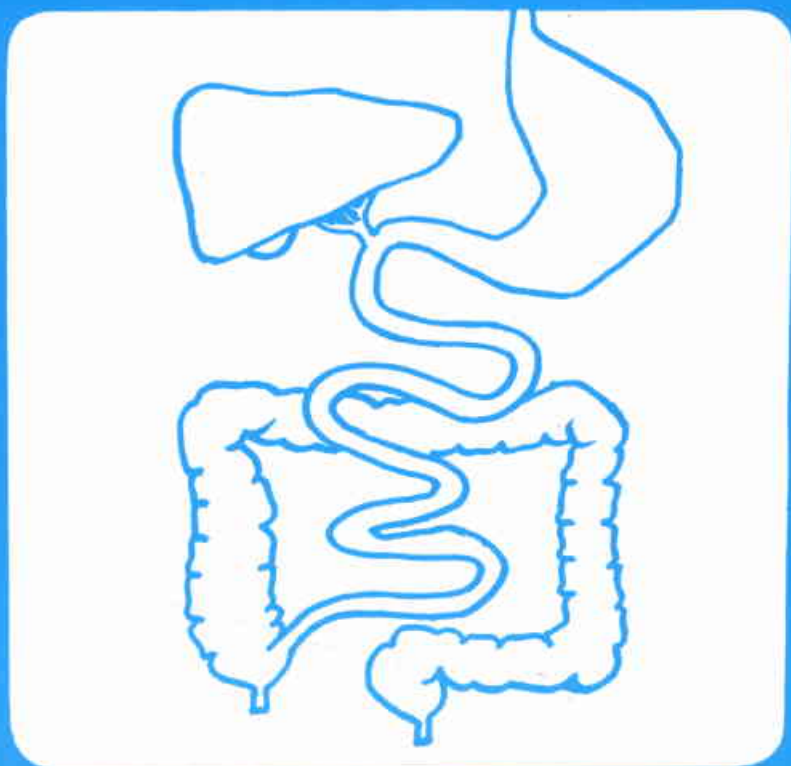


จุลสาร

สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหาร  
แห่งประเทศไทย

ปีที่ 6 ฉบับที่ 18 มีนาคม 2540 ISSN 0857-6351





## สมาคมแพทยระบบทางเดินอาหาร แห่งประเทศไทย

จุลสารสมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย  
จัดพิมพ์โดยอนุมติของคณะกรรมการอำนวยการสมาคมแพทย  
ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย กำหนดออกทุก 2 เดือน  
แจกจ่ายโดยไม่คิดมูลค่าแก่สมาชิกของสมาคมฯ และแพทย์ผู้สนใจ  
โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมความรู้โรกระบบทางเดินอาหารและ  
ประชาสัมพันธ์กิจกรรมของสมาคมฯ

สำนักงาน:-

สาขาวิชาโรกระบบทางเดินอาหาร

ภาควิชาอายุรศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

โรงพยาบาลศิริราช

บางกอกน้อย

กรุงเทพฯ 10700

โทรศัพท์ 419-7281, 412-0586

โทรสาร 412-0586

สมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย  
ปีที่ 5 ฉบับที่ 18 มีนาคม 2540 ISSN 0857-6351

จุลสารสมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย  
ปีที่ 5 ฉบับที่ 18 มีนาคม 2540

รายนามคณะผู้จัดทำจุลสารฯ

สารบัญ

หน้า

ที่ปรึกษา	นพ.สวัสดิ์ หิตะนันท์	รายงานคณะกรรมการอำนวยการ	
บรรณาธิการที่ปรึกษา	นพ.สิน อนุราษฎร์	สมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย	4
บรรณาธิการ	นพ.อุดม คชินทร	ตารางนายแพทย์สมาคมฯ	9
กองบรรณาธิการ	นพ.ไพโรจน์ เหลืองโรจนกุล	แนะนำนายกสมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย	19
	นพ.ทวีศักดิ์ แทนวันดี	รายงานการประชุมคณะกรรมการอำนวยการ	
	นพ.ยุทธนา ศตวรรษธีราง	สมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย ครั้งที่ 1/2540	29
	นพ.สมชาย สีสากุศลวงศ์	รายงานการประชุมคณะกรรมการอำนวยการ	
	นส.พรทิพย์ จิณแพทย์	สมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย ครั้งที่ 2/2540	39
ปก	นายเออนก เกตุสมพร	Interhospital GI Conference I	
พิมพ์ที่	ศุภานิช การพิมพ์	Case I A man with unresolved liver abscess	51
จำนวน	2,000 เล่ม	Case II A man with chronic abdominal pain and fever	73
		Interesting Topics Review	
		Hypereosinophilic syndrome (HES)	57
		Mycotic aneurysms	79
		Halothane hepatitis	85
		Hepatotoxicity due to antituberculosis treatment	97
		ปฏิทินประชุมวิชาการที่น่าสนใจ	112
		บรรณาธิการแถลง	115

รายนามคณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯ

วาระปี 2540-2541

1.	นพ.สวัสดิ์ หัตตะนันท์	นายกสมาคมฯ	18.	พญ. นฤมล ศรีสุชาพรรณ	ศิริสุชาพรรณ	ฮาร์โกรฟ	กรรมการกลาง
2.	นพ.ประวิทย์ เลิศวิระศิริกุล	อุปนายก	19.	น.อ. นพ.บรรเจิดศักดิ์ ยาภาสมบัติ	ยาภาสมบัติ		กรรมการกลาง
3.	นพ.อุคม คชินทร	เลขาธิการ	20.	นพ.พงษ์พระ สุวรรณกุล	สุวรรณกุล		กรรมการกลาง
4.	พญ.วิณา วงศ์พานิช	เหรัญญิก	21.	นพ.พิศาล ไพบรียง	ไพบรียง		กรรมการกลาง
5.	พ.อ. นพ.สุรพล ชั้นรัตน์กุล	ปลัด	22.	นพ.มานิต สีโทชวลิต	สีโทชวลิต		กรรมการกลาง
6.	นพ.กำธร เผ่าสวัสดิ์	ประธานฝ่ายวิจัย	23.	พ.ต.อ. นพ.วรินทร์ เสาวรส	เสาวรส		กรรมการกลาง
7.	พญ.วโรชา มหารัช	ประธานฝ่ายวิชาการ	24.	นพ.วิทยา วัฒโนภาส	วัฒโนภาส		กรรมการกลาง
8.	นพ.เต็มชัย ไชยบุวัต	ประธานฝ่ายโรคตับ	25.	นพ.วิกิจ วีรานูวัตต์	วีรานูวัตต์		กรรมการกลาง
9.	นพ.บัญญัติ โอวาทพรพร	ประธานฝ่ายอินโตสโตปี	26.	พญ.ศศิประภา บุญญพิสิษฐ	บุญญพิสิษฐ		กรรมการกลาง
10.	นพ.สิน อนุราษฎร์	ประธานฝ่ายวารสาร	27.	พ.ท. นพ.สุรพล สุวรรณศรีรัฐ	สุวรรณศรีรัฐ		กรรมการกลางและ รองประธานฝ่าย
11.	นพ.สถาพร มานัสสถิตย	ประธานฝ่ายการศึกษา	28.	พ.อ. นพ.อนุชิต อุทะพุทธิ	อุทะพุทธิ		กรรมการกลางและ รองเลขาธิการ
12.	นพ.ไพโรจน์ เหลืองโรจนกุล	ประธานฝ่ายวิเทศสัมพันธ์	29.	นพ.เกรียงไกร อัครวงศ	อัครวงศ		ที่ปรึกษา
13.	พญ.กรรณิการ์ พรพัฒนกุล	กรรมการกลาง	30.	นพ.จินดา สุวรรณรักษ์	สุวรรณรักษ์		ที่ปรึกษา
14.	นพ.จรินทร์ โรจนบวรวิทยา	กรรมการกลาง	31.	นพ.พินิจ กุลละวณิชย	กุลละวณิชย		ที่ปรึกษา
15.	พญ.ชุตินา ประมุขสินทรัพย์	กรรมการกลาง	32.	พต.ต. นพ.วิชัย ชัยประภา	ชัยประภา		ที่ปรึกษา
16.	น.อ. นพ.ทศพร วิเศษรจนา ร.น.	กรรมการกลาง	33.	นพ.สมหมาย วิไลรัตน์	วิไลรัตน์		ที่ปรึกษา
17.	นพ.ทองดี ชัยพานิช	กรรมการกลาง	34.	นพ.สังพันธ์ อิศรเสนา	อิศรเสนา		ที่ปรึกษา
4			35.	พล.อ.ต. นพ.สุจินต์ จารุจินดา	จารุจินดา		ที่ปรึกษา
			36.	นพ.สุชา อุระทอง	อุระทอง		ที่ปรึกษา

รายนามคณะอนุกรรมการฝ่ายต่างๆของ

สมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

รายนามคณะอนุกรรมการฝ่ายวิจัย

1.	นพ. กำชัย เคาส์วัตต์	ประธาน
2.	นพ.สงวนพนธ์ บุญยุปต์	อนุกรรมการ
3.	นพ.อนรร ลีดำรงศมี	อนุกรรมการ
4.	นพ.พิศาล ไบรัมย์	อนุกรรมการ
5.	พญ.ชุติมา ประมูลสินทรัพย์	อนุกรรมการ
6.	นพ.พลรัตน์ วิไลรัตน์	อนุกรรมการ
7.	พ.อ.นพ.อนุชิต จุฑะพุทธิ	อนุกรรมการ
8.	นพ.สถาพร มานัสสดีติย	อนุกรรมการ
9.	นายแพทย์มานิต ลีโทชวลิต	อนุกรรมการ
10.	นพ.นุสนธิ์ กัลลเจริญญ์	อนุกรรมการ
11.	พ.ด.อ.นพ.วรินทร์ เสาวรส	อนุกรรมการ
12.	นพ.จรินทร์ทร โรงนบวรวิทยา	อนุกรรมการ
13.	นพ.บัญญัติ โอวาทพารพร	อนุกรรมการ
14.	นพ.อุดม คชินทร	อนุกรรมการ
15.	นพ.ศตวรรษ ทองส์วัตต์	อนุกรรมการ

รายนามคณะอนุกรรมการฝ่ายวิชาการ

1.	พญ.วาโรชา มหาชัย	ประธาน
2.	นพ.อำนาจ ศรีรัตนบัลล	อนุกรรมการ
3.	นพ.มานิต ลีโทชวลิต	อนุกรรมการ
4.	พญ.เฟื่องเพชร เกียรติเสวี	อนุกรรมการ
5.	พญ.ชุติมา ประมูลสินทรัพย์	อนุกรรมการ
6.	นพ.ไพโรจน์ เหลืองโรจน์กุล	อนุกรรมการ
7.	นพ.องอาจ ไพรสมฆรรางกูร	อนุกรรมการ
8.	นพ.ธีระ พิรัชวิสุทัษ	อนุกรรมการ
9.	นพ.สังพันธ์ อิศราเสนา	ที่ปรึกษา

รายนามคณะอนุกรรมการฝ่ายการศึกษาหลังปริญญา

1.	นพ.สถาพร มานัสสดีติย	ประธาน
2.	พ.ท.นพ.สุรพล สุรางคศรีรัฐ	รองประธาน
3.	นพ.สิริวัฒน์ อมมตพันธุ์พงศ	อนุกรรมการ
4.	นพ.ประวิทย์ เตีศิริระศิริกุล	อนุกรรมการ
5.	นพ.กำชัย เคาส์วัตต์	อนุกรรมการ
6.	พญ.วาโรชา มหาชัย	อนุกรรมการ
7.	นพ.พิบิจ กุลละวณิชช	อนุกรรมการ
8.	พญ.ศศิประภา บุญญพิสิธิมิฐ	อนุกรรมการ
9.	นพ.องอาจ ไพรสมฆรรางกูร	อนุกรรมการ
10.	นพ.เกรียงไกร อัครวางศ	อนุกรรมการ

รายนามคณะอนุกรรมการฝ่ายวารสาร

1.	นพ.สิน	อนุราษฎร์	ประธาน
2.	นพ.ไพโรจน์	เหลือองโรจนกุล	อนุกรรมการ
3.	นพ.เสถียร	เดชะไพฑูรย์	อนุกรรมการ
4.	นพ.เต็มชัย	ไชยวุฒิ	อนุกรรมการ
5.	นพ.วีระศักดิ์	ว่องไพฑูรย์	อนุกรรมการ
6.	นพ.สถาพร	มานัสสถิตย์	อนุกรรมการ
7.	นพ.บัญชา	โอวาทพารพร	อนุกรรมการ
8.	นพ.นุสพันธ์	กิติศักดิ์เจริญ	อนุกรรมการ
9.	นพ.พิศาล	ไม่เรียง	อนุกรรมการ
10.	พญ.วโรชา	มหายชัย	อนุกรรมการ
11.	พญ.กิริณีการ	พรพัฒน์กุล	อนุกรรมการ
12.	นพ.สุชา	ฑูระทอง	อนุกรรมการ
13.	พ.อ.นพ.สุรพล	ชินรัตน์กุล	อนุกรรมการ
14.	นพ.สุริยะ	ฉกกะพาก	อนุกรรมการ
15.	พ.อ.นพ.อนุชิต	ภูชะพุทธิ	อนุกรรมการ
16.	นพ.กำธร	เสาศิวาสดี	อนุกรรมการ
17.	นพ.ทองดี	ชัยพานิช	อนุกรรมการ

สารจากนายกสมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

เรียน ท่านสมาชิกสมาคมฯที่เคารพทุกท่าน

ตามที่ท่านสมาชิกได้เข้าร่วมประชุมวิชาการของสมาคมฯ ประจำปี 2539 ระหว่างวันที่ 28-31 มกราคม 2540 ณ โรงแรมสยาม อินเตอร์คอนติเนนตัล, กรุงเทพฯ ซึ่งมีอาจารย์นายแพทย์พนิจ กุลละวณิชย์ เป็นนายกสมาคมฯ และท่านสมาชิกที่เข้าร่วมประชุมดังกล่าวได้ประจักษ์ในความมุ่งมั่นและความก้าวหน้าทางวิชาการ และอื่นๆของสมาคมฯที่เป็นระดับนานาชาติ ดังจะเห็นได้จากการศึกษากรจากต่างประเทศที่มีชื่อเสียงและเชี่ยวชาญทางด้านต่างๆทั่วโลกมาประชุมถึง 7 ท่าน สมาคมฯได้รับเกียรติอย่างสูงจาก Prof. T Yamada ซึ่งเป็นนายกสมาคมโรกระบบเดินอาหารของสหรัฐอเมริกา (American Gastroenterological Association, AGA) นอกจากนี้แล้วยังได้เชิญ Prof.Fock จากสิงคโปร์ ซึ่งเป็นประธานของ Asean Federation of Gastroenterology ซึ่งประกอบไปด้วยสมาชิก 6 ประเทศ คืออินโดนีเซีย, มาเลเซีย, ฟิลิปปินส์, สิงคโปร์, ประเทศไทย และ เวียดนาม ขณะเดียวกันก็มีตัวแทนจากอินโดนีเซีย, ฟิลิปปินส์, เวียดนาม และ สิงคโปร์ มาประชุมด้วย และท่านสมาชิกทุกท่านจะเห็นด้วยกับผมอย่างยิ่งและจริงใจที่จะแสดงความขอบคุณในความวิริยะและเสียสละของคณะกรรมการ, อนุกรรมการ และสมาชิกของสมาคมฯทุกท่าน ที่รวมกิจกรรมต่างๆให้เจริญก้าวหน้าอย่างดียิ่ง

ในวาระนี้เองได้มีการประชุมใหญ่สามัญประจำปี 2539 สมาชิกที่  
เคารพทุกท่านได้ให้เกียรติเลือกผมเป็นนายกสมาคมฯประจำปี 2540-2541  
ซึ่งผมรู้สึกเป็นเกียรติอย่างสูงที่ได้รับควาไว้วางใจเพื่อที่จะให้ผม และคณะ  
กรรมการสมาคมฯร่วมกันทำงานเพื่อสมาคมฯของเราให้เจริญก้าวหน้าและ  
เป็นที่ยอมรับของต่างประเทศต่อไป ผมขอเรียนให้ทราบด้วยความจริงใจว่า  
สมาชิก, กรรมการหรืออนุกรรมการของสมาคมฯ มีจิตใจโอบออบอารี มี  
ความเอื้อเฟื้อ มีความรักสามัคคีเหมือนครอบครัวเดียวกัน ในว่าจะมาจาก  
สถาบันใด ซึ่งเราก็หวังว่าจะให้เจริญรอยตามพี่ๆน้องๆที่ได้ทำกันมา

กรรมการและสมาชิกบางท่านคงจะทราบดีว่าผมเองเคยพยายามขอใน  
รับเป็นนายกสมาคมฯมาหลายสมัยแล้ว มีอาจารย์บางท่านมาขอรองให้ผมรับ  
เป็นนายกสมาคมฯต่อจากอาจารย์นายแพทย์หญิง กุลละวณิช ผมก็ยังไม่  
ยอมรับตำแหน่งอันทรงเกียรติตามเคย แต่ในที่สุดด้วยเหตุผลต่างๆจากการชัก  
ชวน ทำให้ผมได้รับเกียรติอันสูงยิ่งเพื่อความรู้ความก้าวหน้าของสมาคมฯ และ  
เป็นเกียรติประวัติของตัวเองและครอบครัวรวมทั้งคณะแพทยศาสตร์ศิริราช  
พยาบาล ผมจะพยายามทำหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายนี้ให้ดีที่สุด แน่นนอนความ  
สำเร็จนี้จะสำเร็จไม่ได้จากคณะกรรมการหรืออนุกรรมการและสมาชิกสมาคมฯ  
รวมทั้ง ผู้จัดการบริหารฯต่างๆที่ร่วมกันทำงานและประสานงานทุกอย่าง  
เพื่อให้วิชาการแพทยระบบทางเดินอาหารได้บรรลุวัตถุประสงค์และเจริญก้าว  
หน้า แก่สมาชิกและประชาชนต่อไป

เนื่องจากอาจารย์นายแพทย์หญิง กุลละวณิช, นายแพทย์อุดม  
คชินทร,แพทย์หญิงวโรชา มหาวชัย และ นายแพทย์มนุสนธิ์ กลัดเจริญ ซึ่งต้อง  
รับภาระด้านวิชาการในการติดต่อวิทยากรมาบรรยายในการประชุมวิชาการแต่

ละครั้ง อีกทั้งอาจารย์นายแพทย์ประวิทย์ เลิศวีระศิริกุล ทำหน้าที่เหรียญกิต  
ติ์เยี่ยม ส่วนนายแพทย์สุรพล ชุ่มรัตนกุล และนายแพทย์อุคม คชินทร ได้  
เสียสละเวลาอันมีค่าในการเดินทางไปเลือกสถานที่เพื่อจัดการประชุมของ  
สมาคมฯ ส่วนการทำงานที่เปรียบเสมือนการปิดทองหลังพระก็คืออาจารย์  
นายแพทย์สถาพร มาโนสถิตย์ และอนุกรรมการฝ่ายการศึกษาหลังปริญญา  
ได้ดำเนินการเกี่ยวกับกาออกขอสอบ ทำการสอบ Fellows ในส่วนของ  
อาจารย์นายแพทย์สิน อนุราษฎร์ และอนุกรรมการต่างมุ่งมั่นเพื่อบุกเบิก  
วารสารโรกระบบทางเดินอาหารได้สำเร็จด้วยดี แมว่าอาจารย์นายแพทย์พิศาล  
ไม่เรียง จะมีการระดมทุนในการบริหารคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัย  
ขอนแก่นก็ตาม แต่ท่านและคณะอนุกรรมการ ก็ได้ทำงานเกี่ยวกับด้านวิจัย  
เป็นการเสียสละอย่างสูง เพื่อในงานทางด้านนี้สำเร็จตามวัตถุประสงค์ และคง  
เป็นที่ทราบกันดีว่าอาจารย์นายแพทย์เต็มชัย ไขษณุวุฒิ และอาจารย์นายแพทย์  
เชิญญาประชุมชน International Symposium on Viral Hepatitis and  
Pecpectives from The ASEAN Region ซึ่งจะจัดขึ้นระหว่างวันที่ 10-12  
กันยายน 2540 ณ โรงแรมเชงกรี-ลา, กรุงเทพฯ ซึ่งนับว่าเป็นความสำเร็จชิ้น  
หนึ่งของสมาคมฯที่จะพยายามจะจัดให้เป็นระดับ International และขณะ  
เดียวกันอาจารย์นายแพทย์ไพโรจน์ เหลืองโรจน์กุล ร่วมกับคณะแพทยศาสตร์  
ศิริราชพยาบาลและสมาคมฯ ร่วมกันจัดการประชุม The Second Live  
Demonstration of Gastrointestinal Endoscopy เมื่อวันที่ 11-13 มิถุนายน  
2539 ได้สำเร็จลุล่วงไปได้อย่างดี ดังนั้นงานประชุมวิชาการจึงถือว่าเป็นการ  
ประชุมที่เป็นเกียรติแก่สมาคมฯและประเทศชาติอย่างยิ่ง งานของสมาคมฯ

เปรียบเทียบเห็นว่าที่จะต้องคำนึงต่อไปรวมกับกรรมการ และ อนุกรรมการ  
ฝ่ายต่างๆซึ่งจะแต่งตั้งคณะอนุกรรมการฝ่ายต่างๆต่อไป

งานของสมาคมฯที่จะคอยดำเนินงานต่อไปในวาระปี 2540-2541 ได้แก่

## 1. การประชุมวิชาการกลางปี

1.1 การประชุมวิชาการกลางปี 2540 International Symposium on  
Viral Hepatitis and Perspectives from The ASEAN Region ซึ่งจะจัดขึ้น  
ระหว่างวันที่ 10-12 กันยายน 2540 ณ โรงแรมเซงกรี-ลา, กรุงเทพฯ ซึ่งเรา  
โชคดีที่อาจารย์แพทย์เด็มซีย์ ไชยวุฒิต และนายแพทย์อนุชิต จุฑะพุทธิ  
ได้เตรียมงานไปประมาณปีเศษ และเป็นที่ยืนยันว่าสามารถเชิญวิทยากร  
ที่หนังสือเสียงมาการประชุมครั้งนี้ เช่น Jay H. Hoofnagle (USA), Jung Sus  
Kim (USA), David W. Vaughn (USA), Ferruccio Bonino (Italy), Ding-  
Shim Chen (Taiwan), Kim Krogard (Denmark), Massao Omata (Japan)

1.2 การประชุมวิชาการกลางปี 2541 คณะกรรมการอำนาจการ  
สมาคมฯ ได้คิดว่าเราจะจัดการประชุมวิชาการประจำปี 2541 อาจจะเป็นที่  
จังหวัดมหาสารคามหรือบุรีรัมย์ ซึ่งเป็นสถานที่ที่มีโรงแรม สถานที่ท่องเที่ยว  
พร้อมที่จะจัดการประชุมได้

## 2. การประชุมวิชาการประจำปี

2.1 การประชุมวิชาการประจำปี 2541 คณะกรรมการอำนาจการ  
สมาคมฯได้เสนอให้เลือกใช้ที่หาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ระหว่างวันที่ 21-23  
มกราคม 2541 และจะเป็นการส่งเสริมให้แพทย์ที่อยู่บริเวณใกล้เคียงได้มี

โอกาสเข้าร่วมการประชุมได้ด้วย ซึ่งจะตรงกับวัตถุประสงค์ของสมาคมฯที่จะ  
กระจายความรู้ทางความรู้ระบบทางคินอาหารไปยังจังหวัดต่างๆของ  
ประเทศไทย

2.2 การประชุมวิชาการประจำปี 2542 คงจะใช้สถานที่ในกรุงเทพฯ  
หรือต่างจังหวัด ซึ่งจะมีประชุมใหญ่สามัญประจำปีของสมาคมฯเพื่อเลือก  
นายกสมาคมฯคนใหม่

เช่นเดียวกันหวังว่าคณะกรรมการอำนาจการสมาคมฯและผู้ประสาน  
งานต่างจากก็คงจะได้พยายามเชิญวิทยากรจากต่างประเทศได้เข้าเป็น  
วิทยากรในการประชุมแต่ละครั้ง และเราก็ต้องสรรหาวิทยากรที่จะมาเป็น  
Second Viki Viramavati's Lecture ซึ่งจะเป็นเกียรติแก่สมาคมฯและอาจารย์  
นายแพทย์ วิกิจ วีรานวุฒิตของเราต่อไป

8. การประชุมที่สำคัญในต่างประเทศ จะนิยามสมาคมฯไปรวมประชุมเช่น

3.1 ในระหว่างวันที่ 9-12 เมษายน 2540 ณ กรุงลอนดอน ประเทศ  
อังกฤษ จะเป็นการประชุม 32nd Annual Meeting of the European  
Association for the Study of the Liver (EASL) ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นการ  
ประชุมเกี่ยวกับเรื่องตับ

3.2 การประชุมที่ประเทศสหรัฐอเมริกา 98th Annual Meeting of  
AGA, Digestive Disease Week (DDW) เป็นการประชุมที่ดีที่สุด ซึ่งประกอบ  
ไปด้วย Postgraduate Courses ต่างๆ ซึ่งจะจัดขึ้นทุกปี ในปีนี้จะจัดระหว่างวัน  
ที่ 9-16 พฤษภาคม 2540 ที่กรุงวอชิงตันดีซี, สำหรับในปี 2541 จะจัดระหว่าง



วันที่ 14-20 พฤษภาคม ที่นิวยอร์ก. และในปี 2542 จะจัด ระหว่างวันที่ 18-24 พฤษภาคม ที่โตเกียว, ฟลอริดา

3.3 11<sup>th</sup> World Congress of Gastroenterology ที่กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรีย ระหว่างวันที่ 6-11 กันยายน 2541 เมืองเวียนนาเป็นเมืองที่สวยงาม และมีชื่อเสียงทางด้านประวัติศาสตร์ โดยเฉพาะเรื่องดนตรี และที่ทัศนที่สวยงามมาก ก็หวังว่าสมาชิกของสมาคมฯคงจะได้มีเวลาตระเตรียมงานและเวลาของท่านเพื่อจะได้เดินทางไปร่วมประชุมในครั้งนี้

3.4 Sixth United European Gastroenterology Week 18-22 ตุลาคม 2540 ที่ Birmingham, UK

3.5 มีการประชุมซึ่งสำคัญมากเกี่ยวกับโรคตับ จะจัดทุกปีเช่นกันคือ The American Association for the Study of Liver Diseases (AASLD) ในปีนี้ จะจัดระหว่างวันที่ 7-11 พฤศจิกายน 2540 และในปี 2541 จะจัดระหว่างวันที่ 6-10 พฤศจิกายน 2541 ที่ชิคาโก

3.6 12-17 ธันวาคม 2540 ณ ประเทศฮ่องกง เป็นการประชุมใหญ่ประจำปีของสมาคมแพทยเอเชียร่วมกับ AGA และอีก 1 ปี จะจัดที่ประเทศฟิลิปปินส์ และในปีค.ศ. 1999 จะจัดขึ้นในประเทศไทย ซึ่งจะมีอาจารย์ นายแพทย์พินิจ กุลละวณิชย์ เป็น Chairman ของ Organizing Committee

4. วิชาการสัญจร เป็นการเผยแพร่ความรู้ในต่างจังหวัดให้กับแพทยสมาชิก และแพทยผู้สนใจ

5. การบรรยายพิเศษเป็นครั้งคราว ส่วนใหญ่เป็นการบรรยายโดยการเชิญแพทย์จากต่างประเทศหรือจากการมาเยือนของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

6. **งานวารสารของสมาคมฯ** ซึ่งเป็นภาษาอังกฤษ จะออกทุก 3 เดือน โดยมี นายแพทย์สิน อุนราษฎร์และคณะอนุกรรมการเป็นผู้จัดทำ นับว่าเป็นการเสียสละเวลาของศิษย์ชมเพื่อให้สมาคมฯของเราเจริญก้าวหน้าทัดเทียมกับนานาชาติในระดับประเทศ ทั้งนี้ขอความกรุณาจากผู้สนใจที่ลงทะเบียนบทความของทางได้โปรดส่งมายังกองบรรณาธิการ โดยติดชื่อที่นายแพทย์สิน อุนราษฎร์ รพ. บำรุงราษฎร์

7. **จุดสตาร์ททุก 2 เดือน** ประกอบด้วยวิทยากรต่าง ๆ เช่นบทความเรื่องสำคัญ, ข่าวสารของสมาคมฯ หรือของสมาชิกบางท่าน การแสดงความคิดเห็นต่างๆ ของสมาชิก, รวมทั้งการแสดงรายงานผู้ป่วยในการประชุมวิชาการ Intehospital GI Conference

8. **การเผยแพร่ความรู้ทางสื่อต่างๆ** เช่นรายการปัญหาชีวิตและสุขภาพทางโทรทัศน์, บทความทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับโรคระบบทางเดินอาหารกับประชาชน โดยทั่วไปทางหนังสือพิมพ์

9. **การวิจัยและทุนวิจัยทางด้าน GI** สมาคมได้เชิญนายแพทย์กำธร เผ่าสวัสดิ์ จการพ. วิทยุยุทธ มาเป็นประธานฝ่ายวิจัย รวมทั้งอาจารย์นายแพทย์สมพนธ์ บุญยคุปต์ มาช่วยงานวิจัยซึ่งจะจัดรวมมื่อกันทุกฝ่าย เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์และเตรียมไปสำหรับการเสนอผลงานดังกล่าวในการประชุมวิชาการสมาคมแพทยระหว่างประเทศ นอกจากนี้แนบแล้วทางประธานฝ่ายวิจัย ยังได้เชิญผู้ทรงคุณวุฒิต่างมาเป็นอนุกรรมการด้วย

อนึ่งเรื่องเงินทุนวิจัยที่สมาคมจะสนับสนุนนั้นทางประธานและ  
อนุกรรมการวิจัยจะใช้งบประมาณ 400,000 บาท หรือมากกว่านั้น ทาง  
สมาคมพยายามสนับสนุนงานวิจัยเต็มที่เท่าที่สนับสนุนได้

10. **ประธานฝ่ายวิชาการ** อาจารย์แพทย์หญิงวโรชา มหาวชัย ประธานฝ่าย  
วิชาการและคณะอนุกรรมการที่เกี่ยวข้อง จะช่วยดำเนินการประชุมวิชาการ  
ประจำปีและกลางปี รวมทั้ง Intehospital GI Conference

11. **ประธานฝ่ายการศึกษาหลังปริญญา** อาจารย์นายแพทย์สถาพร มานัสสถิตย์  
และคณะอนุกรรมการจะดูแลโดยเฉพาะเกี่ยวกับการออกข้อสอบทาง GI เพื่อ  
การสอบของ Fellows และของอายุรแพทย์ทางราชวิทยาลัยอายุรแพทย์

12. **ประธานฝ่ายวิทยาศาสตร์** อาจารย์นายแพทย์ไพโรจน์ เหลืองโรจนกุล  
จะรวบรวมข้อมูลเรื่องการประชุมวิชาการของต่างประเทศ ทั้งเรื่องสถานที่  
และวันที่เหมาะสม ตลอดจนสร้างความสัมพันธ์กับแพทย์และผู้เชี่ยวชาญที่มี  
ชื่อเสียงเพื่อมาเป็น guest speaker ตามความเหมาะสม เพื่อเพิ่มพูนความรู้แก่  
สมาชิกสมาคมฯ

13. **ประธานฝ่ายอินโดจีน** อาจารย์นายแพทย์บัญญัติ โอวาทพรพร จะ  
มีโอกาสดำเนินงานและรวบรวมวิชาการกับสถาบันต่างๆทางดำนนี้ เพื่อให้  
ได้ข้อมูลต่างๆ ที่เป็นของประเทศไทยเพื่อเป็นสิ่งอ้างอิงได้ของดี

นอกจากนี้แล้วคงจะมีการประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์หรือ  
เทคนิคในหองปฏิบัติการเพื่อให้วิชาการทางดำนนี้ได้ทัดเทียมอย่างดียิ่งกับ  
ต่างประเทศ เช่นการประชุมวิชาการ หรือจัดอบรมระยะสั้นเพื่อส่งเสริมและ  
เผยแพร่งานสมาชิกแพทย์และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง

14. **ประธานฝ่ายปฏิบัติการ** อาจารย์นายแพทย์สุรพล ชื่นรัตนกุล ได้รับงาน  
ดำนนี้เป็นอย่างดียิ่งแล้ว ในเรื่องการจัดสถานที่ประชุมวิชาการ และอื่นๆ เช่น  
การบันทึก ที่สนศึกษาไปประชุมการต่างประเทศ เป็นต้น

15. **ประธานฝ่ายวารสาร** อาจารย์นายแพทย์สิน อนุราษฎร์ ได้ทำหน้าที่นี้  
อย่างดี นอกจากทำงานดำน mobility แล้ว ยังให้โอกาสให้ young staff ของ  
สถาบันการแพทย์ไปฝึกอบรมยังต่างประเทศ ทั้งระยะสั้นและระยะยาว

16. **ประธานฝ่ายโรคตับ** อาจารย์นายแพทย์เต็มชัย ไชยบุวัตน์ ได้รับหน้าที่นี้  
และจัดการประชุม International Symposium on Viral Hepatitis and  
Perspectives from The ASEAN Region ซึ่งจะจัดขึ้นระหว่างวันที่ 10-12  
กันยายน 2540 ณ โรงแรมแซงกรี-ลา, กรุงเทพฯ โดยมีอาจารย์นายแพทย์  
อนุชิต จุฑะพทธิ เป็นเลขาธิการที่มอบหมายอย่างยิ่ง

17. **เลขาธิการ** อาจารย์นายแพทย์อุคม ศุภินทร ที่ได้แสดงผลงานทาง  
สมาคมฯอย่างดียิ่งในการเป็นเลขาธิการมาแล้ว 2 ปี ทั้งจุดสารและการจัด  
การประชุม

18. **อุปนายกสมาคมฯ** อาจารย์นายแพทย์ประวิทย์ เลิศวิระศิริกุล เป็นผู้  
มีประสบการณ์ ร่วมปฏิบัติงานต่างๆ ดำนสมาคมฯ เป็นเวลานานย่อมจะช่วย  
งานดำนนี้ได้เป็นอย่างดี

19. **เหรียญอุบล** อาจารย์แพทย์หญิงวิภา วงศ์พานิช ผู้ซึ่งรับผิดชอบอย่างมาก  
ต่อการเงินของสมาคม โดยเฉพาะการเพิ่มพูนรายได้ของสมาคม เช่นจากการ  
ตั้งโฆษณาในหนังสือวารสาร, จุดสาร ตลอดจนนการแสดงผลกิจกรรมต่างๆ ของ  
บริษัทฯและทางรายนต่างๆ, รายได้จากออกเบี้ย การใช้จ่ายของสมาคมใน

ต่างๆ ทุ่มหมยวิชา มีความล่องตัวทางด้านการเงินอย่างดีและมีเวลา  
มากพอที่จะทำงานให้แก่สังคมฯ

20. สำนักงานเลขาธิการ ตั้งอยู่ที่ ตึกสะพานชั้นหนึ่งในหน่วยทางคินอาหาร  
ภาควิชาอายุรศาสตร์ โดยที่ภูมิพรทิพย์ อิมแพช เป็นเลขานุการที่ทำงาน  
ขยันขันแข็งมาก โดยมากจะอยู่ทำงานถึงค่ำๆ ประมาณ 2 ทุ่มและวันเสาร์ยัง  
มาทำงานเสมอ นอกจากนั้นเนื่องจากงานต่างๆของสมาคมมีมากมาย ทาง  
สำนักงานจึงมีคุณชุตติกาญจน์ เอี่ยมสมบูรณ์ มาช่วยอีกแรงหนึ่งในตำแหน่งผู้  
ช่วยเลขานุการ

สมาชิกทุกท่านตลอดจนกรรมการและอนุกรรมการต่างๆ ก็มีความ  
มุ่งมั่นดีสละเวลาร่วมกันช่วยปฏิบัติงานของสมาคมฯ เพื่อให้ความจริงใจก้าวหน้า  
และเป็นประโยชน์ต่อวงการแพทย์และศัลยกรรมของสมาคมฯ ผมและ  
สิ่งหนึ่งสิ่งใด ที่มีประโยชน์ในข้อคิดเสนอแนะต่อสมาคมฯ ผมและ  
กรรมการสมาชิกทุกท่านยินดีรับฟังตามข้อเสนอแนะเพื่อแก้ไขเพิ่มเติมให้ดียิ่ง  
ขึ้นไป ผมและกรรมการพร้อมทั้งคณะอนุกรรมการทุกท่านจะพยายามทำ  
หน้าที่ให้ดีที่สุด

ในโอกาสนี้ผมขอขอบคุณสวททททททที่ให้ความร่วมมืออย่างดียิ่ง

นพ.สวัสดิ์ หิตะนันท์

นายกสมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

### แนะนำ

### นายกสมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย



ศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์สวัสดิ์ หิตะนันท์ เกิดที่กรุงทพฯ  
เมื่อวันที่ 14 กรกฎาคม 2479 บ้านเดิมอยู่ที่สามแยกใกล้วงเวียน 22 กรกฎา  
เมื่อวัยเด็กบิดาคัดส่งเขาศึกษาในโรงเรียนภาษาจีน จนกระทั่งปี พ.ศ. 2492 เมื่อ  
อายุ 12 ปี จึงได้เข้ามา เขาโรงเรียนตีดาบุตรบำรุง โดยสามารถเรียนจบประถม  
ศึกษาปีที่ 4 ภายใน 2 ปี จากนั้นด้วยความวิริยะอุตสาหะเขาศึกษาต่อที่มหาวิทยาลัย  
โรงเรียนวัดสุทัศน์ และ สอบเทียบของกระทรวงศึกษาธิการได้ ม.3, ม.6 และ  
ม.8 ใช้เวลาเพียง 3 ปี และหลังจากนั้นได้สอบเข้าเตรียมแพทย์จุฬาลงกรณ์  
มหาวิทยาลัยได้ในปี พ.ศ. 2498 ต่อมาได้เข้ามหาวิทยาลัยต่อที่คณะแพทย  
ศาสตร์ศิริราชพยาบาล ในปี พ.ศ. 2500 และจบเป็นแพทยศาสตรบัณฑิตของ  
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เป็นรุ่นที่ 66 เมื่อปีพ.ศ. 2504 หลังจากนั้น  
ได้เป็นแพทย์ประจำบ้านอายุรศาสตร์ของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลอยู่  
2 ปี จึงได้รับการแต่งตั้งให้เป็นอาจารย์ในสาขาวิชาโรคระบบทางเดินอาหาร  
ภาควิชาอายุรศาสตร์ เมื่อ พ.ศ.2507 ซึ่งอาจารย์เป็นรุ่นเดียวกันในภาควิชา

อายุรศาสตร์นี้ คือ ศ.น.พ.รังสรรค์ ปุษาปกม, รศ.น.พ.กวี เจริญอุลา, รศ.พ.ญ. นฤมล เจริญชอบ ระหว่างที่เป็นอาจารย์อยู่กับ ศ.น.พ.วิกิจ วิราวุธดี, ศ.น.พ. ยุทธยศ เปล่งวาณิช และ รศ.พ.ญ.เจียมจิตต์ คำรงค์ดี ได้มีโอกาสร่วมสอนรับแพทย์ที่มียศของสหรัฐอเมริกา เช่น ศ.น.พ.เฮนรี่ เจ. ทัมเม (Henry J. Tumen) จากมลรัฐเพนซิลเวเนีย และศ.น.พ.มาร์วิน โปลลาร์ด (Marvin Pollard) จากมลรัฐมิชิแกน และด้วยการสนับสนุนจาก ศ.น.พ.วิกิจ วิราวุธดี จึงได้รับเกียรติยอมรับเป็นแพทย์ประจำบานสาขาโรคระบบทางเดินอาหารที่เมืองชิคาโก สหรัฐอเมริกา เมื่อ พ.ศ. 2509 โดยสอบชิงทุนฟูลไบรท์ เพื่อเป็นทุนสนับสนุนการเดินทางได้, ณ โรงพยาบาลเดียวกันนี้เอง ได้พบ น.พ.สามารถ เอื้อกุลวราวัฒน์ ซึ่งเป็นแพทย์รุ่นน้อง ได้ทำงานรวมกันจนต่อมา น.พ.สามารถ ได้เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทวิทยายุคนัลรัฐเทนเนสซี สหรัฐอเมริกา จนถึงปัจจุบัน

นอกจากนี้ยังได้พบ น.พ.กำธร สุขโรจน ซึ่งเคยเป็นอาจารย์ทางด้าน ศัลยศาสตร์กุมารของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล และคุณพานี (คุณตี๋) ซึ่งเคยเป็นพยาบาล โอ.พี.ดี. ฝึกหัดของศิริราชอีกด้วย

เมื่ออยู่เมืองชิคาโก ครบ 1 ปีแล้ว ได้ขอย้ายมาทำงานต่อยังมหาวิทยาลัย เทมเปิล, ฟิลาเดลเฟีย ทำงานด้านวิจัยเรื่องการหลังของตับอ่อนอีก 1 ปี ณ เมืองนี้เอง ได้สมรสกับ นางสาวกมลทิพย์ สุนทรวิภาต พยาบาลประจำตึก ท่านผู้หญิงวิจิตรา ธนะรัชต์ ร.พ.ศิริราช เมื่อ พ.ศ. 2511 ณ สถานเอกอัครราชทูตไทย ประจำกรุงวอชิงตันดีซี โดยมีเอกอัครราชทูตไทย คือ ศ.ม.บุญชนะ อดุลการ และคุณหญิงเป็นประธานในพิธี ในพิธีดังกล่าวได้มีเพื่อนเจ้าบ่าว

สมัยนั้นคือ น.พ.อานันต์ ศรีวณิช, น.พ.ประคิ๊บ สุขุม และมีช่างภาพพิเศษ คือ ศ.น.พ.ปริชา วัฒนวิจิตรณ เป็นแพทย์รุ่นพี่ มาช่วยในงานนี้ด้วย

หลังจากนั้น ศ.น.พ.สวัสดิ์ ได้เข้าศึกษาต่อที่มหาวิทยาลัยเพนซิลเวเนีย กับ ศ.พ.พ. Bockus และ ศ.น.พ. Tumen และในปี พ.ศ. 2513 ได้เล่าทำงานวิจัยเรื่องตับอ่อนกับไวรัสตับ กับ ศ.น.พ. Blumberg ผู้ซึ่งได้รับรางวัลโนเบล สาขาวิทยาศาสตร์การแพทย์ในฐานะผู้ซึ่งค้นพบ Australia antigen หรือ Hepatitis B surface antigen เมื่อปี 2519 หลังจากได้ทำการศึกษา และวิจัยใน สหรัฐอเมริกาแล้ว ศ.น.พ.สวัสดิ์ มีความมุ่งมั่นในการเป็นครูแพทย์ทั้งด้านการสอน การบริการและการวิจัย จึงได้รวบรวมอุปกรณต่างๆ กลับจากสหรัฐอเมริกา เพื่อมาทำการศึกษาวิจัยการหลังของตับอ่อนในคนไทย รวมทั้งในโรคต่างๆ เช่น ตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง, โรคเบาหวาน, โรคตับแข็งจากสุรา, โรคธาลัสซีเมีย เป็นเวลากว่า 10 ปี โดยได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากไชนามิติ คลับออร์ค ได้เสนอผลงานวิจัยดังกล่าวในที่ประชุมการแพทย์ระหว่างประเทศ และได้พิมพ์ในวารสารการแพทย์ทั้งในและต่างประเทศ นำชื่อเสียงมาสู่คณะ แพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลตลอดมา

### ด้านการสอน

ศ.น.พ.สวัสดิ์ มีความมุ่งมั่นในการสอนให้นักศึกษาแพทย์ และ แพทย์ประจำบ้าน ได้นำไปใช้ให้เป็นประโยชน์มากที่สุด นอกจากนั้น ศ.น.พ.สวัสดิ์ ได้ร่วมมือในกิจกรรมต่างๆ ของภาควิชาและคณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาลและสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

## ด้านการศึกษา

วุฒิ	ปี พ.ศ.	ชื่อสถานศึกษา
Fellow, The American College of Gastroenterology (F.A.C.G.)	2529	The American College of Gastroenterology, NY, U.S.A.
Fellow, The American College of Physicians (F.A.C.P.)	2527	The American College of Physicians, Philadelphia, U.S.A.
Clinical Research Fellow in Gastroenterology	2513	Institute for Cancer Research, Univ. of Pennsylvania, U.S.A.
Certificate in Gastroenterology	2512	University of Pennsylvania, U.S.A.
Research Fellow in Gastroenterology	2511	Temple University, Philadelphia, U.S.A.
Residency Training in Gastroenterology	2510	Univ. of Illinois, Chicago, Illinois, U.S.A.
ป.ชั้นสูงทางวิทยาศาสตร์การแพทย์คลินิก	2506	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
แพทยศาสตรบัณฑิต	2504	คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล

## ด้านสมาคมแพทย์ในประเทศ

ศ.น.พ.สวัสดิ์ เคยเป็นเลขาธิการและอุปนายกสมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย ได้เสนอผลงานวิชาการโรคระบบทางเดินอาหารในต่างประเทศ และได้รับเกียรติเป็นพลีโต่วของสมาคมโรคระบบทางเดินอาหาร (FACG) และสมาคมอายุรแพทย์สหรัฐอเมริกา (FACP)

## ด้านครอบครัว

ได้เข้าพิธีสมรสกับ น.ส.กมลทิพย์ สุนทรวิภาต ณ สถานเอกอัครราชทูตไทย ณ กรุงวอชิงตันดีซี สหรัฐอเมริกา เมื่อ พ.ศ. 2511 มีบุตร 2 คน

1. น.ส.พัชราภรณ์ หิตะนันท์ เกิดที่สหรัฐอเมริกา พ.ศ. 2512 จบนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและไปศึกษาต่อที่ UCLA ปัจจุบันทำงานบริษัท HUB HO HIN ตำแหน่งผู้ช่วยผู้กำกับ

2. นายธีรฉัตร หิตะนันท์ เกิดที่กรุงเทพฯ พ.ศ. 2514 จบ Grade 12 จาก Webb School of California ปัจจุบันศึกษาด้านเศรษฐศาสตร์ที่ Melbourne, Australia

## ตำแหน่งทางวิชาการ

พ.ศ. 2530 ศาสตราจารย์ ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

พ.ศ. 2539 ศาสตราจารย์เกียรติคุณ มหาวิทยาลัยมหิดล

## เครื่องราชอิสริยาภรณ์สูงสุดที่ได้รับ

- มหาวชิรมงกุฎ
- เหรียญจักรพรรดิมาลา

## หน้าที่ความรับผิดชอบ

- พ.ศ. 2535 อนุกรรมการคัดเลือกแพทย์ดีเด่นในชนบทของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
- พ.ศ. 2535-2537 รองหัวหน้าภาควิชาอายุรศาสตร์ฝ่ายพัฒนา
- พ.ศ. 2535-2538 หัวหน้าสาขาวิชาโรคระบบทางเดินอาหาร

พ.ศ. 2535-2539 กรรมการสอบนักศึกษามัธยมศึกษาอายุรศาสตร์เขตรอน  
และสุขวิทยา คณะเวชศาสตร์เขตรอน มหาวิทยาลัย  
มหิดล

พ.ศ. 2539 กรรมการสอบฟลโลโรกระบบทางเดินอาหารของ  
สมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย  
พ.ศ. 2538-2540 กรรมการสมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่ง  
ประเทศไทย

พ.ศ. 2539-ปัจจุบัน อาจารย์พิเศษ ภาควิชาอายุรศาสตร์  
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล

#### ผลงานในสาขาวิชาชีพ

ตีพิมพ์ผลงานวิจัยและวิชาการในวารสารการแพทย์ในประเทศและ  
ต่างประเทศ รวม 46 เรื่อง

การเสนอผลงานทางวิชาการในการประชุม สมาคมแพทยระบบทาง  
เดินอาหารระหว่างประเทศ 9 ครั้ง ได้แก่ สิงคโปร์, นิวซีแลนด์, ใต้หวัน,  
ฮ่องกง, สวีเดน, ปอร์ตุเกศ, บราซิล และ สหรัฐอเมริกา  
งานอดิเรกและกิจกรรมทางสังคม

เล่นกอล์ฟประจำที่สโมสรกรุงเทพกรีฑาและชมรมกอล์ฟศิริราช และ  
ได้รับรางวัลชนะเลิศการแข่งขันกอล์ฟ ของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล  
ในวันกีฬาแห่งชาติ เมื่อปีพ.ศ. 2538-2539

#### ผลงานที่ประทับใจ

พ.ศ. 2514-2524 หลังจากกลับจากสหรัฐฯ กลับเป็นผู้ริเริ่มศึกษาและ  
วิวัฒนาการหลังของตับอ่อนในคนไทย และในโรคต่างๆเป็นเวลากว่า 10 ปี  
และได้ตีพิมพ์ในวารสารทั้งในและต่างประเทศ

พ.ศ. 2524 ได้รับรางวัลชมเชยทางการวิจัยจากสภาวิจัยแห่งชาติ เรื่อง  
การศึกษาระดับตับอ่อนกับ ศ.น.พ. อุภยตม์ เปล่งวาณิช ซึ่งเป็นหัวหน้าคณะทำ  
การวิจัย

พ.ศ. 2528 ได้รวมวิจัยประโยชน์ของการส่องกล้องในช่องท้องเพื่อ  
การวินิจฉัยโรคตับในตับและพยาธิใบไม้ตับ และได้เสนองานดังกล่าว ใน  
การประชุมวิชาการโรกระบบทางเดินอาหารนานาชาติ ณ ประเทศสวีเดนและ  
ประเทศบราซิล และได้ตีพิมพ์ในวารสารต่างประเทศของสหรัฐอเมริกาทั้ง  
สองฉบับ

พ.ศ. 2538 ได้มีส่วนร่วมในการทำพิธีเปิด “ศูนย์รักษาโรคทางเดิน  
อาหาร วักิจ วิราญวัตต์”

พ.ศ. 2537-2538 ได้รวมกับคณะแพทยและพยาบาลถวายการรักษา  
สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี เมื่อครั้งเสด็จประทับรักษาพระองค์ ณ  
โรงพยาบาลศิริราช

คดีหรือข้อคิด  
หน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย พยายามทำให้ดีที่สุด

## ผลงานวิชาการที่สำคัญ

1. Hitanant S, Vannasaseng S, Nitiyanant W, Vichayarat A, Piraphardist T, Khonlamp J. Exocrine pancreatic function in fibrocalculous pancreatic diabetes. *Gastroenterology* 1990;98:4.
  2. Hitanant S, et al. A comparison of prostaglandin E<sub>2</sub> analogue (Enprostil<sup>R</sup>) and ranitidine in the treatment of duodenal ulcer. *Gastroenterology* 1987;92:1436.
  3. Hitanant S, et al. Peritoneoscopic findings in 203 patients with *Opisthorchis viverrini* infection. *Gastrointest Endosc* 1987;33:18-20.
  4. Hitanant S, et al. Exocrine pancreatic function among diabetic patients in Thailand. *Am J Gastroenterol* 1986;81:559-61.
  5. Hitanant S, et al. Exocrine pancreatic function in thalassemia and the effect of splenectomy. *Gastroenterology* 1986;90:1461.
  6. Hitanant S, et al. Peritoneoscopy in the diagnosis of liver abscess: experience with 108 cases during a 10 year period. *Gastrointest Endosc* 1984;34:234-6.
  7. Hitanant S, et al. Paraganglioma of the common hepatic duct. *Am J Gastroenterol* 1984;79:485-6.
  8. Hitanant S, et al. Pancreatic function and intestinal absorption in patients with alcoholic cirrhosis. *Trop Gastroenterol* 1983;4:31-33.
  9. Hitanant S, et al. Serum immuno-globulins in liver abscess in Thailand. *J Med Ass Thai* 1983;66:595-608.
  10. Hitanant S. (Editorial) Liver abscess. *Thai J Intern Med* 1982;2:147-8.
  11. Hitanant S, et al. Chronic erosive gastritis. *Proceeding of the 3rd Asian Pacific Congress of Digestive Endoscopy, Taipei Taiwan* 1980:560-2.
  12. Hitanant S, et al. Secretin and pancreozymin secretin tests in chronic pancreatic diseases in Thailand. *J Med Ass Thai* 1979;62:494-501.
- ### การแปลคำแปล
1. Hitanant S. Acute Viral Hepatitis. In: Hitanant S, ed. *Symposium on Hepatitis*, Bangkok: The Bangkok Medical Publisher, 1986:1-53.
  2. Hitanant S. The role of prostaglandin E<sub>2</sub> analogue (Enprostil<sup>R</sup>) in the treatment of peptic ulcer. In : Hitanant S. ed. *Prostaglandins in clinical purposes*, Bangkok: The Bangkok Medical Publisher, 1985:39-48.
  3. Hitanant S. Current reviews (1985) Prostaglandin E<sub>2</sub> analogue (Enprostil<sup>R</sup>) in the treatment of peptic ulcer. In : Hitanant S. ed. *Prostaglandins in clinical purposes*, Bangkok: The Bangkok Medical Publisher, 1985:49-54.

4. Hitanant S. Diagnostic Approach to the Jaundiced Patient. In: Kurathong S, Hitanant S, Akarawong K, Shaipanich T, eds. Progress in Gastroenterology (3), Bangkok : The Bangkok Medical Publisher, 1984:246-58.
5. Hitanant S. Medical Aspects of Gallstone. In: Kurathong S, Hitanant S, Akarawong K, Shaipanich T, eds. Progress in Gastroenterology (2), Bangkok : The Bangkok Medical Publisher, 1983:144-58.
6. Hitanant S. Diagnostic Approach to the Jaundiced Patient. In: Kurathong S, Hitanant S, Akarawong K, Shaipanich T, eds. Progress in Gastroenterology (2), Bangkok: The Bangkok Medical Publisher, 1983:131-43.
7. Hitanant S. Chronic Pancreatitis. In: Kurathong S, Shaipanich T, Akarawong K, eds. Progress in Gastroenterology, Bangkok: The Bangkok Medical Publisher, 1981:115-26.
8. Hitanant S. Immunoprophylaxis of Viral Hepatitis. In:Chainuvati T, Itrasena S, eds. Problems in Liver and Biliary Tract Diseases. Bangkok: The Bangkok Medical Publisher, 1981:55-8.

รายงานการประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯ(2540-2541)

สมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

ครั้งที่ 1/2540 ณ โรงแรมโซลทวินทาวเวอร์, กรุงเทพฯ

วันศุกร์ที่ 28 กุมภาพันธ์ 2540 เวลา 10.00-12.00 น.

**รายนามผู้เข้าร่วมการประชุม**

- |                 |                 |                         |
|-----------------|-----------------|-------------------------|
| 1. นพ.สวัสดิ์   | หัตถะนันท์      | นายกสมาคมฯ              |
| 2. นพ.ประวิทย์  | เลิศวีระศิริกุล | อุปนายก                 |
| 3. นพ.อุติม     | คชินทร          | เลขาธิการ               |
| 4. พญ.วิณา      | วงศพานิช        | เหรัญญิก                |
| 5. พ.อ.นพ.สุรพล | ชั้นรัตน์กุล    | ปลัดชม                  |
| 6. นพ.กำธร      | เผ่าสวัสดิ์     | ประธานฝ่ายวิจัย         |
| 7. พญ.วโรชา     | มหาชัย          | ประธานฝ่ายวิชาการ       |
| 8. นพ.เต็มชัย   | ไชยบุวัต        | ประธานฝ่ายโรคตับ        |
| 9. นพ.บัญชา     | โอวาทพารพร      | ประธานฝ่ายเอ็นโดสโคปีย  |
| 10. นพ.สถาพร    | มานัสสถิตย      | ประธานฝ่ายการศึกษา      |
|                 |                 | หลังปริญญา              |
| 11. นพ.ไพโรจน์  | เหลือองโรจนกุล  | ประธานฝ่ายวิเทศสัมพันธ์ |
| 12. นพ.จรินทร์  | โรจนบวรวิทยา    | กรรมการกลาง             |
| 13. พญ.ชุติมา   | ประมุขสินทรัพย์ | กรรมการกลาง             |
| 14. น.อ.นพ.ทศพร | วิเศษจงนา ร.น.  | กรรมการกลาง             |



15. นพ.ทองดี ชัยพานิช กรรมการกลาง
16. น.อ.นพ.บรรเจิดศักดิ์ อากาศาศิต กรรมการกลาง
17. นพ.พงษ์พีระ สุวรรณกุล กรรมการกลาง
18. นพ.มานิต สิทховลิต กรรมการกลาง
19. นพ.วิกิจ วิจารณ์วัตต์ กรรมการกลาง
20. พญ.ศศิประภา บุญญพิสิฐ กรรมการกลาง
21. พ.อ.นพ.อนุชิต จุฑะพุทธิ กรรมการกลางและ
22. นพ.ทินิจ กุลละวณิช รองเลขาธิการ
23. พล.ต.นพ.วิชัย ชัยประภา ที่ปรึกษา
24. นพ.สมหมาย วิไลรัตน์ ที่ปรึกษา
25. พล.อ.ต.นพ.สุจินต์ จารุจินดา ที่ปรึกษา
26. นพ.สุชา คุระทอง ที่ปรึกษา

### รายนามผู้ไม่สามารถเข้าร่วมประชุม

1. นพ.สิน อนุราษฎร์ ประธานฝ่ายวารสาร
2. พญ.กรรณิการ์ พรพัฒน์กุล กรรมการกลาง
3. พญ.นฤมล ศรีสุชาพรรณ ฮาร์โกรฟ กรรมการกลาง
4. นพ.พิศาล ไพบรียง กรรมการกลาง
5. พ.ศ.อ.นพ.วรพันธุ์ เสาวรส กรรมการกลาง
6. นพ.วิฑา วัฒนโนภาส กรรมการกลาง

30

7. พ.ท.นพ.สุรพล สุรางค์ศรีรัฐ กรรมการกลางและ  
รองประธานฝ่าย  
การศึกษาหลังปริญญา
8. นพ.เกรียงไกร อัครวงษ์ ที่ปรึกษา
9. นพ.จินดา สุวรรณรักษ์ ที่ปรึกษา
10. นพ.สังพันธ์ อิศรเสนา ที่ปรึกษา

เปิดประชุม เวลา 10.15 น. นายแพทย์สวัสดิ์ หิตะนันท์

เป็นประธานในการประชุม

วาระที่ 1 เรื่องที่ประธานแจ้งให้ทราบ

1. รายนามคณะกรรมการอ่านวารสารสมาคมฯ ที่แจ้งลาประชุม

1.1 นายแพทย์เกรียงไกร อัครวงษ์

1.2 พ.ศ.อ.นพ.วรพันธุ์ เสาวรส

1.3 แพทย์หญิงนฤมล ศรีสุชาพรรณ ฮาร์โกรฟ

2. ประธานกล่าวขอบคุณสมาชิกสมาคมฯ คนเก่า และ คณะกรรมการ  
อำนวยความสะดวกที่ดูแลที่ใดทำงานอย่างมีประสิทธิภาพและประสบความสำเร็จ  
อย่างมากในทุกๆ ด้าน คณะกรรมการอ่านวารสารสมาคมฯ ชุดใหม่จะพยายาม  
ทำหน้าที่ให้เต็มความสามารถ เพื่อให้การดำเนินงานของสมาคมฯ เจริญก้าว  
หน้าพัฒนาเพิ่มขึ้น และขอขอบคุณคณะกรรมการอ่านวารสารชุดใหม่ทุกท่าน  
ที่มาร่วมเป็นกรรมการสมาคมฯ

3. ขอให้อาจารย์สิ้น ช่วยรับผิดชอบดำเนินการ Thai Journal of Gastroenterology ต่อไป

4. ขอให้อาจารย์อุดม ช่วยรับผิดชอบจัดทำข่าวสารสมาคมฯต่อไป ซึ่งเป็นประโยชน์และได้รับความยินยอมอย่างมาก รวมทั้งเป็นการเผยแพร่ผลงานของสมาคมฯอย่างดียิ่ง

5. จะเชิญผู้บริหารของบริษัทฯมาร่วมประชุมกับคณะกรรมการอำนาจของสมาคมฯเหมือนที่เคยจัดมา เพื่อชี้แจงนโยบายและแผนงานต่างๆ เพื่อให้บริษัทได้รับทราบและให้การสนับสนุนสิ่งอื่นที่ 25 มีนาคม 2540 ณ โรงแรมนี้

6. คณะกรรมการอำนาจสมาคมฯชุดที่แล้วได้อนุมัติค่าใช้จ่ายในการติดต่อ Blazer ตัดตราสมาคมฯให้กับกรรมการชุดที่แล้วทุกท่าน สำหรับการชุดใหม่นี้ ขอให้ป็นนโยบายของสมาคมฯจะให้กรรมการสมาคมฯ (เฉพาะท่านที่สมาคมฯยังไม่เคยตัดใหม่) ตัดเสื้อ Blazer ตัดตราสมาคมฯ โดยสมาคมฯจะออกค่าใช้จ่ายให้คนละ 1 ตัว (2,200 บาท) ขอให้ติดต่อที่เลขาธิการเพื่อดำเนินการต่อไป

7. เพื่อเป็นการระลึกถึงคุณประโยชน์ของอดีตกรรมการอำนาจการสมาคมฯ ขอให้ประชุมอนุมติในยกเว้นการเก็บค่าลงทะเบียนของการประชุมวิชาการของสมาคมฯทุกครั้ง แก่อดีตกรรมการอำนาจการสมาคมฯ

8. การประชุมคณะกรรมการอำนาจการสมาคมฯ ขอให้มีการประชุมทุกเดือนและเป็นวันศุกร์ เวลา 10.00-12.00 น. เช่นเดิมที่โรงแรมนี้ ซึ่งฝ่ายเลขานุการได้ทำการกำหนดการประชุมคณะกรรมการอำนาจการสมาคมฯ รวมทั้ง การประชุม Inethospital GI Conference เป็นตาราง

ตลอดทั้งปี (เอกสารประกอบการประชุมหมายเลข 1) เพื่อให้ทุกท่านจัดเวลาไปประชุมได้พร้อมเพียงกันให้มากที่สุด

9. วันที่การประชุมจะเน้นถึงแผนงานการดำเนินงานของแต่ละฝ่าย สำหรับงบประมาณของแต่ละฝ่ายขอให้ทุกฝ่ายได้จัดเตรียมเพื่อนำมาเสนอรับรองในการประชุมเดือนหน้า เพื่อสะดวกกับเหรียญกึ่งที่จัดงานไปจ่าย

วาระที่ 2 รับรองรายงานการประชุมคณะกรรมการอำนาจการสมาคมฯครั้งที่ 8/2539

**ที่ประชุมมีมติรับรองรายงานการประชุมครั้งที่ 8/2539**

วาระที่ 3 เรื่องสืบเนื่อง

1. แพทย์หญิงวโรชา มหาชัย ประธานฝ่ายวิชาการได้แจ้งถึงผลสรุปการประชุมวิชาการประจำปี 2539 ระหว่างวันที่ 28-31 มกราคม 2540

(เอกสารประกอบการประชุมหมายเลข 2)

มีผู้เข้าร่วมการประชุมในครั้งนี้ 195 ท่าน จากใบประเมินส่วนใหญ่สรุปได้ว่าเป็นที่น่าพอใจ มีอุปสรรคบ้างคือเรื่องโสตทัศนูปกรณ์

2. นายแพทย์สุรพล ชื่นรัตน์กุล ปฏิคม ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบเกี่ยวกับรายจ่ายในการประชุมวิชาการประจำปี 2539 ระหว่างวันที่ 28-31 มกราคม 2540 นั้น ค่าอาหารประมาณ 280,000 บาท และค่าห้องพักสำหรับวิทยากร ประมาณ 8 หมื่นกว่าบาท มีบริษัทยาและเครื่องมือแพทย์ร่วมออกบูธทั้งหมด 31 บูธ

3. นายแพทย์ประวิทย์ เลิศวิระศิริกุล เภร็ญุญิก ได้แจ้งถึงเงินของสมาคมฯ ขณะนี้ได้ฝากเงินไว้ที่สถาบันการเงิน 3 แห่ง คือฝากไว้ที่ไทยรุ่งเรือง

2 ผนังละ 5 ล้านบาท รวม 10 ล้านบาท, ฝาฝ้าที่ไทยชนากร 2 ล้านบาท และ 5 ล้านบาท, ฝ้ากั้วที่ชนนกร 1.5 ล้านบาท และ 5 แสนบาท รวมทั้งหมด 19 ล้านบาท และฝ้ากั้วที่กองทุนรวมไทยพาณิชย์ 5 ล้านบาท รวม 24 ล้านบาท และฝ้ากั้วออกอมทรัพย์ ๗ วันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2540 มีเงินฝากอยู่ 899,763.97 บาท และบัญชีฝากประจำประมาณ 2 หมื่น 9 พันกว่าบาท ซึ่งจะรีบทำบัญชีให้เสร็จภายในสิ้นเดือนมีนาคม เพื่อจะส่งมอบให้กับเหรียญกษาปณ์ใหม่ต่อไป

ตามระเบียบผู้มีอำนาจส่งรายงานสมาคมฯคือ 2 ใน 3 ของผู้มีอำนาจได้แก่นายกหรืออุปนายก คนใดคนหนึ่งร่วมกับเหรียญกษาปณ์ สำหรับคณะกรรมการการอำนวยความสะดวกใหม่มีคือนายแพทย์สวัสดิ์ศึ หิตะนันท์ ตำแหน่งนายกสมาคมฯ, นายแพทย์ประวิทย์ เลิศวิระศิริกุล ตำแหน่งอุปนายก และแพทย์หญิงวิภา วงศ์พานิช ตำแหน่งเหรียญกษาปณ์

ที่ประชุมมีมติรับรองผู้มีอำนาจส่งรายงานสมาคมฯดังกล่าว

4. นายแพทย์อนุชิต อุชะพุทธิ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบเกี่ยวกับความคืบหน้าในการจัดประชุม International Viral Hepatitis ระหว่างวันที่ 10-12 กันยายน 2540 ณ โรงแรมสยาม อินเตอร์คอนติเนนตัล, กรุงเทพฯ ดังนี้

3.1 โบว์ซัวร์ ได้แจ้งให้กับสมาชิกสมาคมฯไปเรียบร้อยแล้ว และได้แจ้งให้กับประเทศแถบอาเซียน

3.2 เนื่องจากความเร่งรีบในการตีพิมพ์ของโบว์ซัวร์ จึงทำให้ไม่ได้ขอสารจากนายกสมาคมฯ และขอโทษนายแพทย์พนิจ กุลละวณิชชฌนายกสมาคมฯด้วย

3.3 ขณะนี้มีบริษัทที่ตอบรับเป็น Major sponsor คือบริษัท เซอร์จิง-พลาว และบริษัทที่ตอบรับเป็น minor sponsor คือบริษัทแก็กโซ เวลคัม และบริษัท โรช

3.4 ในช่วงการประชุมดังกล่าว บริษัทเซอริง-พลาว จะจัดการประชุม ASIAHEP ด้วย ซึ่งคาดว่าจะมีผู้เข้าร่วมประชุมจากต่างประเทศประมาณ 50 คน

5. นายแพทย์กัษร เสาสวัสดิ์ ประธานฝ่ายวิจัย ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบเกี่ยวกับการร่างกฎของการฝึกอบรม GI Fellow เมื่อประมาณ 6 ปีที่แล้ว โดยมีจุดมุ่งหมายอันหนึ่งเพื่อส่งเสริมการวิจัยและ GI Fellow ต้องทำวิจัยเป็น และอนุมัติเงินให้ทุนปีละ 400,000 บาท ส่วนใหญ่ปัญหาที่พบของการวิจัยของ GI Fellow ได้แก่

5.1 ความบกพร่องในระเบียบวิธีการวิจัย เช่น การไม่มี control, ไม่เข้าใจในปัญหา Random Sample, การตั้งคำถาม เป็นต้น

5.2 การศึกษาเรื่องทีวิจัยไม่ละเอียด

5.3 เทคนิคที่ใช้ไม่เหมาะสม ดังนั้นควรที่จะ

1. มีการอบรม GI Fellow ถึงเรื่องหลักการวิจัย และให้ present proposal การวิจัย 3 เดือนหลังเริ่มฝึก อบรม และสถานที่นั้นน่าที่จะจัดในกรุงเทพฯ และจะนำมาเสนอให้ที่ประชุมทราบต่อไป

2. จะจัดตั้งคณะกรรมการฝ่ายวิจัย ตั้งมีรายนามต่อไปนี้

- |                                     |            |
|-------------------------------------|------------|
| 2.1 นายแพทย์ถาวร เผ่าสวัสดิ์        | ประธาน     |
| 2.2 นายแพทย์สัมพันธ์ บุญยุคุปต์     | อนุกรรมการ |
| 2.3 นายแพทย์อมร ลีลาธรรม์           | อนุกรรมการ |
| 2.4 นายแพทย์พิศาส ใจมิ่ง            | อนุกรรมการ |
| 2.5 แพทย์หญิงชุติมา ประมุขสินทรัพย์ | อนุกรรมการ |
| 2.6 นายแพทย์พัลรัตน์ วิไลรัตน์      | อนุกรรมการ |
| 2.7 พ.อ. นายแพทย์อนุชิต จุฑาะพุทธิ  | อนุกรรมการ |
| 2.8 นายแพทย์สอาดพร มานัสสถิตย์      | อนุกรรมการ |
| 2.9 นายแพทย์มานิต สีโทชวลิต         | อนุกรรมการ |
| 2.10 นายแพทย์นุสนธิ์ กลัดเจริญ      | อนุกรรมการ |
| 2.11 พ.ต.อ. นายแพทย์วรพันธุ์ เสาวรส | อนุกรรมการ |
| 2.12 นายแพทย์จรินทร โรจนบรรวิฑา     | อนุกรรมการ |
| 2.13 นายแพทย์บุญญา โอวาทพารพร       | อนุกรรมการ |
| 2.14 นายแพทย์อุคคม ศชินทร           | อนุกรรมการ |
| 2.15 นายแพทย์ศตวรรษ ทองสวัสดิ์      | อนุกรรมการ |

วาระที่ 4 การวางแผนงานนโยบายในการดำเนินงานในช่วงวาระ 2540-2541 ของฝ่ายต่างๆ

แพทย์หญิงวโรชา มหัชชัย ประธานฝ่ายวิชาการ ได้แจ้งถึงแผนการในการเตรียมการประชุมวิชาการประจำปี 2540 ขณะนี้ยังไม่มีการละเอียดขึ้นที่ประชุมแนะนำให้จัดที่ต่างจังหวัดเช่นขอนแก่น หรือสงขลา ส่วนวันที่ให้เป็นที่จัดที่ 3 ของเดือนมกราคม 2541 โดยจะปรึกษาหารือในฝ่าย

วิชาการเพื่อดำเนินการต่อไป หรือถามการเปลี่ยนแปลงจะนำแจ้งให้ที่ประชุมทราบอีกครั้ง

วาระที่ 5 เรื่องอื่นๆ

1. นายแพทย์เฉลิมชัย ใจชนูวัติ ประธานฝ่ายโรคตับ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบเกี่ยวกับการจัดตั้งชมรมโรคตับแห่งประเทศไทย (Liver Society of Thailand) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการเผยแพร่ความรู้โรคตับให้แก่ประชาชน โดยจะไม่เกี่ยวข้องกับงานวิชาการของแพทย์และจะมีการเปิดตัวชมรมในวันอังคารที่ 4 มีนาคม 2540 ณ โรงแรมสยาม อินเตอร์คอนติเนนตัล, กรุงเทพฯ

ที่ประชุมมีการอภิปรายกันอย่างกว้างขวาง ว่าวัตถุประสงค์ของชมรมเป็นสิ่งที่ดีและน่าส่งเสริม แต่ควรให้ชมรมโรคตับที่จะจัดตั้งใหม่นี้ดำเนินการภายใต้การบริหารของสมาคมฯ ไม่ควรแยกไปทำโดยเอกเทศ เพราะการเผยแพร่ความรู้เรื่องโรคตับให้แก่ประชาชนก็เป็นวัตถุประสงค์ของสมาคมฯ อยู่แล้วและขอให้เปลี่ยนชื่อจาก Society เป็น Group หรือ Club เพื่อให้เกิดความ संबัสนต่อไปในภายหน้า

2. นายแพทย์อุคคม ศชินทร เลขานุการสมาคมฯ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

2.1 สำหรับในการเตรียมการจัดประชุมวิชาการของสมาคมฯ ร่วมกับ AGA ในปี ค.ศ.1999 นั้น ขอเสนอแต่งตั้งให้ นายแพทย์พินิจ กุลละวณิช เป็นประธานจัดการประชุม

ที่ประชุมมีมติรับรองตามที่เสนอ

2.2 การพิจารณาให้ทุนของบริษัทแอมเซน ไปดูงานเกี่ยวกับ GI Motility 2 เดือนที่ประเทศออสเตรเลียสำหรับปี 2540 นั้น มีผู้ส่งใบสมัคร 2 ท่านคือ นายแพทย์เสวีร เตชะไพฑูรย์ และนายแพทย์สุเทพ กลชาญวิทย์  
ประชุมมีมติอนุมัติให้ นายแพทย์สุเทพ กลชาญวิทย์ และที่ประชุม ได้แนะนำให้ตั้งคณะกรรมการพิจารณาหลักเกณฑ์ในการให้ทุนนี้ต่อไป

2.3 นายแพทย์พินิจ กุลละวณิชย ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบ เกี่ยวกับการจัดทำหนังสือ Topics in Gastroenterology vol.8 จะขอเป็น ผู้ดำเนินการต่อ

2.4 World Congress ครั้งต่อไปจะจัดที่เวียนนา ซึ่งจะอนุมัติ จากที่ประชุมว่าจะไป Bid หรือไม่ เพื่อจะได้เป็น Host ในครั้งต่อไป

ที่ประชุมมีมติให้ Bid และควรจัดตั้งคณะกรรมการเพื่อ ดำเนินการ โดยแต่งตั้งให้ นายแพทย์เดชมัย ไชยวุฒิ เป็นประธานดำเนินการ เสนอ Bid

2.5 ประชุมคณะกรรมการอำนาจการสมาคมฯ ครั้งต่อไปคือ วันศุกร์ที่ 21 มีนาคม 2540 ณ ห้องจามเมือง ชั้น 2 และช่วงบ่ายจะมีการ ประชุมวิชาการ Interhospital GI Conference ครั้งที่ 1/2540 ณ ห้องกษัตริย์ศึก 3 ชั้น 4 โรงแรมนี้

ปิดประชุมเวลา 12.45 น.  
นายแพทย์อุดม คชินทร  
บันทึกการประชุม

รายงานการประชุมคณะกรรมการอำนาจการสมาคมฯ(2540-2541)

สมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย  
ครั้งที่ 2/2540 ณ โรงแรมโซลทิวินทาวเวอร์, กรุงเทพฯ  
วันศุกร์ที่ 21 มีนาคม 2540 เวลา 10.00-12.00 น.

รายงานผู้เข้าร่วมการประชุม

- |                                  |                            |
|----------------------------------|----------------------------|
| 1. นพ.สวัสดิ์ หิตะมันท์          | นายกสมาคมฯ                 |
| 2. นพ.ประวิทย์ เลิศวีระศิริกุล   | อุปนายก                    |
| 3. นพ.อุดม คชินทร                | เลขาธิการ                  |
| 4. พญ.วิณา วงศ์พานิช             | เหรัญญิก                   |
| 5. นพ.กำธร เผาสวัสดิ์            | ประธานฝ่ายวิจัย            |
| 6. พญ.วาโรชา มหาชัย              | ประธานฝ่ายวิชาการ          |
| 7. นพ.เดชมัย ไชยวุฒิ             | ประธานฝ่ายโรคตับ           |
| 8. นพ.บัญญัติ โอวาทพารพร         | ประธานฝ่ายเอ็นโดสโคปี      |
| 9. นพ.จรินทร์ ไรจน์บวรวิทยา      | กรรมการกลาง                |
| 10. พญ.ชุติมา ประมุขสินทรัพย์    | กรรมการกลาง                |
| 11. น.อ.นพ.ทศพร วิเศษรจนา ร.น.   | กรรมการกลาง                |
| 12. พญ.นงนุช ศรีสุชาพรรณ สารไกรภ | กรรมการกลาง                |
| 13. พ.ต.อ.นพ.วราพันธ์ เสาร์ส     | กรรมการกลาง                |
| 14. พ.อ.นพ.อนุชิต จูชะพุทธิ      | กรรมการต่างและรองเลขาธิการ |

15. นพ. วิกิจ วิจารณ์วัตติ์ กรรมการกลาง
16. นพ. พิณิจ กุลละวณิชย์ ที่ปรึกษา
17. พล.ต. นพ. วัชชัย ชัยประกาศา ที่ปรึกษา
18. นพ. สัมหมาย วิไลรัตน์ ที่ปรึกษา
19. นพ. สุชา ฑูระทอง ที่ปรึกษา

**รายนามผู้ไม่สามารถเข้าร่วมประชุม**

1. พ.อ. นพ. สุรพล ชันรัตน์กุล ปฏิคม
2. นพ. สีน อภิราษฎร์ ประธานฝ่ายวารสาร
3. นพ. สถาพร มานัสสถิตย์ หลังปริญญา
4. นพ. ไพโรจน์ เหลืองโรจนกุล ประธานฝ่ายวิเทศสัมพันธ์
5. พญ. กรรณิการ์ พรพัฒน์กุล กรรมการกลาง
6. นพ. ทองดี ชัยพานิช กรรมการกลาง
7. น.อ. นพ. บรรเจิดศักดิ์ อากาศบดินทร์ กรรมการกลาง
8. นพ. พงษ์พีระ สุวรรณกุล กรรมการกลาง
9. นพ. พิศาล ไมเรียง กรรมการกลาง
10. นพ. มานิต สีโทชวลิต กรรมการกลาง
11. พ.ท. นพ. สุรพล สุรางค์ศรีรัฐ กรรมการกลางและรองประธานฝ่าย
12. นพ. วิทยา วัฒนโกธการศึกษาลังปริญญากรรมการกลาง

13. พญ. ศศิประภา บุญญพิสิษฐ กรรมการกลาง
14. นพ. เกียรติกร อัครวงศ์ ที่ปรึกษา
15. นพ. จินดา สุวรรณรักษ์ ที่ปรึกษา
16. นพ. สัจพันธ์ อิศรเสนา ที่ปรึกษา
17. พล.ต. นพ. สุจินต์ จารุจินดา ที่ปรึกษา

**เปิดประชุม เวลา 10.15 น. นายแพทย์สวัสดิ์ หิตะนันท์**

**เป็นประธานในการประชุม**

**วาระที่ 1 เรื่องที่ประธานแจ้งให้ทราบ**

- 1.1 รายนามคณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯ ที่แจ้งลาประชุม
  - 1.1.1 นพ. สถาพร มานัสสถิตย์ ประธานฝ่ายการศึกษา หลังปริญญา
  - 1.1.2 พญ. กรรณิการ์ พรพัฒน์กุล กรรมการกลาง
  - 1.1.3 นพ. ทองดี ชัยพานิช กรรมการกลาง
  - 1.1.4 น.อ. นพ. บรรเจิดศักดิ์ อากาศบดินทร์ กรรมการกลาง
  - 1.1.5 นพ. พงษ์พีระ สุวรรณกุล กรรมการกลาง
  - 1.1.6 นพ. วิทยา วัฒนโกธการ กรรมการกลาง
  - 1.1.7 พล.ต. นพ. สุจินต์ จารุจินดา ที่ปรึกษา
- 1.2 ประธานกล่าวขอบคุณคณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯ ที่กรุณา
  - 1.2.1 ...
  - 1.2.2 ...
  - 1.2.3 ...
  - 1.2.4 ...
  - 1.2.5 ...
  - 1.2.6 ...
  - 1.2.7 ...
  - 1.2.8 ...
  - 1.2.9 ...
  - 1.2.10 ...
  - 1.2.11 ...
  - 1.2.12 ...
  - 1.2.13 ...
  - 1.2.14 ...
  - 1.2.15 ...
  - 1.2.16 ...
  - 1.2.17 ...
  - 1.2.18 ...
  - 1.2.19 ...
  - 1.2.20 ...
  - 1.2.21 ...
  - 1.2.22 ...
  - 1.2.23 ...
  - 1.2.24 ...
  - 1.2.25 ...
  - 1.2.26 ...
  - 1.2.27 ...
  - 1.2.28 ...
  - 1.2.29 ...
  - 1.2.30 ...
  - 1.2.31 ...
  - 1.2.32 ...
  - 1.2.33 ...
  - 1.2.34 ...
  - 1.2.35 ...
  - 1.2.36 ...
  - 1.2.37 ...
  - 1.2.38 ...
  - 1.2.39 ...
  - 1.2.40 ...
  - 1.2.41 ...
  - 1.2.42 ...
  - 1.2.43 ...
  - 1.2.44 ...
  - 1.2.45 ...
  - 1.2.46 ...
  - 1.2.47 ...
  - 1.2.48 ...
  - 1.2.49 ...
  - 1.2.50 ...
  - 1.2.51 ...
  - 1.2.52 ...
  - 1.2.53 ...
  - 1.2.54 ...
  - 1.2.55 ...
  - 1.2.56 ...
  - 1.2.57 ...
  - 1.2.58 ...
  - 1.2.59 ...
  - 1.2.60 ...
  - 1.2.61 ...
  - 1.2.62 ...
  - 1.2.63 ...
  - 1.2.64 ...
  - 1.2.65 ...
  - 1.2.66 ...
  - 1.2.67 ...
  - 1.2.68 ...
  - 1.2.69 ...
  - 1.2.70 ...
  - 1.2.71 ...
  - 1.2.72 ...
  - 1.2.73 ...
  - 1.2.74 ...
  - 1.2.75 ...
  - 1.2.76 ...
  - 1.2.77 ...
  - 1.2.78 ...
  - 1.2.79 ...
  - 1.2.80 ...
  - 1.2.81 ...
  - 1.2.82 ...
  - 1.2.83 ...
  - 1.2.84 ...
  - 1.2.85 ...
  - 1.2.86 ...
  - 1.2.87 ...
  - 1.2.88 ...
  - 1.2.89 ...
  - 1.2.90 ...
  - 1.2.91 ...
  - 1.2.92 ...
  - 1.2.93 ...
  - 1.2.94 ...
  - 1.2.95 ...
  - 1.2.96 ...
  - 1.2.97 ...
  - 1.2.98 ...
  - 1.2.99 ...
  - 1.2.100 ...
- 1.3 สมาคมนิยมนโยบายที่จะให้สถาบันที่มีการฝึกอบรม Fellow มี
  - 1.3.1 ...
  - 1.3.2 ...
  - 1.3.3 ...
  - 1.3.4 ...
  - 1.3.5 ...
  - 1.3.6 ...
  - 1.3.7 ...
  - 1.3.8 ...
  - 1.3.9 ...
  - 1.3.10 ...
  - 1.3.11 ...
  - 1.3.12 ...
  - 1.3.13 ...
  - 1.3.14 ...
  - 1.3.15 ...
  - 1.3.16 ...
  - 1.3.17 ...
  - 1.3.18 ...
  - 1.3.19 ...
  - 1.3.20 ...
  - 1.3.21 ...
  - 1.3.22 ...
  - 1.3.23 ...
  - 1.3.24 ...
  - 1.3.25 ...
  - 1.3.26 ...
  - 1.3.27 ...
  - 1.3.28 ...
  - 1.3.29 ...
  - 1.3.30 ...
  - 1.3.31 ...
  - 1.3.32 ...
  - 1.3.33 ...
  - 1.3.34 ...
  - 1.3.35 ...
  - 1.3.36 ...
  - 1.3.37 ...
  - 1.3.38 ...
  - 1.3.39 ...
  - 1.3.40 ...
  - 1.3.41 ...
  - 1.3.42 ...
  - 1.3.43 ...
  - 1.3.44 ...
  - 1.3.45 ...
  - 1.3.46 ...
  - 1.3.47 ...
  - 1.3.48 ...
  - 1.3.49 ...
  - 1.3.50 ...
  - 1.3.51 ...
  - 1.3.52 ...
  - 1.3.53 ...
  - 1.3.54 ...
  - 1.3.55 ...
  - 1.3.56 ...
  - 1.3.57 ...
  - 1.3.58 ...
  - 1.3.59 ...
  - 1.3.60 ...
  - 1.3.61 ...
  - 1.3.62 ...
  - 1.3.63 ...
  - 1.3.64 ...
  - 1.3.65 ...
  - 1.3.66 ...
  - 1.3.67 ...
  - 1.3.68 ...
  - 1.3.69 ...
  - 1.3.70 ...
  - 1.3.71 ...
  - 1.3.72 ...
  - 1.3.73 ...
  - 1.3.74 ...
  - 1.3.75 ...
  - 1.3.76 ...
  - 1.3.77 ...
  - 1.3.78 ...
  - 1.3.79 ...
  - 1.3.80 ...
  - 1.3.81 ...
  - 1.3.82 ...
  - 1.3.83 ...
  - 1.3.84 ...
  - 1.3.85 ...
  - 1.3.86 ...
  - 1.3.87 ...
  - 1.3.88 ...
  - 1.3.89 ...
  - 1.3.90 ...
  - 1.3.91 ...
  - 1.3.92 ...
  - 1.3.93 ...
  - 1.3.94 ...
  - 1.3.95 ...
  - 1.3.96 ...
  - 1.3.97 ...
  - 1.3.98 ...
  - 1.3.99 ...
  - 1.3.100 ...

ในการเตรียม case ก็ขอให้สถาบันนั้นติดต่อแลกเปลี่ยนกันเองและให้แจ้งฝ่าย  
เลขานุการทราบด้วย

วาระที่ 2 รับรองรายงานการประชุมคณะกรรมการอำนาจการสมาคมฯ

ครั้งที่ 1/2540

ที่ประชุมมีมติแก้ไขรายงานการประชุมดังนี้

วาระที่ 1 หน้า 2 ข้อ 5 แก่จาก วันที่ 21 มีนาคม 2540

แก้ไข วันที่ 25 มีนาคม 2540

ข้อ 6 แก่จาก Blaser

แก้ไข Blazer

วาระที่ 3 หน้า 4 ข้อ 2.2 แก่จาก นายแพทย์สัมพันธ์ บุญยกุลศต

แก้ไข นายแพทย์สัมพันธ์ บุญยกุลศต

ข้อ 2.5 แก่จาก แพทย์หญิงวาโรชา มาหชัย

แก้ไข แพทย์หญิงสุติมา ประมุขสินทรัพย์

วาระที่ 4 หน้า 4 ข้อ 1 แก่จาก นายแพทย์เต็มชัย ไชยวุฒิ

แก้ไข นายแพทย์เต็มชัย ไชยวุฒิ

และแก้ไขกฎประสงคของชมรมโรคลดเป็นสิ่งที่

ที่ดีและน่าส่งเสริม แต่ควรรักษาโรคลดที่จจะจัดตั้งใหม่นี้มาดำเนินการภาย

ใต้การบริหารของสมาคมฯ ไม่ควรแยกไปทำโดยเอกเทศ

แก้ไข วัตถุประสงค์ของชมรมโรคลดเป็น

สิ่งที่ดีและน่าส่งเสริม คณะกรรมการอำนาจการสมาคมฯ ส่วนมากออกจะให้

ชมรมโรคลดที่นายแพทย์เต็มชัย ไชยวุฒิ จะจัดตั้งใหม่นี้มาดำเนินการภาย

ใต้การบริหารของสมาคมฯ ไม่ควรแยกไปทำโดยเอกเทศ

หน้า 5 ข้อ 2.2 แก่จาก ที่ประชุมมีมติอนุมัติให้นายแพทย์  
สุเทพ กลชาญวิทย์

แก้ไข ที่ประชุมมีมติอนุมัติให้นายแพทย์

สุเทพ กลชาญวิทย์ รับทุนไปดูงานสำหรับปี 2540

ข้อ 2.3 แก่จาก จะขอเป็นผู้ดำเนินการต่อ

แก้ไข ขอเชิญให้เป็นผู้ดำเนินการต่อไป

หลังจากแก้ไขแล้ว ที่ประชุมมีมติรับรองรายงานการประชุมครั้งที่

1/2540

วาระที่ 3 เรื่องสืบเนื่อง

3.1 นายแพทย์เต็มชัย ไชยวุฒิ ประธานฝ่ายโรคลดได้แจ้งให้ที่

ประชุมทราบเกี่ยวกับความสับสนในการที่จะไป Bid World Congress of

Gastroenterology ครั้งต่อไป โดยขอมติจากที่ประชุมว่าในส่วนของ Asian

Federation of Gastroenterology จะ vote เป็นแบบ Block หรือ Individual

ที่ประชุมได้มีการอภิปรายกันอย่างกว้างขวาง และมีมติให้ vote เป็น

Block และขอให้นายแพทย์เต็มชัย ไชยวุฒิ ไปศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับ

requirement ของ OMGE ว่าประเทศไหนมีความพร้อมหรือไม่ และนำมา

เสนอให้ที่ประชุมทราบในคราวหน้า

3.2 แพทย์หญิงวิภา วงศ์พานิช เจริญอุก ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบ

เกี่ยวกับเงินของสมาคมฯ ดังนี้

3.2.1 เนื่องจากมีเงินฝากที่จะครบกำหนด due ประมาณ

ปลายเดือนมีนาคม และเดือนเมษายน ซึ่งมีทั้งหมด 3 ทรัพย์สินด้วยกัน คือ

ไทยธนาคาร, ธนาคาร และ ไทยรุ่งเรือง จึงขอเสนอในที่ประชุมว่าจะถอนออก เพื่อนำไปฝากธนาคารหรือจะฝากทรัสต์ต่อไป

ที่ประชุมมีความเห็นว่ามองจากสถานะการเงินการธนาคาร ของประเทศขณะนี้ความไม่แน่นอนและมีความเสี่ยงสูงในการฝากเงินกับ ทรัสต์ เพื่อความมั่นคงและปลอดภัย จึงมีมติให้ถอนเงินของสมาคมฯที่ฝากอยู่ใน ทรัสต์ทั้งหมดและนำมาฝากธนาคารไว้ก่อน จนกว่าจะมีการพิจารณาเรื่อง การฝากเงินของสมาคมฯใหม่

3.2.2 เงินฝากประจำและออมทรัพย์ของสมาคมฯขณะนี้คือ ปัญหาอยู่ที่ธนาคาร ไทยพาณิชย์ สาขาโรงพยาบาลรามธิบดี จึงขอเสนอในที่ ประชุมว่าจะเปลี่ยนมาฝากที่ธนาคาร ไทยพาณิชย์ สาขาโรงพยาบาลราชวิถีได้ หรือไม่ เพื่อความสะดวกในการฝากและถอน

ที่ประชุมมีมติอนุมัติตามที่เสนอ

วาระที่ 4 การพิจารณางบประมาณของฝ่ายต่างๆ

4.1 นายแพทย์กัศกร เผ่าสวัสดิ์ ประธานฝ่ายวิจัย ได้เสนออง งบประมาณของฝ่ายวิจัยดังนี้

4.1.1 เงินสนับสนุนการวิจัย โดยเสนองบประมาณ 500,000 บาท/ปี

4.1.2 เงินเพื่อจะจัดการฝึกอบรมเกี่ยวกับ Research Methodology โดยจะเชิญวิทยากรประมาณ 3-4 ท่าน คาดว่าจะจัดใน กรุงเทพมหานคร ประมาณ 50,000 บาท

4.2 นายแพทย์บัญชา โอวาทพรพร ประธานฝ่ายเอ็นโคสโคปีย ได้ เสนอให้ที่ประชุมทราบดังนี้

4.2.1 ขณะนี้ เราไม่มีข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับ Endoscopy แต่ ถ้าวางไว้ในบารมีไครทำอะไร และรวบรวมไว้คาดว่าจะประโยชน์ ซึ่ง สมาคมฯควรดำเนินการในเรื่องนี้

4.2.2 เรื่องการจัดทำแบบฟอร์ม endoscopy ของสมาคมฯ

4.2.3 เรื่องการทำ Live Demonstration หรือ Workshop ของ Endoscopy อันนี้ควรดำเนินการต่อเพื่อความก้าวหน้า เนื่องจากไม่มี ประสบการณ์ในการจัดการเกี่ยวกับตานี้จึงต้องขอความร่วมมือจากนาย แพทย์ไพโรจน์ เหลืองโรจน์กุล, นายแพทย์วรพันธ์ เสาวรส และนายแพทย์ สุรพล ชันรัตนกุล ต่อไป

4.2.4 จากการประชุมวิชาการของสมาคมฯส่วนใหญ่จะไม่ course เกี่ยวกับ Endoscopy ซึ่งควรจะมี 1 section ต่อการจัดประชุมวิชาการ ของสมาคมฯแต่ละครั้ง

4.2.5 การให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับ Endoscopy ซึ่ง จะ ดำเนินการต่อไป

4.2.6 จะดำเนินการจัดทำ Safety Guideline ของ Endoscopy

4.2.7 สมาคมฯควรมีหลักเกณฑ์ที่จะออกไปรับรองความ สามารถ ประสิทธิภาพในการทำ endoscopy แก่แพทย์ที่ทำด้าน endoscopy เพื่อเป็นมาตรฐานเดียวกับประเทศ

4.2.8 ขอเสนองบประมาณของฝ่ายเอ็นโคสโคปียในขั้นตอนนี้ เป็นเงิน 10,000 บาท สำหรับโครงการต่างๆที่จะทำในภายหน้าจะนำมาเสนอ ของงบประมาณเป็นครั้งๆไป



### 4.3 นายแพทย์อุดม คชินทร เลขานุการสมาคมฯ ได้แจ้งให้ที่ประชุม

ทราบเกี่ยวกับงบประมาณของฝ่ายเลขานุการดังนี้

- ค่าไปรษณีย์ฯ	60,000.00	บาท
- เงินเดือนสมาชิก 2 คน/ปี	280,000.00	บาท
- ค่าจัดพิมพ์	30,000.00	บาท
- ค่าจุลสาร/ปี	300,000.00	บาท
- ค่าเดินทางของคณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯ/36 ท่าน (36 x 10,000)	360,000.00	บาท
- ค่าเบ็ดเตล็ด	50,000.00	บาท
<b>รวม</b>	<b>1,080,000.00</b>	<b>บาท</b>

4.4 นายแพทย์วชิกร วิราวุธดี ได้เสนออนุมัติในหลักการของงบประมาณเป็นค่าใช้จ่ายแต่ละครั้ง เนื่องจากอาจจะคงจะมีการเดินทางไปประชุม APAGE ในฐานะ council member และอีก 2 ท่านคือ นายแพทย์หญิง กุลละวณิช เป็นประธาน Liaison Committee และ นายแพทย์เต็มชัย ไซษุวัต เป็น Treasurer

4.5 แพทย์หญิงวาโรชา มหาชัย ประธานฝ่ายวิชาการ ได้เสนอขอมงบประมาณไว้ประมาณ 300,000 บาท

4.6 นายแพทย์เต็มชัย ไซษุวัต ประธานฝ่ายโรคตับ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้ ขณะนี้กำลังแสดงรายการสำหรับการติดต่อการประชุม International Viral Hepatitis ระหว่างวันที่ 10-12 กันยายน 2540 ในอัตราเงินเดือนละประมาณ 20,000 บาท ดังนั้นจึงขอตั้งงบประมาณในส่วนนี้ 200,000 บาท

### วาระที่ 5 เรื่องอื่นๆ

5.1 นายแพทย์เต็มชัย ไซษุวัต ได้เสนอแนะในที่ประชุมเกี่ยวกับ การที่นางจะมีงบประมาณสำหรับนายกสมาคมฯ ในการเดินทางไปประชุมต่างประเทศในฐานะนายกสมาคมฯ

5.2 นายแพทย์สวัสดิ์ หิตะนันท์ ประธานการประชุม ได้เสนอในที่ประชุมดังนี้

5.2.1 นาที่จะจัดให้มีรางวัล Scholarship แก่สมาชิกที่ทำ research ได้ดีมาก และอีกหนึ่งรางวัลสำหรับ Fellow ที่สามารถทำ research ได้ดีเยี่ยม

5.2.2 การเดินทางไปประชุม DDW ครั้งนี้ จะได้องหาวิทยากรที่จะมาเป็นองค์ปาฐกของ Second Viki Viranuvatti's Lecture

5.2.3 แพทย์หญิงกรณิการ์ พรพัฒนกุล ได้ฝากข้อเสนอแนะว่าประเทศลาวซึ่งเป็นประเทศเพื่อนบ้านของเรา ความก้าวหน้าทางวิชาการทางการแพทย์ยังไม่เจริญเท่าที่ควร เป็นไปได้หรือไม่ที่สมาคมฯ จะมีส่วนช่วย

5.3 นายแพทย์อุดม คชินทร เลขานุการสมาคมฯ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

5.3.1 มีสมัครสมาชิกใหม่ 32 ท่านคือ นายแพทย์สิรินนท โพชวามานนท์ นายแพทย์กิตติพันธ์ กัญแจกัญจน์, แพทย์หญิงศิริวรรณ ชันตระกูล, แพทย์หญิงสวีกา กิรติธารกุล, นายแพทย์สมชาย พรหมจักร, นายแพทย์เสริมศักดิ์ สุทธิภณาววัฒน์, นายแพทย์ทวีศิลป์ ไซษุวัต, นายแพทย์สุวัชชัย มานิตพรสุทธ, แพทย์หญิงรุ่งทิพย์ ดานศิริกุล, นายแพทย์

ชัชวพัฒน์ พิสุทธิไพศาล, นายแพทย์ชูชาติ จุศิริรัตน์, แพทย์หญิงนริศรา เตีประเสริฐสุข, นายแพทย์กิตติพงษ์ ฤกษ์เกษม, นายแพทย์สมเจริญ แซ่เต็ง, นายแพทย์ชนานกร มณีเจริญ, นายแพทย์วีระชัย โชติเนพรรัตน์ภัทร, นายแพทย์วราพงษ์ นรสุชา, นายแพทย์วัฒน์ยาทร สรรพานิษ, นายแพทย์ไครรักษ์ พิสิษฐกุล, นายแพทย์สมชาย เหลืองงารุ, นายแพทย์สมบูรณ์ โชตินฤมล, นายแพทย์รุ่งไทย เศรษฐาวร, นายแพทย์จรัส ปิ่นทองงาม, แพทย์หญิงจรรยา แซ่เจม, แพทย์หญิงเบญจวรรณ สุประสงค์สิน, แพทย์หญิงกัญญามี เจนาวัฒน์สถาพร, นายแพทย์วิชัย วิริยะอุตสาหกุล, นายแพทย์วิษณุ จันทราชทรกุล, นายแพทย์พันธ์ศักดิ์ กิ่งสวัสดิ์พัฒน์, นายแพทย์อัครกุล บัณฑิตกุล, นายแพทย์สุเทพ กลชาญวิทย์, นายแพทย์อุทัยพล เทกาสิต ซึ่งทางฝ่ายเลขานุการได้ตรวจสอบแล้วคุณสมบัติครบถ้วนสามารถระเบียบข้อบังคับของสมาคมฯ

**ที่ประชุมมีมติรับรองสมาชิกใหม่ทั้ง 32 ท่าน**

**5.3.2 ขวางบายจะมีการประชุม Interhospital GI Conference**

**ณ ห้องประชุมกษัตริย์ศึก 3**

ปีประชุมเวลา 12.15 น.  
 นายแพทย์อุดม ชินทร  
 บันทึกรการประชุม

ตารางการประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯ  
 และการประชุมวิชาการ Interhospital GI Conference  
 ประจำปี พ.ศ. 2540  
 ณ โรงแรมโซลทวินทาวเวอร์, กรุงเทพฯ

1. ประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯ ครั้งที่ 1/2540  
 สัปดาห์ที่ 28 กุมภาพันธ์ 2540 ห้องปารุ่งเมือง ชั้น 4
2. ประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯ ครั้งที่ 2/2540  
 สัปดาห์ที่ 21 มีนาคม 2540 ห้องเจริญเมือง ชั้น 2  
 และ Interhospital GI Conference ครั้งที่ 1/2540 ห้องกษัตริย์ศึก 3  
 Case I นายแพทย์ภัทร เภาสวัสดิ์ รพ.วิชัยยุทธ  
 Case II แพทย์หญิงวิไลลักษณ์ อริวงษ์โสภณ รพ.จุฬาลงกรณ์
3. ประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯ ร่วมกับผู้บริหารระดับสูงของ  
 บริษัทเวชภัณฑ์และเครื่องมือแพทย์  
 อังคารที่ 25 มีนาคม 2540 ณ โรงแรมโซลทวินทาวเวอร์  
 เวลา 12.00-13.00 น. ทานอาหารกลางวันร่วมกัน ห้องปารุ่งเมือง  
 เวลา 13.00-14.30 น. ประชุมร่วมกัน ห้องกษัตริย์ศึก 3
3. ประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯ ครั้งที่ 3/2540  
 สัปดาห์ที่ 23 พฤษภาคม 2540 ห้องรองเมือง ชั้น 4  
 และ Interhospital GI Conference ครั้งที่ 2/2540 ห้องกษัตริย์ศึก 3  
 Case I นายแพทย์ชุมพล แยมเจริญ รพ.ศิริราช  
 Case II แพทย์หญิงวิภากร ชูแสง รพ.จุฬาลงกรณ์
4. ประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯ ครั้งที่ 4/2540  
 สัปดาห์ที่ 20 มิถุนายน 2540 ห้องรองเมือง ชั้น 4

5. ประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯ ครั้งที่ 5/2540  
ศุกร์ที่ 25 กรกฎาคม 2540 ห้องรองเมือง ชั้น 4  
และ Interhospital GI Conference ครั้งที่ 3/2540 ห้องกษัตริย์ศึก 3  
Case I นายแพทย์ชัชวรินทร์ สุทธิวานา รพ.รามธิบดี  
Case II นายแพทย์พงษ์สิทธิ์ วงศ์สุลลธรรม รพ.จุฬาลงกรณ์
6. ประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯ ครั้งที่ 6/2540  
ศุกร์ที่ 22 สิงหาคม 2540 ห้องจางรูเมือง ชั้น 4
7. ประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯ ครั้งที่ 7/2540  
ศุกร์ที่ 19 กันยายน 2540 ห้องรองเมือง ชั้น 4  
และ Interhospital GI Conference ครั้งที่ 4/2540 ห้องกษัตริย์ศึก 3  
Case I นายแพทย์ก้องพงศ์ หังสพฤกษ์ รพ.ศิริราช  
Case II แพทย์หญิงดวงพร ทองงาม รพ.จุฬาลงกรณ์
8. ประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯ ครั้งที่ 8/2540  
ศุกร์ที่ 17 ตุลาคม 2540 ห้องรองเมือง ชั้น 4
9. ประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯ ครั้งที่ 9/2540  
ศุกร์ที่ 21 พฤศจิกายน 2540 ห้องรองเมือง ชั้น 4  
และ Interhospital GI Conference ครั้งที่ 5/2540 ห้องกษัตริย์ศึก 3
10. ประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯ ครั้งที่ 10/2540  
ศุกร์ที่ 19 ธันวาคม 2540 ห้องจางรูเมือง ชั้น 4

**หมายเหตุ**

ประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯ เริ่มเวลา 10.00-12.00 น.  
ประชุม Interhospital GI Conference เริ่มเวลา 13.00-15.00 น.

**Interhospital GI Conference I**

21 มีนาคม 2540 เวลา 13.00-15.00

ณ โรงแรมโซลทวินทาวเวอร์, กรุงเทพฯ

พญ.วิไลลักษณ์ อริยวงศ์โสภณ

พญ.วาโรชา มหาวชัย

รพ.จุฬาลงกรณ์

**Case I** ผู้ป่วยชายไทยโตศ อายุ 25 ปี อาชีพรับจ้าง ภูมิลำเนา จ.ชัยภูมิ

**CC** : ไข้ และเหนื่อยมากขึ้น 20 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล

**PI** : 2 ปีก่อน มีอาการแน่นชายโครงขวา และไข้สูง เป็นประมาณ 3

เดือน มีหนาวสั่นเป็นบางครั้ง ตรวจร่างกายพบมีไตโตได้รับการรักษาแบบ

liver abscess อาการดีขึ้น ultrasound พบว่า liver abscess มีขนาดเฉลี่ยลง

2 เดือนก่อนมาตรวจอาการปวดแน่นท้องตามบน แต่ไม่มีไข้ ทำ

ultrasound พบมี hypoechoic mass ที่ medial segment of L.lobe ขนาด

4x5x5.7 cm ไตรักยาแบบ liver abscess ด้วย Augmantin (375) 1x3 และ

Bactrim 2x2 melioid tier 1:40 E. his tier 1:8

20 วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยหอบ ต่อมานอนราบ

ไม่ได้อ่อนลงนอนหันนอนสูง มีไข้ต่ำ ๆ ไม่มีปวดท้อง

1 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล นอนไม่ได้อ่อนลงพักฝาง และเหนื่อย

มากขึ้นจึงมา รพ.

**PH** : นามโรคตั้งแต่อายุ 10 ปีไม่เคยตรวจรับการรักษาวินิจฉัย

ไม่สบาย ได้รับเลือด ไม่สบายตาเหลือง , ไม่ดื่มเหล้า, ไม่สูบบุหรี่

EH : ทุพพิกขในครอบครัวเข้มแข็งดี

PE : BT 37.2 P 90/min R 28/min BP 100/70 mm Hg

GA : a young thai male, good consciousness ; dyspnea, orthopnea

HEENT : not pale conjunctiva, mild icteric sclera, normal fundi, engorged neck vein, no cervical lymphadenopathy

CHEST : medium crepitation both lower lungs

HEART : PMI 6<sup>th</sup> ICS lateral to MCL, no heaving , no thrill

PSM gr III at apex radiated to axilla , PSM gr III at it parasternal border normal S1,S2 S3 gallop at apex

ABDOMEN: flat, liver 4 FB below RCM (Span 15 cm), smooth surface mild tender

Spleen : 4 FB , below LCM, not tender

EXTREMITIES : no skin lesion

NEURO : WNL

Investigation:

CBC : H6 12.4 Hct38.5% Wbc 17200 PMN 67% L16% M4

75% Eo 11.4% Plt 160,000

U/A : yellow, clear, sp.gr 1.025, protein -ve, gmcoase-ve, no cell, no bacteria

Blood chemistry : BUN 17 Cr 1.6 , FBS 101

52

NA 133 K 4.3 CI 100 HCO<sub>3</sub>,19

Stool exam : brown, soft, no rbc, no wbc, occult blood -ve,

no parasite

LFT : TB 2.5 DM 0.72 Alb 3.9 Glo 4.1 SGOT 27 SGPT 15

AP 425 PT 16.0 /11.8

CXR : cardiomegaly , symmetrical perihilar infiltration, no

blunting of boxn costophrenic angle

EKG : LVH

### Progression

⇒ ขณะอยู่ในโรงพยาบาล ผู้ป่วยได้รับการรักษาแบบ congestive heart failure และ bacterial endocarditis ให้ ABO เป็น cefazidime และ gentamicin แต่ขณะอยู่ที่โรงพยาบาลผู้ป่วยไม่มีไข้เลย และผล work up : H/C negative จึงได้หยุด antibiotic ในผู้ป่วยด้วยงมีอาการดีขึ้นเรื่อยๆ

⇒ D13 หลัง admit ผู้ป่วยมีอาการทรมานมากขึ้น CXR มี pleural effusion มากขึ้นรวมทั้งผล investigation คือ culture, bone marrow biopsy , liver biopsy, pleural tapping ไม่พบสาเหตุ

Investigations เพิ่มเติม

Pleural fluid : straw color ,sp.gr 1.032, WBC 2400

L 60% E 40% protein 5.1 gm

53

Bone marrow biopsy : eosinophilic hyperplasia

Liver biopsy: inflammatory cells infiltrate sinusoid with PMN, mono, eosinophil area of necrotic tissue with acute no parasite

Dx : organizing abscess with eosinophilic infiltration

Echocardiogram

Slightly thickened MV and TV  
Larged pedunculated mass 1.0x3.3 cm

at posterolateral LV

RV pedunculated mass 0.7x2.1 cm

attack to free wall

Moderate MR, TR

- เนื่องจากผลการตรวจพบเม็ดเลือดขาวชนิดอีโอซิโนไฟลในพบสาเหตุที่จะอธิบายอาการของผู้ป่วยได้ตรงที่สุดแสดงว่าช่วงตนรวมกับผู้ป่วยมีอาการแยะลง ดังนั้น
- ➔ D 15 หลัง Admit จึงเริ่มให้ prednisolone 60 mg/d จากนั้นได้ติดตามผล CBC 4 วันต่อมาพบว่า eosinophil ลดลงเป็น 1.26% แต่ผู้ป่วยยังมีอาการท้อง
  - ➔ ได้ทำ CT abdomen อีกครั้งพบว่ามีการ progression ของ hypodensity lesion ในตับทั้งสอง lobes
  - ➔ หลังจากให้ prednisolone ผู้ป่วยยังมีอาการท้องบวม ได้รับการรักษา heart failure ต่อมาผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นสามารถกลับบ้านมาได้

54

## Discussion

ผู้ป่วยรายนี้มีประวัติเป็น liver abscess เมื่อ 2 ปีก่อน ได้รับการรักษาจนดีขึ้น ครั้นมา admit ด้วยเรื่องปวดท้อง, ไข้ต่ำๆ, มี mass ที่ left lobe ของ liver differential diagnosis ในผู้ป่วยรายนี้ คิดถึง liver abscess มากที่สุดโรคอื่นๆที่อาจเป็นไปได้เช่น tumor-hepatocellular carcinoma, cholangio-carcinoma, hemangioma, hamatoma liver cyst ในรายนี้จาก ultrasound ไม่เห็นก้อน larva migrans, fascioliasis toxocarasis ก็อาจเป็นไปได้ เพราะผู้ป่วยรายนี้มี eosinophilia แต่ขอคำปรึกษาคือ larva migrans จะพบเป็น tract บน surface ของ liver ไม่ใช่ cavity, liver abscess ที่พบบ่อยที่สุดคือ amoebic liver abscess ส่วน mixed และ pyogenic liver abscess พบรองลงไป นอกจากนี้เชื้อก่อโรคอื่นๆที่อาจเป็นไปได้ เช่น TB, melioidosis, Actinomycosis, Nocardia ส่วน hepatocellular carcinoma และ cholangiocarcinoma บางครั้งก็อาจ mimic liver abscess ได้ ผู้ป่วยรายนี้เคยเป็น liver abscess มาแล้วเมื่อ 2 ปีก่อน ได้รับการรักษายกเว้น complete remission ต่อมา relapse ขึ้นอีก ซึ่งลักษณะแบบนี้อาจเป็น melioidosis, Actinomycosis หรือ Nocardiosis ได้ ส่วน cholangiocarcinoma กับ hepatoma นั้น ระยะเวลา 2 ปี นานเกินไปที่จะเป็น ผู้ป่วยรายนี้มีมาโต มีภูมิคุ้มกันอยู่ปกติส่วน อาจมี underlying disease เป็น Thalassemia หรือ hemoglobinopathy ยกเว้น Fascioliasis (fasciola hepatica, gigantica) ก็อาจมีอาการเป็นเวลานานได้ แต่ผู้ป่วยมักมี hyperglobulinemia บางครั้ง globulin อาจสูงถึง 7-8 gm/dl คล้ายกับ multiple

myeloma ได้ มี anemia ค่อนข้าง severe มี eosinophilia มีรายงานผู้ป่วยที่มี  
high splenomegaly และ hemoperitoneum จาก fascioliasis

ผู้ป่วยรายนี้ในช่วงประมาณ 7 วันก่อน admit มีอาการแสบลง มีหอบ  
เหนื่อยมากขึ้น อาจเกิดจาก complication ของ liver abscess คือ abscess ที่  
left lobe แตกเข้า pericardium จึงทำให้ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยหอบมากขึ้น  
neck vein engorged ส่วน heart murmur นั้นลักษณะเป็น pansystolic  
murmur ที่ apex, lower left sternal border----> MR, TR ผู้ป่วยอาจมี  
valvular heart disease หรือ rheumatic heart disease อยู่ก่อน หรืออาจเกิดจาก  
meliodosis involve endocardium

สรุปแล้วคิดถึง liver abscess จาก meliodosis มากที่สุด รองลงมาคือ  
fascioliasis

## Hypereosinophilic syndrome(HES)

พญ.วัลลภกษม อริวงค์โสภณ  
รพ.จุฬาลงกรณ์

เป็นโรคที่พบได้ไม่มากในกลุ่มโรค leukoproliferative ที่มีการสร้าง  
eosinophil มากผิดปกติอย่างต่อเนื่องร่วมกับความผิดปกติในการทำงานของ  
อวัยวะต่างๆ ตัวอย่างเช่น หัวใจ,ปอด, ระบบประสาท, ตับ,ม้าม เป็นต้น มีราย  
งานครั้งแรกตั้งแต่ก่อนปี 1900 ต่อมา Hardy และ Anderson ได้รายงานผู้ป่วย  
3 รายในปี 1968 ที่มี hypereosinophilia ,hepatosplenomegaly และ cardiac  
หรือ pulmonary symptom ต่อมาปี 1975 Chusid<sup>2</sup> และคณะได้รายงาน  
ลักษณะของผู้ป่วย hypereosinophilic syndrome 3 ประการซึ่งใช้มาถึง  
ปัจจุบันนี้ คือ

1. มี sustained blood eosinophilia > 1500 cells/mL นานมากกว่า  
6 เดือน
2. ไม่มีสาเหตุของ eosinophilia เช่น parasitic infection , allergic  
disease
3. มี sign and symptom of multiorgan involvement ซึ่งส่วนใหญ่  
เป็น heart, lung, liver, spleen, bone marrow

สรุป definition ของ hypereosinophilic syndrome คือมี sustained  
eosinophilia ซึ่งไม่มีสาเหตุหรือโรคที่ทำให้เกิดและมีลักษณะของ multiorgan  
involvement

## Etiology of HES

### Relationship between HES and eosinophilic leukemia

- ผู้ป่วย HES ส่วนใหญ่ไม่ได้เป็น true malignant disease
  - acute eosinophilic leukemia แยกจาก HES โดย
1. จะมีจำนวน immature eosinophil เพิ่มขึ้นมากกว่าในเลือดและ marrow โดยคิดเป็น 10% ของจำนวน blast ใน marrow
  2. มี immature cell ของ eosinophil infiltration ใน tissue
  3. clinical course เหมือน acute leukemia เช่น marked anemia, thrombocytopenia, susceptibility to infection

### relationship of hypereosinophilia กับ lymphoma

- eosinophilia พบใน T-cell lymphoma leukemia ซึ่งสัมพันธ์กับ GM-CSF, IL-3, IL-5 production จาก lymphoma<sup>4</sup>

### relationship of HES to myeloproliferative disorders

- ในผู้ป่วย HES พบว่าลักษณะที่พบบ่อยของ myeloproliferative disorder<sup>5,6</sup> ได้แก่ ระดับ B12 level ที่เพิ่มขึ้น, abnormal LAP score, splenomegaly, cytogenetic abnormalities, myelofibrosis, anemia, erythrocyte abnormalities เช่น teardrop form, myeloid dysplasia, basophilia
- ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้มักใช้ corticosteroid ในการตอบสนอง
- cytotoxic drug แต่ผู้ป่วย HES มักไม่มีความผิดปกติของ cell line อันว่า

นอกจากนี้จาก eosinophil และ ไม่เกิด severe myelofibrosis ที่จะทำให้เกิด pancytopenia หรือ acute leukemia

### Etiology of nonmalignant HES

- การศึกษาพบว่า การที่มีการสร้าง eosinophil เพิ่มขึ้นอย่างไม่สามารถควบคุมได้ใน HES. เกิดจากหลายกลไกหลายประการคือ<sup>7</sup>
1. overproduction of eosinophilopoietic signal, abnormal T cell clone ที่สร้าง eosinophilopoietic cytokine
  2. abnormal in eosinophilopoietic cytokine อาจ enhance หรือ prolong biologic activities
  3. defect in receptor ของ cytokine
  4. defect in signal transduction mediated by cytokine receptor
  5. defect in normal suppressive regulatory step

- eosinophilopoietic cytokine ที่พบเป็นต้นตอกระตุ้น eosinophilopoiesis มี 3 ตัวคือ IL-5, IL-3, GM-CSF IL-3 และ GM-CSF

### Pathogenesis of HES

พบว่า eosinophil ในเลือดของผู้ป่วย HES อยู่ลักษณะ "activated" จากการทำงานของ IL-5, IL-3, GM-CSF นอกจากนี้ใน cytoplasm ของ eosinophil ยังมี cationic protein คือ eosinophil peroxidase, MBP, EON (eosinophil - derived neurotoxin), และ ECP (eosinophil cationic protein) ซึ่งโปรตีนเหล่านี้จะเกี่ยวข้องกับ inflammation และ fibrosis ด้วย

## Secondary Causes of Eosinophilia<sup>9</sup>

Allergic or hypersensitivity diseases ( predominantly respiratory)

Asthma Seasonal rhinitis

Pulmonary aspergillosis Certain drug reactions

Parasitic disease

Strongyloidiasis Trichinosis

Schistosomiasis Filariasis

Toxocara Other tissue invasive helminths

Cutaneous diseases

Known allergic cause (drug reactions)

Suspected allergic cause (deratitis herpetiformis)

Connective tissue disease

Churg-Strauss syndrome

RA, SLE, PSS

Neoplastic diseases

Lymphoma : Hodgkin's disease, mycosis fungoides

Certain leukemia : All, Sezary syndrome

Solid tumors

metastatic mucin-secreting carcinoma

Immunodeficiency states

Wiscott - Aldrich syndrome

Hyper-IgE with infections

Selective IgA deficiency

## Clinical Manifestations<sup>10</sup>

- พบในผู้ชายมากกว่าหญิง (9:1) อายุ 20-50 ปี

- clinical manifestations แตกต่างกันไป

ส่วนใหญ่เป็น insidious onset อาการค่อย ๆ ปรากฏเป็นเดือน แต่มี

บางงานที่พบด้วย sudden cardiac หรือ neurologic complication

- symptom : weakness and fatigue (26%) cough (24%)

dyspnea (16%) myalgia (14%) angioedema (14%)

rash (12%) fever (12%)

incidental discovery of eosinophilia (12%) rhinitis (10%)

## Organ Involvement<sup>10</sup>

	American	French	English	Overall
Organ System	(50)	(40)	(15)	(105)
Hematologic	100%	100%	100%	100%
Cardiovascular	54	58	73	53
Cutaneous	56	50	73	56
Neurologic	64	35	73	54
Pulmonary	40	63	40	49
Splenic	46	33	60	43
Hepatic	32	28	-	30
Ocular	18	15	60	23
Gastrointestinal	14	23	53	23



## Hematologic manifestations

### peripheral blood

- anemia พบประมาณ 50%
- wbc : total leukocyte count น้อย <25000/ $\mu$ L โดยมี eosinophil 30% ถึง 70%<sup>2</sup>

ถ้า leukocyte count สูงมาก (> 90000/ $\mu$ L) เป็น poor prognosis

- eosinophil ที่พบมักเป็น mature form แต่ก็มีลักษณะผิดปกติ คือ มักขาดไฮทูลาาปกติ, จำนวนและขนาดของ granule ลดลง, cytoplasmic vacuolization, nuclear hypersegmentation , อาจพบ eosinophilic metamyelocyte และ myelocyte มากขึ้น

- platelet count อาจมากขึ้น (16%) หรือลดลง (31%)

### bone marrow

- พบมีจำนวน eosinophil เพิ่มขึ้นประมาณ 30-60%
- splenomegaly พบ 40% อาจมี hypersplenism และ splenic infarction ได้

### Cardiac manifestations

#### - พบพบใน HES

- เป็น major cause of morbidity และ mortality<sup>2</sup>
- damage เกิดขึ้นแต่ early necrosis ถึง thrombosis , fibrosis

### แบ่งเป็น 3 stage

1. acute necrotic stage duration ประมาณ 5.5 wk

- มักไม่มี clinical signs splinter hemorrhage

- echocardiography, angiography : ปกติ

- endomyocardial biopsy : พบ Dx จะพบ endocardium damage,

มี eosinophil และ lymphocyte infiltration ใน myocardium, myocardial necrosis, eosinophil degranulation และ eosinophil microabscess

- Rx : steroid สามารถป้องกันการพัฒนา myocardial fibrosis ได้

### 2. formation of thrombus

- มีการสร้าง thrombus บริเวณ damaged endocardium อาจพบที่ ventricle และ atrium ควบ, มัก spare AV, PV

### 3. fibrotic stage

- มี progressive scarring develop มี entrapment of chordae tendinae เกิด MR, TR, endomyocardial fibrosis เกิด restrictive cardiomyopathy

- อาการมักเกิดใน later thrombotic และ fibrotic stage

- common manifestation : dyspnea , chest pain, sign of heart failure, MR murmur, cardiomegaly

failure, MR murmur, cardiomegaly

- echocardiography : intracardiac thrombi

: fibrosis จะพบ thickening of posterior

MV leaflet

- cardiac biopsies : confirm Dx

- Rx : รักษาตาม standard medical Rx เช่น congestive heart failure, arrhythmia valve replacement

- risk ของการเกิด cardiac disease

- ในผู้ป่วย 50 คน จาก NIH พบว่าไม่สัมพันธ์กับความรุนแรง

115 ของ eosinophilia หรือ duration HES

- มักเป็นผู้ชาย, HLA-βw44 positive

- มี splenomegaly, thrombocytopenia,

- HES patients ที่ free of cardiac disease

- มักเป็นผู้หญิง

- มี angioedema, hypergammaglobulinemia,

## Neurologic manifestations<sup>11</sup>

มี 3 type

1. เกิดจาก thromboemboli

- ผู้ป่วยจะด้วย embolic stroke, transient ischemia 1/3 multiple,

recurrent

- อาการอาจนำมาก่อน cardiac disease

2. primary CNS dysfunction

- อาจมีด้วย encephalopathy, seizure, intracranial hemorrhage,

dementia

- anatomical defect : unknown

- eosinophilic meningitis : uncommon

3. peripheral neuropathies

- พบ 50% ในผู้ป่วยที่มี neurologic manifestation

## cutaneous manifestations

- most common skin lesion คือ

1. angioedematous และ urticarial lesion

2. erythematous, pruritic papule and nodule

## Pulmonary manifestation

- Symptom : chronic, persistent, generally nonproductive cough

- CXR มักปกติ

## Ocular manifestations

- visual symptom ที่พบบ่อย คือ blurring พบว่า > 50% มี choroidal abnormality

## Rheumatologic manifestations

- arthralgia, large joint effusion<sup>12</sup>

- long-standing rheumatoid arthritis, nonerosive polyarthritis

- myalgia

## Digestive system manifestations<sup>12,17</sup>

- พบประมาณ 20%

GI tract - ผู้ป่วยอาจมีด้วย diarrhea, nausea, abdominal cramp, malabsorption<sup>2,12</sup>

- Stool exam อาจพบ Charcot - leiden crystals

- Biopsy : eosinophilic gastritis, enterocolitis, colitis<sup>14</sup>

Pancreas - pancreatitis

Biliary tract - sclerosing cholangitis

### Hepatic manifestations

1982 NIH ศึกษารายงานผู้ป่วย HES พบว่า 32% มี hepatic involvement โดยมี hepatomegaly, minor abnormalities of liver function test

pathological finding PM congested sinusoids, hepatitis without cirrhosis, periportal inflammation

1983 Stry<sup>13</sup> และคณะศึกษารายงานผู้ป่วย HES 15 ราย พบว่าผลชันเน็ย เป็น chronic active hepatitis โดย inflammatory cells เป็น eosinophil เป็น ส่วนใหญ่

1985 Elouaer<sup>17</sup> และคณะศึกษารายงานผู้ป่วย HES ที่มีลักษณะทางคลินิกที่เข้าได้ กับ hepatic vein obstruction, Budd Chiary Syndrome

1988 Croffy<sup>15,16</sup> และคณะศึกษารายงานผู้ป่วย HES 4 รายที่มี hyper eosinophilia พบว่าผลชันเน็ยมีลักษณะของ chronic active hepatitis 3 ราย โดยมี eosinophile จำนวนมากที่ portal triad และมีลักษณะของ cirrhosis 1 ราย

### Hepatic manifestation

- 85% ของผู้ป่วยมี hepatomegaly
- 14 % มี abnormal liver function test อาจมี increase liver enzyme หรือ alkaline phosphatase
- liver biopsy อาจ normal หรือพบ eosinophilic infiltration โดย

เฉพาะที่ periportal region

- hepatic infarction พบน้อยกว่า splenic infarction

### Splenic manifestation

- 10 % มีลักษณะปกติ

- most common finding คือมี eosinophilic infiltration
- increase size and weight, disruption of splenic architecture อาจ eosinophilic infiltration
- splenic infarction พบได้ประมาณ 50%

### Therapy

#### Initial therapy<sup>18</sup>

- eosinophilia ที่ไม่มี evidence of organ involvement ไม่ต้องการ specific Rx แต่ควร follow up clinical และ echocardiography ทุก 6 เดือน
- เนื่องจาก cardiac involvement อาจเกิดได้และขึ้นกับ level ของ blood eosinophilia

- อาจให้ short course of prednisolone (60 mg/d or 1 mg/kg/d) เพื่อประเมินว่าจะสามารถ suppress eosinophilia ได้หรือไม่ เนื่องจากผู้ที่ได้ ผลดีต่อการให้ corticosteroid จะมี prognosis ดีกว่ารายที่ไม่ได้ผล

- ผู้ป่วยที่มี organ involvement initial Rx ให้เป็น prednisone 1mg/kg/d หรือ 60 mg/d ถ้า blood eosinophilia ลดลงค่อยๆ ลด dose ลง เปลี่ยนเป็นวันเว้นวัน ถ้า blood eosinophilia ไม่ลดลง ไม่ต้องการให้ prednisone ต่อไปในรายที่มี organ involvement เช่น pulmonary infiltrateและอาการตีขิ้น
- ใน NIH studies 38% ของผู้ป่วย response ดี, 31% response บางส่วน



- ส่วนใหญ่จะเสียชีวิตในคืนแรก ประมาณ 20%
- poor prognostic factor
- myeloblast ใน peripheral blood
- total WBC > 100,000/mm<sup>3</sup>

## Reference

1. Hardy WR, Anderson RE: The hypereosinophilic syndrome . Am Intern Med 68:1220,1968.
2. Chusid MJ, Dale DC, West BC,et al. The hypereosinophilic syndrome : analysis of fourteen cases with review of the literature. Medicine (Baltimore) 1975;54(1):1-27.
3. Spry CJF : Eosinophils. A comprehensive Review and Guide to the Scientific and Medical Literature . Oxfor, UK, Oxford Medical Publication, 1988
4. Fernald JP, Miltjaviila MT, et al : Role of granulocyte - macrophage colony-stimulating factor, interleukin-3 and interleukin-5 in the eosinophilia associated with T cell lymphoma. Br J Haematol 83:359,1993.
5. Schooley RT, Flaum MA, et al : A clinico-pathologic correlation of the idiopathic hypereosinophilic syndrome. II. Clinical manifestations. Blood 58:1021,1981.
6. Fauci AS, Harley JB, et al : NIH conference. The idiopathic hypereosinophilic syndrome. Clinical, pathophysiologic, and the therapeutic considerations. Ann Intern Med 97:78, 1982.
7. Spry CJF: Idiopathic hypereosinophilic syndrome, in Makino S,Fukud T (eds) Eosinophils: Biological and Clinical Aspects. Boca Raton, FL, CRC, 1992, P403.
8. Bass DA, Grover WH, et al : comparison of human eosinophils from normals and patients with eosinophilia. J clin Invest 60:1265,1980.
9. Jameson MD, Segraves SD : Idiopathic hypereosinophilic Syndrome. Postgrad Med 84:93,1988.
10. Weller PF, Bubley GJ : the hypereosinophilic syndrome. Blood 83:10,1994.
11. Moore PM, Harley JP, et al : Neurologic dysfunction in the idiopathic hypereosinophilic syndrome. Ann Intern Med 102:109,1985.
12. Scheurten M, Mork M, et al : Hypereosinophilic syndrome resembling chronic inflammatory bowel disease with primary sclerosing cholangitis. J Clin Gastroentol 14:59,1992.
13. Spry CJ, Davies J, et al : Clinical features of fifteen patients with the hypereosinophilic Syndrome. Q J Med 52:1, 1983.

14. Shah AM, Joglekar M: Eosinophilic colitis as a complication of the hypereosinophilic syndrome. Postgrad Med J 63:485,1987.
15. Croffy B, Kopelman R, et al : Hyper eosinophilic syndrome. Association with chronic active hepatitis . Dig Dis Sci 33:233,1988.
16. Foong A, Scholes JV, et al : Eosinophil - induced chronic active hepatitis in the idiopathic hyper eosinophilic syndrome. Hepatology 13: 1090,1991.
17. Elouaer BL, Zafrani ES, et al : Hepatic vein obstruction in idiopathic hyper eosinophilic syndrome. Arch Intern Med 145: 751, 1985.
18. Parrillo JE, Fauci As, et al : Therapy of the hyper eosinophilic syndrome. Ann Intern Med 89:167, 1978.

### Interhospital GI Conference I

21 มีนาคม 2540 เวลา 13.00-15.00

ณ โรงแรมโซลทิวินทาวเวอร์, กรุงเทพฯ

นพ. กัทร เลาสวัสดิ์

โรงพยาบาลวิชัยยุทธ

Case 2 ผู้ป่วยเป็นชายไทย อายุ 58 ปี มีอาชีพทำสวนส้มที่จังหวัดสระบุรี มาที่โรงพยาบาลด้วยอาการ ปวดท้อง ท้องอืด มีไข้ ท้องผูก เป็นมา 1 เดือน ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลอื่นมาก่อนแต่ไม่มีอาการดีขึ้น ลักษณะการปวดท้องคือปวดทั่วท้อง ปวดมาก นานติดต่อกันเป็นชั่วโมง และไม่เกี่ยวข้องกับอาหาร ไม่มีคลื่นไส้ ไม่มีอาเจียน มีน้ำหนักลด ผู้ป่วยมีประวัติเป็นเบาหวาน มีไขมันในเลือดสูง มีประวัติโรคหัวใจ ได้รับการตรวจ Barium anema พบ diverticulosis และได้รับการรักษาแบบ diverticulitis โดยได้รับ antibiotic การตรวจร่างกายแรกได้รับพบว่าผู้ป่วยมีลักษณะ chronically ill. มีลักษณะของ muscle wasting

BP 136/86 P 104 T 37.5 และในระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล บางวันไม่มีไข้ และบางวันมีไข้สูงถึง 39° C

Pulse ที่ dorsalis pedis คลำไม่ได้ทั้ง 2 ข้าง และ pulse ที่ femorel artery คลำได้แต่แรงน้อยกว่าปกติ

การตรวจที่	ตา หู คอ จมูก	ปกติ
	หัวใจ	ปกติ

ปกติ ปกติ

การตรวจของ - กตไม่เจ็บ ตับ นาน ไม่โต

bowel sound ปกติ  
ไม่มีเสียง Bruit

Rectal Examination - ปกติ

ผลการตรวจเพิ่มเติม

CBC Hb 9.7 gm% Hct 31.0%, wbc 11200, PMN 81, Lymph  
18, monocyte 1

Platelet 548,000

ESR 123, PT 12.9 (control 13), PTT 33.6 (control 40), FBS

223, Bun 15, uric acid 3.2, cholesterol 144, Triglyceride 398, alkaline  
phosphatase 229 (ค่าปกติ < 110), SGOT 28, SGCT 11, GGT 403 (ค่า  
ปกติ < 50), Total protein 6.1, albumin 2.9, amylase 23 (ค่าปกติ < 110),

Na 139, K 3.9, Cl 102, CO<sub>2</sub> 23

HBsAg Negative

UA - sp gr 1.020, Blood 2+

Acetone negative, Sugar 2+

Protein 4+, pH 6.0

Rbc 40-50/HPP, wbc 20-100/HPP

ANA 1:10, VDRL Negative, Anti-HIV - Negative

Blood culture x3 - Negative

การตรวจเพิ่มเติม

- Chest X-rays - Normal

X-rays abdomen - Adynamic ileus of bowels

Barium enema จากโรงพยาบาลอื่น พบ few diverticula of sigmoid

colon

Ultrasound of the upper abdomen - mild increased, echoes of renal  
parenchyma, Normal liver and spleen

CT scan of the upper and lower abdomen

- small calcified gallstone

5.3 cm infrarenal abdominal aortic

aneurysm with extension to just above  
the aortic bifurcation

MRI of the abdomen

Hematoma around abdominal aorta below level of renal  
hilum extending down to distal part of abdominal aorta and proximal part  
of iliac vessels

Esophagogastroduodenoscopy

- small gastric ension was seen at the body of the stomach

Echocardiogram

- moderate concentric left ventricular hypertrophy with septal  
hypokinesia

- diastolic left ventricular dysfunction

- slight dilated aortic root
- Normal aortic and mitral valves
- Bone marrow
- Normal cellularity, Iron pigment 1+
- EKG - sinus tachycardia with ST&T waves abnormalitis

#### Abdominal aortogram and SMA arteriogram

- normal superior mesenteric artery
- The aortogram demonstrates aortic aneurysm arising from the lower abdominal aorta. A small fistula is noted arising from the left anterior aspect of the aorta few centimeters above the aortic bifurcation.

The main aneurysmal sac is located just to the right of aorta and right common iliac artery. The size of the lesion is approximately 5 x 8 cm.

#### การรักษาในโรงพยาบาล

ผู้ป่วยได้รับ Iv Antibiotics - Ceftriaxone 1 gm q 12 hours Iv

9 วันหลังจากเข้าโรงพยาบาล ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด พบว่ามี mycotic aneurysm ที่ abdominal aorta แพทย์ผ่าตัดได้พบ pus ในผนังของ aorta และได้ drain เอา pus ออก และได้เปิดที่ neck ของ aneurysm culture ที่ pus พบเป็น Burkholderia pseudomallei (Pseudomonas pseudomallei) และพบไว sensitive ต่อ Augmentin, Cefotaxime, Cefazidime, Ceftriaxone, Chloramphenicol และ Imipenem และ resist ต่อ Amikacin, Ampicillin, Ciprofloxacin, Bacrim และ Gentamycin

หลังจากการผ่าตัด ผู้ป่วยไม่มีไข้ และหายปวดท้อง แต่ยังมีอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร และ 18 วัน หลังผ่าตัด ผู้ป่วยมี sudden cardiac arrest และเจาะ Hct พบได้เพียง 16% และตรวจที่หลังพบมี hematoma สันนิษฐานว่าผู้ป่วยมี rupture ของ aorta ที่ผ่าตัดเรียบร้อยแล้ว และผู้ป่วยเสียชีวิต

#### Discussion

ผู้ป่วยนี้มีประวัติปวดท้อง มีไข้ต่ำๆมาประมาณ 1 เดือน ตรวจร่างกายพบว่า pulse ที่ขาคลำได้ไม่เท่ากันทั้ง 2 ข้าง นี้ก็ถึง vascular disease มากที่สุดโรคที่อาจเป็นไปได้คือ Polyarteritis nodosa (PAN)ซึ่งเป็นโรคที่ involve medium to small vessel ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีไข้ต่ำ มีอาการปวดท้องโดยเฉพาะถ้า involve superior mesenteric artery พบได้ 60-70% มีสิคโคไต จาก chronic inflammation ในส่วนเลือด, มี kidneys, CNS involvement ได้ แต่ไม่พบ lung involvement ผู้ป่วยรายนี้สิคโคไต มี ESR สูง ซึ่งน่าจะมาจาก chronic inflammation มี WC, RC ใน urine ซึ่งอาจเกิดจากมี renal artery involvement หรือ glomerulosclerosis จาก vasculitis หรืออาจเกิดจาก aneurysm อุดกั้น renal artery ซึ่ง aneurysm นี้เป็น consequence จาก PAN หรือ vasculitis ส่วน HBSAg ที่ negative ก็ไม่ได้ ruled out เพราะจะพบ HBSAg positive ได้ประมาณ 30-40% เท่านั้น alkaline phosphatase ในรายนี้ที่สูง อาจเป็นจาก intestinal isoenzyme ที่ช่วยสนับสนุน แต่ถ้านำไปเทียบกับ อาจเกิดจาก fatty liver ได้ เพราะผู้ป่วยรายนี้เป็น DM



## Mycotic aneurysms

นพ. ก้าวร มาสวัสดิ์

รพ. วิชัยยุทธ

Mycotic aneurysms เป็นชื่อที่ Sir William Osler ได้ตั้งไว้ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1885 โดยใช้เรียก infected mushroom shaped aneurysm ซึ่งเกิดในคนไข้ ที่เป็น subacute bacterial endocarditis ในสมัยนั้นคำว่า mycotic หมายถึง เชื้อโรคทุกอย่าง แต่ในปัจจุบัน คำว่า mycotic หมายถึง fungal infection เท่านั้น แต่แว่นในปัจจุบัน คำว่า mycotic aneurysm ยังใช้กับ aneurysm ทุกชนิดที่เกิดจาก infection

Mycotic aneurysm อาจจะเกิดได้ดังนี้

- 1) เกิดร่วมกับ active infective endocarditis โดยมี septic emboli จาก cardiac vegetation
- 2) extension จาก contiguous infected focus
- 3) Hematogenous seeding ของ intima ของ blood vessel ในระหว่างที่เกิด bacteremia จาก distant infection

4) Trauma ต่อ blood vessel และมี direct contamination

5) specific infection เช่น syphilitic aneurysm, T.B., และ fungus

สำหรับผู้ป่วยรายนี้ เกิดจากข้อที่ 3 คือเป็น hematogenous seeding ในระหว่าง bacteremia ผู้ป่วยคนนี้ไม่มี infective endocarditis ไม่มี infection จากอวัยวะข้างเคียง และไม่มี Trauma ของ blood vessel

สรุปแล้วคิดถึง PAN มากที่สุดในขณะที่ โรคอื่นๆที่อาจเป็นไปได้คือ Takayasu disease แต่มีข้อคานคือผู้ป่วยรายนี้ pulse ขางบนยังคงถ้าได้เท่ากันดี และมีไข้ Buerger's disease รายนี้ไม่มีประวัติสูบบุหรี่ การตรวจร่างกายไม่เหมือน เพราะฉะนั้นคิดถึงน้อย

ส่วนโรคกลุ่มอื่นๆก็ยังไม่ชัดเจน เช่น collagen vascular disease ซึ่งอาการปวดของอาจเกิดจาก vasculitis แต่โดยปกติ peripheral vessel ยังคงถ้าได้ เพราะฉะนั้นคิดถึงน้อย

aortoiliac steal syndrome เกิดจาก vasculitis ไปจุดที่ส่วนใดส่วนหนึ่ง pulse อาจคล้ายได้ไม่ชัดเจน แต่รายนี้ไม่มีประวัติเค้นแถวปวด เพราะฉะนั้นคิดถึงน้อย

ขณะนี้ขอ investigation เพิ่มเติม โดยขอ celiac angiogram เพื่อช่วยในการวินิจฉัย polyarteritis nodosa

ผล SMA angiogram-vessels ปกติ ไม่มี sign of vasculitis จากผล angiogram ปกติทำให้ PAN นี้คิดถึงน้อยโรคอื่นๆที่อาจเป็นไปได้ เช่น aortitis ซึ่งทำให้ BP, pulse 2 ข้างไม่กัน, aneurysm of aorta, syphilitic aneurysm, atherosclerotic aneurysm ซึ่งผู้ป่วยรายนี้ DM. อายุมากเป็นปัจจัยเสี่ยง ผู้ป่วยมีอาการปวดท้องแสดงว่าอาจมีเรื่อง dissecting aneurysm แล้ว การตรวจร่างกาย bruit อาจพบหรือไม่ก็ได้ ส่วนก้อนขนาดเล็กก็อาจคล้าย พบ นอกจากนี้ยังคงต้องนึกถึง การจะ infection ของ aorta เช่น Salmonella aortitis โดยเฉพาะ host เป็น DM ผู้ป่วยมักมีไข้ แต่ hemoculture ก็ควรจะขึ้น

ในคนไข้ที่เกิด mycotic aneurysm จาก bacteremia โดยไม่รวมกับ infective endocarditis นี้ มีที่รายงานไว้ โดยพวก gram positive organism ประมาณ 60% (ซึ่งมักจะพบ Staphylococcus aureus เป็นส่วนใหญ่) และพวก gram negative bacilli พบได้ 35% และส่วนใหญ่เป็นจาก Salmonella enteritidis

นอกจากนี้ยังมี bacteria อื่นๆที่รายงานไว้โดย E.Coli, Pseudomonas aeruginosa, Proteus spp., Citrobacter freundii, Klebsiella - Enterobacter sp., Brucella spp., S marcescens, campylobacter fetus, Listeria monocytogenes, Bacteroides fragilis, gonococci, group A or C streptococci, corynebacteria, clostridium septicum, enterococci, pneumococci และ Burkholderia pseudomallei (Pseudomonas pseudomallei)

สำหรับ fungal infection ที่มีการรายงานไว้โดย Aspergillus spp. agents of mucormycosis และ Candida spp.  
 สำหรับผู้ป่วยรายนี้ เชื้อที่พบจาก pus ที่ได้จาก mycotic aneurysm คือ Burkholderia pseudomallei ซึ่งเป็น gram negative bacilli จากรายงานของอาจารย์สมพนธ์ บุญยุคปต์ อวัยวะที่พบได้มากที่สุดคือ ปอด รองลงมาคือ skin และ soft tissue, urinary tract, liver และ biliary tract ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

Table 1 Organs Involvement in 686 Melioidosis Cases.

Organs	No.	%
Septicemia	394	57.4
Pulmonary	308	44.9
Skin % Soft tissue	99	13.6
Urinary tract	51	7.4
Liver	48	7.0
Biliary tract	29	4.2
Joints	21	3.1
CNS	19	2.8
Pericardium	17	2.5
Spleen	16	2.3
Bone	15	2.1
Lymph nodes	15	2.1
Parotid gland	13	1.9
Muscle	12	1.7
Pertoneum	8	1.2
Pharynx	6	0.9
Male sex organs*	5	0.7
Female sex organs	4	0.6
Vascular**	4	0.6
Mastoids	2	0.3
Pancreas	1	0.1

\* = testicle 2, seminal vesicle 1, prostate 2  
 \*\* = endocarditis 2, endarteritis 2

จะเห็นได้ว่า vascular involvement พบได้เพียง 0.6% เท่านั้น สำหรับ mycotic aneurysm of the abdominal aorta มีรายงานไม่มากนัก ที่ค้นพบคือ โดยนายแพทย์วิศิษฐ์ คูสิคานานนท์ และคณะ ในปี 2528 นายแพทย์สุเทพ พิทักษ์มานงนิกิจ และคณะ และมีการรายงานจากต่างประเทศเป็นผู้ป่วยชาวเยอรมัน ในรายงานของนายแพทย์สุเทพ พิทักษ์มานงนิกิจ และคณะจากโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น พบในผู้ป่วยชาย จำนวน 2 คน มีอาการเหมือนกัน คือ มีไข้ 1-2 เดือน ก่อนได้รับการรักษา และมีก้อนในท้องทั้ง 2 คน ทั้ง 2 คน มี aneurysm ที่ distal aorta และที่ common iliac artery ได้รับ antimicrobial agents ก่อนผ่าตัด และแพทย์ได้ใช้ Dacron vascular graft ทั้ง 2 ราย หลังการผ่าตัดได้รับ antimicrobial agents ต่อไปอีก 7 เดือน และผู้ป่วยเป็นปกติ จากการติดตามผลการรักษา 5-12 เดือน ต่อมา

รายงานจาก steinmetz และคณะ เป็นผู้ป่วยชาวเยอรมัน มีอาการไข้ เป็นเวลา 4 อาทิตย์ ก่อนเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล และตรวจร่างกายพบก้อนในท้อง เมื่อ 4 อาทิตย์ก่อนมาหาโรงพยาบาลผู้ป่วยได้ไปที่ประเทศอินเดีย CT scan พบ Thoraco-abdominal aortic aneurysm และ blood culture พบ Burkholderia pseudomallei ผู้ป่วยได้รับ Cefazidime และ tetracycline แต่ผู้ป่วยอาการไม่ดีขึ้นและเสียชีวิตในวันที่ 12 หลังจากเข้าโรงพยาบาล เนื่องจาก rupture ของ aneurysm ผู้ป่วยที่ได้นำมาสนวนนี้ ถึงแม้จะได้รับผ่าตัด และใส่ยาปฏิชีวนะ ซึ่งมี sensitivity ค่อนข้างต่ำ Burkholderia Pseudomallei แต่ก็เสียชีวิต ซึ่งแสดงให้เห็นว่า Melioidosis เป็นโรคซึ่งรักษายากลำบาก

สำหรับการรักษา mycotic aneurysm โดยทั่วไปนั้น ที่ผลดีที่สุดคือ ในกลุ่มที่สามารถทำการผ่าตัดและใส่ graft ได้ และที่มีรายงานไว้ ได้แก่ autogenous graft allograft และ synthetic graft และ graft ที่ใส่ควรจะได้ใน uninfected tissue planes<sup>1,6,7</sup> ถึงแม้ Mycotic aneurysm ของ abdominal aorta เป็นโรคซึ่งไม่พบได้บ่อย แต่ควรนึกถึงในรายที่คนไข้ปวดท้อง มีไข้ ร่วมกับ aortic aneurysm และในรายที่ไม่มี infection endocarditis เชื้อโรคที่พบบ่อยคือ Stephylococcus aureus และ Salmonella และในคนไข้ที่มีไข้เป็นเวลานานหลายอาทิตย์ และไม่ดีขึ้นหลังจากได้ยาปฏิชีวนะ ควรจะนึกถึง Melioidosis ใน differential diagnosis ด้วย

#### References

1. Jarrett F, Darling C., Mundth ED et al. Experience with infected aneurysms of the abdominal aorta. Arch surg. 1975 : 110 : 1281.
2. Punyagupta S. Melioidosis, Review of 686 cases and presentation of a new clinical classification. Punyagupta S, Sirisanthana T, Siapatayavong B, eds. Melioidosis 1989.
3. วิศิษฐ์ คูสิคานานนท์, บุญมี สถาปิตยวงศ์, มาลัย วรจักร Mycotic aneurysm ที่เกิดจากเชื้อ Pseudomonas pseudomallei. National Workshop on Melioidosis. Roche Glaxo Lederle 1985 : 59 - 60.
4. สุเทพ พิทักษ์มานงนิกิจ วัฒนชัย สุแสงรัตน์ สัมบูรณ์ ตั้งกุลบริบูรณ์ กัทระ เอี่ยมภมลา พุนศิริ สีนะวัฒน์ Mycotic aneurysm ของ

## Halothane hepatitis

พญ.ภัทรววดี ปัทวงษ์ไชย

นพ. ชุมพล แบนเจริญ

รพ.ศิริราช

- abdominal aorta จัดเป็นชื่อ Pseudomonas pseudomallei: รายงานผู้ป่วย  
ศอช 5787 พบผลการศึกษาตีพิมพ์ J. Infect Dis Antimicrobial  
Agents 1991 : 8, 115 - 117
5. Steinmetz IVO, Stosick P, Hergenrother, et al. Melioidosis causing  
a mycotic aneurysm. Lancet 1996 : 347, 1564 - 1565.
6. Robinson JA, Johansen K. Aortic sepsis: Is there a role for in situ  
graft reconstruction? J vascular surgery 1991 : 677 - 682
7. Knosalla C, Weng Y, Yankah C, et al. using aortic allograft  
material to treat mycotic aneurysms of the thoracic aorta. Ann.  
Thorac Surg 1996 : 61 : 1146 - 1152
8. Patel S, Johnston KW, Classification and management of mycotic  
aneurysms. Surg Gyn Obst 1977 : 144, 691 - 694

halothane เป็น anesthetic agent ที่นิยมกันมากในช่วง พ.ศ.1956-  
1980 มีฤทธิ์ potent effect, non-flammable, no explosive, smooth induction,  
rapid recovery from anesthesia และมีผลข้างเคียงในแง่คลื่นนำส อัดย่นน้อย  
หลังจากปี 1958 ก็เริ่มมีการรายงานผู้ป่วย halothane hepatitis มากขึ้นเรื่อยๆ  
มีรายงานผู้ป่วยจาก 34 รพ. ในสหรัฐอเมริกา ในช่วงปี 1959-1962 ที่เป็น  
massive liver necrosis ที่เกิดภายใน 6 สัปดาห์หลังการผ่าตัด พบว่าจากการ  
ตรวจสไลด์ทั้งหมด 850,500 ครั้ง, มี 82 รายที่เกิด massive liver necrosis หลัง  
การผ่าตัด และจากจำนวนนี้มี 9 รายที่ไม่ได้เกิดจาก shock, hypoxia หรือ pre-  
existing liver disease และ 7 ภายใน 9 รายนี้ได้รับ halothane จากข้อมูลนี้  
แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่าง halothane กับ massive liver necrosis รายงาน  
ต่อมาจาก Fulminant Hepatic Failure Surveillance Study แสดงว่า  
halothane อาจเป็นสาเหตุของ severe postoperative liver failure ถึง 1/4 ของ  
จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการดมยาด้วย halothane

### Incidence ของ halothane hepatitis

incidence ที่แน่นอนยังไม่ทราบแน่ชัด แต่ประมาณว่า severe form ของ halothane hepatotoxicity พบได้ตั้งแต่ 1:35,000 ถึง 1:10,000 และสูงถึง 7:10,000 ในรายที่เคยได้รับการดมยาสติบด้วย halothane มาก่อน ส่วนในกรณีที่เป็น mild hepatic reactions คือ halothane ได้แก่มิใช่หลังผ่าตัด. มีค่า transaminase ขึ้นเล็กน้อย พบได้สูงถึง 25% ของผู้ป่วยที่ได้รับ halothane

### Halothane metabolism

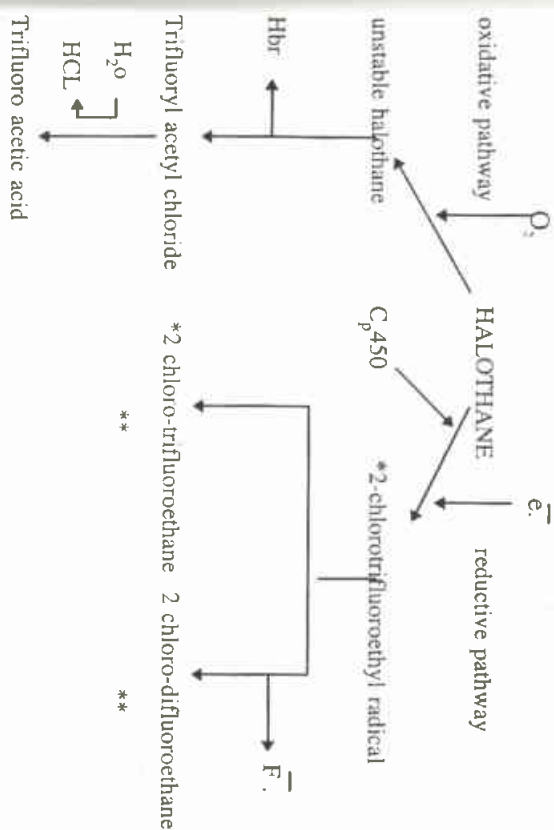
halothane ถูก metabolize 20% ในตับ โดยผ่าน pathway ใหญ่ 2 pathway คือ

1. reductive pathway มักเกิดใน hypoxic state ให้ end product เป็น free radical volatile metabolite 2 ตัวคือ

2-chloro-1,1,1 trifluoroethane ซึ่งเป็น direct hepatotoxic และ 2-chloro-1,1 difluoroethane ซึ่ง metabolite นี้สามารถ bind กับ phospholipid, microsomal enzyme ซึ่งคิดว่าเป็น pathogenesis ในการก่อโรค

2. oxidative pathway เป็น pathway ส่วนใหญ่ที่เกิดขณะคนขาดการใช้ออกซิเจน ได้ end product เป็น trifluoroacetic acid เป็น reactive metabolite จับกับ phospholipid ที่ cell membrane ได้ และคิดว่าก่อให้เกิด immunopathogenic mechanism ทั้ง 2 pathway ถูก metabolize ใน liver โดยอาศัย cytochrome P450 dependent-microsomal enzyme ถ้าได้รับยาที่เป็น microsomal enzyme inducer เช่น Phenobarbital, ethyl alcohol จะเพิ่ม halothane metabolism ซึ่งก่อให้เกิด hepatotoxicity ได้มากขึ้น

### Metabolism pathway of Halothane



\* direct hepatotoxicity

\*\* จับกับ phospholipid ของ cell manbane ของ liver cell

นอกจากนี้ metabolism ของ halothane ยังขึ้นอยู่กับ genetic, environment, occasional exposure ต่อ halothane

ในคนบางจะมีการเพิ่ม anaerobic pathway ซึ่งอาจมาจาก intraoperative/postoperative hypoxemia ทำให้เกิด reductive pathway มี free radical ที่เป็น hepatotoxic substance ที่เป็น product มากขึ้น

## Mechanism ของ Halothane Induced Hepatitis

มีทฤษฎีใหญ่ๆ 3 ทฤษฎีคือ

1. direct hepatotoxicity โดย metabolic ของ halothane ซึ่งได้ free radical ที่เป็น end product จาก reductive pathway จะมีผล direct hepatotoxicity

2. Immunological mechanism ซึ่งมีหลักฐานว่าใน repeated exposure มีโอกาสเกิด halothane hepatitis ได้บ่อย และอาการของผู้ป่วยที่เป็น halothane hepatitis มี systemic feature คือ pyrexia, rash, arthralgia, eosinophilia, และ support data โดย serum ของผู้ป่วยที่เป็น halothane hepatitis สามารถทำปฏิกิริยากับ hepatocyte ของหนูที่ได้รับสารเคมีหลายด้วย halothane

ทั้งหมคนั้นทำให้เชื่อว่า halothane hepatitis เป็น immunological mechanism และในปัจจุบันสามารถหา antibody ต่อ halothane metabolic ได้แล้ว ในสัตว์ทดลอง โดยเป็น antibody ต่อ trifluoroethane

3. hepatic ischemia โดย anesthesia ลด splanchnic blood flow Individual susceptibility ต่อ halothane ขึ้นกับ obesity, systemic hypoxia, impairment of hepatic/splanchnic blood flow, activity of biotransformation pathway, adequacy of cellular protective mechanism, genetic factor

## Clinical features

อาการและอาการแสดงมักเกิดในเวลา 3-5 วันหรืออาจล่าช้าได้ถึง 2-3 สัปดาห์ ในผู้ที่ได้รับ halothane เป็นครั้งแรก ส่วนผู้ที่เคยได้รับ halothane มาก่อนแล้วอาการจะเกิดขึ้นเร็วกว่าคือประมาณ 2-3 วัน หลังได้ halothane

### มี clinical syndrome 2 form

1. 20-25% ของผู้ป่วยจะเป็น subclinical form มีเพียง SGOT, SGPT เพิ่มขึ้นเล็กน้อย มี mild hepatic damage, minor derangement of hepatocellular integrity มักพบใน 1st attack

2. severe form พบน้อยกว่า 1:35,000-1:10,000 มักสัมพันธ์กับ repeated exposure มีอาการ, อาการแสดงของ halothane hepatitis ดังนี้

- ไข้ มักพบในวันที่ 5 ถึงวันที่ 14 หลังได้รับ halothane ส่วนในรายที่เป็น repeated attack จะพบได้เร็วขึ้น คือตั้งแต่วันที่ 3 หลังได้รับ halothane

ลักษณะไข้มักเป็นไข้ตอนบ่าย มี chill, มี sweating 10% มี rash ขณะมีไข้

วันที่ 2-5 ของไข้จะมีอาการ hepatitis คือ nausea, vomiting anorexia, malaise, dark urine

- jaundice พบในวันที่ 6 อาจ delay ถึง 4 สัปดาห์ หลังได้รับ halothane

โดยทั่วไปใน 1st attack มี jaundice ในวันที่ 11

ใน repeated attack จะมี jaundice ในวันที่ 4-6

- มีตับโตและกดเจ็บในช่วงแรก ในระยะหลังตับจะมียาขนาดเล็กลง และใน severe case อาจมี sign of liver failure เช่น ascites, encephalopathy, coagulopathy ก่อให้เกิด fulminant hepatic failure ได้ ซึ่งมี mortality 80%
- ในกรณีที่เป็น severe disease resolution เกิดช้า อาจมี chronic hepatitis เกิดขึ้นได้
- ในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับ halothane นานานถึง 28 วันแล้วก็ยังจะสามารถก่อให้เกิด halothane hepatitis ได้
- clinicalแยกไม่ออกจาก viral hepatitis หรือ fulminant hepatic failure จากสาเหตุอื่นเลย

### Laboratory finding

- เป็น acute hepatocellular necrosis มี transaminase เพิ่มขึ้นได้ถึง 10 เท่าขึ้นไป
- ในระยะหลังมี transaminase ลดลงจาก liver necrosis ไปหมด serum bilirubin จะขึ้นสูงได้มาก โดยเฉพาะในรายที่มี renal failure หรือ hemolysis รวมด้วย
- ซึ่งระดับ bilirubin จะสัมพันธ์กับ prognosis, bilirubin ที่มากกว่า 10 mg/dl จะมี mortality rate ประมาณ 60% ส่วน bilirubin ที่น้อยกว่า 5 mg/dl จะมี mortality ต่ำมาก ALP, GGT เพิ่มขึ้นได้แต่ไม่มากนักไม่เกิน 3 เท่า
- PT มัก prolong ถ้า >20 sec prognosis ไม่ดี
- พบ eosinophilia ได้ 11-40%
- มีรายงานว่าเกิด aplastic anemia ได้
- มี renal failure ได้ใน terminal stage อธิบายจาก hepatorenal syndrome มีรายงานถึง direct nephrotoxicity จาก halothane

- มี serum auto Ab positive ได้คือ anti KLM, antithyroid Ab

### Histopathologic finding

- แยกไม่ออกจาก viral hepatitis
  - ไม่จำเป็นต้องทำ liver biopsy ทุกราย การทำในกรณีที่ไม่สามารถ exclude สาเหตุอื่นได้
  - LM-ลักษณะ เป็น spot parenchymal necrosis หรือจะเห็นเป็น sharply demarcation of centrilobular necrosis, steatosis พบ eosinophil คล้ายกับ drug induced hepatitis ทั่วไป ซึ่งแยกไม่ออกจาก viral hepatitis
  - EM- เห็นเป็น expansion, swelling of smooth muscle endoplasmic reticulum, preserved rough ER พบ herniation of plasma membrane to sinusoid ซึ่งเหมือนกับ viral hepatitis มี mitochondrial damage โดย break out ของ outer membrane, infolding of inner membrane ซึ่งไปแยกจาก viral hepatitis ได้
  - ตำแหน่ง lesion ที่ common-- centrilobular necrosis อาจพบ granuloma formation ได้
- ### Diagnosis
- เนื่องจากอาการ, อาการแสดง, laboratory และ histologic finding ของ halothane hepatitis ไม่มีลักษณะที่ specific ดังนั้นการวินิจฉัยภาวะนี้จึงต้องอาศัยประวัติการใช้ยาหรือการดมยา halothane, ระยะเวลาที่เกิดอาการหลังได้รับยา, lab finding และ exclude สาเหตุอื่นๆออกไป

## Prognosis

overall mortality 10-30%

Adverse prognosis มี

1. อายุ > 60 ปี
  2. อ้วน
  3. multiple exposure
  4. short interval between exposure and symptom and signs
- hepatitis developing

5. previous episode of jaundice after exposure to halothane

6. bilirubin > 200  $\mu$ mol/L

7. PT > 20 sec.

sign ที่ดี ----> appetite เพิ่มขึ้น, ไข้ลดลง, well being ดีขึ้น follow-up

histopathology----> restitution of normal hepatic architecture มี report เพียง

3 case ที่เป็น chronicity architecture และ cirrhosis 1st cases ใน anesthetist

expose to halothane repeatedly อีก 2 case ----> pathologic finding เป็น

chronic active hepatitis ใน 4 เดือนหลัง exposure

## Risk factor ของการเกิด halothane hepatitis

เพิ่มขึ้นกับ dose, duration ที่ได้รับยา

risk factor

1. sex หญิง : ชาย 2:1 เป็น idiosyncratic drug reaction

2. age 40-60 ปี ในเด็กพบการเกิด halothane hepatitis น้อย เพราะ hepatocyte ของเด็กมีความต้านทานต่อ injury มากกว่าผู้ใหญ่, มี more efficient repair process, มี higher protecting agent : glutathione

3. repeat administration relate to immunological mechanism

4. obesity store halothane ได้มากกว่า เกิด metabolism ได้มาก

การ มี poor liver oxygenation โดยเฉพะาระบาดมยา

stereolytic characteristic : ผู้หญิงชว่น postmenopause มีประวัติ

multiple exposure ต่อ halothane ภายใน 28 วัน

5. genetic

6. enzyme induction เช่นในผู้ป่วยที่ได้รับ phenobarbital ซึ่งเป็น

enzyme inducer ทำให้เกิด free radical ที่เป็น metabolite เพิ่มขึ้น

7. hepatic hypoxia ทำให้ mechanism ของ halothane ผ่าน reductive

pathway เพิ่มขึ้น เกิด metabolite ที่เป็น free radical มากขึ้น

8. pre existing liver disease ไม่มีหลักฐานเด่นชัดว่าเพิ่ม risk แต่ควร

หลีกเลี่ยง

## Treatment

- supportive

- symptomatic

- liver transplantation ในรายที่มีการลุกลามของโรคอย่างรวดเร็ว จน

เป็น fulminant hepatitis

- ส่วนการใช้ steroid นั้น พบว่าไม่ประโยชน์



- ป้อนใหม่ reexposure

## Prevention

- ซักประวัติ ถึง previous anesthesia
- ห้ามใช้ halothane ในรายที่เกิด unexplained jaundice, nausea, fever หลังจากรับ halothane ก่อนหน้านี้
- ควรหลีกเลี่ยงในรายที่มีประวัติครอบครัวของ halothane hepatitis
- หลีกเลี่ยงการใช้ halothane ในรายที่เพิ่งได้รับ halothane มาในระยะเวลาอันสั้นก่อนหน้านั้น ช่วงเวลาที่ปลอดภัยประมาณ 3-6 เดือน
- อาจมี cross reaction กับ methoxyflurane, enflurane
- เลือกลำโพงที่ปลอดภัยกว่า เช่น Isoflurane

## References

1. Gelman S, Van Dyke RA. Mechanism of halothane-induced hepatotoxicity. Another step on a long path. *Journal of Anesthesiology* 1988;68:479-481
2. Elliott RH. Hepatotoxicity of volatile anesthetics. *British Journal of Anesthesia* 1993;70:339-345
3. Kenna JG. The organ toxicity of inhaled anesthetics. *Journal of anesthesiology* 1995;81:551-566
4. Ray DC, Drummond GB. Halothane hepatitis. *British Journal of Anesthesia* 1991;67:84-99

5. Coussing MJ. Risk factor for halothane hepatitis. *Australia, Newzealand J Surg* 1989;59:5-14

6. Carney FMT, Van Dyke RA. Halothane hepatitis: a critical review. *Anesth Analg (Cleve.)* 1972;51:135

7. Weight R, Eade OE, Christolm M, et al. The morphologic spectrum of halothane-induced hepatic injury analysis of 77 cases. *Hepatology* 1985;5:1163

9. Neuverger J, Kenna JG. Halothane hepatitis: a model of immune mediated drug hepatotoxicity. *Clin Sci* 1987;72:263

10. Pohl JR. Drug-induced allergic hepatitis. *Semin Liver Dis* 1990;10:305

11. Touloukian J, Kaplowitz N. Halothane-induced hepatitis *Semin Liver Dis* 1981;1:134-142

12. Brown BR. Halothane hepatitis revisited. *N Eng J Med* 1985;313:1347-1348

13. Bottinger LE, Dalen E, Hallen B. Halothane-induced liver damage: an analysis of the material reported to the Swedish adverse drug reaction committee 1966-1973

14. Holt C, Csete M, martin P. Hepatotoxicity of anesthetics and other central nervous system drugs. *Gastro Chi North America* 1995;24:853-874

## Hepatotoxicity due to antituberculosis treatment

15. Bass NM, Ockner RK. Drug-induced liver disease in: Zakim D, Boyer TD, eds. *Hepatology: A Textbook of Liver disease*. W.B. Saunders. 1996;962-1017
16. Zimmerman HJ, Madolrey WC. Toxic and druginduced hepatitis in : Schiff L, Schiff ER, eds. *Disease of the Liver*. J.B. Lippincott 1993.707-783

พญ.ดวงพร ทองงาม  
นพ.พิสิฐ ตังกิจวานิชย์  
ศ.มพ.สังพันธ์ อิศรเสนา  
รพ.จุฬาลงกรณ์

วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่แพทย์ทุกคนรู้จักดี สถิติผู้ป่วยวัณโรคเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จนในปี ค.ศ.1993 องค์การอนามัยโลกได้กำหนดว่าวัณโรคเป็นปัญหาที่ประเทศกำลังพัฒนาทั้งหลายต้องรีบแก้ไขอย่างเร่งด่วน โดยคาดว่าผู้ป่วยวัณโรคในโลกจะเพิ่มขึ้นจาก 7.5 ล้านคนในปี ค.ศ. 1990 เป็น 11.9 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2005<sup>(1)</sup>

สำหรับประเทศไทยก็มีมาตรการที่จะควบคุมวัณโรคมิให้เกิดการแพร่ระบาดมีการใช้ยาทั้งแบบมาตรฐาน (Standard) และการรักษาแบบระยะสั้น (Short course) ซึ่งให้ผลการตอบสนองที่ดี

### ชนิดของยาต่อเชื้อวัณโรค

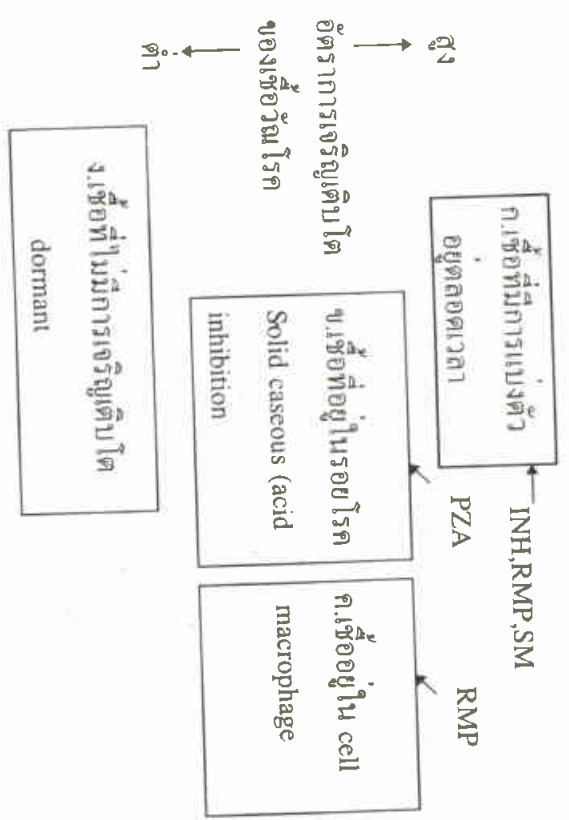
ยารักษาวัณโรคแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ

1. ยาที่มีฤทธิ์ทำลายเชื้อวัณโรค (Bactericidal activity) ได้แก่ INH, streptomycin, rifampicin, Pyrazinamide ซึ่งยาเหล่านี้สามารถฆ่าตายเชื้อได้ ตั้ทำให้หายขาดจากโรคได้ แต่การรักษาไม่ครบ จะทำให้เชื้อยังคงอยู่เรียกว่า Treatment failure และนอกจากนี้ยา Rifampicin , pyrazinamide, INH ยังมี

ฤทธิ์ทำลายหลอดเชื้อ (Sterilizing activity) สามารถกำจัดเชื้อที่ตกค้างในรอยโรควัณโรค (persister) ซึ่งการรักษาไม่ครบที่ทำให้เกิดการกลับเป็นซ้ำหลังหยุดยาได้ เรียกว่า Relapse

2. ยาที่มีฤทธิ์ยับยั้งการเจริญของเชื้อวัณโรค (Bacteriostatic activity) ได้แก่ Ethambutol, Cycloserine, Thiacetazone ยาเหล่านี้มีผลในการยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อมอกเซลล์ และช่วยป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยา INH ด้วย

ภาพที่ 1 ฤทธิ์ของยาต่อเชื้อวัณโรคกลุ่มต่าง ๆ ในรอยโรค<sup>(2)</sup>



ผลข้างเคียงของยาต้านวัณโรค<sup>(3,4)</sup>

- Isoniazid : Hypersensitivity reaction, rash, hepatitis, peripheral neuropathy, lupus like syndrome, psychosis, convulsion
- Rifampicin : Flu like syndrome, hepatotoxicity, rash, hypersensitivity, drug interaction, orange color body fluids
- Pyrazinamide : GI symptoms, hepatotoxicity, increased uric acid level, arthritis
- Ethambutol : Optic neuritis, joint pain, mental confusion, skin rash
- Streptomycin : Ototoxicity, Nephrotoxicity, vestibular dysfunction
- Cycloserine : CNS side effects such as headache, tremors, confusion, psychosis, depression

## Hepatotoxicity

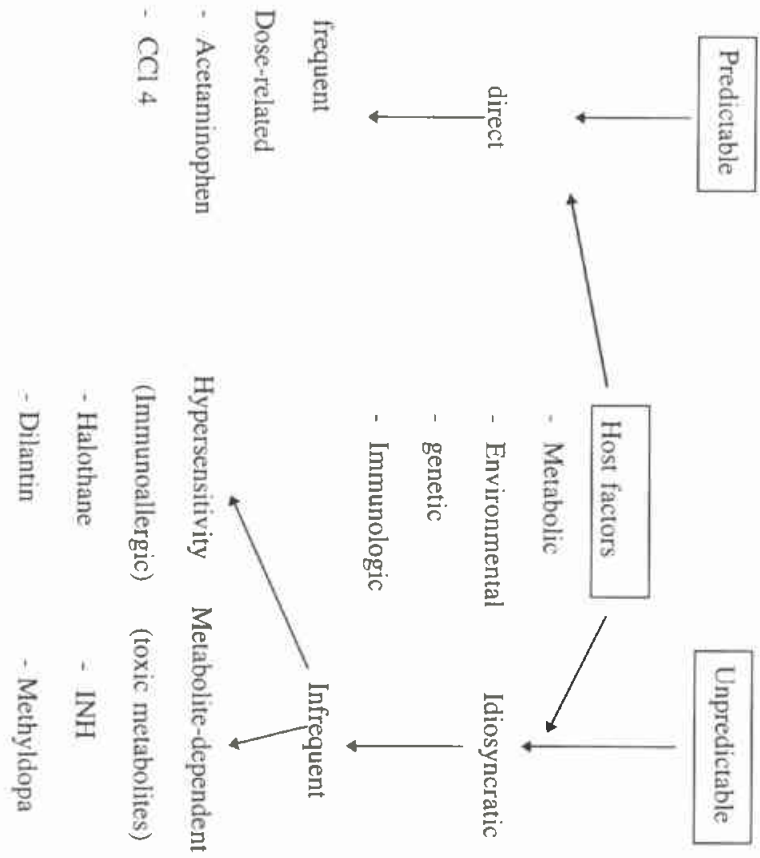
ในคนที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านเชื้อวัณโรคนั้น พบว่าโดยทั่วไป

สามารถพบความผิดปกติของการทำงานของตับได้ (Abnormal LFT) 10-25% ของทั้งหมดซึ่งจะแสดงอาการของตับอักเสบ (Clinical hepatitis) ประมาณ 3%<sup>(5)</sup> ซึ่งในจำนวนนี้มีอัตราตาย 4-12%<sup>(6)</sup> โดยพบว่าถ้าให้ INH อย่างเดียว พบว่าอุบัติการณ์การของตับอักเสบ 0.6% ถ้าให้ INH ร่วมกับยาอื่นที่ไม่ใช่ RMP พบอุบัติการณ์การของตับอักเสบ 1.6% แต่ถ้าให้ยาทั้งสองรวมกันจะเกิดอุบัติการณ์การของตับอักเสบถึง 2.7%<sup>(9)</sup>

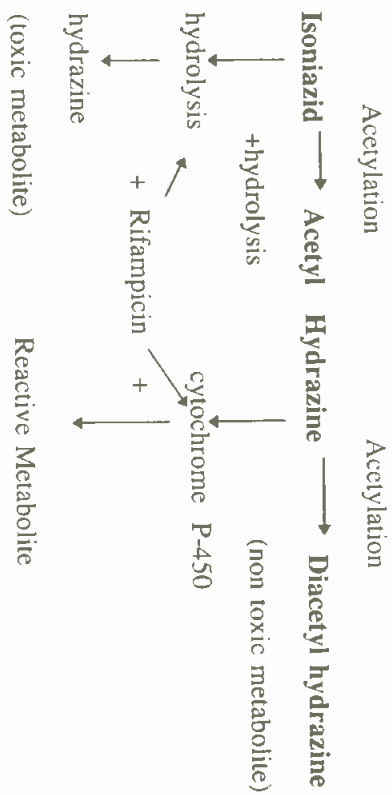
### Diagnosis Clinical criteria for drug-induced hepatotoxicity<sup>(10)</sup>

1. Definite
  - Positive rechallenge
  - Positive dechallenge
  - Onset associated (1-4 wks)
  - (exclude hepatitis A,B,C,bile duct disease etc)
3. Possible
  - Onset associated
  - Incomplete exclusion of alternatives
4. Unlikely
  - No onset associated
  - Plausible alternative likely

## กลไกการเกิด hepatotoxicity



โดยพบว่า Metabolite ของ INH เกิดจากการ Acetylation เพื่อให้ได้ acetyl hydrazine ซึ่งเป็น Active metabolite และ Diacetyl hydrazine ซึ่งเป็น non toxic metabolite แต่จากเส้นทาง hydrolysis จะได้เป็น hydrazine ซึ่งเป็น toxic metabolite โดยเฉพาะถาวรร่วมกับได้รับ Rifampicin โดยผ่านทาง cytochrome P450 จะทำให้เป็นพิษมากขึ้น<sup>(8)</sup> ดังรูป



**Isoniazid**

ออกฤทธิ์โดยยับยั้ง mycolic acid synthesis ในการสร้าง cell wall

**Hepatotoxicity**

- $\rightarrow$  Minor hepatic dysfunction พบได้ 10-20% มักไม่มีอาการสามารถดีขึ้นได้เอง แม้ได้เริ่มการรักษาต่อไป
- $\rightarrow$  Overt acute hepatitis พบได้ 1% ส่วนใหญ่แสดงอาการภายใน 2-3 เดือน อาการแตกต่างจาก viral hepatitis โดยสามารถพบ histopathology ดังแต่เป็น Spotty จนถึง diffuse necrosis 10% พบเป็น mixed cholestatic hepatitis
- $\rightarrow$  Chronic active hepatitis 10%

**Rifampicin**

ออกฤทธิ์โดยการยับยั้งการสร้าง Protein (Block Transcription, synthesis of mRNA)

**Hepatotoxicity**

- $\rightarrow$  Cholestasis เป็น dose-related โดยมีการยับยั้งการuptake และการหลั่งของ bilirubin
- $\rightarrow$  Hepatitis (Idiosyncratic ?) ไม่ทราบกลไกการเกิด

**Pyrazinamide**

กลไกการออกฤทธิ์ยังไม่ทราบแน่ชัด แต่มี sterilizing activity ที่ใน acid PH

**Hepatotoxicity**

- $\rightarrow$  Hepatitis เป็น dose-related พบว่าที่ขนาด 40-50 mg/kg จะพบการเพิ่มขึ้นของ Transaminase ได้ 20%, overt hepatitis 8% แต่ถ้าให้ขนาด 20-35 mg/kg ที่รักษาอยู่นี้ ปัจจุบันพบว่าเกิด toxicity น้อยมาก (57)

**Predictive factors for hepatotoxicity due to anti TB drugs**

1. อายุมาก โดยพบว่า อายุ < 35 ปี risk ต่อ liver damage น้อยกว่า 0.3% แต่อาจอายุมากกว่า 50 ปี โอกาสเสี่ยงเพิ่มเป็น 2.3% (10,11)
2. Pregnant women (12)
3. Chronic alcoholic and Chronic liver disease (11)

4. Nutrition status ในคนที่ Body mass index ต่ำ หรือมี Malnourished  
โอกาสเสี่ยงเพิ่มขึ้น (3,6)
  5. Concomitant drugs
  6. AIDS
- ส่วนที่เพิ่ม risk ได้แก่ hepatitis B carrier (3,4) ส่วนเรื่องของ Acetylator status พบว่ามีรายงานทั้ง Rapid และ slow acetylator เพิ่ม risk ต่อ hepatotoxicity แต่จากรายงานใหญ่ของ South Indian (15) พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ในแง่ของ acetylator status

### Recommendation of Monitoring LFT

- บริษัท *Marrion Merrell Dow* จำกัด ผู้ผลิต INH,RMP,PZA แนะนำให้เจาะ LFT ก่อนเริ่มยา และทุก 2-4 สัปดาห์ในระหว่างรักษา สำหรับผู้มี Impaired liver function และหยุดทันทีเมื่อมี sign of hepatocellular damage
- บริษัท *Cambridge Laboratories* ผู้ผลิต INH แนะนำให้เจาะ LFT ทุกเดือน และหยุด INH เมื่อ Transminase ขึ้นมากกว่า 3 เท่าของ upper limit of normal
- บริษัท *Ciba Laboratories* จำกัด ผู้ผลิต INH, RMP แนะนำให้เจาะ LFT เป็นระยะๆ (periodically)
- บริษัท *Merck Sharpe and Dohme* จำกัด แนะนำให้เจาะ LFT ทุก 2-4 สัปดาห์ และให้หยุดยาทุกตัวถ้ามึน sign of hepatocellular damage

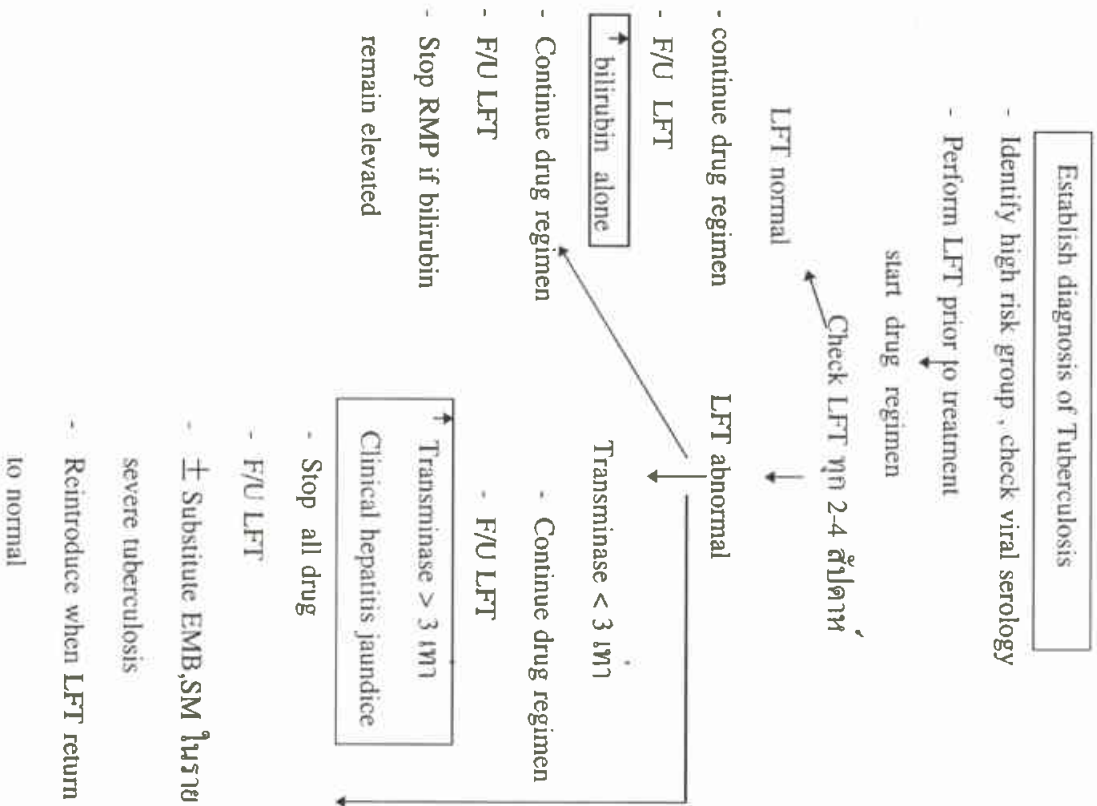
ขอควรปฏิบัติสัปดาห์ก่อนให้ยารักษาวัณโรค ควรแนะนำให้ทราบถึงผลข้างเคียงของยา ในรายที่ดื่มเหล้าควรแนะนำให้เลิก ควรเจาะ LFT ในผู้ป่วยเฉพาะรายที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด hepatotoxicity ก่อนการรักษามะเร็งทุก 2-4 สัปดาห์ ในระหว่างรักษาโดยเฉพาะช่วง 2 เดือนแรกของการเริ่มยา แนะนำผู้ป่วยทุกรายว่าอาการผิดปกติของ GI upset หรือมีไข้ขึ้น ให้รีบมาพบแพทย์โดยพบว่าในรายที่มี clinical hepatitis จะมีอาการนำมาก่อนเป็นส่วนใหญ่ 61% (6) และให้หยุดยาทุกตัวทันทีเมื่อ

1. Transminase เพิ่มขึ้นมากกว่า 3 เท่า ของ upper limit of normal
2. มี Clinical hepatitis
3. มี jaundice

ให้ติดตาม LFT ทุก 1-2 สัปดาห์ จน LFT ลงกลับมาปกติ แต่ถ้ามึนรายที่อาการจาก tuberculosis รุนแรง ในระหว่างนี้ก็เลือกให้ยาที่ปลอดภัยด้วยตัวใดเช่น Ethambutol, Streptomycin เพราะพบว่า risk ที่จะเสียชีวิตจาก hepatotoxicity จากยาเท่ากับ 4-12%

ส่วนในรายที่มึนแต่ bilirubin ขึ้นอย่างเดียว โดย transminase ปกติ อาจให้ยาต่อไปได้เพราะส่วนใหญ่มึนเกิดจาก transient interfeere bilirubin excretion จาก Rifampicin แต่ถ้ามึน bilirubin ขึ้นมากกว่า 3 mg/dl หรือติดตามไปแล้วพบว่ายังไม่ลดลงหรือเพิ่มขึ้นอีกใน 2 สัปดาห์ ก็ให้หยุดยาทุกตัว

รูปที่ 2 protocol for antituberculosis drugs and possible hepatotoxicity



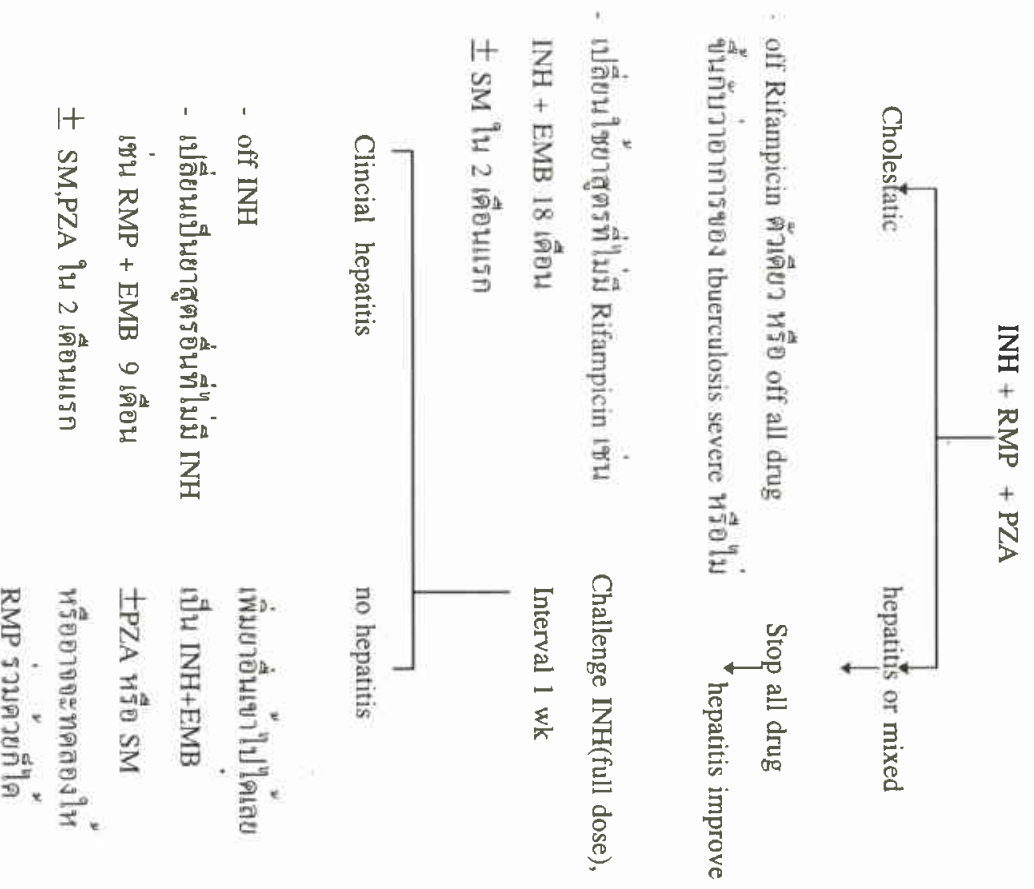
มี Study ว่างชื่อ Ciprofloxacin ในช่วงที่ off ยาทุกตัวได้เพราะ proven efficacy and safety (13) แต่ในประเทศไทยคิดว่าควรเก็บยาตัวกลุ่มนี้ไว้ใช้สำหรับกลุ่มวัณโรคคือยา (multidrug resistance TB) จะดีกว่า

หลังหยุดยาจะพบว่าส่วนใหญ่ 83.3% จะดีขึ้นภายใน 1-2 สัปดาห์ (6) แต่ก็มีบางรายใช้เวลามากกว่า 1 เดือน อาการ hepatitis จึงจะดีขึ้น มีบางรายจะเกิดเป็น fulminant hepatitis และเสียชีวิตจาก Acute liver failure แม้หยุดยาแล้วก็ตาม พบได้ 12.5% โดยพบว่ากลุ่มที่เสียชีวิตมี duration of Treatment before recognition of hepatitis นานกว่ากลุ่มที่เหลืออย่างมีนัยสำคัญ (6)

หลังจากที่ liver function และ Clinical กลับสู่ปกติแล้วก็เริ่ม reintroduction ยากลืนเข้าไปใหม่ ยังไม่มี study เปรียบเทียบว่าควรเริ่มยาชนิดใด ขนาดเท่าไร แต่พบว่าอาการเกิด hepatotoxicity จากยา INH นั้นเกิดจากภาวะ hypersensitivity มีผื่น, Eosinophilia, ปวดข้อ น้นน้อยมาก 1.3% ซึ่งไม่มีความจำเป็นที่จะต้องเริ่ม treat ยาที่ระคายเคืองในผู้ป่วยทุกคน ควรให้ยาในขนาดที่ full dose ของ INH ไปด้วย หลังจากที่เราติดตามแล้ว LFT ยังปกติก็ให้เริ่มยา Rifampicin ไปด้วย โดยพบว่าส่วนใหญ่จะได้ successful reintroduced 93% (6) ในรายที่เหลือก็ยังไม่มี clinical hepatitis อีกก็ให้เปลี่ยนกลุ่มที่ less hepatotoxicity ไปด้วย

แต่อาการของ hepatotoxicity เป็นจาก cholestatic จาก RMP ก็ให้หยุดยา RMP แล้ว Challenge ด้วย INH full dose ร่วมกับ Ethambutol ± streptomycin ใน 2 เดือนแรก โดยหลีกเลี่ยงการใช้ RMP ก็พบว่าได้ผลดี

**guideline in challenging Anti-Tuberculosis drugs**



**References:**

1. Center for disease Control and Prevention. Estimates of future global tuberculosis morbidity and mortality MMWR 1993;42:901-964
2. ประภาพร ขงใหญ่ทร “การรักษาวินิจฉัยระยะขั้น” วารสารคลินิก 2529;2:12:9-14
3. Singh J , Arora A,Garg PK et al. Antituberculosis treatment-induced hepatotoxicity : role of predictive factors. Postgrad Med J 1995; 71; 359-362
4. Yoshikawa TT, Nagami PH, Adverse drug reactions in TB therapy : Risks and recommendations:Geriatrics 1982;37:7:61-68
5. Thompson NP, Caplin ME, et al : Anti-tuberculosis medication recommendations in management: Eur Respir J 1995;8:1354-1388
6. Singh J,Pramod K. et al : Hepatotoxicity due to antituberculosis therapy. Clinical Profile and Reintroduction of therapy : J Clin Gastroenterol 1996;22(3):211-4
7. Pochet S, Perdirizet S: Toxicity of pyrazinamide in antituberculosis treatments. Revue Francarise des Maladies Respiratoires 1980. 8 (4) : 307-30



8. Sarma GR, Immanuel C et al : Rifampin-induced release of hydrazine from isoniazid. A possible cause of hepatitis during treatment of tuberculosis with regimens containing isoniazid and rifampin : Am Res respir dis 1986;133(6):1072-5
9. Seele MA, Burh RF, Des Prez RM .Toxic hepatitis with isoniazid and rifampicin. A meta-analysis. Chest 1991;99:465-471
10. Isoniazid-associated hepatitis : summary of the report of the tuberculosis. Advisory Committee and Special Consultants to the Director, Center for Disease control . MMWR 1974;23:97-8
11. Gronhagen-Riska C, Hellstrom PE, Froxth B. Predisposing factors in hepatitis induced by isoniazid-rifampin treatment of tuberculosis. Am Rew respir Dis 1978;118:461-6
12. Mouldings TS, Redecker SG, Kanel GC. Twenty isoniazid-associated deaths in one state. Am Rew Respir Dis 1989;140:700-705.
13. Kennedy N, Fox R, Kosyombe GA, et al . Early bacteriocidal and sterilizing activities of ciprofloxacin in pulmonary tuberculosis Am Rew Respir Dis 1993;148:1547-1551
14. Mc Glynn KA, Lustbader FD, Shanar RG, Murply EC, London WT. Isoniazid prophylaxis in hepatitis B carrier . Am Rew Respir Dis 1986;134:666-8
15. Gurumurthy P, Krishnamarthy MS, Nazareth O, et al. Lack of relationship between hepatic toxicities and acetylator phenotype in three thousand South Indian patients during treatment with isoniazid for tuberculosis. Am Rew Respir Dis 1984;129:58-61
16. Kaplowitz N. Drug Metabolism and hepatotoxicity . In textbook of liver and biliary disease, vol 2,1992, 82-97
17. สว่าง แสงหิรัญวัฒนา .ภาวะตับอักเสบที่กลืนกันแบบการรักษารโรค Pulmonary TB ระยะสั้น; วารสารคลินิก ปีที่ 11 ฉบับ 2 หน้า 158

**32nd Annual Meeting of the European Association for**

**The Study of the Liver (EASL)**

April 9-12, 1997

London, UK.

**98th Annual Meeting of AGA (DDW)**

May 11-14, 1997

Washington, DC., USA.

**Intestinal Week in the Black Forest 1997**

(Falk Symposium)

May 25-30, 1997

Tiisee and Freiburg, Germany.

**Internation Symposium on Viral Hepatitis  
and Perspective from the ASEAN Region**

September 10-12, 1997

Bangkok, Thailand

**10th Intenational Workshop on Gastroduodenal Pathology**

**and Helicobacter pylori (European Helicobacter pylori Study Group)**

September 12-14, 1997

Lisbon, Portugal

**6th United European Gastroenterology Week (EUGW)**

October 18-23, 1997

Birmingham, Great Britain.

**48th Annual Meeting of the American Association for  
the Study of Liver Disease (AASLD)**

November 7-11, 1997

Chicago, USA.

**Alimentary Disease Week Hong Kong 1997**

(3rd Asian AGA Course)

December 12-17, 1997

Hong Kong, China.

## บรรณาธิการแสดง

สวัสดีครับท่านสมาชิกสมาคมฯทุกท่าน

### ขอเชิญชวนท่านสมาชิกทุกท่าน โปรดส่ง

1. บทความทางวิชาการ ในรูปแบบต่างๆ มาตีพิมพ์ในวารสารของสมาคมฯ
2. คำแนะนำ ดิฉัน เพื่อปรับปรุงให้วารสารสมาคมฯ น่าอ่าน และมีคุณภาพ

มาที่

บรรณาธิการ

วารสารสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

ตึกมะฮอม ชั้น 1 โรงพยาบาลศิริราช

ถนนพหลโยธิน บางกอกน้อย

กรุงเทพฯ 10700

โทร 410-7200-9 โทรสาร 411-5019

วารสารสมาคมฯ ที่อยู่ใหม่ของท่านนี้ได้มีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบ (ลีป) ใหม่ เพื่อต้อนรับการเปลี่ยนแปลงคณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯชุดใหม่ โดยที่ท่านนายกสมาคมฯท่านใหม่คือ ศ.นพ.สวัสดิ์ ทิศชนันท์ ส่วนบรรณาธิการวารสารสมาคมฯเป็นคุณเดิมคือผม ซึ่งได้รับการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งบรรณาธิการสมาคมนักวาระหนึ่งและรับผิดชอบในการจัดทำวารสารสมาคมฯด้วย อันที่จริงผมไม่เอ่ยกรับตำแหน่งบรรณาธิการสมาคมฯอีกวาระหนึ่งเพราะผลคิดว่าการทำงานเดิมที่หนึ่งวาระ (2 ปี) กำลังดีแล้ว ถ้าหากว่ามีความตั้งใจในการทำงานจะเริ่มน้อยลง การพัฒนาจะไม่ค่อยมี ผมจึงต้องการให้สมาชิกท่านอื่นได้เข้ามามีส่วนร่วมในการทำงานตรงนี้ และได้มีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีและก้าวหน้ายิ่งขึ้นจนได้ถึงที่อยู่นั้น และผมเองมีการวิจัยที่จะต้องทำเพิ่มขึ้นคือรับเป็นเลขานุการของภาควิชาอายุรศาสตร์ซึ่งเป็นงานใหญ่และหนักมากสำหรับผม ประกอบกับงานเดิมคือเป็นผู้ช่วยคณบดีฝ่ายการศึกษาต่อเนื่องของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ซึ่งเป็นงานประจำที่ท้ออยู่แล้ว บางครั้งจะไม่สามารถทุ่มเทการทำงานให้กับสมาคมฯได้เท่าที่ควร แต่เมื่อรับแล้วก็จะพยายามทำให้เต็มที่ ถ้าไม่ไหวจริงๆก็คงต้องขอขานญาติลาออกไป

ในส่วนบรรณาธิการวารสารสมาคมฯ นี้ผมคงช่วยทำได้ระยะหนึ่งแล้วควรเริ่มมารับผิดชอบจากผมไป หากสมาชิกท่านใดที่สนใจสมัครการทำงานสื่อและสนใจจะทำต่อไปรอบอกมาได้เลยนะครับผมจะยินดีเป็นอย่างมาก สำหรับวารสารสมาคมฯฉบับนี้ แม้รูปแบบภายนอกจะเปลี่ยนไปแต่เนื้อหารายในยังคงเข้มข้นเหมือนเดิมโดยเฉพาะด้านวิชาการ มีทั้ง case ปัญหาผู้ป่วย และ review ที่น่าสนใจมาก และยังมีข่าวสารวารสารเคลื่อนไหวในการดำเนินงานต่างๆของสมาคมฯที่ท่านได้รับรู้เช่นเคย แล้วพบกันใหม่ฉบับหน้าครับ

ปล. รูปชื่อของนายกสมาคมฯท่านใหม่ในคอลัมน์แนะนำนายกสมาคมฯ คำไฮไลท์ที่เพิ่มขึ้นใช้เงินส่วนตัวของนายกสมาคมฯ

นพ.อุดม คชินทร

