย์ภูริปัณย์ อร่าม วัฒนพงศ์, แพทย์หญิงอัญชลี อัศวมงคลกุล, นายแพทย์คิมห์ อิทธิกุล, นายแพทย์สุพรชัย กาญจนวาสี, แพทย์หญิงเยาวพา มณีรัตน์

ที่ประชุมมีมติรับรองสมาชิกใหม่ทั้ง 7 ท่าน

3. นายแพทย์ประวิทย์ เลิศวีระศิริกุล เหรัญญิกสมาคมฯ ขออนุมัติวงเงินซื้อเครื่องคอมพิวเตอร์ 1 ชุด ราคาประมาณ 50,000 กว่าบาท

ที่ประชุมมีมติอนุมัติตามที่เสนอ

ปิดประชุมเวลา 12.05 น.

นพ.อุดม คชินทร

บันทึกการประชุม

รายงานการประชุมคณะกรรมการอำนวยการ (2538*2539)
สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย
ครั้งที่ 7/2539 ณ โรมแรมโซลทวินทาวเวอร์ กรุงเทพฯ
วันศุกร์ที่ 15 พฤศจิกายน 2539 เวลา 10.00–12.00 น.

รายนามผู้เข้าร่วมประชุม

1. นายแพทย์พินิจ	กุลละวณิชย์	นายกสมาคมฯ
2. แพทย์หญิงกรรณิการ์	พรพัฒนกุล	อุปนายก
3. นายแพทย์อุดม	คชินทร	เลขาธิการ
4. พ.อ.นพ.สุรพล	ชื่นรัตนกุล	ปฏิคม
5. นายแพทย์สถาพร	มานัสสถิตย์	ประธานฝ่ายการศึกษาหลังปริญญา
6. แพทย์หญิงวโรชา	มหาชัย	ประธานฝ่ายวิชาการ
7. นายแพทย์กำธร	เผ่าสวัสดิ์	กรรมการกลาง
8. นายแพทย์พงษ์พีระ	สุวรรณกูล	กรรมการกลาง
9. พ.ต.อ.นพ.วรพันธุ์	เสาวรส	กรรมการกลาง
10. นายแพทย์วีกิจ	วีรานุวัตติ์	กรรมการกลาง
11. แพทย์หญิงวีณา	วงศ์พานิช	กรรมการกลาง
12. นายแพทย์สวัสดิ์	หิตะนันท์	กรรมการกลาง
13. พ.ท.นพ.อนุชิต	จูฑะพุทธิ	กรรมการกลาง
14. พล.ต.นพ.วิชัย	ชัยประภา	ที่ปรึกษา
15. พล.อ.ต.นพ.สุจินต์	จารุจินดา	ที่ปรึกษา

รายนามผู้ไม่สามารถเข้าร่วมประชุมได้

1. นายแพทย์ประวิทย์	เลิศวีระศิริกุล	เหรัญญิก
2. นายแพทย์นุสนธิ์	กลัดเจริญ	ประธานฝ่ายวิเทศสัมพันธ์
3. นายแพทย์เติมชัย	ไชยนุวัติ	ประธานฝ่ายโรคตับ
4. นายแพทย์ไพโรจน์	เหลืองโรจนกุล	ประธานฝ่ายเอ็นโดสโคปี้
5. นายแพทย์พิศาล	ไม้เรียง	ประธายฝ่ายวิจัย
6. นายแพทย์สิน	อนุราษฎร์	ประธานฝ่ายวารสาร
7. แพทย์หญิงเกษร	วัชระพงศ์	กรรมการกลาง
8. นายแพทย์ชาญวิทย์	ตันติ์พิพัฒน์	กรรมการกลาง
9. แพทย์หญิงชุติมา	ประมูลสินทรัพย์	กรรมการกลาง
10. นายแพทย์ทองดี	ชัยพานิช	กรรมการกลาง
11. นายแพทย์บัญชา	โอวาทพารพร	กรรมการกลาง
12. น.อ.นพ.ไพฑูรย์	จ๋วงพานิช	กรรมการกลาง
13. นายแพทย์มานิต	ลีโทชวลิต	กรรมการกลาง
14. นายแพทย์สวัสดิ์	ฟองวัฒนานนท์	กรรมการกลาง
15. นายแพทย์จินดา	สุวรรณรักษ์	ที่ปรึกษา
16. นายแพทย์สมหมาย	วิไลรัตน์	ที่ปรึกษา
17. นายแพทย์สัจพันธ์	อิศรเสนา	ที่ปรึกษา
18. นายแพทย์สุชา	คูระทอง	ที่ปรึกษา

เปิดประชุม เวลา 10.30 น. นายแพทย์พินิจ กุลละวณิชย์ เป็นประธานในการประชุม

วาระที่ 1 เรื่องที่ประธานแจ้งให้ทราบ

1. รายนามคณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯที่แจ้งลาประชุม

1.1 นายแพทย์นุสนธิ์ กลัดเจริญ

1.2 นายแพทย์มานิต ลีโทชวลิต

2. โครงการวิชาการสัญจรได้รับการสนับสนุนจากบริษัทยาอยู่เรื่อยๆ ซึ่งนับว่าเป็นการเผยแพร่ความรู้ทั้งทางด้านวิชาการและสมาคมฯให้แพทย์ได้รู้จักมากขึ้น ในวันศุกร์ที่ 22 พฤศจิกายน 2539 แพทย์หญิงกรรณิการ์ พรพัฒน์กุล และนายแพทย์อุดม คชินทร จะไปเป็นวิทยากรในโครงการวิชาการสัญจรที่โรงพยาบาลลำปาง

3. เนคไทและอาร์ม สำหรับสมาชิกสมาคมฯที่สนใจจะซื้อ

- เนคไท ให้จำหน่ายเส้นละ 200 บาท
- อาร์ม ให้จำหน่ายอันละ 300 บาท

วาระที่2 รับรองรายงานการประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯครั้งที่ 6/2539

ที่ประชุมมีมติรับรองรายงานการประชุมครั้งที่ 6/2539

วาระที่ 3 เรื่องสืบเนื่อง

1. แพทย์หญิงวโรชา มหาชัย ประธานฝ่ายวิชาการ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบเกี่ยวกับ Final Program ของการประชุมวิชาการประจำปี 2539 ซึ่งคาดว่าจะเสร็จภายในสิ้นเดือนพฤศจิกายน นี้

2. นายแพทย์สุรพล ชื่นรัตนกุล ปฏิคม ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบเกี่ยวกับการจัดการประชุมวิชการประจำปี 2539 ระหว่างวันที่ 28-31 มกราคม 2540 ดังนี้

2.1 คาดว่าจะมีบริษัทยาจองบู๊ธ ประมาณ 30 บู๊ธ

2.2 จะเลี้ยงอาหารเย็นเพื่อเป็นเกียรติแก่ Vikit Viranuvatti's lecturer ในวันพุธที่ 29 มกราคม 2540 และเลี้ยงวิทยากรทั้งหมด ในวันพฤหัสบดีที่ 30 มกราคม 2540 สถานที่จะแจ้งให้ทราบในภายหลัง

2.3 ของขวัญสำหรับวิทยา ควรจะเป็นชนิดที่ตกไม่แตก

3. นายแพทย์อนุชิต จูฑะพุทธิ ได้แจ้งเกี่ยวกับความคืบหน้าในการจัดประชุม International Symposium on Viral Hepatitis ระหว่างวันที่ 10-12 กันยายน 2540 ดังนี้

3.1 โปสเตอร์และโบร์ชัวร์ ของ Second Announcement จะพยายามให้เสร็จภายในเดือนพฤศจิกายน นี้

3.2 หลังจากได้เดินทางไปประชุม ASIAHEP. ที่ชิคาโก, สหรัฐอเมริกา เมื่อเดือนพฤศจิกายน ที่ผ่านมา ในที่ประชุมมีความคิดเห็นว่าในปี 2540 จะมีการนัดประชุมอีกครั้งหนึ่ง ซึ่งคาดว่าน่าจะจัดในประเทศไทย

4. นายแพทย์สถาพร มานัสสถิตย์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

4.1 ได้จัดการประชุมคณะอนุกรรมการฝ่ายการศึกษาหลังปริญญา เมื่อวันที่ 1 พฤศจิกายน 2539 (เอกสารประกอบการประชุมหมายเลข 1)

ที่ประชุมมีมติรับรองรายงานการประชุมฝ่ายการศึกษาหลังปริญญา เมื่อวันที่ 1 พฤศจิกายน 2539

4.2 นายแพทย์สถาพร มานัสสถิตย์ ได้ชี้แจงเพิ่มเติมเกี่ยวกับการรับสมัคร Fellow ของแต่ละสถาบันดังนี้

4.2.1 ขณะนี้ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย กำลังจะออกใบอนุบัตรบัตรสำหรับอาจารย์ที่จะเป็นผู้ train fellow และได้มีการสำรวจรายชื่อในสมัยอาจารย์สัจพันธ์เป็นนายกสมาคมฯ ซึ่งได้นำเอารายชื่อ staff ทั้งหมดส่งให้ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ฯเป็นผู้พิจารณารับรอง และได้รับการท้วงติงจากทางราชวิทยาลัยฯว่าอาจารย์บางคนทำงานไม่ครบ 5 ปี ไม่ได้บอร์ด หรือไม่ได้เป็นสมาชิกราชวิทยาลัยฯ ขณะนี้ทางสมาคมฯกำลังตรวจสอบรายชื่อใหม่ ซึ่งเมื่อทำเรียบร้อยแล้วก็จะนำเสนอว่าแต่ละสถาบันมีอาจารย์ซึ่ง จะมีคุณสมบัติที่จะ train ได้มีจำนวนเท่าไร ซึ่งขณะนี้เป็นช่วงที่กำลังสับสนอยู่ และคุณสมบัติของอาจารย์ที่จะได้รับใบอนุมัติบัตร คือ 1. จบบอร์ดอายุรศาสตร์ 2.เป็นสมาชิกราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย 3. ทำงาน GI เกิน 5 ปีในสถาบันที่มีหน่วยทางเดินอาหาร แต่มีอาจารย์บางท่าน ไม่ได้ทำงาน GI หรืออาจจะไม่ได้ผ่าน training ซึ่งกำลังทำการตรวจเช็คและจะทำการแบ่งเป็นกลุ่มเพื่อนำมาเสนอให้ที่ประชุมนี้พิจารณา รับรองก่อนเสนอราชวิทยาลัยฯต่อไป

4.2.2 ในปีที่ผ่านมาการสมัครของ fellow 1 ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ไม่ได้ส่งใบสมัครมาที่สมาคมฯ ส่วนเรื่องงานวิจัยของ fellow 1 ซึ่งในที่ประชุมตกลงว่าจะต้องส่งภายในเดือนตุลาคม คือประมาณหลังจาก 4 เดือนที่เริ่มการฝึกอบรม ซึ่งเราจะต้องพิจารณาให้เสร็จสิ้นภายในเดือนธันวาคมโดยคณะอนุกรรมการฝ่ายการศึกษาหลังปริญญาและฝ่ายวิจัยจะมาช่วยกันดู และได้ติดต่อกับนายแพทย์พิศาล ไม้เรียง ได้รับคำตอบว่าจะให้มีการประชุมในวันจันทร์ที่ 27 มกราคม 2540 โดยจะให้ fellow1 มา

present protocol ที่จะทำ แต่จะต้องให้ส่งมาก่อน เพื่อจะได้พิมพ์แจกให้อาจารย์แต่ละท่าน

ที่ประชุมรับทราบและแนะนำให้แจ้งรายละเอียดลงในหนังสือจุลสารและให้ทำใบสมัคร fellow ใหม่ เพื่อส่งให้ราชวิทยาลัยฯใช้แทนของเก่าด้วย

4.3 การตัดสินการสอบของ Fellow ควรจะมีกฎเกณฑ์ในการสอบให้ชัดเจน กล่าวคือการตัดสินสอบ fellow เดิมเราจะพิจารณาว่าผ่าน 60% ของภาคปฏิบัติและข้อเขียน แต่การสอบครั้งที่ผ่านมาบางคนตก long case แต่รวมผลแล้วก็ผ่าน 60% ถ้าเป็นอย่างนี้อาจารย์บางท่านบอกว่าถ้าตก long case เป็นเรื่องที่สำคัญ ซึ่งอย่างน้อยจะต้องผ่าน long case ถ้าเป็นอย่างนี้ควรที่จะแก้ระเบียบใหม่เป็นว่าการตัดสินสอบผ่านได้หรือตกนั้น หลังจากได้ 60%ของภาคทฤษฎีแล้วจะต้องอย่างน้อผ่าน long case บวกกับ 60% ของภาคปฏิบัติซึ่งภาคปฏิบัตินั้นจะมีshort case,long case,X-ray,Patho, Video

ที่ประชุมมีมติเห็นชอบตามที่เสนอ

5. นายแพทย์วีกิจ วีรานุวัตติ์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

5.1 ได้รับจดหมายจากประธาน APAGE คนใหม่คือ Professor Tadayoshi Takemoto แจ้งให้ทราบว่าขณะนี้เรามีคณะกรรมการเป็นคนไทยซึ่งอยู่ใน Governing Council หรือกรรมการบริหารของ APAGE อยู่ 3 ท่านคือนายแพทย์พินิจ กุลละวณิชย์ เป็นประธาน Liaison Committee, นายแพทย์เติมชัย ไชยนุวัติ เป็นเหรัญญิก และนายแพทย์วีกิจ วีรานุวัตติ์ เป็น Council member และทางญี่ปุ่นมีนโยบายที่จะจัดประชุมคณะกรรมการบริหารชุดใหม่เร็วๆนี้

5.2 จากการที่ได้เดินทางไปประชุม European Gastroenterology Week ระหว่างวันที่ 2-6 พฤศจิกายน 2539 ที่ผ่านมา ได้มีโอกาสพบปะพูดคุยกับ Professor Classen ซึ่งจะเป็นประธาน OMGE คนต่อไปด้วย

<u>วาระที่ 4</u> เรื่องอื่นๆ

นายแพทย์อุดม คชินทร เลขาธิการสมาคมฯ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

1. มีสมาชิกสมัครใหม่ 2 ท่านคือ นายแพทย์ก่อพงศ์ หังสพฤกษ์ และ แพทย์หญิงวิไลลักษณ์ อริยะวงศ์โสภณ

ที่ประชุมมีมติรับรองสมาชิกใหม่ทั้ง 2 ท่าน

2. ช่วงบ่ายจะมีการประชุม Interhospital GI Conference ณ ห้องประชุมจารุเมือง

ปิดประชุมเวลา 12.15 น.

นายแพทย์อุดม คชินทร

บันทึกการประชุม

สมาชิกท่านใดย้ายที่อยู่ หรือไม่ได้รับจุลสารสมาคมฯ

กรุณาแจ้งที่

ฝ่ายเลขาธิการสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

สาขาวิชาโรคระบบทางเดินอาหาร

ตึกทะอบ ชั้น 1 โรงพยาบาลศิริราช

ถนนพรานนก บางกอกน้อย

กรุงเทพฯ 10700

โทร 419-7280-3 โทรสาร 411-5013

Interhospital GI Conference
15 พฤศจิกายน 2539
โรงแรมโซลทวินทาวเวอร์ เวลา 13.00-15.00 น.

นพ.ศตวรรษ ทองสวัสดิ์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Case 1 A case of young female presented with chronic diarrhea and weight loss

ผู้ป่วยหญิงไทยโสด อายุ 20 ปี อาชีพนักศึกษา บ้านอยู่ พิษณุโลก

อส. ถ่ายเหลวมาประมาณ 1 ปี

ปป. 1 ปีก่อน ถ่ายเหลวเป็นน้ำปนเนื้อบ้าง ไม่มีมูกเลือด 3-6 ครั้งต่อวัน อืดแน่นท้อง ท้องโครกครากแต่ไม่ปวดท้อง ทานอาหารได้ไม่อาเจียน ไม่มีไข้ ไปรักษาที่คลินิกอาการไม่ดีขึ้น

5 เดือนก่อน ยังถ่ายเหลวอยู่ สังเกตว่าขาทั้ง 2 ข้างบวมกดบุ๋ม แต่ไม่มีอาการหอบเหนื่อย นอนราบได้ ปัสสาวะหกติ น้ำหนักตัวลดลงจาก 50 เป็น 36 กิโลกรัม ไปตรวจที่โรงพยาบาลประจำจังหวัด ตรวจพบ hypoalbuminemia ทำ UGI study พบ Thickening of small bowel fold จึงส่งตัวมารับการรักษาต่อ

ปอ. ปฏิเสธโรคประจำตัวอื่น ปฏิเสธประวัติปวดข้อ และประวัติผื่นแพ้แสง

ปด/ปส. ไม่ดื่มเหล้า ไม่สูบบุหรี่

ปป. ปฏิเสธประวัติใช้ยาเป็นประจำ ปฏิเสธประวัติแพ้ยา

Physical examination

GA	:	A young female patient, normal consciousness, generaiized anasacar
VS	:	BT 37oC BP 120/80 mmHg PR 88/min RR 16/min
HEENT:		mild pale, not icteric, no oral thrush, no cyanosis
Neck	:	no superficial lymphadenopathy, neck vein not engorged
Lung	:	clear
Heart	:	regular rhythm, no murmur
Abdomen:		soft, not tender, active bowel sound, no organomegaly
Ext	:	pitting edema 2^{+}, no rash
PR	:	no rectal mass, no rectal shelf

Investigation

CBC Hb 10.5 gm% Hct 31% WBC 7900/cu. mm. (PMN 70%, L 25%, M 1%, E 3%, B 1%) plt 380,000/cu.mm.

Rbc morphology : hypochromic microcytic

Blood chemistry : BUN 13 mg/dl Cr 0.6 mg/dl BS 100 mg/dl
Na 136 mmol/l K 3.9 mmol/l Cl 99 mmol/l
Hco_3 23 mmol/l

UA : yellow, clear, sp.gr. 1.101, albumin : neg, sugar : neg, no cell

Stool exam : semisolld, yellow, no RBC, no WBC, no mucus negative for parasite and ova

CXR, plain abdomen : normal, no abnormal calcification

MCV 77 fl (82-92), MCH 26 pg. (28-32), MCHC 33% (32-38), SI/TIBC 31/245, corrected reticulocyte count 1.8%

Albumin 1.4 gm/dl, globulin 2.6 gm/dl, cholesterol 169 mg/dl, AST/ALT 67/41 U/l, DB/TB 0.2/0.55 MG/DL, AP 112 U/l

PT 17.9 sec (12.3) PTT 30.6 sec (32)

Ca 6.4 mg/dl (7-11) P 3.4 mg/dl (2.5-4.5) Mg 10.5 mg/dl (1.5 2.2)

ประวัติและการตรวจค้นเพิ่มเติม

ผู้ป่วยถูกส่งตัวมารักษาต่อที่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และตรวจค้นเพิ่มเติม

Stool exam : semisolid, nocell, no parasite and ova, occult blood: negative Sudan III positive macrolipid droplets 10-15/HPF with many microlipid droplets

Stool concentration : negative for parasite and ova

Stool culture : mixed normal flora

Anti HIV : negative

Small bowel follow through : Thickening of small bowel mucosal folds especially at jejunum and ileum, normal transit time

25 gm D-Sylose test : 5 hr urin = 0.09 gm. (normal value > 4 gm.) Blood level O hr = 1.4 mg%, 2 hr = 9.5 mg% (normal value, 2 hr > 40 mg%)

Penendoscopy : edema of small bowel mucosal fold, no ulcer ได้ทำ biopsy ที่ jejunum mucosa ระหว่างรอผล biopsy ได้ให้ Thiabendazole (25 mg/kg) bid x 7 d เป็น empirical treatment เนื่องจากตรวจพบมี eosinophilia แต่ตรวจไม่พบ parasite หรือ parasitic ova ในอุจจาะหลังให้ยาอาการถ่ายเหลวดีขึ้นบ้างแต่ไม่หายไป หลังหยุดทานยาถ่ายเหลวเหมือนเดิม

ผล jejunal biopsy : shortening, ecematous and broadening of the vili with cellular infiltration at lamina propria (lymphocyte, plasma cell, eosinophil), dilatation of villous vascular and lymphatic space compatible with sprue disease

ได้ให้การรักษาโดย Folic acid (5 mg) 1 tab oral OD pc.

FBC 1 tab oral tid pc.

Tetracycline (250) 1 cap oral tid. pc. & hs. ประมาณ 2 อาทิตย์ อาการถ่ายเหลวไม่ดีขึ้นจึงเปลี่ยน tetracycline เป็น Augmentin® 1 tab. oral tid. pc. รวมทั้ง supportive care อื่นๆ

impression : Chronic diarrhea with malabsorption syndrome

D/Dx : สาเหตุของ maiabsorption syndrome ในผู้ป่วยรายนี้น่าจะเกิดจาก Failure of absorption เนื่องจาก UGI study, D-Xylose test บ่งบอกถึง mucosal lesion ซึ่งอาจเกิดจาก

- inadequate absorptive surface ผู้ป่วยไม่มีประวัติผ่าตัดลำไส้หรือทำ by pass
- damage absorpting surface เช่น tropical sprue ซึ่งยืนยันโดยผล biopsy ที่ small bowel แต่ได้รับการรักษาด้วย optmal antibiotic และ folic acid อาการไม่ดีขึ้น รวมทั้งผู้ป่วยไม่มี megaloblastic anemia
- infestation เช่น strongyloidosis, giardiasis ผู้ป่วยไม่มีภาวะ eosinophilla ตรวจอาการไม่พบ ova, larva or adult form of parasite ให้การรักษาด้วย thiabendazole (25 mg/kg/bid x 7 d) อาการไม่ดีขึ้น
- Infitrative intestinal wall เช่น lymphoma, TB, intestinal lymphangiecatasia

ระหว่าง admit ได้ส่งตรวจอุจจาระเป็นช่วงๆ ผล atool conc: poxitive for Capillaria philppinensis ova ได้ให้ specific therapy โดย Mebendazole 400 mg/d x 2 วัน ให้ supportive, symptomatic and replacement therepy โดย parenteral hyperalimentation ในช่วงแรก และเปลี่ยนเป็น enteral hyperalimentation จนผู้ป่วยดีขึ้น

หลังให้การรักษาผู้ป่วยถ่ายเหลวลดลงถ่ายเป็นก้อนขึ้น บวมลดลง น้ำหนักตัวมากขึ้นได้ repeat stool concentration ไม่พบ parasite และ parasitic ova อีก

จากประวัติ chronic diarrhea ในรายนี้เป็น organic diarrhea แน่นอนเนื่องจากเป็นมานาน และมีน้ำหนักลดชัดเจนประกอบกับมีบวมทั้งตัวด้วย ในรายที่มี diarrhea ร่วมกับ hypoalbuminemia นั้น pathology มักอยู่ที่ small bowel มากกว่า large bowel หรือเป็น protein losing enteropathy การที่มี hypoalbuminemia มากจนมี anarsarca ได้นั้น นอกจากจะมี malnutrition, malabsorption แล้ว ประวัติการรับประทานอาหารก็มีความสำคัญเพราะอาจเป็นตัวส่งเสริมให้ระดับของ hypoalbuminemia ต่ำมากจะเกิด anarsarca ได้ เพราะผู้ป่วย chronic diarrhea ส่วนใหญ่มักจะกลัวไม่กล้ารับประทานอาหารมาก ทำให้ยิ่งมี malnutrition มากขึ้นไปอีก ผู้ป่วยเหล่านี้มักจะมี flattening ของ villi ทำให้ enzyme ที่ช่วยย่อยอาหารเสียไปด้วย จึงมักจะมีทั้ง secretory และ osmotic diarrhea ร่วมด้วย เมื่อทำ GI follow through ก็มักจะพบลักษณะ thickening and edema ของ small intestinal mucosa ซึ่งไม่ specific กับโรคใดๆ ในรายนี้ลักษณะอุจจาระเหลวเป็นน้ำไม่มีมูกเลือด ตรวจไม่พบ RBC

และ WBC แสดงว่าไม่น่าจะมี mucosal inflammation และ lesion ไม่น่าอยู่ที่ colon ส่วนเรื่อง steatorrhea ก็อาจจะเป็นได้ แต่มักไม่ค่อยมี hypoproteinemia มากนักถ้าอุจจาระไม่มีลักษณะเป็นมันลอยมากนัก สำหรับสาเหตุที่ทำให้มี chronic diarrhea with hypoalbuminemia ในผู้ป่วยที่มีอายุน้อยและมีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดทางภาคกลาง โรคที่น่านึกถึงมากที่สุดในบ้านเรายังคงเป็นเรื่องของ parasitic infection โดย parasite ที่ทำให้เกิด hypoproteinemia ได้มากที่สุดมักจะเป็น Capillaria phillipenensis ซึ่งการตรวจอุจจาระหลายๆ ครั้งไม่พบก็ไม่สามารถ exclude ได้แน่นอน โดยเฉพาะหากไม่ได้ทำ concentration method ส่วน parasite ที่ทำให้มี hypoalbuminemia ได้มากรองลงมา คือ strongyloidiasis, giardia, isospora โรคอื่นๆ ที่ทำให้เกิด diarrhea และ hypoalbuminemia ที่พบได้บ่อยในบ้านเราได้แก่ Intestinal lymphoma ซึ่งมักจะเป็น primary GI lymphoma ที่ involve small bowel เป็นส่วนใหญ่ แต่คนไข้มีมีอายุอยู่ในวัยกลางคน ในรายนี้ก็อาจเป็นได้แต่อายุจะน้อยไปหน่อยและระยะเวลาที่ท้องเสียก็ค่อนข้างนานไปหน่อย โรคในกลุ่มใกล้เคียงกันก็คือ IPSID (immunoproliferative small intestinal disease) ซึ่งอาจจะมีประวัติท้องเสียอยู่นานเป็นปีกว่าจะกลายเป็น lymphoma ในภายหลัง คนไข้ส่วนใหญ่มักมีอายุน้อยเช่นเดียวกับผู้ป่วย แต่มักมีอาการอื่นร่วมด้วยเช่น clubbing of finger ปวดข้อ เป็นต้น ในบ้านเราคนไข้ TB intestine ก็อาจมาด้วย chronic diarrhea, weight loss with anarsarca ได้ โดยประวัติไข้อาจจะได้ไม่ชัดเจน ซึ่งถ้าเป็น TB จริงก็มักจะต้อง involve small bowel ด้วย lesion ไม่ควรอยู่ที่ colon อย่างเดียว ในรายนี้ถึงแม้จะไม่มีประวัติทำผ่าตัดช่องท้อง ก็ยังคงต้องนึกถึง bacterial overgrowth syndrome ด้วย โดยถ้าเป็นจริงก็มักจะเป็นจาก jejunal diverticulum ซึ่งทำให้มี bacterial overgrowth ในส่วนต้นๆของลำไส้

จึงจะทำให้ severe hypoproteinemia ได้ โรคอื่นๆ ที่นึกถึงได้ที่ทำให้เกิด severe hypoproteinemia ได้มากได้แก่ amyloidosis, SLE เป็นต้น ในท้ายที่สุดถ้าเป็นคนไข้ปัญหาเดียวกันนี้แต่อยู่ในต่างประเทศโดยเฉพาะในประเทศทางตะวันตก กลุ่มของโรคที่น่านึกถึงก็จะแตกต่างออกไปมาก โดยโรคที่ควรนึกถึงเหล่านั้นมักไม่พบรายงานในบ้านเรา ได้แก่ Gluten enteropathy, Tropicl sprue, Whipple's disease, Intestinal lymphangiectasia, Crohn's disease/ulcerative colitis, Sascoidosis เป็นต้น

CAPILLARIA PHILIPPINENSIS

นพ.ศตวรรษ ทองสวัสดิ์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Capillaria เป็นพยาธิตัวกลม พยาธิที่เป็นตัวก่อโรคในคน ใน Genus นี้มี 3 species คือ

1) Capillaria philippinensis พบมากที่สุด พบการติดเชื้อในคนและนกบางชนิด

2) Capillaria hepatica พบการติดเชื้อในหนู, สัตว์แทะ, สัตว์เลี้ยงลูกด้วยนม เป็นสาเหตุของโรค hepatic capillariasis ทำให้เกิด acute หรือ subacute hepatitis ร่วมกับภาวะ cosinophilia ซึ่งวินิจฉัยได้จากการตรวจพบไข่พยาธิในชิ้นเนื้อตับ แต่การตรวจพบไข่พยาธิในอุจจาระ ไม่เป็นการติดเชื้อจริง แต่เป็น spurious infection

3) Capillaria aerophila พบการติดเชื้อในสุนัข, แมว, สุนัขจิ้งจอก และสัตว์กินเนื้ออื่นๆ พบพยาธิในหลอดลม ทำให้เกิด ทำให้เกิดโรคหลอดลมอักเสบสามารถพบไข่พยาธิในเสมหะหรืออุจจาระ

Capillaria philippinensis เป็นพยาธิที่มีการติดเชื้อในคน หรือนก มีการระบาดในบางพื้นที่รวมทั้งประเทศไทย อาการและอาการแสดงของพยาธินี้มีหลากหลายแบบตั้งแต่ไม่มีอาการ มีอาการน้อย ปวดท้อง ท้องเสีย ไปจนถึงมีการติดเชื้อรุนแรงจนถึงเสียชีวิตได้ โดยมีอัตราการตายที่สูง ถ้าไม่นึกถึงหรือไม่ให้การรักษาที่ถูกต้องและเหมาะสม

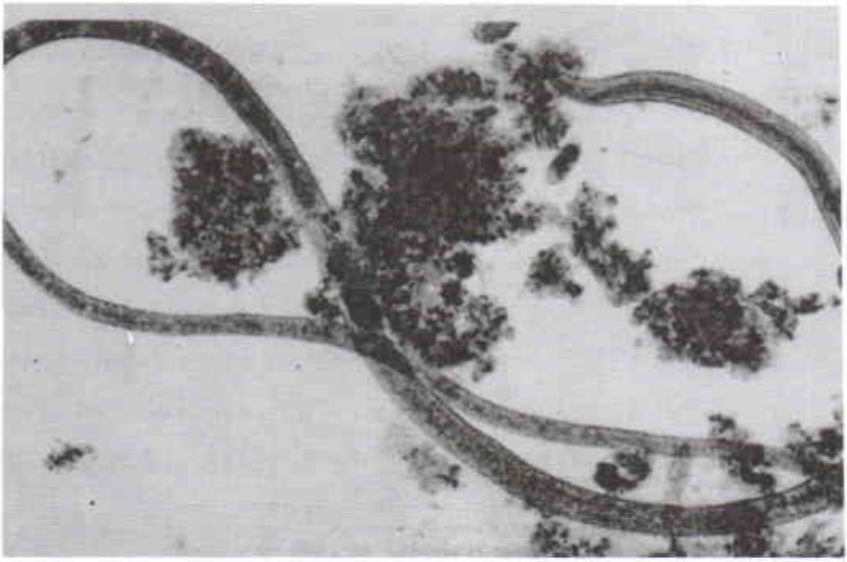
ประวัติ

มีรายงานผู้ป่วยรายแรก เพศชาย จาก Ilocos, ฟิลิปปินส์ เสียชีวิต 3 วันหลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ภายหลังตรวจพบไข่พยาธิในอุจจาระ ผลการผ่าศพพบพยาธิในลำไส้เล็ก และลำไส้ใหญ่ ต่อมา Chitwood และคณะ ได้พรรณนาลักษณะพยาธิและตั้งชื่อว่า Capillaria philippinensis[1]

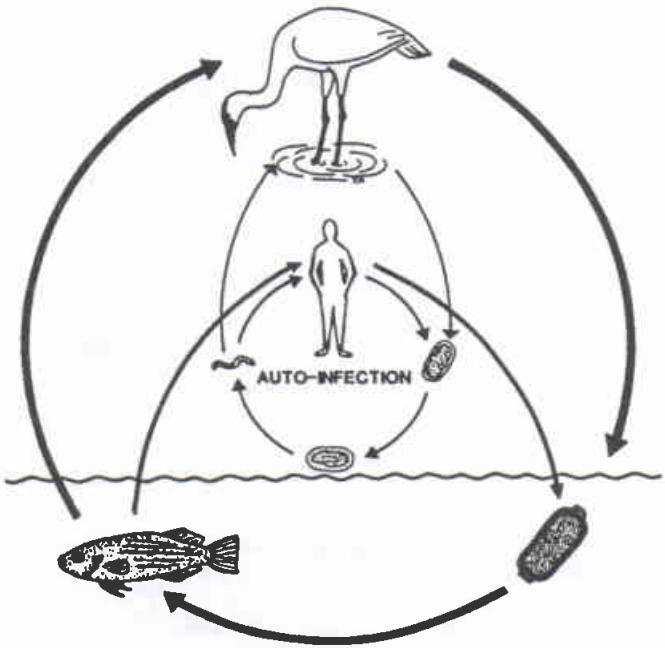
กายรูปวิทยา และวงจรชีวิต

พยาธิตัวแก่ฝังตัวอยู่ในบริเวณผนังลำไส้เล็ก โดยเฉพาะส่วนเจจูนัม ตัวผู้มีครีบปลายหางด้านข้างท้อง (Ventro-lateral caudal expansions) มี spicule เดี่ยว ยาว 2.3-3.0 มม. และมี spicule sheath ที่ยาวมากประมาณ 440 um. พยาธิตัวเมียยาว 2.5-4.3 มม. มีหลอดอาหารประมาณครึ่งบนลำตัว และมี stichosome

พยาธิตัวเมียปล่อยไข่ รูปร่างคล้ายสี่เหลี่ยมผืนผ้า มีจุกแบบ 2 ข้าง ทรงไข่บิดเบี้ยวเล็กน้อย และผนังไม่มีลายขวาง ขนาดไข่ ประมาณ 40 x 21 um. ไข่ปะปนกับอุจจาระลงสู่น้ำ ฟักเป็นตัวในไข่ ประมาณ 1-2 สัปดาห์ ปลาน้ำจืดซึ่งเป็น intermediate host กินไข่ ตัวอ่อนออกมาในลำไส้และโตขึ้นตลอด 250-300 um. เป็นระยะติดต่อใน 3 สัปดาห์ เมื่อโฮสต์เฉพาะกินปลา ตัวอ่อนจะโตเป็นตัวแก่ที่ลำไส้เล็กใน 10-11 วัน ปล่อยตัวอ่อนรุ่นแรกใน 2 สัปดาห์ ตัวอ่อนเหล่านี้จะเจริญไปเป็นตัวแก่ปล่อยไข่ได้หลังจากโฮสต์เฉพาะกินปลาประมาณ 26 วัน ในกรณีที่พบ larval stage, oiparous and larviparous female ในลำไส้บ่งถึงภาวะ autoinfection และในปัจจุบันยังไม่มีรายงานถึง Extraintestinal infestation[2]



Life cycle of Capillaria pillippinensis[3]



The life cycles of Capillaria philipinensis. Female worms resididng in the small intestino of the definite host lay two kinds of eggs, namely[1] thick-shelled egg that pass to the exterior in the feces acd after embryonation in the water are infective to the fishes that serve as intermediate hosis, and[2] thinshelled eggs that embryonate and hatch within the definitive host causing autoin=fection, The ability to multiply within the definitive host, a rare attribute among parasitic helminthes, enables the parasite to establish massive, life threatening infections in its final hosts.

วิทยาโรคระบาด

พบครั้งแรกในประเทศฟิลปปินส์ ต่อมามีรายงานในประเทศไทย, อิหร่าน และอียิปต์ เชื่อว่าการระบาดเกิดจากการอพยพย้ายถิ่นของนกซึ่งเป็นโฮสต์เฉพาะ

ในประเทศไทยมีรายงานผู้ป่วยรายแรกเมื่อ พ.ศ.2516[4] เป็นเด็กหญิงอายุ 18 เดือนจากอำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ จากนั้นมีรายงานเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ จากจังหวัดสระบุรี, นครปฐม, ลพบุรี, สระบุรี, นครนายก, ชลบุรี, ปรายีนบุรี, อยุธยา, นครราชสีมา, บุรีรัมย์, สุรินทร์, ศรีสะเกษ, อุบลราชธานี, นครพนม, สกลนคร, อุดรธานี, หนองคาย, กาฬสินธุ์, มหาสารคาม, ร้อยเอ็ดฐ,ขอนแก่น, ปัตตานี, สุราษฎร์ธานี, พะเยา, เพชรบูรณ์ และ เชียงใหม่

มีการระบาดครั้งแรกในประเทศไทย ที่บ้านอาหวด ตำบลดินแดง อำเภอไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ เมื่อเดือนกรกฎาคม 2524[9] พบผู้ป่วยทั้งสิ้น 20 ราย มีอัตรมตายร้อยละ 45 ผู้ป่วยมีอาการท้องร่วง, ถ่ายอุจจาระเป็นน้ำเรื้อรังติดต่อกัน หรือเป็นๆ หายๆ 2-8 เดือน ซูบผอม และขาดอาหารอย่างรุนแรก มีอากรบวมจากภาวะขาดโปรตีน และกล้ามเนื้ออ่อนแรง ต่อมามีการวิเคราะห์ผู้ป่วยในจังหวัดดังกล่าวระหว่างสิงหาคม พ.ศ.2522 ถึงพฤศจิกายน 2525 จำนวน 100 ราย[7] ร้อยละ 7 มีประวัติท้องร่วงมาน้อยกว่า 2 สัปดาห์, ร้อยละ 45 นาน 2 สัปดาห์ ถึง 2 เดือน, ร้อยละ 38 นาน 2-6 เดือน, ร้อยละ 7 นานกว่า 6 เดือน , มี 1 รายที่นานกว่า 14 เดือน

ในปี 2536 มีรายงานผู้ป่วย 17 ราย จากโรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น[5] ซึ่งมีอาการถ่ายเหลวเป็นน้ำ, ปวดท้อง, ซูบผอมลงตรวจอุจจาระพบ Capillaria philippinensis ova ในอุจจาระซึ่งรักษาให้หายได้โดยใช้ Mebendazole 20-28 วัน

โฮสต์เฉพาะในธรรมชาติเชื่อว่าเป็นนกกินปลา ในไทยพบว่าเป็นนกยางกรอกพันธ์จีน (Chinesepond heron) และนกกวัก (White breasted water-hen) สำหรับโฮสตีกึ่งกลางในประเทศฟิลิปปินส์เป็นปลา bagist (ปลาน้ำกร่อยขนาดเล็ก) แต่ในประเทศไทยเชื่อว่าเป็นปลาไน, ปลาตะเพียนขาว, ปลาหัวตะกั่ว, ปลาหางนกยูง, ปลากระดี่ ซึ่งคนอาจจะติดโรคจากการกินปลาที่ปรุบไม่สุก เช่น ก้อยปลา, ปลาส้ม

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

Blood : anemia และ leukocytosis พบได้ไม่บ่อย แต่เป็นที่น่าสังเกตุว่า ภาวะ eosinophilia (>10%) พบเพียงร้อยละ 22

Blood chemistry : พบภาวะ hypoproteinemia โดยเฉพาะ hypoalbumincmia อาจพบภาวะ severe hypokaleia ที่ทำให้เกิดกล้ามเนื้ออ่อนแรงได้ร้อยละ 2

Stool: ผู้ป่วยร้อยละ 58 ถ่ายเหลวเป็นน้ำ, ร้อยละ 20 ถ่ายเหลว, ร้อยละ 20 ถ่ายอุจจาระเป็นก้อนโดยตรวจไม่ค่อยพบเม็ดเลือดแดง

การตรวจวินิจฉัย

วินิจฉัยได้จากการพบ characteristic egg ในอุจจาระ ในผู้ป่วยบางรายต้องส่งตรวจอุจจาระบ่อยๆ ครั้ง จึงจะตรวจพบ บางครั้งอาจพบไข่พยาธิผนังยาง และตัวอ่อนระยะที่ 1 ในรายที่มีอาการรุนแรงอาจตรวจพบพยาธิตัวแก่ด้วย การตรวจพบ characteristic egg, larva, adult form จะบ่งบอกถึงภาวะ autoinfection

เป็นที่น่าสังเกตว่า การติดเชื้อพยาธินี้ ผลการตรวจเลือดมักไม่ค่อยแสดงถึงภาวะ eosinophilia

การก่อโรค

Intestinal capillariasis มีระยะฝักตัวของโรค 20-50 วัน พยาธิฝังตัวที่ผนังลำไส้เล็กโดยเฉพาะบริเวณเจจูนัม ทำให้การดูดซึมอาหารผิดปกติ มีการสูญเสียน้ำและอิเล็กโตรไลต์ อาจไม่มีอาการทางคลีนิคหรือมีอาการเล็กน้อย จนถึงมีอาการมากคือท้องร่วงเรื้อรัง และท้องลั่นโครกคราก (borborygmus) ซึ่งอาจเกิดก่อนท้องร่วงและยังคงอยู่แม้อาการท้องร่วงจะหายไป ผู้ป่วยอาจถ่ายอุจจาระเป็นน้ำถึง 10 ครั้ง หรือ 2 ลิตรต่อวัน น้ำหนักลดลง อ่อนเพลีย ระดับโปรตีนและอิเล็กโตรไลต์ต่ำ อาจเสียชีวิตใน 2 สัปดาห์ ถึง 2 เดือน จากภาวะปอดบวม หัวใจล้มเหลว ภาวะโซเดียมต่ำในเลือด หรือสมองบวม

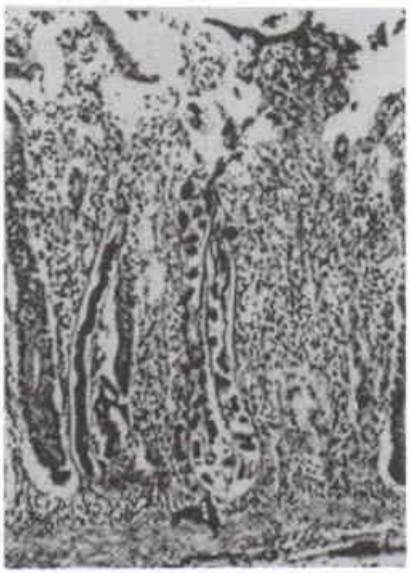
มีรายงานในประเทศไทย มีผู้ป่วยเป็นโรคพยาธิ และมีอาการลำไส้อุดตัน[6]

อาการและอาการแสดงของผู้ป่วย 100 ราย จากจังหวัดศรีสะเกษ[7]

อาการ	ร้อยละ	อาการแสดง	ร้อยละ
Borborygmus	100	กล้ามเนื้ออ่อนแรง	98
ท้องร่วงเป็น ๆ หาย ๆ	98	ยืนไม่ไหว	18
ท้องร่วงตลอด	20	Borborygmus	100
น้ำหนักตัวลดลง	98	บวม	50
ซูบผอม	77	ช็อคก่อนมาโรงพยาบาล	14
ปวดท้อง	56	ไข้เกิน 38^0 C	12
อาเจียน	24	-	

พยาธิสภาพ

พยาธิสภาพที่ลำไส้เล็กตรวจพบมี decreased small bowel mucosal thickness, blunt and flattening of intestinal villi, deepening of the crypts of Lieberkuhn, inflammatory cell submucosal infiltration ซึ่งพยาธิสภาพส่วนใหญ่เกิดบริเวณ submucosa ซึ่งไม่สามารถแยกจากโรคอื่นๆ เช่น Celiac sprue, Tropical sprue, intestinal gastroenteritis, lymphoma, Kwashiokor รวมถึงต้องแยก intestinal mucosal parasite อื่น คือ Trichinella spiralis (early phases of infection), Trichuris trichiura, Strongyloides stercoralis, Schistosoma mansoni ซึ่งทำให้เกิดอาการท้องเสียได้เหมือนกัน[8]



การป้องกัน ปรุงปลาให้สุกก่อนรับประทาน

การรักษา

Drug of choice คือ Mebendazole 200 mg. bid. เป็นเวลา 20 วัน อาจต้องให้การรักษาซ้ำ ถ้าผู้ป่วยมีอาการเรื้อรัง

Alternative drug คือ Albendazole 40< 0 mg/d เป็นเวลา 10 วัน[2]

หรือ Thiabendazole 25 mg/kg bid. เป็นเวลา 30 วัน ต่อด้วย 1 gm. วันเว้นวัน เป็นเวลานาน 6 เดือน

อาจเกิด relapse ได้ถึง 68% ถ้าให้ขนาดยาไม่เหมาะสม หรือยังคงมีตัวอ่อนของพยาธิฝังอยู่ในเยื่อบุของผนังลำไส้หลงเหลืออยู่ การให้ยาเป็นระยะเวลานาน จะสามารถลด recurrence ได้

ยาสามารถขจัดไข่พยาธิจากอุจจาระได้ในระยะเวลา 2-3 สัปดาห์ หลังให้การรักษา

References:

1. Chitwood MB, Valesquej C, Salazar NG. Capillaria phillipinensis sp. n. (Nematode : Trichinellida), From the intestine of man in the Philippines. J parasitol 1968; 54 : 368-71.
2. Cross JH. Intestinal capillariasis. Parasitology today 1990; 6:26-8
3. Elmer R., Glenn A, Gerhard A, et al. Phylum Nematoda. Parasitology; the biology of animal parasites: Lea & Febiger. Philadephia. 1989; 344-345.

4. Pradatsundarasar A. The First case of Intestinal capillariasis in Thailand. Southeast Asian J Trop Med Public Health 1973; 4: 209-13.

5. Chunlertrith-K, maireang-P, Sukeepaisarnjaroen W. Intestinal capillariasis :a cause of chronic diarrhea and hypoalbuminemia. Southeast-Asian J Trop Med Public Health 1992; 23:433-6.

6. Wilairat P. Capillariasis with chronic intestinal pseudo-obstruction. Southeast Asian J Trop Med Public Health 1994; 25: 600-2.

7. Kunaratanapruk S. Iam-Ong S, Dhisurat C, Laohanuwat C. Intestinal capillariasis in Sisaket province : a report of 100 cases. Ramathibudi Med J 1983; 5: 235-8.

8. Genta-RM. Diarrhea in helminthic infections. Clin-Infect-Dis. 1993; 16 (suppl 2) : S 122-9.

9. Kunaratanapruk S, Iam-Ong S, Chatsirimongkol C. Intestinal capillariasis : The first epidemic in Thailan. Ramathibodi Med J 1981;4:131-4

Interhospital GI Conference
15 พฤศจิกายน 2539
โรงแรมโซลทวินทาวเวอร์ เวลา 13.00-15.00 น.

นพ.จรินทร์ โรจนบวรวิทยา
โรงพยาบาลราชวิถี

Case 2 A case of young female presented with abdominal pain and weight loss

ผู้ป่วยหญิงไทยโสด อายุ 17 ปี บ้านอยู่จังหวัดปทุมธานี เป็นนักศึกษา

Chief conplaint:: ปวดท้องเป็นพักๆ เป็นมากขึ้นเรื่อยๆ มานาน 3 เดือน

Present illness: ผู้ป่วยปกติแข็งแรงดีมาตลอด จนเมื่อประมาณ 3 เดือนที่แล้วเริ่มมีอาการปวดท้องเป็นๆหายๆ มาตลอด ไปรักษามาหลายแห่งแล้วอาการไม่ดีขึ้น อาการปวดท้องเป็นอาการปวดท้องเป็นพักๆ เป็นๆ หายๆ มักเป็นหลังกินอาหารซักพัก ลักษณะเป็นการปวดแบบบีบๆ บิดๆ คลื่นไส้ไม่ค่อยมีอาเจียนในระยะแรก บริเวณที่ปวดเป็นบริเวณทั้งท้องหรือกลางท้อง

ต่อมาอาการเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ ไม่ดีขึ้นแม้ว่าจะมาหาแพทย์หลายครั้งก็ตาม ระยะหลังนี้ผู้ป่วยมีอาการปวดมากขึ้นและการปวดจะเป็นไม่แน่นอน ไม่เกี่ยวข้องกับการกินอาหารแต่ปวดบิดๆ เหมือนเดิม บางครั้งมีอาเจียนร่วมด้วย บางครั้งปวดมากจนหน้ามืด ไม่มีไข้แต่บางครั้งรู้สึกว่ามีไข้ต่ำๆ ท้องผูกบ่อยๆ แต่บางครั้งก็มีท้องถ่ายเหลวมีมูกปน ระยะหลังกินอาหารไม่ได้เลย คลื่นไส้มาก น้ำหนักตัวลดลง 9 กิโลกรัมในระยะเวลาที่ป่วยมา 3 เดือน

ก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เคยได้รับการตรวจ UGI study และ Barium study แพทย์บอกว่าไม่พบสิ่งผิดปกติ เคยได้รับยารักษาโรคกระเพาะอาการไม่ดีขึ้น

Physical Examination:

Vital signs: normal

General appearance: thin woman, weak and chronically ill, not pale or icteric

HEENT: no cervical LN enlargement, thyroid gland was normal.

Chest: normal chest wall.

Heart: no cardiomegaly, normal S1 & S2, no adventitious sounds.

Lungs: normal breath sounds.

Abdomen: flat abdomen, no abnormal distention, no visible peristalsis, no organomegaly,

splashing sounds was negative, mild tenderness over mid-abdomen,

PR: normal.

CNS: grossly normal.

PROBLEM: Abdominal pain with weight loss.

Laboratory investigations:

CBC: Hct 36% with PMN 69, L 27, M 4% Platelets: normal

RBC morphology: minimal anisopoikilosis

ESR 62 mm/hr. AntiHIV: negative

Urine exam: Sp.Gr. 1.006 only few WCB/HPF, others: normal.

Biochemicals: FBS 85 mg%, BUN 5 mg%, Cr 0.9 mg%, Ca++ 9.2 mg%, PO4 3.7 mg%, Amylase 32 IU.

LFT: bilirubin 0.2/0.1 mg%, SGOT/SGPT 26/18 IU., AlkPhos 73 IU., Albumin/globulin 3.1/3.2 gm%

CEA = 3.0 ng/ml, Serum T4, T3 & TSH: normal.

Further Studies:

CXR: normal

UGI study (before admissions): normal.

UGI study (after admission): dilatation of duodenum due to SMA obstruction.

Barium enemas (before admissions): normal.

Barium enema (after admission): abnormal mucosa at proximal transverse colon and ascending colon which showed irregularity and persistent nodular thickening of mucosa. Occasionally spasm of ascending colon and ileocacal area were also seen. cecum was not welldistended.

Small bowel study: nosignificant abnormality.

Colonscopy: normal mucosa up to transverse colon with partial obstruction of transverse colon due to extraluminal compression. Endoscope could not pass beyond the lesion.

CT upper abdomen:

1.Hepatomegaly

2.Matted retroperitoneal masses or Lns

3.Mucosal edema and thickening of the small bowel loops

Operative finding:

1.Thick wall of 1-foot terminal ileum without mass or obstruction.

2.Enlarged mesenteric and retroperitoneal Lns 1.0 cm. diameter with rubbery firm consistency and no caseation

Pathological findings:

Ileum-segmental ulceration forming the cobblestone appearance with inflammatory process involved mucosa and deeper part to the serosal surface. Granulomatous granulomas without caseation were seen

Lymph nodes- non-caseating granuloma without caseation. TB stain showno AFB.

Final diagnosis:

Crohn's disease of the terminal ileum.

Discussion

คนไข้รายนี้เป็นผู้ป่วยหญิง อายุน้อย มีอาการปวดท้องเป็นๆ หายๆ มา 3 เดือน ลักษณะของปวดแบบ colicky pain มีตำแหน่งปวดที่ localite ได้ไม่แน่นอน แต่มี are กว้างๆอยู่บริเวณกลางห้อง ซึ่งอาจเป็น lesion ของ small intestine, caecum หรือ proximac 2/3 ของ transverse colon ได้ อาการของผู้ป่วย progress มากขึ้น ในระยะหลังมีอาการอาเจียน และท้องผูกร่วมด้วย กินอาหารไม่ได้จนน้ำหนักลดไปถึง 9 กิโลกรัม ซึ่งอาการในระยะหลังมีลักษณะของ Gut Obstruction ร่วมด้วย โดยไม่ทราบลักษณะของ content ที่อาเจียนออกมาแน่ชัด ว่ามี bile ปนหรือไม่ อย่างไรก็ตาม ถ้ามี Obstruction น่าจะเป็นที่ small intestine มากกว่า large bowel เพราะตรวจร่างกายไม่มี abdominal distention และคงเป็น partial obstruction เพราะผู้ป่วยยังคงถ่ายอุจจาระได้บ้าง สำหรับ underlying disease คิดถึง inflammatory process มากที่สุด ซึ่งคงต้องทำ investigation เช่น plain abdomen GI follow through

ผล plain abdomen ไม่มีลักษณะของ Gut obstruction สำหรับ GI follow through พบ radiolucent band บริเวณ 3rd part duodenum ถ้าได้กับตำแหน่งของ SMA แต่ไม่น่าใช่ SMA syndrome เพราะ duodenum เหนือ SMA ไม่มี dicatation และ contrast media ก็สามารถผ่านเข้า 4th part duodenum ได้ดี การพบ radiolucent band ในผู้ป่วยรายนี้ อาจเป็น secondary จากการที่ผู้ป่วยมีน้ำหนักลดลงอย่างมาก สำหรับความผิดปกติอื่นไม่ชัดเจน

จากผลของ GI follow through ไม่เห็น definite lesion เพราะฉะนั้นอาจต้องนึกถึงภาวะอื่นๆที่พบน้อย เช่น vasculitis จาก SLE ซึ่งอาจมี

initial manitestation อื่นตามมา การเจาะหา ANA titer จะช่วยสนับสนุน (ในผู้ป่วยรายนี้ไม่ได้ทำ)

ผล Investigation เพิ่มเติมในผู้ป่วยรายนี้ ได้แก่ BA Edema พบบริเวณ transverse colon ใกล้ hepatic flexure มี narrowing แต่ mucosa เรียบดี อาจเป็น infictrative lesion จาก inflammatory process เช่น TB, Crohn's disease, amoeboma ที่คิดถึงน้อย คือ lymphama ซึ่งมี lesion ได้ทั้ง small และ large bowel และไม่พบ peripheral lymph node โตได้ จากความผิดปกติดังกล่าวจึงทำ colonoscopy ต่อ พบว่าไม่สามารถผ่าน scope ให้ lesion ได้ เพราะ lumen เหมือนมี external pressure effect เนื่องจาก mucosa ที่เห็นอยู่ในเกณฑ์ปกติดี ดังนั้นจึงส่งผู้ป่วยทำ CT-Scan abdomen ต่อ พบว่ามี bowel loop ของ ileum บวมผิดปกติ มี retroperitoneal nodes และ mesenteric nodes โตจำนวนมาก

ในที่สุดได้ปรึกษาศัลยกรรม ทำ explor laparotomy พบบริเวณ mid ileum หนา มี lumen แคบลง mesenteric และ retroperitoneal nodes โต ขนาดประมาณ 1 ซม. โดยที่ colon, liver spleen, gallbladder, pancreas ปกติ

ผล LN. frozen section เป็น noncraseating granuloma ตรวจ AFB ผล Negative ได้ทำ ileum resectin และ End to End anastomosis ลักษณะ gross เป็น cobble stone ผล section พบ inflammatory cell ถึง serosa และพบ ciant cell

หลังผ่าตัดผู้ป่วยได้รับการรักษาแบบ crohn's disease ปรกฏว่า อาการผู้ป่วยดีขึ้นเป็นลำดับ

Inflammatory bowel diseases

นายแพทย์จรินทร์ โรจน์บวรวิทยา
โรงพยาบาลราชวิถี

inflammatory bowel diseases(IBD) เป็นโรคที่เชื่อกันว่า เป็นโรคที่พบไม่บ่อยในประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง Crohn's disease ที่พบได้น้อยมาก ในประสพการณ์ของตนเอง เคยเห็นผู้ป่วย Crohn's disease เพียง 3 ราย รวมทั้งผู้ป่วยรายนี้ ซึ่งเป็นคนไทย 2 ราย และชาวต่างชาติ 1 ราย และพบผู้ป่วย Ulcerative colitis เป็นจำนวนมากกว่า 15 ราย โรคนี้ยังพอพบได้ในประเทศไทย ดังนั้นเราควรคิดถึงโรค IBD ไว้ใน differential diagnosis ในผู้ป่วยที่รักษาด้วยวิธีธรรมดาแล้วไม่ค่อยได้ผล

คำจำกัดความ

IBD หมายถึง idiopathic chronic inflammatory diseases ของทางเดินอาหาร ซึ่งมีลักษณะทางคลินิก ทาง endoscopy และทาง histology ที่เป็นลักษณะเฉพาะ ซึ่งสาเหตุการเกิดโรคไม่ทราบชัดเจน[1]

IBD จะประกอบด้วยโรคดังต่อไปนี้

1. Ulcerative colitis
2. Crohn's disease

มีโรคอยู่อีกกลุ่มหนึ่งที่มีลักษณะคล้ายกับ IBD ซึ่งเป็นโรคที่มี chronic inflammation ที่มีลักษณะเฉพาะเช่นกัน ได้แก่ microscopic colitis[2] ซึ่งลักษณะทาง endoscopy จะไม่พบสิ่งผิดปกติ แต่จะพบ inflammatory

process จากการตรวจทาง histology ในโรคนี้จะไม่รุนแรงเท่ากับ IBD ก็ตาม แต่ก็เป็นโรคที่ไม่ทราบสาเหตุที่ชัดเจน เช่นเดียวกัน กลุ่มของ microscopic colitis ประกอบด้วยโรค

1.lymphocytic colitis

2.collagenous colitis

ลักษณะเด่นของแต่ละโรค

1.Ulcerative colitis

เป็น inflammation ของ colon ซึ่งจะมี inflammatory reaction จำกัดอยู่ใน mucosa และ submucosa ของ colon เท่านั้น involvement จะเริ่มจาก rectum ขึ้นไปเสมอและไม่มีช่วงเว้น อาจจะ involve ตลอดทั้ง colon ก็ได้

2.Crohn's disease

เป็น inflammation ของ terminal ileum และ colon ที่มี involvement ของ all layers ของ intestinal wall มีลักษณะที่สำคัญ คือ มี involvement ที่ terminal ileum และอาจมีที่ colon ด้วย ซึ่งจะเกิดที่ส่วนไหนของ colon ก็ได้ ไม่จำเป็นต้องต่อเนื่องกัน มี skip area ที่มี area ที่ปกติคั่นระหว่าง area ที่ผิดปกติ

3.microscopic colitis[2]

เป็น inflammation ที่พบได้จากการตรวจทาง histology เท่านั้น การตรวจทาง sigmoidoscopy จะไม่พบอะไรผิดปกติ อาการของผู้ป่วยมักมี

ไม่มาก ส่วนใหญ่จะมีอาการท้องเสียเรื้อรัง ซึ่งอาจจะได้รับการวินิจฉัยเป็น functional GI disorder หรือเป็น irritible bowel syndrome การตรวจทาง histology จะพบมี lymphocytic infiltration ในชั้น mucosa ของ colon เรียกว่า lymphocytic colitis หรือ พบมี collagenous infiltration ใน submucosa ของ colon เรียกว่า collagenous colitis

Inflammatory bowel disease in Thailand

Crohn's disease เป็นโรคที่พบน้อยมากในคนไทย เท่าที่ทราบยังไม่มีรายงานรวบรวมผู้ป่วยด้าน incidence หรือ prevalence ในคนไทยมาก่อนหน้านี้ แต่ incidence ของประเทศตะวันตกมีประมาณ 2-5/100,000 คน ซึ่งน้อยกว่า Ulcerative colitis ถึงหนึ่งเท่า[3] ลักษณะที่สำคัญของโรคนี้ คือ เป็น idiopathic chronic inflammatory diseases ของ terminal ileum และ colon, involvement เป็นลักษณะของ all layer involvement และมี risk ของ free perforation และ fistula tract สาเหตุของโรคไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด

Clinical features

โรค Crohn's disease นี้ มีลักษณะของโรคที่อาจ involve ได้ตลอด GI tract โดยมี involvement ตามตำแหน่งต่างๆ ดังนี้ Ileitis 30%, Ileocolitis 40%, Colitis 25% นอกจากนี้เป็นตำแหน่งอื่นๆ[3]

อาการที่พบบ่อยมากของ Crohn's disease คือ อาการปวดท้องและน้ำหนักตัวลดลง ต่างกับ Ulcerative colitis ซึ่งจะมี diarrhea เป็นอาการสำคัญ ซึ่งมักจะมี mucous bloody diarrhea ซึ่งพบน้อยใน Crohn's disease ยกเว้นที่มี colonic involvement ส่วนมากมักจะวินิจฉัยหลังจากที่มีอาการมานานแล้วหลายเดือน สำหรับอาการอื่นๆ

Diarrhea ใน Crohn's disease มักมีอาการแปรตาม location ของโรค เช่นถ้าเป็นที่ colon อาการมักจะเป็นลักษณะของ large bowel diarrhea หรือคล้ายกับ Ulcerative colitis คือ มีจำนวนไม่มากและอาจมี tenesmus และ urgency แต่ถ้า เป็นที่ terminal ileum อาการจะเป็นลักษณะของ small bowel diarrhea คือ มี large volume diarrhea ในบางรายเป็นมากจนเกิดอาการของ malabsorption ได้

abdominal pain ส่วนใหญ่จะปวดตามตำแหน่งที่เป็นโรค มักจะปวดที่ RLQ และมักเป็นหลังอาหาร ซึ่งอาจเกิดจาก partial obstruction หรือเกิดจาก distension ของ wall ของลำไส้ แต่ของ Ulcerative colitis มักปวดท้องเกี่ยวข้องกับอาการท้องเสียและอาจมีอาการคลื่นไส้อาเจียนร่วมด้วย Crohn's disease บางรายอาจเกิดเป็น peritonitis จาก perforation ได้ บางรายได้รับการผ่าตัดด้วยการวินิจฉัยว่าเป็น acute appendicitis

อาการนำของผู้ป่วยที่รายงานนี้เป็นอาการที่เข้าได้กับ Crohn's disease คือ มีอาการปวดท้องเป็นอาการสำคัญ น้ำหนักตัวลดลงมาก และมีท้องเสียร่วมด้วย(ตารางที่ 1)

Extraintestinal manifestations

ใน IBD ทั้ง Crohn's disease และ Ulcerative colitis มี Extraintestinal manifestations ได้คล้ายกัน เกือบทั้งหมดเกิดในผู้ป่วยที่มี Ulcerative colitis และ Crohn's colitis มากกว่าโรคที่ terminal ileum อย่างเดียว ระบบที่เกิดโรคตาม IBD ที่พบมากที่สุดได้แก่ arthritis ซึ่งมี 2 อย่าง คือ colitic arthritis และ ankylosing spondylitis นอกจากนี้ก็มีระบบผิวหนังที่อาจพบ erythema nodosum pyoderma gangrenosum เป็นต้น รายละเอียดดูในตารางที่ 2

ตารางที่ 1: Frequency of clinical features of Crohn's disease[3]

% of case	Ileitis	Ileocolitis	Colitis
Diarrhea	100	100	100
Abd.pain	65	62	55
Bleeding	22	10	46
Wt loss	12	19	22
Fistulae	17	34	16
Obstruction	35	44	17
Megacolon	0	2	11
Arthritis	4	2	16
Spondylitis	1	2	5

Others include: nausea, vomiting, distension,etc.

ตารางที่2:Extraintestinal manifestations of Ulcerative colitis and Crohn's colitis[2]

Related to activity of colitis
peripheral arthropathy
erythema nodosum
episcleritis
aphthus ulcer
fatty liver
pyoderma gangrenosum
Not related with activity of colitis
sacroiliitis
ankylosing spondylitis
primary sclerosing cholangitis

Endoscopic findings

การตรวจทาง endoscopy ของทั้งสองโรคอาจแยกกันไม่ออกชัดเจน การตรวจทางกล้องในผู้ป่วยโรค Ulcerative colitis อาจเห็นและแบ่งเกรดออกเป็น 5 เกรด ดังนี้[2] คือ

0 = normal mucosa

1 = loss of vascular pattern

2 = granular mucosa, not fliable

3 = fliable on rubbing

4 = spontaneous bleeding

การแยกกันระหว่าง Ulcerative colitis และ Crohn's disease ทางการตรวจทางกล้อง พบว่ามีความแตกต่างกันดังนี้ ตามในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 Colonoscopic findings in IBD[4]

lesions	Ulcerative colitis	Crohn's disease
Inflammation		
distribution		
colon -contigeous	+++	+
-symmetric	+++	+
rectum	+++	+
fliability	+++	+
topography -granularity	+++	+
-cobblestoned	+	+++
Ulceration		
location		
-overt colitis	+++	+
-ileum	0	++++
discrete lesion	+	+++
features		
-size >1 cm.	+	+++
-deep	+	++
-linear	+	+++
-aphthoid	0	++++
Bridging	+	++

Natural history

natural history ของ Crohn's disease จะเป็นลักษณะเป็นๆหายๆเรื้อรัง ในผู้ป่วยที่เป็นไม่มากอาจจะหายเองได้ ประมาณ 30% โดยไม่ต้องรักษา แต่ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ 50 % จะมีอาการกลับเป็นใหม่อีกภายใน 2 ปี ผู้ป่วย Crohn's disease 60% ต้องรักษาด้วยการผ่าตัดภายใน 10 ปี และต้องผ่าตัดซ้ำ 45%[3]

natural history ของ Ulcerative colitis พบว่า มี acute fulminating disease 8% และเสียชีวิต 0.4% ต้องทำ colectomy 0.8% มีอาการรุนแรงเพียงครั้งเดียวแล้วดีขึ้น 18% ส่วนใหญ่แล้วเป็นลักษณะของ chronic intermittent 64%[3]

Malignant change ทั้งสองโรคมีโอกาสการเกิด malignant change สูงกว่าคนปกติมาก จากการศึกษาพบว่า ใน ulcerative colitis จะเป็น colonic carcinama 11% ภายใน 26 ปี[5] ซึ่งมักเริ่มเป็นหลังจากเริ่มเป็นโรคมานานกว่า 10–15 ปี สำหรับ Crohn's disease ถ้ามี involvement ของ colon ก็จะมีโอกาสเป็น carcinoma ของ colon เท่าๆกับ ulcerative colitis แต่ถ้าเป็นของ small bowel ก็มีโอกาสเป็น carcinoma ของ small bowel มากกว่าปกติเช่นกัน[5]

Pathogengesis

ยังไม่มีหลักฐานที่แน่ชัดว่า IBD มีสาเหตุมาจากเหตุใดเหตุหนึ่ง แต่มีหลักฐานที่อาจจะเกิดจากหลายๆสาเหตุ ซึ่งพอสรุปได้ว่าน่าจะเกิดจากกรรมพันธ์ที่ทำให้เกิดความผิดปกติที่ผนังของลำไส้และผิดปกติเกี่ยวกับการ

ตอบสนองทาง immunology ร่วมกับมีการกระตุ้นจาก luminal/mucosal antigens ซึ่งน่าจะเป็นจาก microbials บางชนิด ทำให้เกิดเป็นโรคขึ้น

1.Genetics: พบว่ามี

-มี increase incidence ของโรคมากขึ้นในหมู่ญาติสายตรง ประมาณ 15% และ ญาติสายตรงของผู้ป่วยทั้ง ulcerative colitis และ Crohn's disease จะมี incidence ของทั้ง ulcerative colitis และ Crohn's disease จะสูงขึ้นกว่าคนธรรมดา แสดงว่า ulcerative colitis และ Crohn's disease มีความสัมพันธ์กันทาง genetics[6]

-มี increase risk in monocygotic twins มากกว่าญาติสายตรง และจะเป็นโรคชนิดเดียวกัน เช่น เป็น Crohn's disease อีกคนก็เป็น Crohn's disease เช่นกัน[3]

-มีการตรวจพบ HLA-DR2 ใน ulcerative colitis และ DRI/DQw5 haplotype ใน Crohn's disease มากกว่าปกติในผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้[3]

-ตวรจพบว่ามี increase permeability ของ intestinal mucosa ใน Crohn's disease มากกว่าคนธรรมดา[7]

-จากการทำ systemic genome screening พบว่ามีความผิดปกติที่ chromosome ที่ 1 และ 16 ในผู้ป่วย Crohn's disease[8]

2. Antigenic stimulation

มีการทำการค้นหา Potential etiologic antigens แต่ยังไม่มีข้อสรุปชัดเจน แต่อาจเกิดจาก

-microbial Antigens ในปัจจุบันยังไม่สามารถหาความสัมพันธ์ที่ชัดเจนว่า microbials ไหนที่เกี่ยวข้องชัดเจนกับ IBD เชื้อที่มีหลักฐานที่เป็นไปได้ ได้แก่[1]

mycobacterial paratuberculosis

listeria monocytogenes

measles virus

- dietary Antigens or non-invasive bacterial Antigens ที่มีรายงานบ้างได้แก่ การมี antibody ต่อโปรตีนนมวัวสูงกว่าธรรมดาในผู้ป่วย ulcerative colitis และ Crohn's disease[3]

- self antigens(autoimmune theory) ได้แก่การตรวจพบ

- circulating antineutrophile cytoplasmic antibody(ANCA) ใน 70% ของผู้ป่วย UD ซึ่งพบมากกว่า Crohn's disease และ ANCA อาจใช้เป็น marker แยกระหว่าง ulcerative colitis จาก infectious colitis อื่นๆ ได้[7]

- Antibody to colonic cell พบมากใน ulcerative colitis แต่ไม่เฉพาะโรคนี้โรคเดียว อาจพบในคนปกติได้

- Anti-tropomyosin[9] เป็น antibody ที่สร้างโดย B cell ที่ laminar propria ของ colon เป็น marker ที่พบบ่อยใน ulcerative colitis และสามารถตรวจพบ antigens นี้ที่ colonic tissue และ biliary epithelium มีโอกาสพบ antibody มากในผู้ป่วยที่มี biliary tract involvement ด้วย

3.Abnormal immune system

มีการเปลี่ยนแปลงของ immune response ซึ่งทำให้เกิด inflammation ได้มากกว่าปกติ ที่มีการพบแล้ว ได้แก่

- มีระดับ antibody secretion เข้าใน intestinal lumen มากกว่าปกติ ซึ่งได้แก่ การเพิ่มขึ้นของ IgM และ IgG secretion เข้าไปใน lumen และมีการลดลงของ IgA secretion ใน ulcerative colitis มีการเพิ่มของ IgG1 และ IgG3 และ ใน Crohn's disease มีการเพิ่มของ IgG2[3]

- มีการกระตุ้นการหลั่งของ leukotriene B4 และ proinflammatory cytokines เช่น interleukins 1, 5, 6 และ 8 รวมทั้ง TNF และ histamine มากขึ้นกว่าปกติ[10]

- มีการลดลงของ anti-inflammatory cytokines เช่น interkeukins 4 และ 10 หรือ มีการตอบสนองต่อ anti-inflammatory cytokines ลดลง[10]

Management of IBD

การรักษาของทั้ง Ulcerative colitis และ Crohn's disease มีความคล้ายกันมาก ซึ่งเป้าหมายของการรักษาโรคก็คือ[11]

1. รักษาความเจ็บปวดและความทรมานของผู้ป่วย
2. ลดความรุนแรงของการขาดอาหารของผู้ป่วย
3. ป้องกัน exacebation ของโรค
4. early detection of malignant change

1. Treatment of fulminant diseases[12]

fulminant dieases มักเป็นอาการทางคลินิกของ Ulcerative colitis ซึ่งต้องการการักษาอย่าง intensive ซึ่งการรักษาแปรตามอาการของผู้ป่วย โดยทั่วๆไป การรักษาที่สำคัญ ได้แก่

- oral 5-ASA ในรายที่เป็นไม่มากนัก
- IV corticosteroid ในกรณีที่เป็นรุนแรง
- immunosuppressives มีขีดจำกัดในรายที่มีอาการรุนแรง

เนื่องจากยาส่วนใหญ่มี toxicity ต่อตับและไต ซึ่งการทำงานล้มเหลวของตับและไตอาจเป็นอาการแทรกซ้อนของ sepsis ที่เกิดขึ้น และ ยามักออกฤทธิ์ช้ากว่าที่ต้องการ

- surgery ในกรณีที่ไม่ได้ผลจาก medical treatment

ได้มีความพยายามรักษาด้วยยาใหม่ๆ ที่สำคัญ คือ[11]

- IV cyclosporin สามารถป้องกันการผ่าตัดได้มากถึง 80%
- interferon-2alfa รักษาได้ผลถึงมากกว่า 80%[12]
- IV heparin มีรายงานว่าได้ผลดี โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มี thrombo-embolic complication[12]

2.Treatment of mild to moderate diseases

1. Aminosalicylates

การใช้ ASA ในการรักษา IBD นี้ ผลที่ได้ในรายที่มีอาการรุนแรงนั้นยังไม่ชัดเจน การใช้ ASA ใน IBD มักใช้ในการรักษาโรคที่มีความรุนแรงน้อยและปานกลาง ยาที่ใช้ได้แก่

- sulfasalazine(5-ASA + sulfapyridine)[13] ยานี้มีอาการข้างเคียงมากถึง 15% และใช้ไม่ได้ในผู้ป่วยที่แพ้ยา sulfa group ใช้ได้ดีในโรค Ulcerative colitis มากถึง 80% ผลการรักษา Crohn's disease ไม่ดีเท่ากับใน ulcerative colitis[11]

- 5-ASA เป็นยาที่เริ่มเข้ามาขายในประเทศไทย มีหลายรูปแบบ นอกจากยากิน ทั้งนี้การใช้ยากินเพื่อรักษา จึงต้องให้ยาเข้าไปยังส่วนที่เป็นโรค รูปแบบที่มีขายได้แก่

- oral
- suppository — ใช้ในกรณีที่เป็น colitis
- enema — ที่ไม่สูงกว่า splenic flexure[14]
- foam enema

ผลของการรักษาได้ผลได้ดีกว่าหรือดีเท่าๆกับ sulfasalazine เนื่องจากมี side effects น้อยกว่า และสามารถใช้ในผู้ป่วยที่แพ้ยา sulfa group ได้ด้วย มีหลักฐานว่า 5-ASA นี้ได้ผลในโรค Crohn's disease ดีกว่ายา sulfasalazine โดยสามารถป้องกัน relapse ได้มากกว่า 60%[15]

ปัญหาของ oral 5-ASA คือจะต้องมีการทำให้ตัวยาสามารถไปถึงจุดที่เป็นโรค ซึ่งก็คือ terminal ileum และ colon ดังนั้นจึงต้องใช้วิธีพิเศษคือ[11]

- มีโมเลกุลอื่นเป็น carrier ไปยังลำไส้ใหญ่ เช่น ทำเป็น 5-ASA dimers ซึ่งจะแตกตัวที่ลำไส้ใหญ่ เช่น Dipentum

- ทำเป็น slow released tablet/capsule เพื่อให้ยาไปแตกตัวที่ terminal ileum, colon หรือ rectosigmoid เช่น Salofalk, Asacol หรือ Pentasa เป็นต้น

2.Steroids

การใช้ steroids ใน IBD ไม่ควรใช้มากเกินความจำเป็น[11] เนื่องจากมี side effects มากมาย ดังนั้นการใช้ steroids จึงเหมาะสมในกรณีต่อไปนี้

- severe symptoms เช่น fulminant colitis ซึ่งอาจใช้เป็น sysemic steroids มากกว่า oral form[12]

-acute exacebation ของทั้ง Ulcerative colitis และ Crohn's disease ที่ resist ต่อการรักษาด้วย ASA หรือ oral immunosuppressives

ควรใช้ยาเป็นระยะเวลาสั้นๆ เพื่อหลีกเลี่ยง side effects จากการใช้ยา และในกรณีที่เป็นเฉพาะที่ rectosigmoid อาจใช้เป็น loal steroid แทน เช่น steroid enema เป็นต้น

3. Immunosuppressives

azathioprine และ 6-MP เป็นยาที่ใช้ใน IBD โดยเฉพาะอย่างยิ่ง Crohn's disease เนื่องจากกลไกการเกิดโรคมีส่วนเกี่ยวข้องกับ immune process แต่การใช้ ยานี้มีขีดจำกัดเนื่องจากไม่สามารถใช้ในกรณี acute fulminant ได้เนื่องจากยาออกฤทธิ์ช้า ต้องใช้เวลานานกว่า 3 เดือนถึงจะได้ผล จึงใช้ได้ใน

1) กรณีป้องกัน relapse ซึ่งได้ผลในการป้องกัน relapse ของ Crohn's disease ได้มากกว่า 60%

2) ใช้ในกรณีที่ต้องการลดยาหรือแทน steroids หรือลด side effects จากยา steroids[15]

cyclosporin A เป็นยาใหม่ที่ได้ผลในการป้องกัน relapse ได้ดีพอๆ กับ Immunosuppressives ที่กล่าวมาแล้ว[16] แต่เนื่องจาก cyclosporin A ออกฤทธิ์ได้เร็ว จึงมีผลการใช้ยาใน acute fulminant disease พบว่า cyclosporin A รักษาผู้ป่วยที่รักษาไม่ได้ผลจากการใช้ steroids ให้อาการดีขึ้นได้ มากกว่า 80% และการใช้ cyclosporin A ในรายของ severe disease ได้ผลมากกว่า 80% แต่การใช้ cyclosporin A เป็นระยะเวลานานๆ จำเป็นต้องมีการศึกษาต่อไป[11,15]

4. Antibiotics

การใช้ antibiotics ไม่น่าจะได้ผลในการรักษาโรคโดยตรง แต่พบว่า antibiotics อาจได้ผลในกรณีของ

1) การรักษาการติดเชื้อ bacteria ซึ่งอาจทำให้อาการของ IBD มีอาการกำเริบขึ้นได้ ยาที่ใช้ได้แก่ metronidazole การรักษาด้วย metronidazole ทำให้อาการของการกำเริบหายเร็วขึ้นในผู้ป่วยหลายๆราย

2) ในการรักษาโรคโดยใช้ metronidazole ได้ผลบ้างในการป้องกัน exacebation ของโรคเมื่อเทียบกับ placebo เช่นกัน[12,17]

5. Others

การใช้ยาอื่นๆ รักษา IBD ที่มีการใช้กันมีหลายๆ ตัวด้วยกัน แต่ผลการรักษาคงต้องรอผลการศึกษาให้มากกว่านี้ก่อน เช่น[12]

- Anti-TNF antibody
- Fish oils
- Interferon alfa
- LTB4 antagonist(Zileuton®)

Screening for malignant change

เนื่องจากมีหลักฐานชัดเจนว่า IBD โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ulcerative colitis มีโอกาสเกิด Carcinoma ของ ลำไส้ทั้ง colon และ Crohn's disease มีโอกาสเป็น carcinoma of small bowel โดยในผู้ป่วย ulcerative colitis มีโอกาสเกิด carcinoma of colon สูงถึง 34% ใน 25 ปี

พบว่า ผู้ที่มีโอกาสเป็น มักเป็น

- ผู้ที่เริ่มมีอาการเกิดขึ้นในวัยอายุน้อยๆ มีโอกาสมากกว่าผู้ป่วยที่เริ่มมีอาการอายุมาก
- การเกิด carcinoma เกิดได้กับทุกคนที่เป็นโรค โดยไม่เกี่ยวข้องกับอาการที่เป็น พบว่า แม้อาการของโรคจะหายหรือดีขึ้นแล้วเป็นระยะเวลานานๆ ก็มีโอกาสเกิด carcinoma ได้เช่นกัน
- โอกาสเกิด carcinoma จะมากกว่าในผู้ป่วยที่มีโรคที่ rectosiomoid colon มากกว่า left side colon

ดังนั้น จึงควรมีการตรวจหามะเร็งในระยะเริ่มแรกแก่ผู้ป่วย IBD ที่อยู่ในกลุ่มที่มีอัตราเสี่ยงสูง เช่น เป็นโรคมานานกว่า 10-15 ปี เริ่มเป็นเมื่ออายุน้อยกว่า 20 ปี และ เป็นที่บริเวณ rectosiomoid colon

Screening methods[3]

1. Stool occult blood เป็นวิธีที่นิยมใช้ในการตรวจหา Ca colon ในระยะเริ่มแรก แต่เป็นวิธีที่ไม่ได้ผลใน IBD เนื่องจาก ใน IBD จะมี Stool occult blood อยู่แล้ว

2. Colonoscopy with biopsy ที่นิยมทำกัน คือ ทำ colonoscopy ทุก 1-2 ปี ในผู้ป่วยที่เป็น IBD มานานกว่า 10 ปี โดยทำ biopsy จุดที่สงสัยว่าอาจจะมี dysplasia และทำ blind biopsy เป็นระยะๆ โดยมี interval 10 cm. ตลอดทั้ง colon ถ้าพบว่ามี dysplasia ของ mucosa เกิดขึ้น ควรทำ colonoscopy ซ้ำอีกทุกๆ 3- 4 เดือน หรือ บางสถาบันอาจให้ทำ total colectomy เมื่อพบว่ามี dysplasia เกิดขึ้น

การตรวจด้วย colonoscopy อาจเกิดปัญหาขึ้นได้เนื่องจาก

- การอ่าน dysplasia ในขณะที่มี inflammation เป็นไปได้ยาก อาจมีทั้ง false positive และ negative

- dysplasia มักเกิดเป็นแบบ patchy ซึ่งการทำ blind biopsy อาจไม่พบ

- และ carcinoma ไม่จำเป็นต้องเกิดตามหลัง dysplasia เสมอไป

3. เนื่องจากข้อจำกัดดังกล่าว จึงมีความพยายามที่จะหา markers อื่นๆ เช่น abnormal p53 gene หรือ K-ras gene mutation เป็นต้น พบว่า สามารถตรวจพบ p53 gene alteration ในผู้ป่วยที่มี colonic

carcinoma มากถึง 80%[18] แต่การใช้ markers นี้เป็นการ screening น่าจะมีการศึกษาต่อไป

บทสรุป

Inflammatory bowel diseases เป็นโรคที่เราไม่ค่อยพบในคนไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง Crohn's disease พบน้อยมากเมื่อเทียบกับประเทศทางตะวันตก เราต้องคิดถึงโรคนี้ด้วยในกรณีที่มีผู้ป่วยที่ให้การวินิจฉัยเป็นโรคอื่นที่มีอาการคล้ายๆ กับ IBD แต่เมื่อรักษาหรือทำการตรวจวิธีต่างๆ แล้วไม่ทราบสาเหตุชัดเจน ในการทำการตรวจด้วย sigmoidoscopy หรือ colonoscopy ควรทำ biopsy ถ้าเป็นไปได้ ซึ่งส่วนใหญ่อาการจะดีขึ้นหลังการรักษาที่ถูกต้อง

References:

1. Sartor RB, et al: Microbial factors in chronic intestinal inflammation. Curr Opin Gastro 1996, 12:327-333.
2. Jewell DP. Ulcerative colitis. in Sleisenger MH, Fordtran JS eds. Gastrointestinal disease 5th edi. vol 2 Philadelphia. WB. Saunders Co, 1994: 1305-1330.
3. Stenson WF. Inflammatory bowel disease. in Textbook of Gastroenterology. Yamada T, ed. 2nd edi. vol 2. Philadelphia. J.B. Lippincott Co. 1995; 1748-1806.
4. Hogan WJ, Henshey GT, Geenen JE. Endoscopic evaluation of inflammatory bowel disease. Med Clin North Am 1980; 64:1084.

5. Greenstein AJ, Sachar DB, Smith H, et al. A comparision of cancer risk in Crohn's disease and ulceative colitis. Cancer 1981,48:2742.

6. Satsangi J, Jewell DP, Rosenberg WMC, et al. Genetics of inflammatory bowel disease. Gut 1994, 35:696-700.

7. Dignass A, Goebell H. Genetics of inflammatory bowel disease. Curr Opinion Gastro 1995,11;292-297.

8. Satsangi J,Jewell DP. Genetics markers in inflammatory bowel disease. Curr Opinion Gastro 1996, 12:3222-326.

9. McCabe RP, Dean P, Elson CO. Immunology of inflammatory bowel disease. Curr Opinion Gastro 1996. 12:340-344.

10. Wallace JL, Beck PL. Inflammatory mediators in inflammatory bowel disease. Curr Opinion Gastro 1996. 12:334-339.

11. Lichtenstein GR. Medical therapies for inflammatory bowel disease. Curr Opinion Gastro 1994. 10:390-403.

12. Gionchetti P, Campoeri M. Medical treatment of ulcerative colitis. Curr Opinion Gastro 1996. 12:352-355.

13. Bachrach WH. Sulfasalazine. An historical perspective. Am J gastro 1988. 83:487-496.

14. Linn FV, Peppercorn MA. Drug therapy for inflammatory bowel disease. Part 1. Am J Surg 1992. 164:85-89.

15. Hilsden RJ, Sutherland LR. Medical and nutritional therapy for Crohn's disease. Curr Opinion Gastro 1996. 12:356-362.

16. Brynskov J. ReviewL Cyclosporin for inflammatory bowel disease: Mechanism and possible actions. Scand J Gastro 1993. 28:849-857.

17. Van Kruiningen HJ. On the use of antibiotics in Crohn's disease. J Clin Gastro 1996. 20:31.-318.

18. Harpaz N, Peck AL, Yin J,et al. p53 protein expression in ulcerative colitis-associated colorectal dysplasia and carcinoma. Hum Pathol 1994. 25:1069-1074.

การเดินทางไปประชุมต่างประเทศในฐานะ นายกสมาคมโรคทางเดินอาหารภาคพื้นเอเชียแปซิฟิค ณ กรุงโยโกฮามา ประเทศญี่ปุ่น

ศ.นพ.วีกิจ วีรานุวัตติ์

ข้าพเจ้าได้เดินทางไปประชุมต่างประเทศในฐานะต่างๆมาแล้วหลายแบบด้วยกัน เช่นการไปประชุมรัฐสภาระหว่างประเทศ, การเป็นแขกรับเชิญของรัฐบาลเยอรมันในฐานะผู้แทนวัฒนธรรม, การประชุมทางการแพทย์ในฐานะนายกสมาคมโรคทางเดินอาหาร, ในฐานะประธานราชวิทยาลัยอายุแพทย์แห่งประเทศไทย หรือเป็นแขกรับเชิญไปเป็น speaker, เป็น visiting Professor, เป็นประธานของการประชุม session ต่างๆ, เป็นประธานของ symposium ฯลฯ ทั้งระดับภาคพื้นเอเชียแปซิฟิคและระดับโลก แต่ไม่เคยไปประชุมในฐานะนายก หรือประธานผู้บริหารของภาคพื้นเอเชียแปซิฟิค ซึ่งประกอบด้วยสมาชิกในประเทศภาคพื้นนี้หลายประเทศด้วยกัน คือเกาหลี, ไต้หวัน, ญี่ปุ่น, ฮ่องกง, ฟิลิปปินส์, สิงคโปร์, ศรีลังกา, อินเดีย, มาเลเซีย, อินโดนีเซีย, ออสเตรเลีย, นิวซีแลนด์, ปากีสถาน, รวมทั้งสิ้น 13 ประเทศ

เมื่อ 4 ปีที่แล้วมา ข้าพเจ้าได้รับเลือกตั้งจากผู้แทนประเทศต่างๆในเครือภาคพื้นเอเชียแปซิฟิค โดยการ vote จากผู้แทนประเทศต่างๆ ให้เป็นนายกของภูมิภาคนี้ โดยมีเพียงผู้แทน 4 คนของ 4 ภูมิภาคเท่านั้นในโลก ได้แก่ นายกของ Interamerican Zone (อเมริกาเหนือและใต้), European Zone, African Zone และ Asia Pacific Zone (APAGE) ซึ่งข้าพเจ้าคือผู้แทน 1 ใน 4 โซนของโลกอันเป็นองค์ประกอบของสมาคมแพทย์ระบบทาง

เดินอาหารของโลก World Gastroenterological Assoication หรืออีกชื่อหนึ่งเรียกเป็นภาษาลาตินว่า Organisation Mondale Gastroenterologic ใช้ตัวอักษรย่อว่า OMGE ในฐานะที่ข้าพเจ้าเป็นนายกของ APAGE จึงจำเป็นต้องทำทุกอย่างในหน้าที่ เพื่อรักษาผลประโยชน์ของสมาชิกสมาคมภาคพื้นเอเชียแปซิฟิค (APAGE) ของเรา ซึ่งมีหน้าที่เทอมละ 4 ปี หมุนเวียนกันไปโดยการโหวตแต่งตั้งของแต่ละประเทศภาคี

ข้าพเจ้าได้ทำหน้าที่มาตั้งแต่ค.ศ. 1994 โดยการเดินทางไปประชุมต่างหลายครั้งโดยร่วมมือกับศ.นพ.เติมชัย ไชยนุวัติ ผู้เป็น secretary general ของ APAGE ซึ่งข้าพเจ้าเป็นายก มีการออกหนังสือ newsletter เพื่อให้นายกแต่ละประเทศ และสมาชิก ได้ทราบความเคลื่อนไหวของสมาคม, ข่าว, การประชุมร่วมกับ OMGE ฯลฯ

การประชุมครั้งสุดท้ายที่ข้าพเจ้าเพิ่งไปมามีขึ้นที่นครSan Fransisco สหรัฐอเมริกา เป็นการประชุมร่วมกับ OMGE และกรรมการจากทั่วโลก 4 zones เป็นการประชุม Nominating committee เพื่อเลือกกรรมการบริหารของสมาคมโรคทางเดินอาหารชุดใหม่ ในปี ค.ศ.2000-2004 เนื่องจากผู้บริหารชุดนี้จะหมดอายุลงใน ค.ศ.2000 ซึ่งข้าพเจ้าจำเป็นต้องพยายามให้มีผู้แทนกรรมการบริหารของโลกให้เป็นคนจากภาคพื้นนี้ (Asia Pacific region) และประเทศไทย โดยเฉพาะเพื่อเกียรติและศักดิ์ศรีของภาคพื้นนี้และประเทศที่รักของเรา และข้าพเจ้าเชื่อว่าได้กระทำอย่างดีที่สุดแล้ว โดยได้เสนอนายกสมาคมของเรา รศ.นพ.พินิจ กุลละวณย์ เป็นรองประธาน Ethic Committee โดยแข่งขันกับอีก 4 ชาติอื่น และได้รับการยินยอมจากสมาชิกที่เป็นกรรมการทุกท่าน และเห็นว่ามีตำแหน่งรองนายกว่างอยู่1 ตำแหน่ง จึงเสนอ ศ.นพ.เติมชัย ไชยนุวัติ เป็นรอง โดยอ้างเหตุผลต่าง ๆและที่ประชุมเห็นด้วย แต่ในรายงานที่มีผู้เสนอชั้นแรกมาให้มีการเสนอ Dr. Okita จาก

ญี่ปุ่นให้เป็นรองด้วย แต่จากการโต้เถียงและให้เหตุผลในที่ประชุม Dr. Okita ตกไปแต่ได้เป็น Co-op member ของสมาคมโลกแทน และ ศ.นพ.เติมชัย ไชยนุวัติ ได้เป็นรองนายกของสมาคมโลกทางเดินอาหาร (OMGE) แต่ข้าพเจ้าสงสัยว่าจะมีการเมืองเข้ามายุ่งเกี่ยว ซึ่งคงเป็นเช่นนั้นจริงๆใน รายงานที่ส่งมาให้ข้าพเจ้าดู (Minutes of Meeting) จึงผิดไปจากการประชุม จริงๆ โดยมีชื่อ Dr. Okita เป็นรองนายกด้วย และจะต้องด้วยเลือกกันเองคน เดียวให้ผู้แทนของภาคพื้นเอเชียแปซิฟิค โดยมาเลือกตั้งใหม่ ที่ General Assembly Meeting ที่นคร Vienna ในปี ค.ศ.2000 เรื่องรายละเอียดจะได้ ให้ฟังในรายงาน ดังต่อไปนี้

รายงานการเดินทางไปประชุม 10th APAGE และ 7th APCDE ในฐานะนายกสมาคมโรคทางเดินอาหารภาคพื้นเอเชียแปซิฟิค ณ นครโยโกฮามา ประเทศญี่ปุ่น

ข้าพเจ้าได้เดินทางไปถึงประเทศญี่ปุ่น ด้วยสายการบิน JAL 718 ในวันที่ 18 กันยายน 2539 และเดินทางกลับประเทศไทย โดยสายการบิน JAL 717 ในวันที่ 24 กันยายน 2539 เวลา 15.15 น.

หลังจากเข้าพักที่โรงแรมและมีเวลาพักผ่อนได้หนึ่งคืน ในวันรุ่งขึ้น จึงรีบไปลงทะเบียน, ตรวจตารางการรายการประชุม และห้องเลขที่ๆใช้ใน การประชุม เพราะสถานที่ๆประชุมมีขนาดใหญ่โตมโหฬารมากและพบว่ามี ตารางการประชุมในประเทศญี่ปุ่นดังต่อไปนี้

ในการประชุมวันแรกคือวันพฤหัสบดีที่ 19 กันยายน 2539

ตอนช่วงเช้าจะเป็นการลงทะเบียนและสำหรับข้าพเจ้ามีการประชุมคณะกรรมการบริหารของสมาคมโรคระบบทางเดินอาหารแห่งภาคพื้นเอเชียแปซิฟิค (APAGE) ในเวลา 12.00-14.00 น.ห้อง 211-212 ซึ่งข้าพเจ้าต้องเป็นประธาน มีผู้เข้าร่วมประชุม 18 ท่าน ต่อจากนั้นเวลา 15.30-17.00 น. เป็นการประชุมร่วมกันระหว่าง APAGE กับ OMGE หรือคณะกรรมการบริหารของโลก ที่ห้อง 316 มีผู้เข้าร่วมประชุม 20 คน รายละเอียดจะได้กล่าวต่อไป ในช่วงเย็นของวันเดียวกันนั้น จะเป็นการเปิดประชุม Opening Ceremony เริ่มเวลา 16.45 น. ที่ National Convention Hall ซึ่งเป็นห้องขนาดใหญ่สามารถบรรจุผู้เข้าร่วมประชุมได้ประมาณ 5,000 คน แต่ในวันนั้นมีผู้เข้าร่วมประชุมประมาณ 4,000 คนเท่านั้น ซึ่งผู้จัดได้สำรองที่นั่งไว้ด้านหน้าของเวทีสำหรับข้าพเจ้าร่วมกับนายก และผู้แทนของประเทศอื่นๆ ทางเจ้าภาพได้จัดให้นายกสมาคมโรคระบบทางเดินอาหารแห่งภาคพื้นเอเชียแปซิฟิค, นายกสมาคมโรค Endoscopy, นายกสมาคมโรคทางเดินอาหารของประเทศญี่ปุ่น,รวมทั้งนายกสมาคมโรคทางเดินอาหารของแต่ละประเทศภาคพื้น เอเชียแปซิฟิค ขึ้นไปบนเวที และได้มี Master of Ceremony เป็นผู้กล่าวคนแรก และให้แต่ละท่านขึ้นมากล่าวเปิดประชุม โดยเริ่มจาก Dr.Tadayoshi Takemoto, Dr. Sakita, Dr. Ken Kimura, Dr. Nakamura ในฐานะนายกสมาคมโรคทางเดินอาหารของประเทศญี่ปุ่น, นายกสมาคม Endoscopy ของญี่ปุ่น และประธานกรรมการจัดการประชุมคราวนี้ ด้านทางเดินอาหาร และด้าน Endoscopy ตามลำดับ ตามด้วยการแนะนำตัวทีละคน, นายกสมาคมแต่ละประเทศ ข้าพเจ้าได้กล่าวเปิดประชุมในนามสมาคมโรคทางเดินอาหารภาคพื้น เอเชียแปซิฟิก สั้นๆดังใจข้อความต่อไปนี้

Dr. Tadayoshi Takemoto, President of 10th APAGE, Dr. Takao Sakita, President 7th APADE, Dr. Ken Kimura, President 38th JSGE, Dr. Takashi Nakamura, President 52nd JGES, Ladies and Gentleman. It is indeed a great pleasure and honor for me to say a few words in this great meeting of all gastroenterologists in the Asia Pacific regions as well as our invited outstanding guests and speakers of the world that, as President of Asia Pacific Gastroenterological Assoication. It reminds me of our first meeting of Presidents and representative of various Asia Pacific Countries held in Tokyo in to 1960, 36 years ago to form Asiatic and Oceanic Gastroenterological Association which as strongly supported by Professor Henry L Bockus of Pennsylvania, USA and Professor Henning from Erlangen, Germany as well as outstanding gastroenterologists in Japan our host country. The meeting coincided with the annual meeting of Japanese Gastroenterological Association begining on 4.30 pm. of March 30, 1960. The constitution Bye Law was finally approved on the 3 rd of September 1960 and the next following meeting will be held in Chandigrah, India as proposed by Professor Chuttani, the President of Indian Gastroenterological Assoication. The main objectives were to exchange ideas and knowledge of gastroenterology among gastroenterologists residing in Asia and Oceanic regions and promotion of research, friendship and close association with the world gastroenterological association. Since then various countries have been venues of the congress

which result in the close tie and relationship between various countries in this part of the world. The congresses were attended by more and more attendants with higher and higher scientific caliber and became very fruitful meeting as we all can see in this meeting begining today. Finaly, I would like to congratulate our hosts Dr. Takemoto, Dr. Sakita, Dr. Kimura and Dr. Nakamura who have spent so much time and effort to arrange this wonderful congress as clearly reflected by the final program we have today and I am very sure that this congress will be an excellent and unsurpassed by all previous congresses. I am very happy and pround to be one of the international advisory board of this congress. Thank you very much.

หลังจากนั้นก็มีการเต้นโชว์ ศิลปะการฟ้อนรำของญี่ปุ่นโบราณ ซึ่งเป็นระบำพื้นบ้านร่วมทั้งศิลปะดนตรีของญี่ปุ่น 3 ชุด ตามด้วยการเลี้ยงแบบ cock tail

สรุปได้ว่าในงานเปิดประชุมเป็นงานเลี้ยงที่ค่อนข้างกร่อย ไม่เหมือนกับที่ไทยเคยจัดเมื่อ 4 ปีที่แล้ว อีกทั้งยังไม่มีตื่นตาตื่นใจสมกับที่ผู้มาร่วมประชุมคาดหวังรอคอยอยู่

การประชุมกรรมการบริหาร APAGE (Council Meeting)

วันที่ 19 กันยายน 2539 เวลา 12.00-14.00 น.

รายงานการประชุมกรรมการบริหารของสมาคมโรคระบบทางเดินอาหารแห่งภาคพื้นเอเชียแปซิฟิกมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. Wellcome address จากประธานคือข้าพเจ้า เป็นการกล่าวขอบคุณของประธานต่อคระกรรมการบริหารที่ได้ร่วมงานมาเป็นอย่างดีตลอดเวลา 4 ปี ขอบคุณเจ้าภาพที่รับจัดงานให้พวกเราและการเลือกตั้งผู้บริหารและประเทศเจ้าภาพการประชุมใหม่

2. การคัดเลือกสถานที่ที่จะประชุมในอีก 4 ปีข้างหน้า ได้มีประเทศที่เสนอมา 3 ประเทศคือฮ่องกง, สิงคโปร์ และฟิลิปปินส์ ผลประเทศที่ได้รับในการจัดประชุมคือประเทศฮ่องกง

3. การคัดเลือก Office Bearers of year 1996-2000 ผู้ได้รับเลือกคือ

The President:	Dr. Tadayoshi Takemoto (Japan)
Vice President:	Dr. S K Lam (Hong Kong)
Secretary General:	Dr. Ken Kimura (Japan)
Treasurer:	Dr. Termchai Chainuvati (Thailand)
Chairman of Advisory committee:	Dr. Ali Sulaiman (Indonesia)
Chairman of Research:	Dr.Abraham (India)
Chairman of International Liason:	Dr. Pinit Kullavanijaya (Thailand)
Chairman of Awards committee:	Dr. James Toouli (Australia)
Chairman of Ethic committee:	Dr. K M Fock (Singapore)
Chairman of Education committee:	Dr. P H Chen (Taiwan)

Council Members: (กรรมการบริหาร)

Japan:	Dr. Idel Zuki
Malaysia:	Dr. Goh
Philippines:	Dr. Gloria
Singapore:	Dr. Cheng Jun
Korea:	Dr. Lee Kyung Sik
Australia:	Dr. James Toouli
Pakistan:	Dr. Quarishy
Srilangka:	Dr. Fernando
Newzealand:	Dr. Vinton Chadwick
Immediate past president:	Dr. Vikit Viranuvatti (และ Council member)
Welcome: New member:	Vietnam

ต่อมา Dr. Fernando ได้กล่าวในการจัดประชุม mini congress เมื่อเดือนเมษายน 2539 ที่ศรีลังกา ซึ่งในการประชุมครั้งนั้นมีแต่แพทย์ด้านอินโดนีเซีย ไม่มีประเทศอื่นเลย และได้กล่าวทำนองน้อยใจและต่อว่าในฐานะประธาน ข้าพเข้าได้กล่าวว่า

"ในภาวะเช่นนี้ ไม่มีใครสามารถที่จะเดินทางไปได้เนื่องจากกลัวลูกหลง ซึ่งสภาพการณ์เช่นนี้ในเมืองไทยก็เคยเกิดขึ้นแล้วก่อนการจัดประชุมในเมืองไทย เมื่อครั้งที่แล้วเมื่อปีค.ศ. 1992 ซึ่งข้าพเจ้าและอาจารย์เติมชัยได้เซ็นสัญญาเช่า ศูนย์ประชุมแห่งชาติสิริกิตติ์ไปแล้ว เป็นเงินจำนวนค่าเช่าถึง 2 ล้านบาท และมีเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเนื่องจากความขัดแย้งทางการเมือง มีการยิงกันในกรุงเทพฯ แต่เราจำเป็นที่จะต้องจัดเพราะได้เซ็นสัญญาไปแล้ว

ข้าพเจ้าจึงต้องเดินทางไปแจ้งที่ประเทศญี่ปุ่นและยุโรป โดยมีคำยืนยันจากประธานการท่องเที่ยวแห่งประเทศไทยว่าจะไม่มีเหตุการณ์เกิดขึ้นเช่นนี้อีก ซึ่งก็ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากเพื่อนแพทย์จากญี่ปุ่นและยุโรป ฉะนั้นข้าพเจ้าจึงเชื่อว่าเราได้ทำสิ่งที่ดีที่สุดแล้วในภาวะเช่นนั้น และปรากฏว่าได้มีแขกมาจากต่างประเทศเป็นจำนวนมากเกินความคาดหมาย แต่เหตุการณ์ของเราไม่เหมือนกับใน Ceylon ญาติและคนรู้จัก ไม่มีใครยอมให้ข้าพเจ้าเดินทางไปเพราะไม่มีสิ่งประกันอันใด และการต่อสู้ก็คงยังดำเนินต่อไปในประเทศศรีลังกา"

ซึ่งเมื่อข้าพเจ้ากล่าวจบ Dr. Fernando ก็ได้เดินมาจับมือและขอขอบคุณข้าพเจ้าที่ได้ช่วยอธิบายในเรื่องนี้

และหลังจากนั้นที่ประชุมได้มีมติรับประเทศเวียดนามเข้าเป็นสมาชิกอย่างเป็นทางการ

<u>ในการประชุมระหว่าง APCGE และ OMGE ในวันเดียวกันนั้นมีรายละเอียดดังต่อไปนี้</u>

1. Welcome Introduction

โดย Dr. Bouchier นายกสมาคมโรคทางเดินอาหารของโลก ชาวอังกฤษ ได้กล่าวเปิดประชุม

2. เกี่ยวกับการเสนอนายแพทย์เติมชัย ไชยนุวัติ ให้เป็นรองประธาน OMGE โดยเป็นตัวแทนจากภาคพื้น เอเชียแปซิฟิค ซึ่งเป็น 1 ใน 4 โซน คือ

Interamerican Zone

Aferican Zone

European Zone and Asia Pacific Zone

ซึ่งโซนอื่นๆเขาเสนอมาแล้วในการ ประชุมไปแล้วที่ซานฟรานซิสโก โดยมี Dr.Vilardell เป็นประธาน Nominating Committee , Dr. Bouchier เป็น President,Dr. Classen เป็น Secretary General ร่วมประชุมอยู่ด้วย แต่เมื่อข้าพเจ้าได้รับรายงานการประชุม (Minutes of the meeting) ของรายงานการประชุมที่เขียนปรากฏว่าผิดไม่ตรงกับการประชุม ทั้งๆที่ได้มีการอัดเสียงไว้ และข้าพเจ้าได้พูดย้ำกับผู้จดการประชุมว่า ต้องเขียนว่าอาจารย์เติมชัย ได้เป็นรองนายก ปรากฏว่าในรายงานไม่ได้เขียนเช่นนั้น กลับเขียนว่ามีชื่อ Dr. Okita เป็นคู่แข่งจากญี่ปุ่นด้วย ให้เลือก 1 ท่านจาก 2 คนนี้ เพื่อเป็นรองฯด้าน Asia Pacific Zone ซึ่งไม่ตรงกับการประชุมที่รับรองอาจารย์เติมชัยแล้ว ต่อมาข้าพเจ้าก็ได้เขียนจดหมายคัดค้านไปยัง Bouchier, Dr. Classen และ Dr. Vilardell ทุกคนมาแล้ว ถึงรายงานการประชุมฉบับนี้ไม่ควรจะมีการเขียนผิดพลาดและได้ทำการต่อว่าไป ถึงเลขาฯการประชุมด้วย ซึ่งในที่ประชุม ข้าพเจ้าเสนอนายแพทย์เติมชัย ไชยนุวัติ ให้เป็นรองนายกสมาคมโรคทางเดินอาหารของโลกโดยไม่ได้เสนอ Dr. Okita แต่ในรายงานการประชุมกลับมีการเสนอชื่อ Dr. Okita อีกทั้งข้าพเจ้ายังส่งจดหมายถึง Dr.Takemoto ด้วย ซึ่งทาง Dr. Takemoto เองก็ไม่รู้เหมือนกัน จึงรู้สึกงงมาก Dr. Kimura บอกข้าพเจ้าว่าทางสมาคมญี่ปุ่นไม่ได้เสนอและไม่ต้องการให้ Dr. Okita เป็นรองนายก ข้าพเจ้าจึงได้ไปเปิดแฟ้มรายงานการประชุมดู จึงพบว่าผู้เสนอ Dr Okita คือ Red Cross Society ของญี่ปุ่นเอง ที่ nominate Dr. Okita ไปยังคณะกรรมการ Nominating Committee ของโลก ไม่ใช่ Dr. Takemoto เสนอ ดังนั้นทางญี่ปุ่นจึง ขอถอนตัว Dr. Okita ออก และ Dr. Classen ก็ได้มาบอกข้าพเจ้าว่าเรียบร้อยแล้วคือนายแพทย์เติมชัย ไชยนุวัติ ได้เป็นรองนายก OMGE และอนาคตจะต้องนำเสนอต่อการประชุมที่ general assembly ที่กรุงเวียนนาให้รับรองต่อไป จากนั้นเป็นเรื่อง

ในการประชุมวาระอื่นๆก็คือเรื่องที่ทางฝ่าย OMGE จะขอส่วนแบ่งในการจัดประชุม โดยจะขอ 80% และ 20% ให้ประเทศผู้จัด ซึ่งทางเรา Asia Pacific Zone ไม่เห็นด้วย และ Dr.Classen นายกคนต่อไปกล่าวว่าคงจะต้องมีการต่อรองหรือออมชอมต่อไป และสุดท้ายก็หวังว่าคงจะมีประเทศสมาชิกคงจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ และหวังว่าการประชุม World Congress ของ Gastroenterology คราวหน้าคงได้ประเทศใดประเทศหนึ่งทางด้านเอเชียแปซิฟิค เป็นประเทศเจ้าภาพ เพราะทางด้าน African Zone ยังไม่พร้อม และเจ้าภาพคราวก่อนๆเป็นประเทศใน Inter American Zone และ European Zone มาแล้วหลายครั้ง คราวนี้จึงควรเป็นของ Asia Pacific Zone จากนั้นก็เป็นการปิดประชุม

ในวันที่ 20 กันยายน 2539 มีการบรรยาย" Medical Education in Thailand, Past, Present Issues and Future Design in Gastroenterology" ในเวลา 9.00-12.00 น. ณ ห้อง 313-314 โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

Moderators: Sohan L Broor (G B Pant Hospital, India)] •

Presentations:

I. Undergraduate medical education

1. Medical education in New Zealand
   Vinton Sinclair Chadwick (Wakefield Clinic, New Zealand)
2. Current medical education in the Philippines
   Sol Z Alvarez (Santo Thomas University, Philippines)
3. Medical education in Korea: The struggle for renovation
   Kyoo Wan Choi (Seoul National University, Korea)

4. Medical education in Japan, present aspects and issues
   Tadahiko Kozu (Tokyo Women's Medical College, Japan)
5. Developments in medical education in Australia
   D. James B. St. John (The Royal Melbourne Hospital, Australia)

II. Postgraduate/Continuing education

6. Medical education in Indonesia
   H. Ali Sulaiman (University of Indonesia, Indonesia)
7. Medical education in Thailand, present issuses and future design in Gastroenterology
   Vikit Viranuvatti (Mahidol University, Thailand)
8. Medical education in Hong Kong with special reference to tracking in gastroenterology
   Shiu-Kum Lam (University of Hong Kong, Hong Kong)
9. Training and continuing education for gastroenterological fellows in Taiwan
   Cheng-Yi Wan (National Taiwan University, Taiwan)

III. Specialty/Subspecialty education

10. Gastroenterology as a specialty in a developing country
    Dayasiri Fernando (University of Colombo, Sri Lanka)
11. Changing patterns of medical education of Pakistan
    Shafi Mohammed Quraishy(Dow Medical college,Pakistan)

12. Ethical education: Present issues and future design (The Indian experience)
Sohan L. Broor (G.B. Pant Hospital, India)
13. Postgraduate medical education and training in gastroenterology: Malaysia perspective
Siang T. Kew (Hospital Kuala Lumpur, Malaysia)
14. Status of Gastroenterology training in Singapore
Kwong Ming Fock (Toa Payoh Hospital, Singapore)

มีการ discussion มากพอสมควร ซึ่งความจริงน่าจะมีมากกว่านี้แต่เนื่องจากเวลาน้อยจึงต้องตัดออกไป

และในวันเดียวกันนั้น ช่วงเวลา 12.00-13.00 น. ที่ห้อง 211-212 เป็นการประชุมทั้งหมด (General Assembly) ของสมาคมโรคระบบทางเดินอาหารแห่งภาคพื้นเอเชียแปซิฟิค(APCGE)มีผู้เข้าร่วมประชุมประมาณ50 คน จนกระทั่งถึงเวลา 15.30-17.30 น. ณ ห้อง 315 เป็นการประชุมสมาคมเอเชียน 5 ประเทศ หรือที่เรียกว่า ASEAN Federation Meeting มีผู้เข้าร่วมประชุม 15 คน โดยมี รศ.นพ.พินิจ กุลละวณิชย์ นายกสมาคมโรคระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย เป็นประธาน พูดถึงการประชุมคราวหน้า ผลการประชุม General Assembly เป็นการแจ้งผลการประชุม แจ้งรายชื่อกรรมการบริหารชุดใหม่ให้ที่ประชุมรับรอง ซึ่งที่ประชุมรับรองโดยเรียบร้อย รวมทั้งเรื่องรับประเทศเวียดนามมาเป็นสมาชิกใหม่

ในวันเสาร์ที่ 21 กันยายน 2539 เป็นการประชุม APSDE ในเวลา 12.00-14.00 น. ณ ห้อง 211+212 มีผู้เข้าร่วมประชุม 21 คน ซึ่งที่ประชุมก็ได้คัดเลือกกรรมการบริหาร ซึ่งก็ได้แก่ชุดเดิมทั้งหมด เพราะไม่มีผู้ใดเสนอชื่อใหม่มาอย่างเป็นทางการก่อน 1 ปี ตาม by law

ในวันจันทร์ที่ 23 กันยายน 2539 ข้าพเจ้าได้รับการเชิญให้บรรยาย "State of Art lecture" เรื่อง "Parasite Liver Disease, research experience in Thailand" ในเวลา 9.00-10.00 น. มีผู้เข้าฟังมากพอสมควร โดยนายแพทย์พินิจ กุลละวณิชย์ นายกสมาคมฯของเรามาให้กำลังใจและได้นั่งฟังจนเสร็จการประชุม ข้าพเจ้าได้ร่วม discuss เรื่อง Indiopathic portal hypertension ที่ Dr. Tandon พูดด้วย

ส่วนในตอนเย็นของวันเดียวกัน จะเป็นงาน Farewell party ซึ่งมีคนไปร่วมงานกันน้อยมากเนื่องจากต่างก็เดินทางกลับประเทศของตน โดยทั่วไปตามที่ข้าพเจ้าสังเกตุการประชุมครั้งนี้ไม่มีอะไรน่าประทับใจเลย ทุกชาติที่เป็นเพื่อนข้าพเจ้าจากต่างประเทศ ก็พูดคล้ายๆกับข้าพเจ้าคือไม่มีอะไรน่าตื่นเต้น หรือดีเท่าที่ประเทศไทยเคยจัดเมื่อ 4 ปีก่อน ในการท่องเที่ยวก็ไม่ดี ทุกคนต้องจ่ายเงินเองแทบทั้งสิ้น ของที่ให้สำหรับผู้ลงทะเบียนก็ไม่มีอะไรตอบแทนเท่าที่ควร นับว่าเป็นความผิดหวังของผู้เข้าร่วมประชุมเสียส่วนใหญ่ ด้านวิชาการนับว่าดีพอสมควร มีการประชุมระหว่างหลายประเทศ มีการใช้ภาษาญี่ปุ่นมากเกินไป จนผู้ฟังไม่ได้รับความสะดวกเท่าที่ควรหรือดีเพียงพอ ซึ่งอีก 4 ปีข้างหน้า ประเทศฮ่องกงจะเป็นเจ้าภาพต่อไป และฮ่องกงก็รับคำว่าจะจัดให้ที่สุดเท่าที่จะทำได้

ลาก่อน จนกว่าจะพบกันที่ฮ่องกง

กล่าว Welcoming Address ของการประชุม APCGE และ APCDE ต่อผู้แทนสมาคมโลกและประเทศต่าง ๆที่มาร่วมประชุมที่นั่งบนเวทีและผู้ฟังประมาณ 6, 000 คน

ขณะทำหน้าที่เป็นประธานการประชุม APCGE ที่เมืองโยโกฮามา

ปฏิทินประชุมวิชาการที่น่าสนใจ

THE GASTROENTEROLOGICAL ASSOCIATION OF THAILAND

ANNUAL MEETING 1996

TUESDAY 28 - FRIDAY 31 JANUARY, 1997

Siam Intercontinental Hotel, Bangkok

Tuesday 28 January 1997

08.00 - 08.15	REGISTRATION
08.15 - 08.30	OPENING REMARKS President of the Gastroenterological Association of Thailand Pinit Kullavanijaya
08.30 - 10.00	Neuromuscular Control of The Oropharynx and Esophagus in Health and Disease J. Christensen, USA Sinn Anuras (Moderator)
10.00 - 10.15	COFFEE BREAK
10.15 - 11.00	Esophageal Motility Disorders and Gastro- Esophageal Reflux-Clinical Manifestation and Diagnosis Suriya Chakkaphak Satawat Thongaswat (Moderator)
11.00 - 12.00	Pharmacology&Clinical Implication of GI. Motility Drugs N. J. Talley, Australia Satawat Thongsawat (Moderator)
12.00 - 13.00	LUNCH
13.00 - 15.00	Case Discussion

- Achalasia
- Diffuse Esophageal Spasm
- Nut Cracker Esophagus
- Gastro-esophageal Reflux

J. Christensen, USA

N. J. Talley, Australia

Sinn Anuras

Satawat Thongsawat

Suriya Chakkaphak

Kamthorn Phaosawasdi (Moderator)

Wednesday 29 January 1997

Chairperson	Sinn Anuras
08.30 - 09.30	Pathophysiology and Management of Non-Ulcer Dyspepsia N. J. Talley, Australia
09.30 - 10.30	Pathophysiology and Definition of Irritable Bowel Syndrome J. Christensen, USA
10.30 - 11.00	COFFEE BREAK
11.00 - 12.00	Nutrition in Liver Disease M S Losowsky, UK
12.00 - 13.00	LUNCH
13.00 - 15.00	Symposium : Multidisciplinary Approach to the Management of Hepatocellular Carcinoma

Teeravut Kuhapramma

Narin Voravut

Chusak Sirivanitchai

Kannikar Pornpatkul (Moderator)

Thursday 30 January 1997

Chairperson	Pinit Kullavanijaya
08.30 - 09.30	1ST Vikit Viranuvatti's Lecture
	Today's Research is Tomorrow's Clinical Practice
	The Model of Peptic Ulcer Disease
	T. Yamada, USA
09.30 - 10.30	Helicobacter pylori - Present and Future Perspectives
	H. Mitchell, Australia
10.30 - 11.00	COFFEE BREAK
11.00 - 12.00	Annual Meeting of The Executive Committee and
	Members of The Gastroenterological Association of Thailand
12.00 - 13.00	LUNCH
13.00 - 15.00	Symposium :
	Update on Helicobacter pylori
	- Epidemiology of Hp in Thailand
	Siriwat Anantaphunpong
	- Seroprevalence of Hp in Thailand
	Suraphon Chuenratanakul
	-Hp Eradication-Summary of Clinical Trials in Thailand
	Udom Kachinthorn

- Metronidazole Resistance in Thailand

Kamthorn Phaosawadi

-Current Status and Recommendation on

Hp Eradication

ABR Thomson, Canada

Varocha Mahachai (Moderator)

Friday 31 January 1997

Chairperson	Sawasdi Hitanant
08.00 - 10.00	Free papers
	COFFEE BREAK
10.00 - 11.00	Gastroenterology in the Asean Countries
	Presidents of the Associations Societies of the
	Asean Federation of Gastroenterology
11.00 - 12.00	Cholestatic Liver Disease
	G. Paumgartner, Germany
12.00 - 13.00	LUNCH
Chairperson	Chutima Pramoonsinsup
13.00 - 14.00	Newer concepts of Investigation and Management of
	IBD ABR Thomson, Canada
14.00 - 15.00	Approach and Management of Malabsorption
	M S Losowsky, UK
15.00 - 15.15	CLOSING REMARKS
	President of the Gastroenterological Association of Thailand
	Pinit Kullavanijaya

บรรณาธิการแถลง

จุลสารสมาคมฯฉบับนี้เป็นฉบับสุดท้ายประจำปี 2539 มีเนื้อหาครบครันเช่นเดิม ซึ่งล้วนเป็นความรู้ที่น่าสนใจและเป็นประโยชน์ เนื่องจากจุลสารสมาคมฯได้รับความนิยมอย่างมาก แต่ละฉบับมีจำนวนพิมพ์ 2,000 เล่ม ซึ่งจะแจกจ่ายไปยังสมาชิกของสมาคมฯและโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเศ ที่มีขนาดตั้งแต่ 30 เตียงขึ้นไป รวมแล้วประมาณ 1,000 เล่ม ที่เหลืออีก 1,000 เล่ม บริษัทยาที่ลงโฆษณาจะขอไปแจกแพทย์ทั่วไป ซึ่งมักไม่พอ ท่านนายกสมาคมฯมีดำริจะพิมพ์เพิ่มเป็น 2,500 เล่ม แต่ค่าใช้จ่ายต้องเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นในปี 2540 ค่าลงโฆษณาในจุลสารสมาคมฯจะปรับสูงขึ้น จึงเรียนให้ทุกท่านทราบไว้ก่อน และหวังว่าคงจะได้รับการสนับสนุนจากทุกบริษัทเช่นเดิมนะครับ อนึ่งมีท่านสมาชิกเสนอแนะมาว่าควรจะมีการเปลี่ยนสีของหน้าปกไม่ให้ซ้ำกัน เพราะจำไม่ได้ว่าเป็นฉบับใหม่หรือเก่า ผมขอเรียนว่าหน้าปกคงต้องเป็นสีเดิมเพราะว่าเป็นเอกลักษณ์ของจุลสารสมาคมฯไปแล้ว แม้ว่าวารสารทางการแพทย์ที่มีชื่อเสียงทั่วโลกก็จะคงสีปกเหมือนกันทุกฉบับ ผมคิดว่าคงจะมีการคาดสีที่หน้าปกให้รูปโฉมดูเด่นขึ้น แต่ค่าใช้จ่ายจะสูงขึ้นมาก ผมจะลองศึกษารายละเอียดดูก่อน

ในฉบับนี้เราได้ลงโปรแกรมโดยละเอียดของการประชุมวิชาการประจำปี 2539 ของสมาคมฯ ซึ่งจะจัดในวันที่ 28–31 มกราคม 2540 ที่ โรงแรมสยามอินเตอร์คอนติเนนตัล กรุงเทพฯ มีเรื่องที่น่าสนใจมากมาย โดยเฉพาะครั้งนี้ เรามีวิทยากรต่างประเทศระดับโลก มาถึง 7 ท่าน เหมือนเป็น International Meeting เลยทีเดียว กรุณารีบลงทะเบียนมาโดยเร็วนะครับ อยากให้ท่านสมาชิกมากันมากๆ เพราะเป็นครั้งแรกที่เราจัดประชุมวิชาการประจำปีถึง 4 วัน

ท้ายสุดนี้ ผมขอเชิญท่านสมาชิกสมาคมฯทุกท่าน เข้าร่วมประชุมใหญ่สามัญประจำปีของสมาคมฯ ในวันพฤหัสบดีที่ 30 มกราคม 2540 เวลา 11.00–12.00 น. (ซึ่งแทรกอยู่ในระหว่างประชุมประจำปี) และจะมีการเลือกตั้งนายกสมาคมฯท่านใหม่ด้วยครับ

สวัสดีปีใหม่ 2540 ล่วงหน้าครับ

นายแพทย์อุดม คชินทร