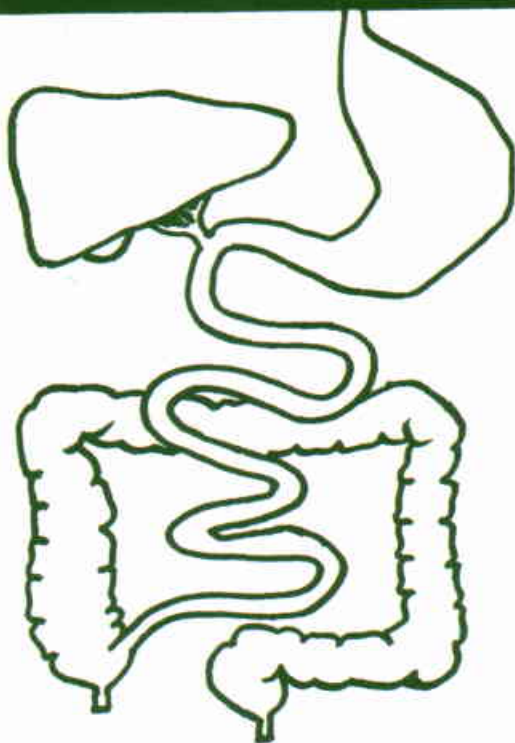


จุลสาร

# สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหาร แห่งประเทศไทย

ฉบับที่ 24 เมษายน 2541

ISSN 0857-





## สมาคมแพทยระบบทางเดินอาหาร แห่งประเทศไทย

จุลสารสมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย จัดพิมพ์  
โดยอนุมัติของคณะกรรมการอำนวยการสมาคมแพทยระบบทางเดินอาหาร  
แห่งประเทศไทย กำหนดออกทุก 2 เดือน แจกจ่ายโดยไม่คิดมูลค่าแก่สมาชิก  
ของสมาคมฯ ตลอดจนห้องสมุดโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลประจำ  
จังหวัดทั่วประเทศ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมความรู้โรคระบบทางเดิน  
อาหาร และประชาสัมพันธ์กิจกรรมของสมาคมฯ

สำนักงาน:-

หน่วยทางเดินอาหาร

ตึกอายุรกรรมธนະรัชต์

รพ.พระมงกุฎเกล้า

ถ.ราชวิถี

ราชเทวี

กรุงเทพฯ 10400

โทร/โทรสาร 644-7113

# สมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

ปีที่ 6 ฉบับที่ 24

เมษายน 2541

ISSN 0857-6351

## รายนามคณะผู้จัดทำจุลสารฯ

ที่ปรึกษา	นพ.สวัสดิ์	หิตะนันท์
บรรณาธิการที่ปรึกษา	นพ.สิน	อนุราชฎ์
บรรณาธิการ	พ.อ.นพ.อนุชิต	จุฑะพุทธิ
กองบรรณาธิการ	พ.อ.นพ.สุวัฒน์	เลขยานนท์
	น.อ.นพ.บรรเจดศักดิ์	อากาศบดี
	นพ.มานิต	ลีโทชวลิต
	นพ.นุสนธิ์	กลัดเจริญ
	นพ.ศตวรรษ	ทองสวัสดิ์
	นพ.สิริวัฒน์	อนันต์พันธ์พงศ์
	นพ.ทวีศักดิ์	แทนวันดี
	นพ.ธีระ	พิรัชวิสุทธิ
	พญ. โฉมศรี	โมยิตชัยวัฒน์
ปก	นายเอนก	เกตุสมพร
พิมพ์ที่	ศุภวานิช	การพิมพ์
จำนวน	2,000	เล่ม

# จุลสารสมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

ปีที่ 6 ฉบับที่ 24

เมษายน 2541

## สารบัญ

	หน้า
รายนามคณะกรรมการอำนวยการ	
สมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย	4
สารจากนายกสมาคมฯ	9
รายงานการประชุมคณะกรรมการอำนวยการ	
สมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย ครั้งที่ 10/2540	14
รายงานการประชุมคณะกรรมการอำนวยการ	
สมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย ครั้งที่ 1/2541	21
Interhospital GI Conference ครั้งที่ 1/2541	
Case 1 Complicated Amoebic Liver Abscess	30
Case 2 Chronic Diarrhea with Diffuse Thickening of Intestinal Wall	34
Interesting Topics Review	
Choledochal Cyst	39
Immunoproliferative small intestinal disease (IPSID)	54
Treatment of Hepatocellular Carcinoma	64
บทความพิเศษ	
ในอดีตที่ผ่านมา	80
ควันทงและเบื่องหลังการจัคประชุม International Symposium on Viral Hepatitis and Perspective from the ASEAN Region	90
CME ในยุค IMF	103
บรรณาธิการแถลง	115

รายนามคณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯ

วาระปี 2540-2541

1.	นพ.สวัสดี	หิตะนันท์	นายกสมาคมฯ
2.	นพ.ประวิทย์	เลิศวีระศิริกุล	อุปนายก
3.	นพ.อนุชิต	จุกะพุทธิ	เลขาธิการ
4.	พญ.วีณา	วงศ์พานิช	เหรียญก
5.	พ.อ.นพ.สุรพล	ชื่นรัตนกุล	ปฏิคม
6.	นพ.กำธร	เผ่าสวัสดิ์	ประธานฝ่ายวิจัย
7.	พญ.วโรชา	มหาชัย	ประธานฝ่ายวิชาการ
8.	นพ.เต็มชัย	ไชยนวัติ	ประธานฝ่ายโรคตับ
9.	นพ.บัญญัติ	โอวาทพารพร	ประธานฝ่ายเอ็นโดสโคปี่
10.	นพ.สิน	อนุราษฎร์	ประธานฝ่ายวารสาร
11.	นพ.สถาพร	มานัสสถิตย์	ประธานฝ่ายการศึกษา หลังปริญญา
12.	นพ.ไพโรจน์	เหลื่องโรจนกุล	ประธานฝ่ายวิเทศ สัมพันธ์
13.	พญ.กรรณิการ์	พรพัฒน์กุล	กรรมการกลาง
14.	นพ.จรินทร์	โรจน์บวรวิทยา	กรรมการกลาง
15.	พญ.ชุติมา	ประมุขสินทรัพย์	กรรมการกลาง
16.	น.อ.นพ.ทศพร	วิเศษรจนา ร.น.	กรรมการกลาง

17.	นพ.ทองดี	ชัยพานิช	กรรมการกลาง
18.	พญ.นฤมล	ศรีสุธาพรหม ฮาร์โรกราฟ	กรรมการกลาง
19.	น.อ.นพ.บรรเจิดศักดิ์	อากาศบดี	กรรมการกลาง
20.	นพ.พงษ์พีระ	สุวรรณกุล	กรรมการกลาง
21.	นพ.พิศาล	ไม้เรียง	กรรมการกลาง
22.	นพ.มานิต	สีโทขวลิต	กรรมการกลาง
23.	พ.ต.อ.นพ.วรพันธุ์	เสาวรส	กรรมการกลาง
24.	นพ.วิทยา	วัฒนภาส	กรรมการกลาง
25.	นพ.วิกิจ	วีรานูวัตต์	กรรมการกลาง
26.	พญ.ศศิประภา	บุญญพิสิฏฐ์	กรรมการกลาง
27.	พ.ท.นพ.สุรพล	สุวรรณศรีรัฐ	กรรมการกลางและ รองประธานฝ่าย การศึกษาหลังปริญญา
28.	นพ.เกรียงไกร	อัครวงศ์	ที่ปรึกษา
29.	นพ.จินดา	สุวรรณรักษ์	ที่ปรึกษา
30.	นพ.พินิจ	กุลละวณิชย์	ที่ปรึกษา
31.	พล.ต.นพ.วิชัย	ชัยประภา	ที่ปรึกษา
32.	นพ.สมหมาย	วิไลรัตน์	ที่ปรึกษา
33.	นพ.สังพันธ์	อิสรเสนา	ที่ปรึกษา
34.	พล.อ.ต.นพ.สุจินต์	จารุจินดา	ที่ปรึกษา
35.	นพ.สุชา	คุระทอง	ที่ปรึกษา

**รายนามคณะอนุกรรมการฝ่ายต่างๆของ  
สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย**

**รายนามคณะอนุกรรมการฝ่ายวิจัย**

1.	นพ.กำธร	เผ่าสวัสดิ์	ประธาน
2.	นพ.สมพันธ์	บุญยุปต์	อนุกรรมการ
3.	นพ.อมร	ลีลารัมย์	อนุกรรมการ
4.	นพ.พิศาล	ไม้เรียง	อนุกรรมการ
5.	พญ.ชุติมา	ประมูลสินทรัพย์	อนุกรรมการ
6.	นพ.พลรัตน์	วีไลรัตน์	อนุกรรมการ
7.	พ.อ.นพ.อนุชิต	จุกะพุทธิ	อนุกรรมการ
8.	นพ.สถาพร	มานัสสถิตย์	อนุกรรมการ
9.	น.พ.มานิต	ลีโทชวลิต	อนุกรรมการ
10.	นพ.นุสนธิ์	กัตติเจริญ	อนุกรรมการ
11.	พ.ศ.อ.นพ.วรพันธุ์	เสาวรส	อนุกรรมการ
12.	นพ.จรินทร์	โรจน์บวรวิทยา	อนุกรรมการ
13.	นพ.บัญญัติ	โอวาทพารพร	อนุกรรมการ
14.	นพ.อุดม	คชินทร	อนุกรรมการ
15.	นพ.ศตวรรษ	ทองสวัสดิ์	อนุกรรมการ

**รายนามคณะอนุกรรมการฝ่ายวิจัย**

1.	นพ.เต็มชัย	ไชยнуวัติ	ประธาน
2.	นพ.ไพโรจน์	เหลือจโรจนกุล	รองประธาน
3.	นพ.อนุชิต	จุกะพุทธิ	เลขานุการ
4.	นพ.ทวีศักดิ์	แทนวันดี	เหรัญญิก
5.	พญ.วโรชา	มหาชัย	กรรมการกลาง
6.	พญ.ชุติมา	ประมูลสินทรัพย์	กรรมการกลาง
7.	นพ.ธีระ	พิริชวิสุทธิ์	กรรมการกลาง

## รายนามคณะอนุกรรมการฝ่ายวิชาการ

1.	พญ.วโรชา	มหาชัย	ประธาน
2.	นพ.อำนาจ	ศรียัตนบัลล์	อนุกรรมการ
3.	นพ.มานิต	ลีโทชวลิต	อนุกรรมการ
4.	พญ.เฟื่องเพชร	เกียรติเสวี	อนุกรรมการ
5.	พญ.ชุดิมา	ประมุขสินทรัพย์	อนุกรรมการ
6.	นพ.ไพโรจน์	เหลือองโรจนกุล	อนุกรรมการ
7.	นพ.องอาจ	ไพรสมขรางกูร	อนุกรรมการ
8.	นพ.ธีระ	พิรัชวิสุทธ์	อนุกรรมการ
9.	นพ.สังพันธ์	อิสรเสนา	ที่ปรึกษา

## รายนามคณะอนุกรรมการฝ่ายการศึกษาหลังปริญญา

1.	นพ.สถาพร	มานัสสถิตย์	ประธาน
2.	พ.ท.นพ.สุรพล	สุรางค์ศรีรัฐ	รองประธาน
3.	นพ.สิริวัฒน์	อนันต์พันธุ์พงศ์	อนุกรรมการ
4.	นพ.ประวิทย์	เลิศวีระศิริกุล	อนุกรรมการ
5.	นพ.กำธร	เผ่าสวัสดิ์	อนุกรรมการ
6.	พญ.วโรชา	มหาชัย	อนุกรรมการ
7.	นพ.พินิจ	กุลละวณิชย์	อนุกรรมการ
8.	พญ.ศศิประภา	บุญญพิสิฏฐ์	อนุกรรมการ
9.	นพ.องอาจ	ไพรสมขรางกูร	อนุกรรมการ
10.	นพ.เกรียงไกร	อัศววงศ์	อนุกรรมการ



## รายนามคณะอนุกรรมการฝ่ายวารสาร

1.	นพ.สิน	อนุราษฎร์	ประธาน
2.	นพ.ไพโรจน์	เหลือองโรจนกุล	อนุกรรมการ
3.	นพ.เสถียร	เตชะไพฑูรย์	อนุกรรมการ
4.	นพ.เต็มชัย	ไชยนิติ	อนุกรรมการ
5.	นพ.วีระศักดิ์	ว่องไพฑูรย์	อนุกรรมการ
6.	นพ.สถาพร	มานัสสถิตย์	อนุกรรมการ
7.	นพ.บัญชา	โอวาทพารพร	อนุกรรมการ
8.	นพ.นุสนธิ์	กลัดเจริญ	อนุกรรมการ
9.	นพ.พิศาล	ไม้เรียง	อนุกรรมการ
10.	พญ.วโรชา	มหาชัย	อนุกรรมการ
11.	พญ.กรรณิการ์	พรพัฒน์กุล	อนุกรรมการ
12.	นพ.สุชา	คุระทอง	อนุกรรมการ
13.	พ.อ.นพ.สุรพล	ชินรัตน์กุล	อนุกรรมการ
14.	นพ.สุริยะ	จ๊กกะพาก	อนุกรรมการ
15.	พ.อ.นพ.อนุชิต	จู่ทะพุทธิ	อนุกรรมการ
16.	นพ.กำธร	เผ่าสวัสดิ์	อนุกรรมการ
17.	นพ.ทองดี	ชัยพานิช	อนุกรรมการ

## สารจากนายกสมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

เรียน สมาชิกสมาคมฯ ทุกท่าน

คณะกรรมการดำเนินการ Bid World Congress of Gastroenterology 2002 ได้ประชุมกันหลายครั้ง เพื่อทบทวนการดำเนินงาน, วางแผนการดำเนินงาน และวางแผนการต้อนรับคณะกรรมการของ OMGE (Organisation Mondiale de Gastro-Enterologic World Congress of Gastroenterology) ที่จะมาตรวจสถานที่ที่ BITEC (Bangkok International Trade and Exhibition Convention Center) ที่ตั้งอยู่บนถนนบางนา-ตราด, ตรวจโรงแรม และความพร้อมต่างๆ เพื่อที่จะยอมรับประเทศไทย เป็นผู้มีสิทธิ์เสนอตัวเองเข้าไป แข่งขัน เพื่อการให้สมาชิกสมาคมโลกระบบทางเดินอาหาร ตัดสินหรือลงมติให้รับเป็นเจ้าภาพของการประชุมดังกล่าวในปี 2002 การประชุมลงมตินั้นจะกระทำในระหว่างการประชุม World Congress ที่กรุงเวียนนา ในเดือนกันยายน 2541 ตามหมายกำหนดการที่คณะกรรมการจะมาคูนัน ประกอบด้วย Professor Ian AD Bouchier ซึ่งท่านเคยมาเป็น guest speaker ใน 2<sup>nd</sup> Vikit Viranuvatti Lecture ในเดือนมกราคม 2541 แล้ว และมี Miss Sylvia van Laar ซึ่งเป็น Congress Director และ Miss Florence Sachet จะมาจากสิงคโปร์ ซึ่งเป็นประเทศที่เสนอเป็นเจ้าภาพจัดการประชุม World Congress 2002 ด้วย

คณะเรา ประกอบด้วย อาจารย์นายแพทย์เดิมชัย ไชยญาติ ซึ่งเป็นประธานคณะกรรมการ Bidding Committee, อาจารย์นายแพทย์ประวิทย์ เลิศวีระศิริกุล, อาจารย์นายแพทย์อนุชิต จุฑาทุทธิ, ผม และภรรยา ได้ไปต้อนรับ พร้อมด้วย ผู้แทนจาก ททท., ผู้แทนจากท่าอากาศยาน นำคณะมายังห้อง VIP ซึ่งเราได้จัดให้เด็กผมจุก แต่งชุดไทย มอบดอกไม้แก่ผู้แทน ทั้ง 3 ท่าน เป็นที่ประทับใจแก่ผู้แทนทั้ง 3 ท่านอย่างยิ่ง

หลังจากนั้นเราได้นำคณะทั้ง 3 ท่านไปยังศูนย์ประชุม BITEC ที่ถนนบางนา-ตราด และมีหมายกำหนดการย่อๆดังนี้

วันพุธที่ 4 มีนาคม 2541

09.30-10.30 ต้อนรับผู้แทนที่ดอนเมือง แล้วเดินทางมายัง BITEC

12.00-13.00 รับประทานอาหารกลางวัน ณ BITEC

13.10-16.30 ผู้ว่า กทม. กล่าวต้อนรับและเป็นการบรรยายต่างๆดังนี้

ผู้แทนการบินไทย

ผู้แทน ททท.

ผู้แทนการจัดการจราจร

ผู้แทนกรมสรรพากร ชี้แจงเรื่องภาษี

ที่ประชุมนั้น ท่านผู้ว่ากทม. ท่านพิจิต รัตตกุล ได้กล่าวอย่างประทับใจแก่ผู้แทนและผู้เข้าร่วมประชุม

18.30-19.00 ได้จัด Press Conference ที่ Royal Orchid Sheraton Hotel

19.00-22.00 รับประทานอาหารค่ำ ณ ห้อง Ballroom 3

ระหว่างนั้น อาจารย์วีภิจ วิรานวัตต์ ได้กล่าวประวัติที่ท่านไปประชุม World Congress ครั้งแรก เมื่อ ค.ศ.1958 ณ กรุงวอชิงตัน ดี.ซี โดย มี Professor Henry L. Bockus ซึ่งเป็นบรมครูทางโรกระบบทางเดินอาหาร แห่งโลก เป็นประธานในที่ประชุม และอาจารย์วีภิจ วิรานวัตต์ นับว่า ประสบความสำเร็จอย่างยิ่ง

หลังจากนั้น Professor Ian Bouchier ได้กล่าวตอบขอบคุณ และชื่นชมในการต้อนรับอย่างยิ่งในการเสนองานวิจัยในที่ประชุม

เวลาประมาณ 21.00 น. Professor Ian Bouchier จะต้องเดินทางกลับสก็อตแลนด์ก่อน ส่วน Miss Sylvia และ Miss Florence ต้องอยู่ต่อเพื่อไปคูโรงแรมต่างๆเพื่อใช้สำหรับการประชุมในปี 2002

ทางคณะกรรมการได้จัด Tour ไปยังอยุธยา และสุโขทัย และสมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย ได้เป็นเจ้าภาพในการเลี้ยงอาหารค่ำแต่ทั้ง 2 ท่าน

การเดินทางไปอยุธยานั้น อาจารย์นายแพทย์เดิมชัย ไชยวุฒิ ได้ร่วมเดินทางไปอำนวยความสะดวกด้วย ซึ่งเป็นที่ประทับใจแก่ทั้ง 2 ท่านอย่างมาก

ส่วนการไปทัวร์ที่สุโขทัยนั้น อาจารย์กัธธ เฝ้าสวัสดิ์ และคุณวนิดา ไชยวุฒิ (ภรรยาอาจารย์นายแพทย์เดิมชัย) ได้อำนวยความสะดวก ในวันสุดท้ายก่อนกลับ ได้ไปทัวร์พระบรมมหาราชวังและวัดพระแก้ว ในตอนค่ำก่อนกลับ ภรรยาของผมได้ไปซื้อกล้วยไม้ และ ดอก Bird of Paradise ขนาดกำใหญ่ให้ทั้ง 2 ท่านเดินทางกลับด้วย ซึ่งเป็นที่ประทับใจอย่างยิ่งแก่ทั้ง 2

ท่าน และทั้ง 2 ท่านก็ได้เขียนจดหมายขอบคุณและชมเชยการต้อนรับทุก  
อย่างได้อย่างดีเยี่ยม และกล่าวว่าที่ประชุมเหมาะสมสำหรับการประชุม World  
Congress ปี 2002 และได้ชมเชยว่าโรงแรมนั้นเป็นโรงแรมชั้น 1

กล่าวโดยสรุปแล้ว

1. ประเทศไทยได้เป็นประเทศที่เสนอตัวเพื่อเป็นเจ้าภาพสำหรับการ  
ประชุม World Congress ปี 2002 ซึ่งแข่งขันกับประเทศสิงคโปร์
2. ต้องมีการ Vote เพื่อลงคะแนนว่าประเทศไทยจะได้เป็นเจ้าภาพ  
การประชุมดังกล่าว ในการประชุมที่เวียนนาเดือนกันยายน 2541
3. คณะกรรมการ Bidding ได้เตรียมงานต่างๆ เช่นการเดินทาง  
ไปประชุม AGA ที่ New Orleans พฤษภาคม 2541 เพื่อเผยแพร่ประเทศไทย  
ให้สมาชิกจากประเทศต่างๆ ได้เข้าใจและชักจูงให้การสนับสนุนประเทศไทย  
เป็นเจ้าภาพจัดการประชุม World Congress 2002
4. การเตรียมงานที่จะต้องทำในการเสนอตัวเป็นเจ้าภาพดังกล่าวที่  
กรุงเวียนนา

เมื่อวันที่ 30 มีนาคม 2541 ได้มีการประชุมของคณะกรรมการและ  
อนุกรรมการของการจัดการประชุม The 5<sup>th</sup> Asian American  
Gastroenterological Association ที่ รพ.วิชัยยุทธ และได้เชิญตัวแทนจาก  
โรงแรมต่างๆ มาประชุม เพื่อเสนอราคาค่าห้องพักและอื่นๆ

สรุปได้ว่า จะจัดที่เชียงใหม่ ระหว่างวันที่ 12-16 ธันวาคม 2542

เมื่อ 27 มีนาคม 2541 ได้มีประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคม  
แพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย ครั้งที่ 1/2541 ได้มีการประชุม

เรื่องระเบียบและข้อบังคับการเบิกจ่ายเงินของสมาคมฯ และการเสนอซื้อขาย  
หลักระบบทางเดินอาหารที่สำคัญ ส่งไปให้แพทยสภา และแต่งตั้งอนุกรรมการ  
การแพทย์ระบบทางเดินอาหาร เรื่องเกี่ยวกับการพิจารณาเรื่องยาหลัก และ  
การจัดระบบการรักษาทางโรคในโรกระบบทางเดินอาหาร ให้ทางราช  
วิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยไปยังแพทยสภาอีกต่อหนึ่ง

นอกจากนี้ ได้มีการประชุมเรื่องการตัดสินใจประมาณสำรองเพื่อ  
การ Bid World Congress 2002 โดยเราจะต้องเตรียมงานต่างๆเพื่อแข่ง  
ขันกับประเทศสิงคโปร์ ในการเป็นเจ้าภาพประชุมดังกล่าว เช่นการออกบูธที่  
AGA, ของที่ระลึกสำหรับแจกให้ผู้แทนแต่ละประเทศ และหนังสือเกี่ยวกับ  
ประเทศไทย ไปแจกด้วย นอกจากนี้ยังต้องจัดเตรียมวีดีโอ เพื่อไปแสดงใน  
ที่ประชุมของตัวแทนประเทศต่างๆที่จะมา vote กัน ที่กรุงเวียนนา นับว่าเป็น  
งานที่จะช่วยนำชื่อเสียงและทำให้เศรษฐกิจของเราดีขึ้นด้วย

ศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์สวัสดิ์ หิตะนันท์  
(นายกสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย)

รายงานการประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯ (2540-2541)

ครั้งที่ 10/2540 ณ โรงแรมโซลทวินทาวเวอร์, กรุงเทพฯ

วันศุกร์ที่ 19 ธันวาคม 2540 เวลา 11.00-12.00 น.

รายนามผู้เข้าร่วมประชุม

1.	นพ.สวัสดิ์	หิตะนันท์	นายกสมาคมฯ
2.	นพ.ประวิทย์	เลิศวีระศิริกุล	อุปนายก
3.	พ.อ.นพ.อนุชิต	จุกะพุทธิ	เลขาธิการ
4.	พญ.วิณา	วงศ์พานิช	เหรียญก
5.	พ.อ.นพ.สุรพล	ชื่นรัตนกุล	ปฏิคม
6.	นพ.กำธร	เผ่าสวัสดิ์	ประธานฝ่ายวิจัย
7.	พญ.วโรชา	มหาชัย	ประธานฝ่ายวิชาการ
8.	นพ.เติมชัย	ไชยนวัติ	ประธานฝ่ายโรคตับ
9.	นพ.สถาพร	มานัสสถิตย์	ประธานฝ่ายการศึกษา หลังปริญญา
10.	พญ.กรรณิการ์	พรพัฒน์กุล	กรรมการกลาง
11.	นพ.จรินทร์	โรจน์บวรวิทยา	กรรมการกลาง
12.	พญ.ชุติมา	ประมุขสินทรัพย์	กรรมการกลาง
13.	นพ.ทองดี	ชัยพานิช	กรรมการกลาง
14.	น.อ.นพ.บรรเจิดศักดิ์	อากาศบดี	กรรมการกลาง
15.	นพ.พงษ์พีระ	สุวรรณกุล	กรรมการกลาง
16.	นพ.พิศาล	ไม้เรียง	กรรมการกลาง
17.	นพ.วิกิจ	วีรานูวัตต์	กรรมการกลาง
18.	นพ.เกรียงไกร	อัครวงศ์	ที่ปรึกษา
19.	นพ.พินิจ	กุลละวณิชย์	ที่ปรึกษา
20.	พล.ต.นพ.วิชัย	ชัยประภา	ที่ปรึกษา

- |     |                   |           |           |
|-----|-------------------|-----------|-----------|
| 21. | พล.อ.ต.นพ.สุจินต์ | จารุจินดา | ที่ปรึกษา |
| 22. | นพ.สุชา           | กู่ระทอง  | ที่ปรึกษา |

**รายนามผู้ไม่สามารถเข้าร่วมประชุม**

- |     |                   |                |   |
|-----|-------------------|----------------|---|
| 1.  | นพ.บัญชา          | โอวาทพารพ      | ประธานฝ่ายเอ็นโคสโคปีย์                               |
| 2.  | นพ.สิน            | อนุราษฎร์      | ประธานฝ่ายวารสาร                                      |
| 3.  | นพ.ไพโรจน์        | เหลืองโรจนกุล  | ประธานฝ่ายวิเทศสัมพันธ์                               |
| 4.  | น.อ.นพ.ทศพร       | วิเศษรจนา ร.น. | กรรมการกลาง   |
| 5.  | พญ.นฤมล           | ศรีสุธาพรธ     | ฮาร์โกรฟ กรรมการกลาง                                  |
| 6.  | นพ.มานิต          | ลีโทชวลิต      | กรรมการกลาง   |
| 7.  | พ.ต.อ.นพ.วรพันธุ์ | เสาวรส         | กรรมการกลาง   |
| 8.  | นพ.วิทยา          | วิฒ โนภาส      | กรรมการกลาง   |
| 9.  | พญ.ศศิประภา       | บุญญพิสิษฐ์    | กรรมการกลาง   |
| 10. | พ.ท.นพ.สุรพล      | สุรางค์ศรีรัฐ  | กรรมการกลางและ<br>รองประธานฝ่าย<br>การศึกษาหลังปริญญา |
| 11. | นพ.จินดา          | สุวรรณรักษ์    | ที่ปรึกษา   |
| 12. | นพ.สมหมาย         | วิไลรัตน์      | ที่ปรึกษา   |
| 13. | นพ.สังพันธ์       | อิศรเสนา       | ที่ปรึกษา   |

เปิดประชุม เวลา 10.15 น. นายแพทย์สวัสดี หิตะนันท์ เป็นประธาน

ในการประชุม

วาระที่ 1 เรื่องที่ประธานแจ้งให้ทราบ

1.1 รายนามคณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯที่แจ้งลาประชุมดังนี้  
 น.อ.นายแพทย์ทศพร วิเศษรจนา ร.น., แพทย์หญิงศศิประภา บุญญพิสิษฐ์  
 ที่ประชุมรับทราบ



วาระที่ 2 รับรองรายงานการประชุมครั้งที่ 9/2540

ที่ประชุมมีมติรับรองรายงานการประชุมครั้งที่ 9/2540

วาระที่ 3 เรื่องสืบเนื่องและการดำเนินงานของฝ่ายต่างๆ

3.1 แพทย์หญิงวโรชา มหาชัย ประธานฝ่ายวิชาการ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

3.1.1 โปรแกรมการประชุมและวิชาการ ขณะนี้ได้จัดเตรียม และ confirm เรียบร้อยแล้ว

3.1.2 สำหรับการประชุมวิชาการกลางปี 2541 อาจจะพิจารณาจัดที่ต่างจังหวัด โดยจัดเป็นคอร์สสั้นๆ ซึ่งผู้เข้าร่วมประชุมสามารถเดินทางไปเช้า-กลับเย็นได้

3.1.3 Professor Williams Lee จะแวะมาเมืองไทยก่อนที่จะเดินทางไปประชุมที่เพิร์ส ประเทศออสเตรเลีย ประมาณวันที่ 10-13 กุมภาพันธ์ 2541 และต้องการที่จะบรรยายในหัวข้อ "Acute Liver Failure" ขณะนี้นายแพทย์อนุชิต จูชะพุทธิ กำลังดำเนินการติดต่อบริษัทที่จะรับเป็นสปอนเซอร์

3.2 นายแพทย์ประวิทย์ เลิศวีระศิริกุล อุปนายก ได้แจ้งให้ที่ประชุมเกี่ยวกับการที่ได้รับมอบหมายจากนายแพทย์สวัสดิ์ หิตะนันท์ นายกสมาคมฯ ให้ไปร่วมประชุมคณะกรรมการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการควบคุมอันตรายของการใช้ยา ซึ่งคณะกรรมการชุดนี้ได้รับหนังสือจาก World Health Organization เกี่ยวกับการใช้ยาละลายที่มี phenophthaline ในยาระบาย ซึ่งอาจทำให้เกิด cancer ในคน การประชุมครั้งนี้เพื่อขอแสดงความคิดเห็น

เกี่ยวกับกลุ่มของยาละลายที่มีรายชื่อของยาละลายที่มีอยู่ในเมืองไทยถึง 48 ชื่อที่มี phenopthaline รวมด้วย ยาคตัวนี้จริงๆแล้วทำการศึกษาในหนูและใช้ dose ในขนาดสูง และในคนคงจะไม่มีปัญหา ซึ่งจะให้มีการศึกษาต่อไปหรือว่าจะหยุดยาเหล่านี้ ผลสรุปในที่ประชุมไม่มีได้การลงมติแต่อย่างใด และอาจจะต้องมีการประชุมกันอีกครั้ง

นายแพทย์สวัสดิ์ หิตะนันท์ นายกสมาคมฯได้กล่าวขอบคุณนายแพทย์ประวิทย์ เลิศวีระศิริกุล อุปนายก ที่ได้ไปประชุมในครั้งนี้ และถ้ามีการประชุมอีกครั้ง ขอมอบหมายให้ไปร่วมประชุมแทนด้วย

3.2.2 ในฐานะที่ได้รับแต่งตั้งให้เป็นประธานฝ่ายการเงินของการจัดประชุม Digestive Disease Week 1999 ขออนุมัติที่ประชุมเปิดบัญชีออมทรัพย์และบัญชีเดินสะพัดสำหรับการประชุมนี้

#### ที่ประชุมมีมติอนุมัติ

3.3 แพทย์หญิงวิมา วงศ์พานิช เภรญญิก ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบเกี่ยวกับร่างระเบียบสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย ว่าด้วยเรื่องการเก็บรักษาและใช้จ่ายเงินของสมาคมฯพ.ศ.2537 จึงขอให้คณะกรรมการอำนาจการสมาคมฯช่วยพิจารณาแก้ไขร่างดังกล่าวด้วย (เอกสารประกอบการประชุมหมายเลข 1/2540)

ที่ประชุมได้มีการอภิปรายกันอย่างกว้างขวาง และขอให้นำกลับไปแก้ไขเรียบเรียงคำพูดใหม่ เพื่อนำเสนอในที่ประชุมคราวต่อไป

3.4 นายแพทย์สุรพล ชื่นรัตนกุล ได้แจ้งแทนนายแพทย์พิศาลไม้เรียง เกี่ยวกับการที่สมาคมฯจะสนับสนุนวิทยากรที่เป็นคณะกรรมการ

อำนวยการสมาคมฯ ในการประชุม 1" International postgraduate Course on Oncology of Gastrointestinal Diseases. KKU and IGSC. Joint Project ระหว่างวันที่ 14-16 มกราคม 2541 ณ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ที่ประชุมมีมติให้สมาคมฯ จ่ายค่าที่พักและค่าเดินทางสำหรับวิทยากรที่เป็นคณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯ ซึ่งไม่มีสปอนเซอร์จากบริษัทฯ

3.5 นายแพทย์เดิมชัย ไชยวุฒิ ประธานฝ่ายโรคตับ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

3.5.1 จากการที่คณะกรรมการฝ่ายโรคตับได้ร่วมกันจัดประชุม International Symposium on Viral Hepatitis เมื่อวันที่ 10-12 กันยายน 2540 ที่ผ่านมา และประสบความสำเร็จ โดยได้รับกำไรจากการจัดประชุมครั้งนี้ประมาณ 2 ล้านบาท ดังนั้นเพื่อเป็นกำลังใจในการทำงานของคณะกรรมการชุดนี้ ซึ่งมีทั้งหมด 12 ท่าน จึงเสนอของบประมาณจำนวน 200,000.00 บาท โดยขอให้คณะกรรมการชุดนี้เดินทางไปประชุม Asian Pacific Association for The Study of The Liver ระหว่างวันที่ 16-20 กุมภาพันธ์ 2541 ณ เมืองเพิร์ธ ประเทศออสเตรเลีย

ที่ประชุมเสนอให้ตั้งเป็นหลักเกณฑ์ของสมาคมฯ ในการให้เงินสนับสนุนสำหรับคณะกรรมการที่จัดประชุมโครงการพิเศษต่างๆ โดยกำหนดให้ 15% ของกำไรที่ได้รับ ดังนั้นจากการจัดประชุม International Symposium on Viral Hepatitis ควรได้รับเงินสนับสนุนจำนวน 330,000 บาท

3.5.2 ขอดังงบประมาณปี 2541 สำหรับฝ่ายโรคตับ จำนวน 5,000.00 บาท

**ที่ประชุมมีมติอนุมัติ**

3.5.3 ขอดังงบประมาณสำหรับค่าเดินทางและค่าที่พัก สำหรับการเดินทางไปประชุม The Asia Pacific Association of Gastroenterology (APAGE) Business Meeting ที่มะนิลา ประเทศฟิลิปปินส์ ในปี 2541 ในฐานะ Treasurer และนายแพทย์พินิจ กุลละวณิชย์ ในฐานะประธาน Liaison Committee คนละ 80,000.00 บาท

**ที่ประชุมมีมติให้จ่ายตามจริง**

3.5.4 จากการที่ได้รับแต่งตั้งให้เป็นประธานเตรียมการ Bid World Congress of Gastroenterology จึงขออนุมัติจากที่ประชุมเพื่อขอเบิกเงินสำรองจ่ายสำหรับเตรียมการดังกล่าว จำนวน 350,000.00 บาท

**ที่ประชุมมีมติอนุมัติ**

3.6 นายแพทย์อนุชิต จูชะพุทธิ เลขานุการสมาคมฯ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าขณะนี้ผู้ลงทะเบียนการประชุมวิชาการประจำปี 2540 จำนวน 133 ท่าน

วาระที่ 4 เรื่องอื่นๆ

4.1 นายแพทย์อนุชิต จูชะพุทธิ เลขานุการสมาคมฯ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

4.1.1 มีผู้สมัครสมาชิกใหม่จำนวน 17 ท่าน ดังนี้ แพทย์หญิงอภัสณี โสภณสฤษฎ์สุข, นายแพทย์ชินวัตร สุทธิวัฒนา, นายแพทย์

บุญชัย โควาศิษย์บุรณะ, นายแพทย์เมธา เทียงคำ, นายแพทย์สมิตร จูติกูรี,  
แพทย์หญิงพนิดา ทองอุทัยศรี, แพทย์หญิงอัมพร เกียรติปานอภิกุล,  
นายแพทย์ไพโรจน์ จิรันดร, แพทย์หญิง สุพจน์ี หัตถพรสวรรค์, แพทย์หญิง  
กุลธิดา สวัสดิ์, แพทย์หญิงพัชรินทร์ ตั้งวงศ์วาร, นายแพทย์ชินศ นฤนาท  
วานิช, นายแพทย์พงษ์นเรศ ประเสริฐ, นายแพทย์สยาม ศิรินทรปัญญา,  
นายแพทย์ สุพจน์ ดันติพานิชธีระกุล, แพทย์หญิงสุภาพร ภูพิทยา และ  
แพทย์หญิงกชกร สิริประเสริฐ

ที่ประชุมมีมติรับรองสมาชิกใหม่ทั้ง 17 ท่าน

4.1.2 ประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯครั้งต่อไป  
ในวันศุกร์ที่ 27 กุมภาพันธ์ 2541 ณ ห้องบำรุงเมือง โรงแรมโซลทวิน  
ทาวเวอร์, กรุงเทพฯ

ปิดประชุมเวลา 14.00 น.

พ.อ.นพ.อนุชิต จุฑาทุทธิ  
(เลขาธิการสมาคมฯ)

บันทึกการประชุม

รายงานการประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯ  
ครั้งที่ 1/2541 ณ โรงแรมโซลทวินทาวเวอร์, กรุงเทพฯ  
วันศุกร์ที่ 27 กุมภาพันธ์ 2541 เวลา 10.00-12.00 น.

รายนามผู้เข้าร่วมประชุม

1.	นพ.สวัสดิ์	หิตะนันท์	นายกสมาคมฯ
2.	นพ.ประวิทย์	เลิศวีระศิริกุล	อุปนายก
3.	นพ.อนุชิต	จุฑาะพุทธิ	เลขาธิการ
4.	พญ.วีณา	วงศ์พานิช	เหรียญก
5.	พ.อ.นพ.สุรพล	ซีนรัตน์กุล	ปฏิคม
6.	นพ.กำธร	เผ่าสวัสดิ์	ประธานฝ่ายวิจัย
7.	พญ.วโรชา	มหาชัย	ประธานฝ่ายวิชาการ
8.	นพ.เดิมชัย	ไชยนวัติ	ประธานฝ่ายโรคตับ
9.	นพ.บัญญัติ	โอวาทพารพร	ประธานฝ่ายเอ็นโดสโคปี
10.	นพ.สถาพร	มานัสสถิตย์	ประธานฝ่ายการศึกษา หลังปริญญา
11.	พญ.กรรณิการ์	พรพัฒน์กุล	กรรมการกลาง
12.	นพ.จรินทร์	โรจน์บวรวิทยา	กรรมการกลาง
13.	นพ.ทองดี	ชัยพานิช	กรรมการกลาง
14.	นพ.พงษ์พีระ	สุวรรณกุล	กรรมการกลาง
15.	นพ.วิกิจ	วีรานวัติ	กรรมการกลาง
16.	พญ.ศศิประภา	บุญญพิสิฏฐ์	กรรมการกลาง
17.	พ.ท.นพ.สุรพล	สุรางค์ศรีรัฐ	กรรมการกลางและ รองประธานฝ่ายการศึกษา หลังปริญญา
18.	นพ.เกรียงไกร	อัครวงศ์	ที่ปรึกษา
19.	นพ.พินิจ	กุลละวณิชย์	ที่ปรึกษา
20.	พล.ต.นพ.วิชัย	ชัยประภา	ที่ปรึกษา

21.	นพ.สมหมาย	วิไลรัตน์	ที่ปรึกษา
22.	นพ.สัจพันธ์	อิศรเสนา	ที่ปรึกษา
23.	พล.อ.ต.นพ.สุจินต์	จารุจินดา	ที่ปรึกษา
24.	นพ.ศตวรรษ	ทองสวัสดิ์	

**รายนามผู้ไม่สามารถเข้าร่วมประชุม**

1.	นพ.สิน	อนุราษฎร์	ประธานฝ่ายวารสาร
2.	นพ.ไพโรจน์	เหลือจโรจนกุล	ประธานฝ่ายวิเทศสัมพันธ์
3.	พญ.ชุตินา	ประมุขสินทรัพย์	กรรมการกลาง
4.	น.อ.นพ.ทศพร	วิเศษรจนาร.น.	กรรมการกลาง
5.	พญ.นฤมล	ศรีสุชาพรรณ ฮาร์ไกรฟ	กรรมการกลาง
6.	น.อ.นพ.บรรเจิดศักดิ์	อากาศบดี	กรรมการกลาง
7.	นพ.พิศาล	ไม้เรียง	กรรมการกลาง
8.	นพ.มานิต	ลีโทชวลิต	กรรมการกลาง
9.	พ.ต.อ.นพ.วรพันธุ์	เสาวรส	กรรมการกลาง
10.	นพ.วิทยา	วัฒนภาส	กรรมการกลาง
11.	นพ.จินดา	สุวรรณรักษ์	ที่ปรึกษา
12.	นพ.สุชา	คุระทอง	ที่ปรึกษา

**เปิดประชุม เวลา 10.10 น. นายแพทย์สวัสดิ์ หิตะนันท์**

**เป็นประธานในการประชุม**

**วาระที่ 1 เรื่องที่ประธานแจ้งให้ทราบ**

1.1 บิดาของนายแพทย์จินดา สุวรรณรักษ์ ได้ถึงแก่กรรม และได้เป็นตัวแทนของสมาคมฯ นำหรีดไปเคารพศพ

**ที่ประชุมรับทราบ**

**วาระที่ 2 รับรองรายงานการประชุมครั้งที่ 10/2540**

ที่ประชุมมีมติรับรองรายงานการประชุมครั้งที่ 10/2540

วาระที่ 3 เรื่องสืบเนื่อง และการดำเนินงานของฝ่ายต่างๆ

3.1 นายแพทย์สวัสดิ์ หิตะนันท์ นายกสมาคมฯ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

3.1.1 ขอแต่งตั้งนายแพทย์เกรียงไกร อัครวงศ์ เป็นประธานอนุกรรมการถ่วงดุลงบประมาณประจำปี 2541 ซึ่งเดิมมีอยู่แล้ว 5 ท่าน คือ นายแพทย์ประวิทย์ เลิศวีระศิริกุล, นายแพทย์กำธร เผ่าสวัสดิ์, นายแพทย์จรินทร์ โรจน์บวรวิทยา, นายแพทย์สุรพล ชื่นรัตนกุล และ แพทย์หญิงวิมา วงศ์พานิช

3.2.1 จะต้องจ่ายค่าตกแต่งภายในสำหรับสำนักงานของสมาคมฯ ณ อาคารเฉลิมบารมี ๕๐ ปี เป็นจำนวนเงิน 744,000.00 บาท และในเรื่องของการติดตั้งเครื่องโทรศัพท์ที่สำนักงานของสมาคมฯ นั้น ขอมอบหมายให้ นายแพทย์ประวิทย์ เลิศวีระศิริกุล อุปนายก เป็นผู้ประสานงาน

3.2 แพทย์หญิงวิมา วงศ์พานิช เภรัญญิก ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบเกี่ยวกับร่างระเบียบสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย ว่าด้วยเรื่องการเก็บรักษาและใช้จ่ายเงินของสมาคมฯพ.ศ.2537 ซึ่งได้มีการแก้ไขร่างดังกล่าวไปแล้วครั้งหนึ่งเมื่อวันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2541 และได้ นำส่วนที่ได้รับความเห็นชอบมาเสนอให้คณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯช่วยพิจารณาแก้ไขร่างดังกล่าวอีกครั้ง (เอกสารประกอบการประชุมหมายเลข 1/2541)

ที่ประชุมได้มีการอภิปรายกันอย่างกว้างขวาง และให้นำกลับไปแก้ไขเพื่อนำเสนอในที่ประชุมคราวหน้า



3.3 นายแพทย์สุรพล ชื่นรัตนกุล ประธานฝ่ายปฏิคม ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบเกี่ยวกับรายรับ-รายจ่ายจากการจัดประชุมวิชาการประจำปี เมื่อวันที่ 21-23 มกราคม 2541 ณ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ที่ผ่านมา (เอกสารประกอบการประชุมหมายเลข 9/2541) ได้กำไรทั้งสิ้น 28,359.00 บาท

3.4 นายแพทย์สถาพร มานัสสถิตย์ เลขาธิการการจัดประชุม Digestive Disease Week, Thailand 1999 ได้แจ้งถึงความคืบหน้าในการเตรียมจัดประชุมดังกล่าวดังนี้

3.4.1 ขอแต่งตั้งที่ปรึกษากิตติมศักดิ์เพิ่มอีก 3 ท่านคือนายแพทย์วิภิจ วีรานูวัตต์, นายแพทย์สวัสดิ์ หิตะนันท์ และนายแพทย์เดิมชัย ไชยнуวัตติ

3.4.2 สถานที่ที่จะจัดประชุมนั้น กำลังพิจารณาถึงข้อดีและข้อเสียระหว่างเชียงใหม่และกรุงเทพฯ

3.4.3 กำหนดจัดระหว่างวันที่ 12-16 ธันวาคม 2542

3.5 นายแพทย์กัทร เผ่าสวัสดิ์ ประธานฝ่ายวิจัย ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

3.5.1 ขอเสนองบประมาณสำหรับการอบรม GI Fellow ปี 2541 เป็นจำนวนเงิน 60,000.00 บาท

3.5.2 ขอเสนองบประมาณสำหรับสนับสนุนการทำวิจัยของ GI Fellow ปี 1 เป็นเงิน 400,000.00 บาท

3.6 นายแพทย์สถาพร มานัสสถิตย์ ประธานฝ่ายการศึกษาหลังปริญญา ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

3.6.1 กำหนดการสอบ GI Fellow ประจำปี 2541 ประมาณเดือนมิถุนายน ซึ่งขณะนี้ มีข้อสอบ MCQ 33 ข้อ และ MEQ 2 ข้อ ยังไม่เพียงพอกับความต้องการ ดังนั้นจึงขอความร่วมมือจากคณะกรรมการช่วยกันส่งข้อสอบ MCQ และ MEQ ด้วย

3.6.2 จะมีการประชุมคณะกรรมการฝ่ายการศึกษาหลังปริญญาในวันพุธที่ 11 มีนาคม 2541 ณ โรงพยาบาลวิชัยยุทธ เพื่อกำหนดวันที่สอบ, สถานที่สอบ, และเลือกข้อสอบ

3.6.3 ขอเสนองบประมาณสำหรับฝ่ายการศึกษาหลังปริญญาประจำปี 2541 เป็นเงิน 500,000.00 บาท

3.7 นายแพทย์บัญชา โอวาทพารพร ประธานฝ่ายเอ็นโดสโคปี่ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

3.7.1 ยังไม่ขอเสนองบประมาณฝ่ายเอ็นโดสโคปี่ประจำปี 2541 เนื่องจากงบประมาณที่ตั้งไว้เมื่อปี 2540 จำนวน 5,000.00 บาท ยังไม่ได้อำนาจ

3.7.2 ทางด้านวิชาการที่เกี่ยวข้องกับ Endoscopy ยังไม่ได้มีโครงการที่จะทำ เนื่องจากภาวะเศรษฐกิจในปัจจุบันไม่เอื้ออำนวยต่อการจัดประชุม ดังนั้นขอเสนอแนะถ้ามีการประชุมวิชาการ Interhospital GI Conference ขอให้แทรกเรื่องที่เกี่ยวข้องกับ Endoscopy เข้าไปด้วย

3.7.3 ได้รับจดหมายจาก OMED (Organisation Mondiale D'Endoscopie Digestive) เกี่ยวกับเรื่อง material ด้าน endoscopy ของสมาคมฯ ซึ่งสอบถามแล้วว่า ทางศิริราช มีวีดีโออยู่ 13 ม้วน ดังนั้นจึงขอความ

ร่วมมือจากสถาบันต่างๆ กรุณาให้ข้อมูลเกี่ยวกับ material นี้ด้วย เพราะจะต้อง  
แจ้งไปยัง OMED ทราบก่อนวันที่ 1 พฤษภาคม 2541

3.8 นายแพทย์เติมชัย ไชยนุวัติ ประธานฝ่ายโรคตับ และ ประธาน  
Bid World Congress 2002 ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

3.8.1 จากการจัดประชุม International Symposium on Viral  
Hepatitis เมื่อวันที่ 10-12 กันยายน 2541 ที่ผ่านมา ได้รับความรับกำไร เป็นจำนวน  
เงิน 2,271,068.01 บาท และได้โอนเงินจำนวนดังกล่าวเข้าบัญชีออมทรัพย์  
ของสมาคมฯ เรียบร้อยแล้ว

3.8.2 คณะกรรมการฝ่ายโรคตับกำลังจะจัดทำ Standing  
paper ของ Hepatitis C เมื่อแก้ไขเรียบร้อยแล้วจะส่งให้กับราชวิทยาลัยอายุร  
แพทย์แห่งประเทศไทย, วารสารคลินิก และ แพทยสภาฯ เพื่อตีพิมพ์ต่อไป

3.8.3 ความคืบหน้าของการเตรียม Bid World Congress  
2002 นั้น คณะกรรมการเตรียมการ Bid ได้มีการไปไหว้พระแก้วมรกต และ  
ในวันที่ 4 มีนาคม 2541 คณะกรรมการพิจารณาด้านสถานที่ของ OMGE  
จะเดินทางมาเมืองไทย เพื่อดูความพร้อมด้านต่างๆ และในวันที่ 5 มีนาคม  
2541 สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทยจะเป็นเจ้าภาพใน  
การเลี้ยงอาหารค่ำแก่คณะกรรมการ OMGE ที่ร้านอาหารท่านหญิง จึงขอ  
เรียนเชิญคณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯ ทุกท่านร่วมงานเลี้ยงครั้งนี้ด้วย  
วาระที่ 4 เรื่องอื่นๆ

4.2 นายแพทย์อนุชิต จุฬะพุทธิ เลขาธิการสมาคมฯ ได้แจ้งให้ที่  
ประชุมทราบดังนี้

4.2.1 เนื่องจากคณะรัฐมนตรีได้อนุมัติให้ข้าราชการเบิกค่ายาได้ตามบัญชียาหลักแห่งชาติเท่านั้น ซึ่งเมื่อพิจารณาคุณแล้วยาทางด้านระบบทางเดินอาหาร ก่อนข้างจะไม่ทันสมัย ดังนั้นจึงน่าจะมีการพิจารณาทบทวนบัญชียาหลักแห่งชาติใหม่อีกครั้งหนึ่ง เพราะจะเริ่มมีการใช้ยาตามบัญชียาหลักในวันที่ 1 มีนาคม 2541

ที่ประชุมมีมติให้นายแพทย์สังพันธ์ อิศรเสนา เป็นประธานกรรมการในการพิจารณาปรับปรุงยาหลักแห่งชาติสำหรับยาต้านระบบทางเดินอาหารและโรคตับ เพื่อนำมาเสนอในที่ประชุมคราวต่อไป

4.2.2 ได้รับจดหมายเรียกเก็บเงินค่าสมาชิก OMGE ประจำปี 1998 เป็นจำนวนเงิน 250 US\$ ซึ่งทางสมาคมฯ ได้แจ้งจำนวนสมาชิกไป 125 คน โดย OMGE เก็บค่าสมาชิกคนละ 2 US\$ ต่อปี

4.2.3 เมื่อวันที่ 10-13 กุมภาพันธ์ 2541 Professor Williams M Lee ได้แวะมาเมืองไทย ทางสมาคมฯ ร่วมกับบริษัทแก๊สลิโซเวลคัม (ประเทศไทย) จำกัด ได้ร่วมกันจัดการบรรยายพิเศษในหัวข้อเรื่อง Management Hepatitis B and Liver Failure และได้รับคำแนะนำจาก Professor Williams M Lee ถึงการประชุม Annual Meeting and Postgraduate Course of the American Association for the Study of Liver Diseases (AASLD) Chicago, USA, November 4-6, 1998 จะมีรางวัลสำหรับ Fellow ที่ส่ง Free paper อาจจะได้รับรางวัล Young Investigator โดยได้รับค่าสนับสนุนในการเดินทางและค่าลงทะเบียน ดังนั้นจึงขอความ

ร่วมมือไปยังสถาบันที่มีการฝึกอบรม GI Fellow ให้ส่ง free paper ในการประชุมนี้

4.2.4 ได้เป็นตัวแทนของสมาคมฯไปร่วมประชุม Asian Pacific Association for the Study of Liver Diseases เมื่อวันที่ 16-20 กุมภาพันธ์ 2541 ณ เมืองเพิร์ธ ประเทศออสเตรเลีย โดยได้รับการสนับสนุนจากบริษัทฯ 2 บริษัท ในการประชุมครั้งนี้ได้มีการเลือกตั้งประธานคนต่อไปคือ Dr.Sarin จากประเทศอินเดีย คืออีก 6 ปีข้างหน้าจะไปจัดที่ประเทศอินเดีย ปัจจุบันนี้ประธานคือ Professor Yono และจะไปจัดประชุมเมือง Fukuoka ประเทศญี่ปุ่น ระหว่างวันที่ 2 -7 มิถุนายน 2543 และหลังจากนั้นประธานคนต่อไปคือ Dr. Yun-Fan-Liaw จากประเทศไต้หวัน ซึ่งปัจจุบันนี้มีตำแหน่งเป็น Vice-president และหลังจากนั้นจึงเป็นของประเทศอินเดีย และในปี 2000 Dr. Oong จากประเทศสิงคโปร์ จะจัดการประชุม Viral Hepatitis Symposium ใช้ชื่อ Asian Pacific Association for the Study of the Liver ระหว่างวันที่ 16-20 กุมภาพันธ์ 2543 ซึ่งได้รับการสนับสนุนจาก WHO ด้วย

4.2.5 ในการเดินทางไปร่วมประชุมครั้งนี้ ได้ไปบรรยายเรื่อง Liver Transplantation ของประเทศไทย

4.2.6 มีสมาชิกสมัครใหม่จำนวน 7 ท่านคือ นายแพทย์พิพัฒพรหมลิขิตชัย, นายแพทย์ศราวุฒิ ศิวโมยภคธรรม, นายแพทย์รัฐกร วิไลชนม์, นายแพทย์สุทัศน์ จอโกษาอุดม, นายแพทย์ประกอบ แสนมันคงกุล, นายแพทย์ธนະสิทธิ์ หุตะโชค และ แพทย์หญิงจิตตินันท์ สรรพวัฒน์

ที่ประชุมมีมติรับรองสมาชิกใหม่ทั้ง 7 ท่าน

#### 4.1 นายแพทย์วิกิจ วีรานูวัตต์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

4.1.1 เนื่องจากเคยได้รับเกียรติจากประเทศญี่ปุ่นแต่งตั้งให้เป็น Honorary Council Member ของ The Japanese Society of Gastroenterology นับว่าเป็นคนแรกของโลก และได้รับจดหมายเชิญจากประเทศญี่ปุ่นให้ไปร่วมการประชุมครบ 100 ปี ของสมาคมโรคทางเดินอาหารของประเทศญี่ปุ่น ซึ่งในการเดินทางไปร่วมประชุมครั้งนี้ ทางญี่ปุ่นไม่ได้สปอนเซอร์ ดังนั้นจึงขออนุมัติงบประมาณสำหรับการเดินทางและค่าที่พักครั้งนี้

#### ที่ประชุมมีมติอนุมัติ

4.1.2 การที่ทางสมาคมฯจะเดินทางไป Bid World Congress 2002 ณ เมืองเวียนนา ประเทศออสเตรีย นั้น ได้รับคำแนะนำจาก Professor Ian AD Bouchier ให้สมาคมฯออกนุศด้วย อย่างน้อย 2 นุศ สำหรับประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับประเทศไทย

ปิดประชุมเวลา 12.45 น.

พ.อ.นพ.อนุจิต จุฑาทุทธิ

(เลขาธิการสมาคมฯ)

บันทึกการประชุม

Interhospital GI Conference  
วันศุกร์ที่ 27 มีนาคม 2541  
ณ โรงแรมโซลทวินทาวเวอร์, กรุงเทพฯ

นายแพทย์สุรพงษ์ รัชตภูษิต  
หน่วยทางเดินอาหาร, รพ.รามาริบัติ

Case 1 ผู้ป่วยชาวไทย โสด อายุ 24 ปี อาชีพรับจ้าง จ.สุพรรณบุรี

CC: 3 สัปดาห์ก่อนมารพ.มีอาการปวดแน่นท้องใต้ชายโครงด้านขวา และ  
ลิ้นปี่ เป็นๆ หายๆ ปวดแน่นๆ ตื้อๆ ปวดมาก ไม้ร้าวไปไหน ตัวเหลืองตา  
เหลือง ไม่มีไข้ ไปตรวจที่คลินิก และรพ.เอกชน แพทย์บอกว่าเป็นตับอักเสบ

2 สัปดาห์ก่อนมารพ.อาการเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ ไปตรวจที่รพ.เอกชน  
พบว่า มีไข้ 39°C, deep jaundice, bulging Rt. Subcostal margin

CBC: WBC 4800 cell<sup>2</sup>/mm, PMN 62%, Lymph 38%

LFT: TB 24 mg/dl, DB 11 mg/dl, SGOT 134 U/L, SGPT 33 U/L, ALP 56

HBsAg - ve

Anti HIV - ve

U/S large solitary cystic mass at Rt lobe of liver aspirate ได้หนองสีเคะปี  
และพบ trophozoite of E.histolytica 0-1/HF

Impression: amebic liver abscess

Rx: Metronidazole 3 X 3

aspirate วันเว้นวันรวม 6 ครั้ง ได้หนองครั้งละ 1000-1500 cc.

3 วันก่อนมา รพ.อาการตัวเหลืองตาเหลืองเป็นมากขึ้น ปัสสาวะสีเข้ม  
อุจจาระสีซีดลง มีไข้สูง แพทย์ที่รพ.เอกชนแนะนำให้มารักษาตัวที่กรุงเทพฯ

**PH:** คัดมึนหน้าเดือนละ 1 - 2 ครั้ง มานานประมาณ 2 ปี

สูบบุหรี่ 7 มวนต่อวันมานานประมาณ 2 ปี

ปฏิเสธโรคประจำตัว

**PE:** Temperature 39.3° C, pulse rate 110/min, respiratory rate  
30/min, blood pressure 110/80 mmHg

Febrile, no pallor, deep jaundice, no cutaneous stigmata of chronic  
liver disease

**Lymph node:** not palpable

**Lung:** clear

**Heart:** normal S1 & S2, no murmur

**Abdomen:** soft, no ascites

liver span 19 cm, soft, smooth surface, slightly tender, sharp edge  
ill-defined mass diameter-10 cm at RUQ, smooth surface, slightly  
tender spleen not palpable

PR-no rectal shelf

**EXTREMITIES:** no edema

**CBC:** Hb12 g/dl, Hct 39% WBC 7300 cell/mm<sup>3</sup>, PMN 74% L 26%,  
PLT 692000



UA: bile color, sp.gr.1025, WBC 1-5/HPF, RBC 1-5/HPF, protein+1,  
glucose-ve, bilie+ve, urobilinogen +ve

LFT: ALP119 U/L (20-90), GGT 25 U/L (5-38), SGOT 109 U/L,  
SGPT 45 U/L, TB 23.1 mg/dl, DB 11.3 mg/dl, TP 71.6 g/L, Alb 35 g/L

## Discussion

ผู้ป่วยชายอายุน้อย มาด้วย RUQ abdominal pain, jaundice, palpable abdominal, fever ได้รับการตรวจรักษาแบบ amebic liver abscess แต่อาการไม่ดีขึ้น การวินิจฉัยแยกโรคได้แก่ Complicated liver abscess with biloma, infected liver cyst, choledochal cyst with cholangitis, pancreatic pseudocyst ได้รับการตรวจเพิ่มเติม hemoculture-negative; E his. titer-negative: Melioidosis titer- negative: serum lipase, amylase- normal; U/S - upper abdomen - multiple intrahepatic cysts with cystic mass at portahepatis CT- upper abdomen - Lt and Rt intrahepatic dust cysts with cystic dilatation of common bile duct

ผู้ป่วยรายนี้มี triad - ซึ่งเข้าได้กับ choledochal cyst คือ abdominal pain, jaundice, palpable abdominal mass มาด้วย complication คือ ascending cholangitis จาก U/S และ CT เข้าได้กับ Choledochal cyst type IV A- (multiple intra and extrahepatic duct cysts)

Progression หลังจากผู้ป่วยเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลมี septic shock ต้องได้รับ emergency surgery ทำ T-tube choledochostomy with

cholecystectomy และ T-tube cholangiography ยืนยันการวินิจฉัยว่าเป็น choledochal cyst type IV A หลังจาก sepsis ตีขึ้นจึงได้รับ definitive surgery ทำ cystectomy with Roux-en-Y-choledochojejunostomy หลังผ่าตัด ผู้ป่วยอาการดีขึ้นสามารถออกจากโรงพยาบาลได้ และนัดผู้ป่วยมาตรวจซ้ำ เป็นระยะเพื่อเฝ้าระวังการเกิด complications เช่น recurrent cholangitis, intrahepatic duct stone, cholangiocarcinoma เป็นต้น เนื่องจากผู้ป่วยยังมี intrahepatic duct cysts

Interhospital GI Conference  
วันศุกร์ที่ 27 มีนาคม 2541  
ณ โรงแรมโซลทวินทาวเวอร์, กรุงเทพฯ

นพ.สุมิตร ฐิติภุรี

หน่วยทางเดินอาหาร, รพ.มหาราชนครเชียงใหม่

Case2 ผู้ป่วยชายไทยคู่ อายุ 46 ปี อาชีพทำนา ภูมิลำเนา อ.แม่ริม จ.เชียงใหม่

**Chief complaint** : ถ่ายเหลว 6 เดือน ก่อนมาโรงพยาบาล

**Present Illness** : 6 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยเริ่มมีอาการถ่ายเหลว เป็นน้ำสีเหลือง ปนกากอาหาร ไม่มีมูกเลือด วันละ 2-3 ครั้งๆ ละประมาณ 1-2 แก้วน้ำ มักเป็นหลังทานอาหารประมาณครึ่งชั่วโมงก่อนจะถ่ายเหลว ผู้ป่วย จะมีอาการปวดมวนๆ ที่กลางท้อง พอถ่ายอุจจาระแล้วอาการปวดมวนท้องก็หายไป บางครั้งก็มีอาการอึดแน่นท้อง ท้องร้องโครกครากร่วมด้วย

2 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล อาการถ่ายเหลวเป็นมากขึ้น วันละ 4-5 ครั้ง ชั่งทานอาหารมาก ก็ยิ่งถ่ายเหลวมากขึ้น ช่วงนี้ผู้ป่วยอ่อนเพลียมาก ทำงานไม่ไหว ผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง แพทย์บอกถ้าใส่อกเสบ ได้ยาแก้ท้องเสียมากิน อาการก็ดีขึ้น ถ่ายเป็นก้อนดี แต่พอยาหมดก็ มีอาการอย่างเดิมอีก

10 วันก่อนมาโรงพยาบาล อาการถ่ายเหลวเป็นมากขึ้น ถ่าย 7-8 ครั้ง ต่อวัน อ่อนเพลีย เดินไม่ไหว ต้องนอนอยู่บนเตียง ผิวหนังแห้งแตก ผมร่วงตลอด 6 เดือนมานี้ ผู้ป่วยทานกินอาหารได้ดีตลอด ไม่มีอาการคลื่นไส้

อาเจียน ไม่มีไข้ ไม่มีอาการปวดข้อหรือแผลในปาก ไม่มีมือสั่น ใจสั่น เหงื่อ  
ออกมาก ปัสสาวะปกติดี น้ำหนักลดลง 12 กิโลกรัมใน 6 เดือน

PH : ปฏิเสธโรคประจำตัวใด ๆ ปฏิเสธประวัติ contact TB  
ในครอบครัวไม่มีใครเป็นโรคไตได้ หรือมะเร็ง ชอบกิน  
อาหารสุกๆ ดิบๆ บ่อยครั้ง กินปลาดิบบ้าง เป็นพวกปลาร้า  
ปลาตะเพียน ปลากระดี่

สูบบุหรี่มวนเอง วันละ 2-3 มวน เลิกมาครึ่งปี ดื่มสุราเป็นครั้งคราว

**Physical examination :**

Vital sign : T 37.0 ° C, BP 100/70 mmHg., PR 100/min, RR 16/min

General appearance : A middle age man, cachetic, looked weak,  
moderately dehydrated

HEENT : markedly pale, no jaundice, atrophic glossitis, no oral thrush,  
LN not palpable

Lung : clear

Heart : normal S<sub>1</sub> S<sub>2</sub> , no murmur

Abdomen : distended, increased bowel sound, not tender,  
no hepatosplenomegaly, no mass, no ascites

Ext. : pedal edema +2

Skin : dry and superficial scaling of skin, some alopecia

## Investigations

CBC : Hb. 6.3 gm%, Hct 20.5%, WBC 3,970, PMN 65 %, L 21 %,  
M 10 %, Eo 4 %, Platelet 129,000, MCV 55 (82-92 fl.)  
MCHC 29.8 (32 - 38 %), reticulocyte count 2.0 %

U/A : yellow clear, pH 6, sp.gr. 1.010, Alb. -ve, sugar -ve,  
no WBC & RBC

Stool exam : Brown liquid no WBC & RBC stool occult blood test -ve

Stool conc. for parasite x 3 days → positive for opisthorchis eggs.

Blood chemistry : BS 72, BUN 10, Cr 0.5, Na 127, K 2.2, Cl 96, CO<sub>2</sub>CT  
34, Alb. 0.7, Glob 1.3, AP 69, Chol 45, SGOT/SGPT 34/31, TB/DB  
0.43/0.27

Total calcium 6.7, Mg 1.21, P 1.9

Anti HIV -ve

**Discussion** ผู้ป่วยรายนี้เป็นผู้ป่วยชายวัยกลางคน อาชีพทำนา มีเศรษฐฐานะทางสังคมค่อนข้างต่ำ มาโรงพยาบาลด้วยเรื่องท้องเสียเรื้อรังมากกว่า 6 เดือน อาการถ่ายเหลวเรื้อรังของผู้ป่วยรายนี้ มีลักษณะที่เข้าได้กับ malabsorption syndrome คือ ผู้ป่วยผอมลงมาก น้ำหนักลดถึง 12 กิโลกรัม มีท้องอืด ท้องร้องโครกคราก ตรวจร่างกายพบว่าผู้ป่วยผอมมาก ซีด มีลิ้นสีชมพูม่วง ผิวหนังหยาบแห้ง มีสะเก็ด มีเท้าวมทั้ง 2 ข้าง ซึ่งบ่งถึงว่าผู้ป่วยมีการขาดสารอาหารหลายๆชนิดอย่างรุนแรง การตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้น

ต้นก็สนับสนุนว่าผู้ป่วยซีดมาก และมีเม็ดเลือดขาวค่อนข้างต่ำ ถ้าคิดรวมกัน เรื่องถ่ายเหลวเรื้อรังแล้ว เม็ดเลือดขาวที่ต่ำอาจเป็นจาก hematologic malignancy ที่เกี่ยวข้องกับลำไส้ หรือภาวะ intestinal lymphangiectasia ก็ได้ จากผลการตรวจทาง chemistry พบภาวะ hypoalbuminemia, hypokalemia, hypocalcemia, hypomagnesemia, low serum iron ซึ่งสนับสนุนถึงภาวะ malabsorption ผู้ป่วยรายนี้ได้ตรวจเพิ่มเติมโดยทำ stool sudan's 4 stain พบว่ามี macrovesicular fat >50/HPF

- D-xylose test : 2 hrs blood = 8.6 (20-52 mg%)

5 hrs urine = 0.66 (5.3-7.7 gm)

- UGI series and small bowel follow through showed generalized fold thickening of small bowel extending from 2<sup>nd</sup> part of the duodenum to distal small bowel

จากการสืบค้นเพิ่มเติม ช่วยบอกเราว่า ภาวะ malabsorption ของผู้ป่วยรายนี้เป็นเรื่องของ mucosal lesion ที่กระจายทั่วลำไส้เล็ก ผู้ป่วยจึงได้รับการทำการ endoscopic distal duodenum biopsies ผล endoscopy ผู้ป่วยรายนี้พบว่ามีการบวมและหนาตัวของ mucosal fold ของ 2<sup>nd</sup> part of duodenum ส่วน esophagus และ stomach ปกติ ผลทางพยาธิวิทยาของ duodenal mucosa พบ blunting duodenal villi with marked infiltration of neoplastic lymphoid cells in the deep portion of lamina propria ย้อม CLA +ve แสดงถึงว่า neoplastic lymphoid cells นี้เป็น lymphoid origin จริงๆ, ย้อม

L26 +ve แสดงถึงว่าเป็น B-cell lineage, ย้อม UCHL-1 -ve แสดงว่าไม่ใช่ T-cell lineage

จากลักษณะทางคลินิกและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ รวมทั้งผลทางพยาธิวิทยา ทำให้คิดถึงว่าผู้ป่วยรายนี้เป็น lymphoma ของ small bowel มากที่สุด lymphoma ชนิดที่จะมาด้วย malabsorption syndrome และกระจายทั่วทั้งลำไส้เล็กอย่างนี้ ก็น่าจะเป็น Immunoproliferative small intestinal disease (IPSID) IPSID ในผู้ป่วยรายนี้ เป็นระยะที่มีการเปลี่ยนแปลงเป็น malignant lymphoma แล้ว ไม่ใช่เป็นแค่ benign lymphoplasmacytic cells หรือ plasmacytic lymphocytosis การรักษาคงจะต้องเป็น chemotherapy

ในระหว่างรอให้ chemotherapy ผู้ป่วยก็เกิดการติดเชื้ออย่างรุนแรง และเสียชีวิตในเวลาต่อมา ผล autopsy พบว่าในช่องท้องผู้ป่วยมี ascites ปริมาณเล็กน้อย ลำไส้คู่จากภายนอกปกติ ยกเว้นมี mesenteric lymph nodes ที่โตขึ้น เมื่อผ่าตัดเปิดลำไส้ด้าน mucosa ออกมาดู พบมีการหนาตัวขึ้น ของ mucosal fold ตั้งแต่ 2<sup>nd</sup> part duodenum จนถึง terminal ileum ผลทางพยาธิวิทยาพบว่าผนัง ลำไส้เล็กมี lymphoplasmacytic cells แทรกกระจายในชั้น mucosa และ submucosa lymphoplasmacytic cells มีทั้งลักษณะ benign และส่วนที่มี dysplastic cells change เป็นลักษณะของ malignant lymphoma ซึ่งย้อม IgA positive ส่วน mesenteric lymph nodes พบเซลล์ลักษณะเดียวกับ ลำไส้เล็ก เบียดแทรกโครงสร้างปกติของ lymph nodes และพบ sulfide granules ของ Actinomycosis ซึ่งอาจเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยรายนี้

## CHOLEDOCHAL CYST

นพ.สุรพงษ์ รัชตภูษิต

หน่วยโรคทางเดินอาหาร รพ.รามธิบดี

Choledochal cyst หมายถึง congenital cystic dilatation ของ intrahepatic และ extrahepatic bile duct (biliary cysts)

### Epidemiology

\* พบมากทางซีกโลกตะวันออกมากกว่า โดยเฉพาะในญี่ปุ่น (2/3 ของ all reported cases)<sup>1</sup> incidence 1 : 1,000 admission, ในอเมริกา 1 : 13,000 , ออสเตรเลีย 1 : 15,000 , อังกฤษ 1 : 26,000

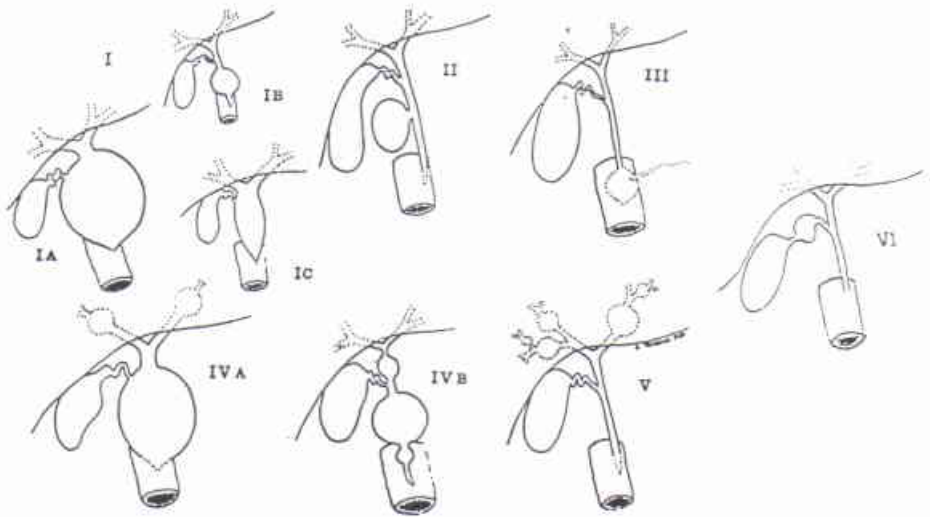
\* พบในหญิงมากกว่าชายประมาณ 3-4 : 1 เป็นโรคที่พบในเด็ก หรือ young adults โดย 40-60% วินิจฉัยได้ก่อนอายุ 10 ปี , 52-76% ก่อน 20 ปี , 83-90% ก่อน 30 ปี

### Classification (รูป 1)

\* ในปี 1959 Alonso-Lej<sup>2</sup> ได้แบ่ง choledochal cyst ออกเป็น 3 type

\* ต่อมาในปี 1977 Todani<sup>3</sup> ได้แบ่งเพิ่มเป็น 5 type ในปี 1989 Sarris และ Tsang<sup>4</sup> ได้แบ่ง type III ออกเป็น subtype A1, A2, A3 และ B ท้ายสุดในปี 1991 Serena<sup>5</sup> ได้เสนอเพิ่มอีก 1 type คือ type VI





**Fig.1 Classification of choledochal cysts according to Tonadi et al**

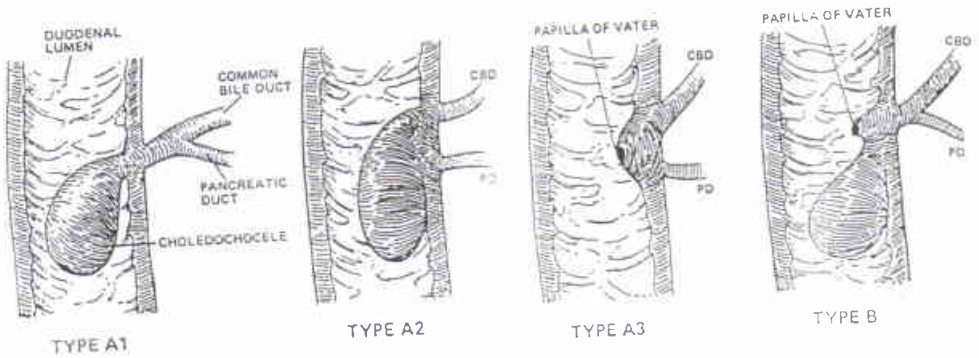


Fig.2 Diagrammatic depiction of proposed new classification of choledochales with therapeutic implications

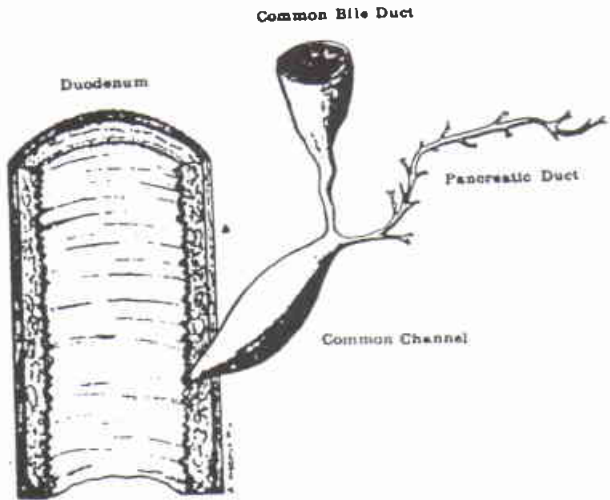


Fig.3 Diagram showing the long common channel and anomalous pancreaticobiliary

Type I - choledochal cyst มี dilatation ของ extrahepatic biliary tree พบบ่อยที่สุด 75-85% แบ่งย่อยเป็น 3 types

IA - saccular or cystic dilatation ของ extrahepatic biliary tree บางส่วนหรือทั้งหมด gall bladder จะต่อมาจาก cyst

IB - segmental dilatation ของ distal CBD CBD ระหว่าง cyst และ cystic duct มักปกติ

IC - diffuse or cylindrical dilatation ของ common hepatic duct และ CBD

Type II diverticulum cyst จัดเป็น true diverticulum ของ CBD พบ 2-3% เป็น cystic formation ของ extrahepatic duct

Type III choledochocele cyst มี local dilated segment ของ intraduodenal CBD proximal biliary tract มักปกติ แบ่งย่อยเป็น (รูป 2)

- Type IIIA - ampulla of Vater เปิดเข้าสู่ choledochocele แทนที่จะเปิดเข้าสู่ duodenum โดยตรงตามปกติ และ choledochocele จะมีรูเปิดขนาดเล็กเข้าสู่ duodenum อีกที่ type A ยังแยกออกเป็น 3 subtypes

A1 pancreatic และ CBD มี common opening เข้าสู่ cyst พบ 33%

A2 pancreatic และ CBD แยกกัน เปิดเข้าสู่ cyst พบ 4%

A3 choledochocele มีขนาดเล็กและฝังตัวอยู่ในผนังของ duodenum (intramural) พบ 25%

- Type IIIB - ampulla of Vater เปิดเข้าสู่ duodenum โดยตรง  
cholechocele ต่อเข้ากับเฉพาะ distal CBD พบ 21%

#### **Type IV multiple cysts**

IV<sub>A</sub> - multiple intra and extrahepatic duct cysts พบ 18-20%  
แบ่งออกเป็น 4 subtypes ขึ้นกับ shap ของ intrahepatic และ extrahepatic  
ductal dilatation ได้แก่ cystic-cylindrical, cystic-cystic, cylindrical-cystic,  
cylindrical-cylindrical (cystic - ความกว้างมากกว่า 1/3 ของความยาว ;  
cylindrical - ความกว้างน้อยกว่า 1/3 ของความยาว) ชนิดที่มี cystic  
dilatation ของ intra hepatic duct พบบ่อยที่สุด

IV<sub>B</sub> - multiple extrahepatic duct cysts พบน้อยกว่า IV<sub>A</sub> พบ  
เป็น multiple cystic dilatation of CBD cholangiography พบลักษณะ  
“string-of-beads” หรือ bunch-of-grapes” (multiple diverticula)

**Type V - intrahepatic bile duct cysts** (Caroli's disease and Caroli's  
syndrome) Caroli's disease- มี cystic dilatations ของเฉพาะ large  
intrahepatic bile ducts Caroli's syndrome - มี cystic dilatations ของ bile  
duct ตั้งแต่ interlobular ducts ถึง intrahepatic bile ducts ร่วมกับ congenital  
hepatic fibrosis 2/3 ของ Caroli's disease พบร่วมกับ extrahepatic  
choledochal cyst (type IV<sub>A</sub>)

**Type VI - cystic dilatation of cystic duct** โดยมี normal intra and  
extrahepatic ductal systems

## Pathogenesis

สาเหตุจริงยังไม่ทราบแน่ชัด แต่มีความเชื่ออยู่ 2 theories คือ congenital malformation theory และ distal obstruction theory

1. **congenital malformation theory** เชื่อว่า เกิดจากการแบ่งตัวที่ไม่เท่ากันของ epithelial cell ของ embryogenic biliary ducts หลักฐานสนับสนุน คือ พบ cysts ได้ทุกกลุ่มอายุและมีรายงานตรวจพบ cyst ในทารกในครรภ์อายุ 15 สัปดาห์ และ cyst ไม่ยุบหายไป เมื่อทำ decompressive surgery ในผู้ป่วยบางคน

2. **distal obstruction theory** เชื่อว่า cyst เกิดขึ้นภายหลัง (acquired) เพราะว่ามี anomalous arrangement ของ distal pancreaticobiliary tree คือ CBD จะต่อเข้ากับ pancreatic duct ห่างจาก ampulla of Vater มากกว่าปกติ (long common channel > 2 cm) (รูป 3) ทำให้เกิดความผิดปกติของ sphincteric function บริเวณ pancreaticobiliary junction ความดันใน pancreatic duct (30-50 cm H<sub>2</sub>O) สูงกว่าใน liver (25-30 cm H<sub>2</sub>O) ทำให้ pancreatic juice ไหลเข้าสู่ bile duct ทำให้เกิด recurrent cholangitis, edema, fibrosis, obstruction ทำให้เกิด cystic dilatation ของ bile duct และพบว่ามี amylase สูงใน cystic bile แต่มีข้อแย้งคือประมาณ 60% ของ biliary cyst ไม่พบมี anomaly ดังกล่าวและผู้ที่มี anomaly ดังกล่าวบางรายก็ไม่มี biliary cyst

## Symptoms and Signs<sup>6,9</sup>

### Type I or Choledochal Cysts

มี 2 clinical forms คือ

1. **Infantile form** พบ 80% ผู้ป่วยจะมาด้วย jaundice +/- acholic stools บ่อยที่สุด, vomiting, failure to thrive, hepatomegaly, palpable Rt hypochondrium mass Classical triad : pain, jaundice, palpable abdominal mass พบ 11-63% - complication ที่พบ คือ biliary cirrhosis และ portal hypertension

2. **noninfantile form** (>2yrs) อายุมากที่สุดที่พบคือ 80 ปี อาการ chronic intermittent epigastric pain พบบ่อยที่สุด 50-90%, intermittent jaundice and recurrent cholangitis พบ 34-55%, abdominal mass พบ 10-20% Classic triad-pain, jaundice, palpable mass พบ 3-13% Cirrhosis และ portal hypertension พบน้อยกว่า infantile form อาจพบ recurrent pancreatitis ในผู้ป่วยอายุมากกว่า 10 ปี อาจจะมาพบแพทย์ด้วย carcinoma associated with choledochal cyst

### **Type II or Diverticulum Cysts**

มักมาด้วยอาการที่เกิดจาก cyst compression อวัยวะใกล้เคียง

### **Type III or Choledochocoele cysts**

พบหญิงต่อชาย 1.4:1 ส่วนมากอายุมากกว่า 20 ปี มักมาด้วย pain และ obstructive jaundice, 30-70% พบมี pancreatitis ร่วมด้วยซึ่งมากกว่า type อื่นๆ และ 25-35% พบมี stones ใน cele หรือ CBD ร่วมด้วย บางรายอาจมาด้วย intestinal (duodenal-jejunal) intussusception หรือ post cholecystectomy abdominal pain หรือ unexplained pancreatitis

### Type IV and V Cysts or Caroli's disease

ปี 1958 Calori ได้รายงานผู้ป่วยที่มี congenital malformation of intrahepatic bile ducts มีลักษณะ segmental cystic dilatation of intrahepatic ducts, biliary lithiasis, cholangitis, liver abscess อาจมี cirrhosis และ portal hypertension พบมี renal tubular ectasia หรือ renal cystic disease (autosomal recessive polycystic renal disease หรือ autosomal dominant polycystic renal disease)

ผู้ป่วยหญิง : ชาย 1 : 1 มักมาด้วยอาการ recurrent fever, chill, abdominal pain จาก cholangitis, hepatosplenomegaly ในรายที่มี congenital hepatic fibrosis ร่วมด้วย, มากกว่า 80% มีอาการก่อนอายุ 30 ปี biliary lithiasis พบ 34% บางรายมาด้วย portal hypertension with bleeding esophageal varices

Type VI อาจมาด้วย chronic RUQ pain หรือ painless jaundice ก่อนผ่าตัดมักวินิจฉัยผิดว่าเป็น type II

### Diagnosis<sup>10</sup>

การวินิจฉัยก่อนผ่าตัดได้ถูกต้องประมาณ 27-80% สาเหตุที่ missed diagnosis มักเกิดจากไม่ได้ included choledochal cyst ใน DDx obstructive jaundice และผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้มาด้วย classical triad (pain, jaundice, abdominal mass) การวินิจฉัยที่ถูกต้องจึงต้องอาศัย imaging studies

Plain abdomen อาจพบ RUQ mass displacing gas shadows

UGI series อาจพบลักษณะ displacement ของ antrum anteroinferiorly และไปทางซ้าย และ widening ของ C-loop

Ultrasonography ใช้ screening type I, II, IV และ V cysts ได้ดี และใช้เป็น antenatal diagnosis ได้ตั้งแต่อายุครรภ์ 15 สัปดาห์

Intravenous radionuclide cholescintigraphy -  $^{99m}\text{Tc}$ -labeled agents เช่น Hepato imminodiacetic acid (HIDA) scan จะพบลักษณะเฉพาะ คือ biliary tract dilatation และ tracer retention after 24 hrs. (แต่ต้อง exclude partial biliary tract obstruction) มีบางรายงาน claim ว่าวินิจฉัยโดยวิธีนี้ได้ถูกต้อง 83% มักแนะนำให้ใช้ในกรณี postoperative patient follow-up

U/S และ Scintigraphy มักใช้ตรวจในเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี ในผู้ป่วยอายุมากกว่า 2 ปี มักใช้ CT scan จะพบเป็น large cystic mass in portahepatis และมี direct continuity กับ biliary system ซึ่งได้ผลดีกว่า U/S แต่วิธีที่ดีที่สุดคือ PTC และ ERCP

PTC คีโนแ่งดูรายละเอียด cysts of intrahepatic ducts ข้อค้อย คือ invasive, risk ต่อ liver injury และเห็น pancreaticobiliary junction ไม่ชัดเจน

ERCP คีโนแ่งเห็นรายละเอียด distal portion of biliary tree โดยเฉพาะ Type III - choledochoceles ซึ่งจะพบลักษณะ "Clubbed" appearance of distal CBD และ round, cyst-like contrast-filled structure in terminal CBD protrude เข้าไปใน duodenal lumen, และจะพบ delayed-emptying ของ contrast media ต้องแยกจาก duodenal diverticulum และ duodenal



duplication โดย choledocoele จะเห็น filling ใน cholangiography แต่ไม่  
เห็น filling ใน UGI series, duodenal diverticulum จะเห็น filling ใน UGI  
series แต่ไม่เห็นใน cholangiography, duodenal duplication จะไม่เห็น  
filling โดยการตรวจทั้ง 2 วิธี

การตรวจอื่นๆ oral cholecystography และ intravenous  
cholangiography ไม่ช่วยในการวินิจฉัย biliary cysts

การที่ต้องได้ definitive diagnosis และชนิดของ cyst ก่อนผ่าตัดมีความ  
สำคัญมากต่อการผ่าตัด เพื่อหลีกเลี่ยง pancreatic duct injury

### Pathology

choledochal cyst มีขนาดตั้งแต่ไม่น้อยกว่า 1 ซม. จนถึงโตบรรจุน้ำได้  
ได้ 10 ลิตร histology พบ cyst wall มีความหนา 2-3 มม. ถึง 1 ซม. cyst wall  
ประกอบด้วย dense connective tissue, fibrocollagenous, smooth muscle  
และ elastic elements โดยไม่มี epithelial lining หรือมีเพียง islets of  
cylindrical หรือ columnar epithelium choledochocoele คลุมด้วย duodenal  
mucosa, surface ด้านในอาจเป็น duodenal, biliary หรือ enteric epithelium,  
60% ของผู้ป่วยจะพบ abnormal liver biopsy, อาจพบ biliary cirrhosis,  
portal fibrosis, evidence of biliary atresia และบางรายอาจมี congenital  
hepatic fibrosis

### Treatment<sup>1, 11</sup>

medical treatment อย่างเดียว พบ mortality rate 97% สาเหตุการ  
ตายมักเกิดจาก cyst rupture with 2<sup>o</sup> peritonitis, cholangitis, liver cirrhosis

with 2<sup>o</sup> complications และการ aspiration และ internal drainage ยังพบว่ามี mortality rate สูงถึง 65% ดังนั้นมักใช้วิธีนี้เป็น initial procedure ใน poor-risk patient และเมื่ออาการดีขึ้นควรตามด้วย definitive procedure คือ cyst excision with Roux-en-Y choledochojejunostomy หรือ hepaticojejunostomy และควรทำ cholecystectomy ด้วย เพราะมักพบมี histologic cholecystitis ร่วมด้วยและเพิ่ม risk ของ CA gallbladder ในผู้ป่วย biliary cyst

### Treatment According to Type of Choledochal Cysts

TYPE	TREATMENT
Type I	
A, B	Cyst excision with Roux-en-Y hepaticojejunostomy or jejunal interposition hepaticoduodenostomy
C	Choledochojejunostomy, sphincteroplasty if excision is impossible
Type II	Excision
Type III	
A <sub>1</sub> , A <sub>2</sub>	Excision
A <sub>3</sub>	Sphincteroplasty or ERCP with papillotomy
Type IV	
A	Extrahepatic cyst excision with biliary

	reconstruction as in IA, IB ;
	lobectomy if intrahepatic cyst is confined to one lobe, permanent access hepaticojejunostomy if intrahepatic cyst are diffuse (?);
	transplantation may be indicated in some cases
B	Cyst excision as in IA, IB
Type V	Hepatic resection for localized disease, permanent access hepaticojejunostomy for diffuse disease (?) ; transplantation may be an option
Type VI	Cholecystectomy with excision of cystic dilatation and transection of cystic duct

## Complications

Complications ของ choledochal cysts ได้แก่ recurrent cholangitis, stone formation (พบ 8%) stenosis and stricture, pancreatitis, biliary cirrhosis, portal hypertension จาก biliary cirrhosis หรือ portal vein compression โดย cyst, liver abscess และ cyst rupture

การตั้งครรภ์สามารถ precipitate และ aggravate อาการของ choledochal cyst โดยเฉพาะ cyst rupture ดังนั้นในคนที่้องที่มี symptomatic

choledochal cyst ควรหลีกเลี่ยงการคลอดตามปกติ โดยทำ cesarean section ให้ไวที่สุดเมื่อทารกในครรภ์ mature พอ

ผู้ป่วยที่ได้รับ definitive surgical treatment prognosis ดีมาก และบางราย cirrhosis อาจหายไปได้

carcinoma เป็น complication ที่สำคัญของ choledochal cyst 84% พบใน type I และ IV<sub>B</sub> อายุน้อยที่สุดที่พบคือ 10 ปี พบได้หลังทำ enteric drainage โดยเฉลี่ยประมาณ 10 ปี อายุเฉลี่ยที่พบคือ 35 ปี, CA ใน initial surgery พบในผู้ป่วยอายุเฉลี่ย 50 ปี ซึ่งอายุน้อยกว่าอายุเฉลี่ยของผู้ป่วย bile duct CA ทั่วไปประมาณ 20 ปี , overall incidence ของ biliary CA ใน choledochal cyst คือ 2.5%, ใน adult > 20 ปี ประมาณ 14-18% , แตกต่างจากประชากรทั่วไป ซึ่งพบเพียง 0.012-0.48% พบในเพศหญิงต่อชาย 2.5 : 1

CA สามารถพบใน cyst wall, remainder hepatobiliary และ pancreatic tree โดยพบว่า cyst wall CA 58%, gallbladder CA 40%, pancreatic CA 1.3%, intrahepatic CA 0.6%

Pathogenesis ของ malignant change ของ choledochal cyst ยังไม่ทราบแน่ชัด, CA gall bladder อาจเกิดจาก anomalous pancreaticobiliary ductal union ซึ่งพบ 57-77% ทำให้มี regurgitation ของ pancreatic juice เข้าไปใน gall bladder หรือ อาจสัมพันธ์กับ bile stasis ทำให้ epithelium contact กับ bile ตลอดเวลา

Adenocarcinoma พบบ่อยที่สุด 70-84% , undifferentiated หรือ anaplastic 7-21%, squamous 4-9%

Isolated intrahepatic cyst (Caroli's disease) พบ CA ได้บ่อยกว่า choledochal cyst type อื่น ๆ พบว่า 7% ของผู้ป่วย Caroli's disease มี cholangiocarcinoma และมีอายุเฉลี่ยประมาณ 51 ปี

Prognosis ของ CA related choledochal cyst ไม่ดี ผู้ป่วยมักเสียชีวิตในเวลาอันสั้น preventive therapy คือ total cyst excision แต่ยังคงมี future risk ของ CA เพราะ pancreaticobiliary tree ที่เหลือยังมีโอกาสเกิด CA ขึ้นมาได้

### References:

1. Yamaguchi M. Congenital choledochal cyst analysis of 1,433 patients in the Japanese literature. *Am J Surg* 1980;140:653-7.
2. Alonso-Lej F, Rever WB, Pessagno DJ. Congenital cystic dilatation of the common bile duct; report of 2 and analysis of 94 cases. *Int Abstr Surg* 1959;108:1-30.
3. Todani T, Watanbe Y, Narsue M, et al. Congenital bile duct cysts : Classification, operative procedures, and review of 37 cases including cancer arising from choledochal cysts. *Am J Surg* 1997, 134:163-9.
4. Sarris GE, Tsang D. Choledochoceles : case report, literature review and a proposed classification. *Surgery* 1987;105:408-14.
5. Serena SAF, Linares ES, Goepfert RH. Cystic dilatation of the cystic duct : a new type of biliary cyst. *Surgery* 1991;109:320-2.
6. Crittenden SL, McKinley MJ. Choledochal cyst-clinical features and classification. *Am J Gastroenterol* 1985;80:643-7.
7. Lipsett AI, Pitt HA, Colombani PM, et al. Choledochal cyst disease, a changing pattern of presentation. *Ann Surg* 1994;222:644-52.

8. Hewitt PM, Krige JE, Bornman PC, Terblanche J. Choledochal cyst in adult. Br J Surg 1995;82:382-5.
9. Stain SC, Guthrie CR, Yellin AE, et al. Choledochal cyst in the adult. Ann Surg 1995;222:128-133.
10. Savader SJ, Benenati JF, Venbrux AC, et al. Choledochal cysts : Classification and cholangiographic appearance. AJR 1991;156:327-31.
11. Shelly Chi-Loo Lu, Neil Kaplowitz. Diseases of the biliary tree. In : Tadataka Yamada. ed. Textbook of gastroenterology. 2<sup>nd</sup> ed. Philadelphia : J.B. Lippincott, 1995:2212-54.

## Immunoproliferative small intestinal disease (IPSID)

นพ.สุมิตร รุติภูรี

หน่วยทางเดินอาหาร, รพ.มหาราชนครเชียงใหม่

เป็นโรคที่เกิดจาก proliferative disorder ของ IgA producing B-lymphocytes และอาจพบระดับ alpha-heavy chain ในกระแสเลือดที่สูงกว่าปกติร่วมด้วย จึงมีชื่อเรียกเดิมว่า alpha chain disease (Seligmann et al., 1968), Mediterranean lymphoma, Eastern lymphoma หรือ diffuse primary small intestinal lymphoma

โรคนี้รายงานเริ่มแรกมาจากประเทศทางอาหรับ โดย Seligmann et al., (1968) และ Rambaud et al., (1968) ต่อมามีการรายงานผู้ป่วยมากขึ้นจากประเทศทางเมดิเตอร์เรเนียนบราซิล, อิหร่าน, อิสราเอล, ปากีสถาน, เปรู, ได้หวัน, แอฟริกา

### สาเหตุ

ผู้ป่วย IPSID ส่วนใหญ่มาจากผู้ที่มีสรีรฐานะทางสังคมระดับล่าง มีสุขอนามัยที่ไม่ดี และขาดอาหารเรื้อรัง สาเหตุของการเกิดโรค IPSID เชื่อว่าเกิดจาก

1. การติดเชื้อ เราทราบกันดีอยู่แล้วว่าเชื้อโรคที่อยู่ในลำไส้ เป็นตัวที่กระตุ้นให้มีการเพิ่มปริมาณของ IgA-producing cells มีการศึกษาทำการตัดชิ้นเนื้อบริเวณลำไส้เล็กในคนปกติที่อยู่ในแถบเดียวกันกับผู้ป่วย IPSID พบว่ามีการเพิ่มขึ้นของปริมาณ lymphocytes และ plasma cells ในชั้น lamina

propria ลักษณะคล้าย IPSID นอกจากนี้ยังมีการตรวจพบเชื้อแบคทีเรียและ  
ปรสิตหลายชนิดในอุจจาระของผู้ป่วย IPSID เช่น เชื้อแบคทีเรีย *E. coli*,  
*P. aeruginosa*, *Klebsiella*, *S. enteritidis*, *Citrobacter* และเชื้อปรสิต Hook  
worm, Tape worm, *Giardia lamblia*, *Opisthorchis viverrini*, *Strongyloid*  
*stercoralis*, *Cryptosporidium*, *Coccidium* (Chutima et al, 1993) จากหลัก  
ฐานทั้งหมดจึงทำให้เชื่อว่าการติดเชื้อหลายๆชนิดเป็นสาเหตุกระตุ้นทำให้เกิด  
IPSID แต่ไม่มีหลักฐานว่า IPSID สัมพันธ์กับ *Helicobacter pylori* เหมือน  
กับใน MALT lymphoma

2. ภาวะการขาดสารอาหาร ทำให้เกิดภาวะภูมิคุ้มกันลดลงหลาย  
อย่าง เช่น จำนวน T-cell ลดลง, differentiation ของ lymphocyte ลดลง,  
complement ต่ำลง ที่ลำไส้จะมีการลดลงของ lymphoid follicles, T-cells  
และ IgA-positive B cells แต่เมื่อเกิดภาวะ immunodeficiency ไปนานๆ  
กลับปรากฏว่าสามารถเปลี่ยนเป็นภาวะ immunoproliferation ได้ เช่น เกิด  
Non-Hodgkin's lymphoma โดยเฉพาะ diffuse large cell และ immunoblastic  
subtypes นอกจากนี้ในผู้ป่วย AIDS ซึ่งมีภาวะ immunosuppression ยังมี  
รายงานที่สามารถเกิดโรคที่คล้าย IPSID ได้ (Pape et al, 1983)

3. พันธุกรรม ในผู้ป่วย IPSID พบ HLA A9, AW19, B12 ได้  
บ่อยกว่าคนปกติ และยังมีรายงานว่ามีความผิดปกติของ chromosome 14  
(Rizk et al, 1993) แต่ความผิดปกติทางพันธุกรรมทั้งหมดนี้ยังไม่มีการศึกษา  
ทางระบาดวิทยาที่ชัดเจน



## พยาธิสภาพ

ส่วนใหญ่จำกัดอยู่ในลำไส้เล็ก โดยมีการหนาตัวขึ้นของ mucosal folds หรือผนังลำไส้ และอาจพบต่อมน้ำเหลืองโตบริเวณ mesenteric nodes, บริเวณของลำไส้เล็กที่มีพยาธิสภาพ มักเป็นบริเวณลำไส้เล็กส่วนต้นมากกว่า ส่วนปลาย (77% vs 40%) (Salem et al, 1987) ซึ่งแตกต่างจาก primary small bowel lymphoma ชนิดอื่นที่จะพบก้อนเนื้ออกมากที่สุดบริเวณ ileocecal region (พบ 60%) เนื่องจากมี lymphoid tissue มาก นอกจากนี้ 23% ของผู้ป่วย IPSID ไม่พบพยาธิสภาพใดๆ เมื่อได้รับการผ่าตัดเปิดช่องท้อง ในขณะที่ไม่มีผู้ป่วย non-IPSID primary small bowel lymphoma คนใดเลยที่จะไม่พบเนื้ออกในช่องท้องจากการผ่าตัด

ลักษณะทางจุลพยาธิสภาพในผู้ป่วย IPSID จะมีลักษณะเฉพาะตัวคือ มีเซลล์ที่ผิดปกติอัดกันแน่นในชั้น mucosa และ submucosa โดยเรียงตัวกันต่ออย่างเนื่องตลอดความยาวของลำไส้เล็ก เซลล์ที่กระจายตัวอยู่ในผนังลำไส้เล็ก เป็น  $\alpha$ -heavy chain (IgA) producing B-lymphocyte ที่เรียกว่า plasmacytic หรือ lymphoplasmacytic cells ซึ่งอาจมีลักษณะเป็น benign หรือ malignant ก็ได้ ถ้าเป็น malignant change ก็ sẽเห็น lymphoplasmacytic cells ที่มี dysplastic features อาจพบ binucleate หรือ multinucleate forms ลักษณะคล้าย Reed-Sternberg cells ในระยะท้ายๆ ของผู้ป่วย IPSID ที่ไม่ได้รับการรักษา เซลล์ที่กระจายในผนังลำไส้ก็จะเปลี่ยนเป็น malignant lymphoid cells ทั้งหมด ซึ่งมักจะเป็นชนิด immunoblastic lymphoma

ลักษณะความแตกต่างทางพยาธิสภาพระหว่าง non-IPSID primary small bowel lymphoma และ IPSID แสดงไว้ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1. Pathological Features of PSBL and IPSID-Related Lymphomas

	PSBL	IPSID-Related
Cell lineage	Majority, B cell; celiac sprue, T cell	B cell
Macroscopic	Localized tumors	Diffuse, longer segments of bowel
Distribution	Mainly ileum	Mainly duodenum and jejunum
Microscopic	Follicles, centrocyte-like cells (cleaved), and plasma cells; cytologic monotony	Dense mucosal infiltrate of plasmacytic or lymphoid cells ranging from low-to high-grade malignancy
Spread	Late and indolent; to spleen, liver, and extraabdominal nodes	Local spread to adjacent organs, involvement of spleen, liver, and extraabdominal nodes is rare

IPSID, immunoproliferative small intestine disease; PSBL, Western-type primary small bowel lymphomas

### ลักษณะอาการทางคลินิก

ผู้ป่วยจะมีอายุอยู่ในช่วง 20-40 ปี ต่างจาก primary small bowel lymphoma ชนิดอื่นๆ ซึ่งจะ เป็นในช่วงอายุน้อยกว่า 16 ปี หรือมากกว่า 50 ปี

ผู้ป่วย IPSID มาด้วยอาการถ่ายเหลวเรื้อรัง, ปวดท้อง, ไม่อยากรับประทานอาหาร, น้ำหนักลด อาการถ่ายเหลวอาจเริ่มจากถ่ายเป็นน้ำเป็นๆหายๆ ต่อมาถ่ายเหลวเป็นมากขึ้นและมีกลิ่นเหม็น เป็นลักษณะของ malabsorption syndrome อาการปวดท้องไม่มีตำแหน่งที่ชัดเจนมักปวดแบบมวนๆ ท้วๆท้อง น้ำหนักลดพบในผู้ป่วยแทบทุกคน อาจลดมากถึง 15-31 kgs (Chutima et al, 1993) ส่วนอาการคลื่นไส้ อาเจียน ไข้ พบได้บ่อยครั้งหนึ่งของผู้ป่วย

การตรวจร่างกายผู้ป่วย IPSID จะพบว่าผู้ป่วยจะมีลักษณะของการขาดอาหาร, อาจพบ clubbing of fingers, ankle edema ส่วน ascites, hepatosplenomegaly, abdominal mass, peripheral lymphadenopathy พบได้น้อย นอกจากระยะท้ายของโรค

### การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- 1/3 ของผู้ป่วยพบว่ามี erythrocyte sedimentation rate สูงขึ้น
  - alkaline phosphatase สูงขึ้น โดยจะเป็น intestinal isoenzyme
  - ลักษณะที่สำคัญคือพบ  $\alpha$  heavy chain ใน serum และ intestinal fluid ได้ 20-69% โดยเฉพาะในระยะแรกของโรค (Rambaud et al, 1980)
- $\alpha$  heavy chain นี้ตรงกับส่วน Fc portion ของ  $\alpha_1$  subclass ของ IgA เพราะฉะนั้นผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงมีค่า IgA ใน serum สูงขึ้นด้วย (Kharazmi et al, 1976)

## การวินิจฉัยโรค

อาศัยประวัติของผู้ป่วยที่มาด้วยอาการถ่ายเหลวเรื้อรัง น้ำหนักลด มีลักษณะของการขาดสารอาหาร ตรวจร่างกายพบว่าผู้ป่วยมีเท้าบวม มีนิ่วมุม การตรวจเลือดพบ  $\alpha$  heavy chain หรือ IgA ที่เพิ่มสูงกว่าปกติ small bowel follow through จะพบลักษณะ diffuse regular thickening of bowel folds การทำ endoscopic biopsies สามารถให้การวินิจฉัยได้ 85% ของผู้ป่วย (Halphen et al, 1986) คือพบ lymphoplasmacytic cells กระจายทั่วไปในชั้น mucosa  $\pm$  submucosa ของผนังลำไส้เล็ก กลุ่มที่ไม่สามารถวินิจฉัยได้อาจต้องทำ multiple resections biopsies จากหลายๆ ส่วนของลำไส้เล็ก โดยวิธี capsule biopsy หรือ jejunum suction biopsy

## ระยะของโรค

มีผู้ที่พยายามแบ่งระยะของโรค IPSID ได้เป็นหลายแบบ แต่ที่เป็นที่นิยมได้แก่

**Khojasteh และคณะ ได้แบ่งเป็น (Khojasteh et al, 1990)**

### 1. Prelymphomatous stage

ยังแบ่งต่อได้เป็น

- early phase เป็นระยะที่ mature plasma cells ยังไม่มี dysplastic changes หรือมี dysplastic changes เพียงเล็กน้อย แทรกกระจายไปในชั้น mucosa และ/หรือใน mesenteric nodes

- late phase เซลล์มีลักษณะที่ dysplastic changes เพิ่มขึ้น เป็นลักษณะของเซลล์ที่ปะปนกันของ frankly dysplastic และ benign appearing plasma cells กระจายแทรกกลืนลงไปผนังลำไส้ และ mesenteric nodes

## 2. Lymphomatous stage

เซลล์ที่แทรกกระจายมีลักษณะเป็น malignant lymphoma cells โดยเฉพาะเป็นชนิด immunoblastic sarcoma

Galian and Coworker (Galian et al, 1977)

แบ่งระยะของโรคคล้ายๆ กับของ Khojasteh คือแบ่งเป็น stage A, B, C ซึ่งตรงกับ prelymphomatous stage – early phase, prelymphomatous stage – late phase, lymphomatous stage ของ Khojasteh ตามลำดับ

Salem and Colleagues (Salem et al, 1987)

พยายามนำ tumor bulk เข้ามาแบ่งระยะของโรคด้วย

1. Stage 0 benign diffuse mucosal infiltrates with the presence of the  $\alpha$  heavy chain protein, but without evidence of lymphoma at staging laparotomy (~ prelymphomatous stage – early phase, stage A)

2. Stage I presence of malignant lymphoma in either the intestine (Ii) or the lymph nodes (In)

3. Stage II malignant lymphoma in both the intestine and the mesenteric lymph nodes

4. Stage III malignant lymphoma in either the retroperitoneal or extra-abdominal lymph nodes

5. Stage IV malignant lymphoma involving noncontiguous extranodal tissues

### การพยากรณ์โรค

ขึ้นอยู่กับ

1. ระยะของโรค
2. การที่มีความเจ็บป่วยอย่างอื่นร่วมด้วย หรือ poor performance status ขณะได้รับการวินิจฉัย ทำให้การพยากรณ์โรคไม่ดี
3. การพบ  $\alpha$  heavy chain protein แสดงถึงเซลล์มี differentiated มากกว่า และมี biologically aggressive น้อยกว่ากลุ่มที่ไม่พบ  $\alpha$  heavy chain

### การรักษา

เนื่องจาก IPSID เป็นโรคที่พบน้อย และพบในบางส่วนของโลกเท่านั้น ทำให้ไม่มีการศึกษาที่ใหญ่ๆ เกี่ยวกับการรักษาโรคนี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องการ intensive nutritional support ก่อนและระหว่างการให้การรักษาที่เฉพาะเจาะจง

ใน stage 0 (prelymphomatous phase) สามารถหายได้ด้วย การได้รับยาปฏิชีวนะเป็นเวลานานมากกว่าหรือเท่ากับ 6 เดือน ยาที่ให้ เป็น tetracycline หรือ metronidazole  $\pm$  ampicillin (Ben-Ayed et al, 1989; Nalik et al, 1995)

ถ้าอาการไม่ดีขึ้นภายใน 6 เดือน หรือไม่มี complete response ภายใน 12 เดือน หรือเมื่อวินิจฉัยว่าเป็น malignant lymphoma การรักษา ก็ควรจะเป็น chemotherapy โดยเฉพาะ combination chemotherapy ได้ผลมากกว่า single-agent chemotherapy combination chemotherapy ที่มี การศึกษา มากที่สุดคือ anthracycline-based regimen เช่น CHOP regimen ผลการรักษา พบว่ามี complete response 67 ถึง 90%, 5-year survival rate 29 ถึง 75% (Hakan et al, 1997)

### เอกสารอ้างอิง

1. Ben-Ayed F, Halphen M, Najjan T, et al. Treatment of alpha chain disease: Results of a prospective study of 21 tunisian patients by the Tunisian-French Intestinal lymphoma study group. *Cancer* 1989; 63: 1251.
2. Chutima P, Sucha K, Vichai A, Pravat N. Immunoproliferative small intestinal disease (IPSID) in Thailand. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 1993; 24: 11-17.
3. Galian A, Lecostre M-J, Scotto J, et al. Pathological study of alpha chain disease, with special emphasis on evolution. *Cancer* 1977; 39: 2081.
4. Hakan A, Irfan S, Safa Y, et al. Five-year results of the treatment of 23 patients with immunoproliferative small intestinal disease. *Cancer* 1997; 80:8-14.
5. Halpneh M, Najjar T, Jaafoura H, Commoun M. Diagnostic value of upper intestinal fiber endoscopy in primary small intestinal lymphoma. *Cancer* 1986; 58: 2140.

6. Kharazmi A, Haghighi P, Haghsheenas M, Nasr K, Abadi P, Rezaei HR. Alpha-chain disease and its association with intestinal lymphoma. *Clin Exp Immunol* 1976; 26: 124.
7. Khojastan A, and Haghigh P. Immunoproliferative small intestinal disease. A portrait of a potentially preventable cancer from the third World. *Am J Med* 1990; 89: 483.
8. Malik IA, Shamsi Z, Shafguat A, et al. Clinicopathological features and management of immunoproliferative small intestinal disease and primary small intestinal lymphoma in Pakistan. *Med Pediatr Oncol* 1995; 25: 400.
9. Pape JW, Liautaud B, Thomas F, et al. Characteristics of the acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) in Haiti. *N Engl J Med* 1983; 309: 945.
10. Rambaud J-C, Modigliani R, Nguyen Phuoc BK, et al. Non-secretory alpha-chain disease in intestinal lymphoma. *N Engl J Med* 1980; 303: 53.
11. Rizk W, Shamseddine N, and Taleb N. Epidemiology of gastrointestinal NHL in Lebanon and the Middle East. Presented before the Fifth International Conference on Malignant Lymphoma, June 1993: P. 93
12. Salem P, El-Hashimi L, Anaissie E, et al. Primary small intestinal lymphoma in adults: A comparative study of IPSID versus non-IPSID lymphoma in the middle East. *Cancer* 1987; 59: 1670.
13. Seligmann M, Danon F, Hurez D, et al. Alpha-chain disease: a new immunoglobulin abnormality. *Science* 1968; 162: 1396.



## Treatment of Hepatocellular Carcinoma

นพ. พิสิฐ ตั้งกิจวานิชย์

พญ. ดวงพร ทองงาม

หน่วยทางเดินอาหาร รพ. จุฬาลงกรณ์

โรคมะเร็งตับชนิด hepatoma หรือ hepatocellular carcinoma (HCC) ยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศไทยเพราะเหตุผลสำคัญ 2 ประการคือเป็นโรคมะเร็งที่มีอุบัติการณ์สูงมากกล่าวคือเป็นโรคมะเร็งที่พบ ๒ ที่สุดในผู้ชายไทย (ร้อยละ 26.8) และพบเป็นอันดับสองในผู้หญิงไทย (ร้อยละ 12.0) <sup>1</sup> นอกจากนี้แล้ว HCC ยังเป็นมะเร็งที่มีอัตราการตายสูงมากกล่าวคือผู้ป่วยส่วนใหญ่มี mean survival time ประมาณ 11.5-29 เดือนสำหรับ Okuda's stage I และประมาณ 0.7 เดือนเท่านั้นสำหรับ stage III<sup>2</sup> การรักษา HCC ในปัจจุบันยังไม่ได้ผลดีอาจเนื่องจากเรายังไม่ทราบ tumor biology และ natural history ของโรคได้ดีพอและที่สำคัญคือ การพยากรณ์โรค (prognosis) ไม่ได้ขึ้นกับระยะของโรคมะเร็ง (tumor staging) แต่เพียงอย่างเดียว การทำงานของตับ (liver function) ของผู้ป่วยเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการรักษา เพราะผู้ป่วย HCC ส่วนใหญ่มักมีตับแข็งร่วมด้วย ซึ่งบางครั้งการรักษาอาจทำให้การทำงานของตับเสื่อมลงมากขึ้นและเกิดผลแทรกซ้อนตามมาภายหลังได้

วิธีการรักษาผู้ป่วย HCC ในปัจจุบันได้แก่การผ่าตัดโดยการทำ surgical resection และ liver transplantation ซึ่งเชื่อว่าจะน่าจะเป็น curative

treatment ส่วนการรักษาด้วยวิธีอื่นๆที่ไม่ใช่การผ่าตัดเช่น transcatheter arterial chemoembolization (TACE) , percutaneous ethanol injection (PEI) ยังถือว่าเป็น palliative treatment ส่วนการรักษาด้วย hormonal therapy เช่น การให้ tamoxifen การให้ systemic chemotherapy หรือ external radiation พบว่ายังได้ผลไม่ดี เช่นเดียวกับการรักษาด้วยวิธีอื่น เช่น arterial injection of I<sup>131</sup> lipiodol, yttrium microspheres, alpha interferon, microwave therapy เป็นต้น ยังคงต้องมีศึกษาถึงผลของการรักษาเพิ่มเติมต่อไป

## Surgical resection

เป็นการผ่าตัดเอามะเร็งระดับออกด้วยวิธีต่างๆ เช่นการผ่าตัดทำ lobectomy, segmentectomy hemihepatectomy หรือ extended hemihepatectomy เป็นวิธีหลักที่สำคัญของการรักษาผู้ป่วย HCC เพราะวิธีนี้มีโอกาสหายขาดได้ อย่างไรก็ตามยังมีความเสี่ยงค่อนข้างสูงจากการผ่าตัด เช่น มีอัตราการตายจากการผ่าตัดประมาณ 3-15 % สำหรับผู้ป่วยตับแข็ง Child-Pugh class A<sup>4</sup> ในทางปฏิบัติพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มากกว่า 80% ไม่สามารถรักษาด้วยวิธีนี้ได้ เพราะก้อนมะเร็งมักมีขนาดใหญ่จนผ่าตัดไม่ได้หรือการทำงานของตับเสื่อมมากอยู่แล้ว นอกจากนี้ยังพบว่าภายหลังการผ่าตัดมี intrahepatic tumor recurrence ภายใน 5 ปีสูงถึงประมาณ 70-80% สำหรับประเทศทางเอเชียและสูงเกือบ 100% สำหรับประเทศทางตะวันตก สาเหตุของการเกิด tumor recurrence อาจเป็นจากการกระจายของมะเร็งจากตำแหน่งเดิม (dissemination from primary tumor) หรือเป็นมะเร็งที่เกิดขึ้น

ใหม่ในตำแหน่งอื่นๆที่ต่างจากเดิมในผู้ป่วยที่เป็นตับแข็ง (metachronous HCC) ซึ่งทราบจากการศึกษา genomic tumor พบว่า clonal origin ระหว่างมะเร็งจากตำแหน่งเดิม (primary tumor) และมะเร็งที่เกิดขึ้นใหม่ (recurrent tumor) มีความแตกต่างกัน<sup>6</sup>

ผู้ป่วย HCC ที่เหมาะสำหรับการรักษาด้วยการผ่าตัดคือ ผู้ป่วยที่มีมะเร็งเป็นแบบ ก้อนเดี่ยว (solitary tumor) และมีขนาดของก้อนไม่โตมาก เช่นมีขนาดไม่เกิน 5 ซม. เพราะถ้าก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่กว่านี้มักมีก้อนมะเร็งเล็กๆ (nodules) ร่วมด้วยทำให้ไม่สามารถผ่าตัดเอาออกได้หมด นอกจากนี้ไม่ควรมี vascular invasion เช่น portal vein thrombosis หรือมีการลุกลามออกนอกตับ (extrahepatic metastasis) การพิจารณาเลือกผ่าตัดในผู้ป่วยตับแข็งควรเป็นในรายที่การทำงานของตับยังอยู่ในเกณฑ์ดีเพื่อป้องกันการเกิด liver decompensation ภายหลังจากผ่าตัด เช่นควรเป็น Child-Pugh class A ที่มีระดับของ bilirubin ปกติและไม่มี portal hypertension สูงมาก เช่นมี hepatic venous pressure gradient ไม่เกิน 10 mmHg หรืออาจทำการตรวจด้วยวิธี Indocyanine green clearance เพื่อประเมินการทำงานของตับก่อนการผ่าตัด เป็นต้น<sup>7,8</sup> การทำ chemoembolization ก่อนการผ่าตัดหรือการให้ adjuvant systemic chemotherapy ภายหลังจากผ่าตัดพบว่าไม่สามารถลดอัตราการตายหรือลดการเกิด tumor recurrence.<sup>9</sup>

## Liver transplantation

การรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนตับในผู้ป่วยที่มีตับแข็งเป็นวิธีเดียวที่สามารถรักษาทั้ง HCC และตับแข็งในเวลาเดียวกัน จึงเป็นการรักษาที่น่าจะลด recurrent rate ได้มากกว่าการรักษาด้วย surgical resection อย่างไรก็ตามพบว่าการรักษาด้วยวิธีนี้จะได้ผลดีก็ต่อเมื่อก้อนมะเร็งมีขนาดเล็กกว่า 5 ซม. หรือมีจำนวนของก้อนน้อยกว่า 3 ก้อน (และแต่ละก้อนเล็กกว่า 3 ซม.) ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีการเกิด tumor recurrence ต่ำกว่า 20 % และมี 4 year survival ประมาณ 75% ซึ่งใกล้เคียงกับกลุ่มที่ผ่าตัดเปลี่ยนตับทุกๆ ไปที่ไม่มี HCC ร่วมด้วย<sup>10,11</sup> ตัวทำนายที่บอกโอกาสเกิด recurrence สูงได้แก่<sup>12</sup> มี vascular invasion เป็น both lobe tumor ก้อนมีขนาดก้อนใหญ่หรือหลังผ่าตัดไม่ได้ tumor-free margin เป็นต้น ปัญหาอื่นๆของการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดเปลี่ยนตับในประเทศไทยนอกเหนือจากค่าใช้จ่ายจำนวนมาก ความพร้อมและความชำนาญของทีมงานแล้ว ปัจจัยอื่นๆที่ต้องนำมาพิจารณาพร้อมด้วยได้แก่การขาด liver donor ทำให้ผู้ป่วยต้องรอการผ่าตัดเปลี่ยนตับเป็นเวลานาน ซึ่งอาจทำให้ก้อนมะเร็งโตขึ้นมากจนไม่สามารถผ่าตัดได้ นอกจากนี้ยังมีความเสี่ยงสูงของการเกิด recurrence ของไวรัสตับอักเสบทั้งชนิดบีและซี ภายหลังการผ่าตัดในผู้ป่วยที่มีเชื้อไวรัสดังกล่าว<sup>13,14</sup> การใช้ adjuvant treatment เช่น chemotherapy ก่อนและหลังการผ่าตัด มีแนวโน้มว่าจะอาจได้ประโยชน์แต่ข้อมูลในปัจจุบันยังไม่เพียงพอ

## Percutaneous ethanol injection (PEI)

หลักการของการรักษาด้วยวิธีนี้อาศัยคุณสมบัติของ ethanol ที่ทำให้เซลล์มะเร็งเกิด coagulation necrosis ร่วมกับการเกิด vascular thrombosis<sup>15</sup> เป็นวิธีการรักษาที่ตีวิธีหนึ่งเพราะทำได้ง่าย ราคาไม่แพงและมีประสิทธิภาพสูง มีรายงานเปรียบเทียบการรักษาด้วยวิธีนี้กับวิธีการทำ surgical resection ในผู้ป่วยที่มีก้อนมะเร็งขนาดเล็กพบว่าได้ผลใกล้เคียงกันและมี recurrence rate ไม่แตกต่างกัน<sup>16</sup> วิธีการทำโดยให้ local anesthesia ก่อนแล้วฉีด 95% ethanol เข้าผ่านเข็ม fine needle เข้าบริเวณก้อนมะเร็งโดยใช้ ultrasound หรือ CT scan เป็นตัวช่วยบอกตำแหน่งของก้อน โดยทั่วไปนิยมทำซ้ำสัปดาห์ละ 2 ครั้ง จนกระทั่งมี complete necrosis โดยเฉลี่ยแล้วก้อนมะเร็งที่มีขนาดเล็กกว่า 3 ซม. จะใช้เวลาประมาณ 4-6 ครั้ง<sup>17</sup> ผู้ป่วยที่เหมาะสมกับการรักษาวิธีคือ ควรมีก้อนมะเร็งมีขนาดเล็กกว่า 5 ซม. หรือมีจำนวนน้อยกว่า 3 ก้อน เพราะถ้ามีขนาดใหญ่หรือจำนวนมากกว่านี้มักไม่สามารถทำให้เกิด complete necrosis<sup>18</sup> นอกจากนี้ไม่ควรทำในรายที่มี ascites จำนวนมากหรือมีการแข็งตัวของเลือดผิดปกติหรือก้อนมะเร็ง อยู่ในตำแหน่งที่ไม่สามารถฉีดยาได้ถึง ผลข้างเคียงที่พบบ่อยจากการรักษาได้แก่ อาการปวดท้องในระหว่างการฉีดยา ส่วนผลข้างเคียงอื่นๆที่รุนแรงเช่น peritoneal hemorrhage หรือ liver abscess พบได้ค่อนข้างน้อย<sup>19</sup>

## Transcatheter arterial chemoembolization (TACE)

เป็นวิธีการรักษาโดยการฉีดยาเคมีบำบัดบางอย่าง เช่น doxorubicin , mitomycin c หรือ cisplatin ที่มีผลต่อเซลล์มะเร็งโดยตรงเข้าทาง hepatic artery ยาเคมีบำบัดเหล่านี้มักผสมใน lipiodol ซึ่งเป็น oily contrast medium ที่สามารถจับกับเซลล์มะเร็งได้นาน หลังจากนั้นจึงฉีด gelfoam เพื่อทำให้เกิดการอุดตันของเส้นเลือด (arterial embolization) ซึ่งทำให้เกิด ischemic necrosis ของก้อนมะเร็งตามมาในภายหลัง ทั้งนี้เป็นเพราะเลือดส่วนใหญ่ (มากกว่า 85%) ที่ไปเลี้ยงเซลล์มะเร็งมาจาก hepatic artery มีเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่เลี้ยงด้วย portal vein<sup>20</sup> การเกิด tumor necrosis จากการรักษาด้วยวิธีนี้ส่วนใหญ่เป็นผลของ arterial embolization มากกว่าเป็นจากฤทธิ์ของยาเคมีบำบัดโดยตรง<sup>21</sup> TACE นี้สามารถทำซ้ำได้หลายครั้งในระยะเวลาห่างกันหลายสัปดาห์ ผลข้างเคียงที่อาจเกิดจากการรักษา ได้แก่ อาการไข้ ปวดท้อง อาเจียน หรือการเกิด bowel ileus ซึ่งรวมเรียกว่า post-embolization syndrome โดยทั่วไปมักมีอาการไม่รุนแรงและหายเองได้ อย่างไรก็ตามผลเสียของการรักษาด้วยวิธีนี้คือบางครั้งอาจทำให้การทำงานของตับเสื่อมลงมากยิ่งขึ้นโดยเฉพาะผู้ป่วยตับแข็งที่มีการทำงานของตับไม่ได้อยู่แล้ว ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ที่พบได้ไม่บ่อย ได้แก่ liver abscess , acute cholecystitis , acute pancreatitis เป็นต้น<sup>22,23,24</sup> ผู้ป่วยที่เหมาะสมกับการรักษาด้วยวิธีนี้คือ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำ surgical resection ได้ ไม่มี main portal vein thrombosis และ ควรมีการทำงานของตับดีพอสมควร เช่นเป็นผู้ป่วย Child's A หรือ B เป็นต้น ประโยชน์ของ TACE ต่อ survival rate ยังไม่ชัดเจนนักเพราะมีการ

ศึกษาเปรียบเทียบการรักษาด้วยวิธีนี้กับ supportive treatment หรือการให้ supportive treatment และ tamoxifen พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน<sup>25,26</sup> มีเหตุผลหลายประการที่ทำให้ผลการรักษาไม่ดีเท่าที่ควรเช่นอาจไม่ได้ complete tumor necrosis เนื่องจากก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่หรือเป็นเพราะเซลล์มะเร็งไม่ได้เลี้ยงด้วย hepatic artery ทั้งหมดหรือเป็นจากการทำงานของตับเสื่อมลงอย่างมากภายหลังจากการทำ TACE ทำให้มีอัตราการตายสูงขึ้น

### Systemic chemotherapy

มะเร็งตับ HCC มีการตอบสนองต่อยาเคมีบำบัดค่อนข้างต่ำซึ่งอาจเป็นเพราะมะเร็งมีเซลล์หลายชนิด ละเอียด (tumor heterogeneity)<sup>27</sup> ทำให้การตอบสนองต่อยาไม่เท่ากันหรือเป็นจากการดื้อยาที่ถูกควบคุมโดย multidrug resistance gene ซึ่งสร้างโปรตีนบางอย่างที่ผิวของเซลล์ เช่น gp 170 ทำหน้าที่ขับยาเคมีบำบัดหลายชนิดออกนอกเซลล์<sup>28</sup> การใช้ยาเคมีบำบัดชนิดต่างๆในรายที่ผ่าตัดไม่ได้ เช่น doxorubicin, doxorubicin+5FU+ methyl-CCNU, doxorubicin + bleomycin, 5-FU+ interferon alpha2b เป็นต้น พบว่าไม่เพิ่ม survival rate<sup>29</sup> นอกจากนี้ยังอาจทำให้เกิดผลข้างเคียงจากยาหรือทำให้การทำงานของตับเสื่อมลงเพราะยาเคมีบำบัดส่วนใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงที่ตับ ดังนั้นการใช้ยาเคมีบำบัดในการรักษาผู้ป่วย HCC จึงควรใช้เฉพาะในงานวิจัยทางคลินิกเท่านั้น

## Hormonal therapy

มีหลักฐานที่แสดงว่ามี hormonal receptor ที่ผิวของเซลล์มะเร็งระดับ ทั้งที่เป็น estrogen receptor และ androgen receptor จึงมีการนำยาที่มี คุณสมบัติเป็น antiestrogen เช่น tamoxifen มาใช้รักษาผู้ป่วย HCC ใน advanced stage ผลของการรักษาพบว่าได้ผลดีในบางราย กล่าวคือก้อนมะเร็ง ไม่โตขึ้น<sup>30,31</sup> อย่างไรก็ตามในการศึกษาที่เป็น double-blind, placebo-controlled trial ไม่พบว่าได้ประโยชน์ชัดเจน<sup>32</sup>

## Radiotherapy

Conventional external radiotherapy ไม่ค่อยมีที่ใช้ใน HCC เพราะมี ผลข้างเคียงทำให้เนื้อตับเกิด fibrosis มีรายงานจาก autopsy ผู้ป่วย HCC ที่ ได้ radiotherapy พบว่า 1/3 ของก้อนมี partial response ต่อการรักษาและมีการเสียหายของเนื้อตับปกตಿಯ่างมาก จึงมีการพัฒนา proton irradiation ขึ้นซึ่ง สามารถจำกัดการฉายรังสีในบริเวณที่ต้องการได้มากกว่าวิธีเดิม ทำให้ สามารถลดจำนวนรังสีต่อเนื้อตับที่ปกติ และเพิ่มการให้ปริมาณของรังสี บริเวณตับที่มีก้อนมะเร็งได้มากขึ้น<sup>33</sup> มีการใช้ lipiodol ผสมกับ I<sup>131</sup> และฉีด เข้า hepatic artery คล้ายๆกับการทำ TACE โดยหวังผลให้รังสี beta หรือ gamma จาก I<sup>131</sup> ทำลายเซลล์มะเร็งเฉพาะที่ในผู้ป่วยที่เป็น HCC ที่ผ่าตัดไม่ ได้ พบว่าใน preliminary reports ได้ผลดี<sup>34</sup> แต่อย่างไรก็ตามยังคงต้องการ การศึกษาในวงกว้างต่อไป



## Immunotherapy

Interferon เป็น immunomodulator ที่มีทั้งฤทธิ์ของ antiviral และ anticancer ปัจจุบันได้ถูกนำมาใช้รักษาผู้ป่วย chronic hepatitis จากการติดเชื้อไวรัสบีและซี และเริ่มมีการนำมารักษาผู้ป่วย HCC โดยเปรียบเทียบกับ การใช้ systemic chemotherapy หรือ placebo พบว่าได้ผลดีในบางราย<sup>35</sup>

## Approach to treatment patients with HCC

เมื่อพบผู้ป่วยที่สงสัยว่าจะเป็น HCC จากการซักประวัติและตรวจร่างกาย ควรมีแนวทางการตรวจวินิจฉัยและการรักษา ดังต่อไปนี้<sup>36</sup>

**1. Tissue diagnosis** การวินิจฉัยโรคมะเร็งตับให้ถูกต้องมีความจำเป็น ต้องใช้การวินิจฉัยโรคทางพยาธิสภาพเพื่อให้ทราบว่าเป็นมะเร็งตับจริงและเป็นชนิดใด เพราะการรักษาจะแตกต่างกัน

วิธีการตรวจที่นิยมคือการทำ percutaneous needle liver biopsy หรือ fine needle aspiration

**2. Anatomical Staging** เมื่อทราบถึงการวินิจฉัยโรคที่แน่นอนจากการตรวจทางพยาธิสภาพ ขั้นตอนต่อไปคือการตรวจสอบหาระยะของโรคที่เป็นว่าอยู่ในระยะใด ด้วยวิธีการต่างๆ ต่อไปนี้

1.1 Chest x-ray

1.2' CT scan หรือ ultrasonography of abdomen

1.3 Magnetic Resonance Imaging (MRI) ในรายที่แพ้ contrast media ของ CT-scan หรือต้องการรายละเอียดบางอย่างที่ CT-scan ไม่ชัดเจน เช่น สก๊อต hemangioma

1.4 Arteriography ในบางรายที่ต้องการทำผ่าตัด เพื่อคัดตำแหน่งทางกายวิภาคของตับที่จะทำผ่าตัดตำแหน่งของก้อนมะเร็งที่เลี้ยงโดยเส้นเลือดใดบ้าง และเพื่อคว้ามะเร็งไม่ได้ถูกลำเข้าไปในเส้นเลือดเพราะถ้ามีการถูกลำเข้าไปแล้วจะผ่าตัดไม่ได้ผลดี

1.5 Intraoperative Ultrasonography จะช่วยบอกตำแหน่งของมะเร็งระหว่างทำผ่าตัด โดยเฉพาะ satellite หรือ metastatic nodules

**3. Functional Staging** การตรวจสอบสภาพของผู้ป่วยมะเร็งตับควรตรวจสอบสภาพทั่วไปของผู้ป่วย (Performance Status) ซึ่งมีการวัด 2 แบบ ที่นิยมคือ Zubrod Scale หรือ ECOG Scale และ Karnofsky Scale และการตรวจสอบหน้าที่ของตับ (Hepatic Reserve) ซึ่งมีความจำเป็นที่ต้องทราบก่อนเพื่อใช้พิจารณาเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย โดยเฉพาะรายที่ผ่าตัดได้ (Resectable) จากการตรวจ Anatomical Staging ควรตรวจให้แน่ใจด้วยว่าจะทนการผ่าตัด (Operable) โดยดูทั้ง Performance Status และ Anatomical Reserve แม้แต่รายที่พิจารณารักษาด้วยยาเคมีบำบัด ยาส่วนใหญ่จะเปลี่ยนแปลงจะซับซ้อนระดับ ดังนั้นการตรวจหน้าที่ของตับจึงมีความจำเป็นเพื่อปรับขนาดของยาให้เหมาะสม

ทางปฏิบัติทั่วไปจะตรวจสอบ Performance Status โดยอาศัยการซักประวัติและอาการของผู้ป่วย ส่วนการตรวจหน้าที่ของตับโดยการตรวจเลือด

เช่น ค่าของ bilirubin, liver enzymes (SGOT, SGPT), prothrombin time ให้ผลได้ไม่แน่นอน มีการตรวจอื่นๆอีกหลายวิธีซึ่งวัดทั้งหน้าที่และเลือดที่ไปเลี้ยงตับ ได้แก่ caffeine clearance test ,aminopyrine breath test, galactose elimination, indocyanine green clearance, lidocaine metabolite, MEGX เป็นต้น วิธีเหล่านี้ยังไม่มียุติวิธีที่ดีที่สุดเพียงพอและใช้ได้ง่ายในการวัดการทำงานของตับ ส่วนใหญ่ยังคงเป็นงานวิจัย

#### 4. Prognostic Factors การพยากรณ์โรคที่มีประโยชน์ในโรคมะเร็งตับ ได้แก่

4.1 Stage ถ้าก้อนมะเร็งมีขนาดเล็กสามารถผ่าตัดออกได้จะมีการพยากรณ์โรคดีที่สุด แต่ถ้าเป็นหลายตำแหน่ง (multifoci) มีการกระจายมาที่ต่อมน้ำเหลืองหรือที่อื่นๆ จะมีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี

4.2 Portal vein invasion การพบก้อนมะเร็งหรือก้อนเลือด (Thrombus) ใน portal vein ซึ่งบ่งถึงการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี

4.3 Underlying Cirrhosis ถ้าผู้ป่วยมีตับที่เสื่อมสภาพมาก เช่น Child's B หรือ C มักจะไม่ได้ผลการรักษาที่ดีและมีผลแทรกซ้อนได้ง่าย

4.4 Completion of tumor resection เมื่อสามารถผ่าตัดก้อนมะเร็งออกได้หมดผู้ป่วยมีโอกาสหายขาดจากโรคได้

#### 5 Socioeconomic problems ผู้ป่วยมะเร็งตับที่มีปัญหาทางเศรษฐกิจ อาจเป็นอุปสรรคต่อการรักษาและเป็นปัจจัยสำคัญที่ควรนำมาประกอบการพิจารณาด้วยเสมอ

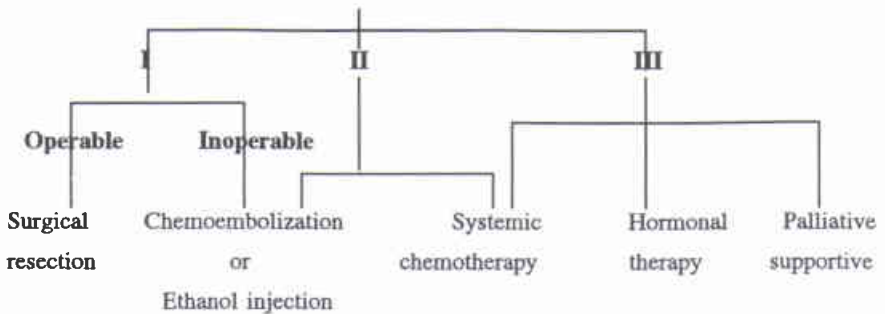
**6. Selection of treatment** การเลือกวิธีการรักษาโรคขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง เช่น ระยะของโรคมุ่งร้ายที่เป็นอยู่ หน้าที่ของตับ (hepatic reserve) ความยินยอมและความพร้อมของผู้ป่วยเอง สำหรับการรักษาระดับในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถ้าเป็น Okuda Stage I ถ้ารับการผ่าตัดได้จะทำผ่าตัด ในรายที่ผู้ป่วยทนการผ่าตัดไม่ได้ (Inoperable) หรือปฏิเสธการผ่าตัดพิจารณาทำ chemoembolization หรือ percutaneous ethanol injection สำหรับ Okuda Stage II บางรายอาจใช้ chemoembolization หรือ percutaneous ethanol injection หรือ systemic chemotherapy สำหรับ Okuda Stage III อาจเลือกใช้ systemic chemotherapy หรือ hormonal therapy หรือการรักษาแบบตามอาการ (supportive care) ขึ้นกับผู้ป่วยแต่ละราย

**Okuda's staging for hepatocellular carcinoma**

Stage	Tumor size		Ascites		Albumin		Bilirubin	
	> 50%	<50%	+	-	<3g/dl	>3g/dl	>3mg/dl	<3mg/dl
	+	1	+	-	+	-	+	-
I	all -							
II	1 or 2 +							
III	3 or 4 +							

## แนวทางการรักษาผู้ป่วย hepatocellular carcinoma

### Okuda Stage



### References:

1. Vatanaspt V, Martin N, Sriplung H , Chindavijak K, Sontipong S, et al. Cancer incidence in Thailand, 1988-1991. *Cancer Epidemiology, Biomarkers& Prevention* 1995 ; 4: 475-83
2. Okuda K, Ohtsuky T, Obata H, Tomimatsu M, Okazaky N , Hasegawa H, Nakajima Y, et al. Natural history of hepatocellular carcinoma and prognosis in relation to treatment . Study of 850 patients. *Cancer* 1985; 56: 918-28
3. Okuda K, Obata H, Nakajima Y et al. Prognosis of primary hepatocellular carcinoma .*Hepatology* 1984; 4 (suppl) : 3-6
4. Khakoo SI , Grellier LFT, Soni PN, Bhattacharya S, Dusheiko GM. Etiology, screening and treatment of hepatocellular carcinoma. *Med Clin North Am* 1996; 80: 1121-45
5. Trinchet JC, Beaugrand M. Treatment of hepatocellular carcinoma in patients with cirrhosis. *Journal of Hepatology* 1997; 27:756-65
6. Chen PJ, Chen DS, Lai MY, Chang MH, Huang GT, Yang PM, Clonal origin of recurrent hepatocellular carcinomas. *Gastroenterology* 1989; 96: 527-9

7. Bruix J, Castells A, Bosch J, Feu F, Garcia-Pagan JC, Visa J, et al. Resection of hepatocellular carcinoma in cirrhotic patients : prognostic value of preoperative portal pressure. *Gastroenterology* 1996; 111 : 1080-23
8. Bruix J. Treatment of hepatocellular carcinoma . *Hepatology* 1997; 2 : 259-62
9. Nagasue N, Galizia G, Kohno H, Chang YC, Hayashi T, Yamanoi A, Nakamura T, et al. Adverse effects of preoperative hepatic artery chemoembolization for resectable hepatocellular carcinoma : a retrospective of 138 liver resections . *Surgery* 1989; 106: 81-6
10. Mazzaferro V, Regalia E, Doci R, Andreola S, Pulvirenti A, Bozzetti F, Montalto F, et al. Liver transplantation for the treatment of small hepatocellular carcinoma in patients with cirrhosis. *N Engl J Med.* 1996; 334: 693-99
11. Llovet JM, Bruix J, Fuster J, and the liver transplantation unit. Liver transplantation for hepatocellular carcinoma. Result of a restrictive policy. *Hepatology* 1996;24: 349A.
12. Marah JW, Duorchik I, Subotin M, Balan V, Ralula J, Popechiteler EP and etal. The prediction of risk of recurrence and time to recurrence of hepatocellular carcinoma after orthotopic liver transplantation : A pilot study *Hepatology* 1997; 26 : 444-50
13. Samuel D, Bismuth H, Liver transplantation for hepatitis B . *Gastroenterol Clin North Am* 1993 ; 22: 271-83
14. Wright TL. Liver transplantation for chronic hepatitis C viral infection. *Gastroenterol Clin North Am* 1993 ; 22: 231-42
15. Castells A, Bruix J, Bru C, Fuster J, Vilana R, Navasa M, Ayuso MC, et al. Treatment of small hepatocellular carcinoma in cirrhotic patients : a cohort study comparing surgical resection and percutaneous ethanol injection. *Hepatology* 1993; 18 :1121-26
16. Lee MJ, Mueller PR, Dawson SL, Gazelle SG, Hahn PF, Goldberg MA, et al. Percutaneous ethanol injection for the treatment of hepatic tumors: indications, mechanism of action, technique and efficacy. *Am J Roentgenol* 1995;164:215-20

17. Shiina S, Tagawa K, Niwa Y, Unuma T, Komutsu Y, Yoshiura K, et al. . Percutaneous ethanol injection therapy for hepatocellular carcinoma. Results in 146 patients. *Am J Roentgenol* 1993 ; 160: 1023-8
18. Vilana R, Bruiz J, Bru C, Ayuso C, Sole M, Rodes J. Tumor size determines the efficacy of percutaneous ethanol injection for the treatment of small hepatocellular carcinoma. *Hepatology* 1992;16: 353-7
19. Livraghi T, Giorgio A, Marin G, Salmi A, Desio I, Bolondi L, et al. Hepatocellular carcinoma and cirrhosis in 746 patients : long-term results of percutaneous ethanol injection. *Radiology* 1995 ; 197: 101-8
20. Bhattacharya S, Davidson B, Dhillon AP. Blood supply of early hepatocellular carcinoma. *Semin Liver Dis* 1995;15:390-401
21. Kawai S, Okamura J, Ogawa M, Ohashi Y, Tani M, Inoue J, Kawarada Y, et al. Prospective and randomized clinical trial for the treatment of hepatocellular carcinoma : a comparison of lipiodol-transcatheter arterial embolization with and without adramycin . *Cancer Chemother Pharmacol* 1992;31:S1-S6
22. Bismuth H, Morino M, Sherlock D, Castaing D, Miglietta C, Cauquil P, et al. Primary treatment of hepatocellular carcinoma by arterial chemoembolization. *Am J Surg* 1992;163: 387-94
23. Jovine E, Mazziotti A, Grandi U, Ibarren-diaz M, Leo P , Gandolfi L, et al. Abscess formation after chemoembolization of a hepatocellular carcinoma. *Hepato-gastroenterology* 1992;39:277-81
24. Khan KN, Nakata K, Shima M, Kusumoto Y, Ishii N, Koji T, et al. Pancreatic tissue damage by transcatheter arterial embolization for hepatoma. *Dig Dis Sci* 1993;38;65-70
25. Pelletier G, Roche A, Ink O, Anciaux M , Derhy S, Rougier P, et al. A randomized trial of hepatic arterial chemoembolization in patients with unresectable hepatocellular carcinoma. *J Hepatol* 1990 ; 11:181-4
26. Groupe d'Etude et de Traitement du Carcinome Hepatocellulaire. Comparison of lipiodol chemoembolization and conservative treatment for unresectable hepatocellular carcinoma. *N Engl J Med.* 1995; 332: 1256-61

27. Dexter DL, Leith JT. Tumor heterogeneity and drug resistance J Clin Oncol 1992;10:144 (abstract 442)
28. Huang C, Wu M, Xu G, et al. Overexpression of the MDRI gene and P-glycoprotein in human hepatocellular carcinoma. J Natl Cancer Inst 1992;84:262-64
29. Lin DY, Lin SM, Liaw YF. Non-surgical treatment of hepatocellular carcinoma. J Gastroentero Hepatol 1997; 12 : S319-28
30. Farinati F, Salvagnini M, de Maria N, Fornasieri A, Chiamonte M, Rossaro L, Naccarato R. Unresectable hepatocellular carcinoma: a prospective controlled trial with tamoxifen. J Hepatol 1990; 12:297-301
31. Martinez-Cerezo F, Tomas A, Donoso L, Enriquez J, Guarner C, Balanzo J, Martinez A et al. Controlled trial of tamoxifen in patients with advanced hepatocellular carcinoma. J Hepatol 1994;20:702-6
32. Castells A, Bruix J, Bru C, Ayuso MC, Roca M, Boix L, Vilana R, et al. Treatment of hepatocellular carcinoma with tamoxifen: a double blind placebo-controlled trial in 120 patients. Gastroenterology 1995;109:917-22
33. Matsuzaki Y, Osuga T, Saito Y, Chuganji Y, Tanaka N, Shoda J, Tsuji H, et al. A new effective and safe therapeutic option using proton irradiation for hepatocellular carcinoma. Gastroenterology 1994;106:1032-41
34. Raoul JL, Guyader D, Bretagne JF, Duvanferrier R, Bourguet P, Bekhechi D, Deugnier YM, et al. Randomized controlled trial for hepatocellular carcinoma with portal vein thrombosis : intra-arterial iodine-131-iodized oil versus medical support. J Nucl Med 1994;35:1782-87
35. Lai CL, Lan JYN, Wu PC, Ngan H, Chung HT, Mitchell SJ et al. Recombinant interferon-alpha in inoperable hepatocellular carcinoma. A randomized controlled trial. Hepatology 1993;17:389-94
36. Voravud N. Systemic therapy of hepatocellular carcinoma. In Proceedings of the 36<sup>th</sup> annual scientific meeting, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University. 1995: 203-17



## ในอดีตที่ผ่านมา

ศ.นพ.วิกิจ วีรานุกต์

ข้าพเจ้าได้ไปค้นพบเอกสารเก่าๆ ที่เกี่ยวกับสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย และได้ส่งมาลงในจุลสารสมาคมฯ เป็นครั้งคราว เมื่อเร็ววันนี้ได้ไปพบเอกสารชิ้นหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับสมาคมฯของเรา โดยในปี พ.ศ.2514 ซึ่งขณะนั้นปรากฏว่าข้าพเจ้าเป็นนายกสมาคมฯ โดยมีคณะกรรมการบริหารดังต่อไปนี้ นายแพทย์สมพนธ์ บุญยคุปต์ (อุปนายก) นายแพทย์เอนก ยูวจิตติ (เลขาธิการ), นายแพทย์สุจินต์ จารุจินดา (ปฏิคม), นายแพทย์จินดา สุวรรณรักษ์ (นายทะเบียน), นายแพทย์สมหมาย วิไลรัตน์ (เหรียญกษาปณ์), นายแพทย์อุทัย ตู้อัจฉริยกุล (นายแพทย์ผู้ช่วย), นายแพทย์อุกฤษฏ์ เปล่งวานิช (วิชาการ), นายแพทย์เกษม ลิ้มวงศ์, นายแพทย์บุญชูทรง วิสกุล และนายแพทย์ กิจจา สนิทวานนท์

ได้มีการประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯ ที่โรงพยาบาลหญิง ซึ่งเป็นครั้งแรกที่เราย้ายจากสถานที่เดิม คือโรงพยาบาลประสาทแห่งประเทศไทยมาอยู่ที่ เลขาธิการของสมาคมฯ เพื่อความสะดวกแก่การติดต่อ ดังมีรายละเอียดในการประชุมต่อไปนี้

ระเบียบวาระที่ 1 กำหนดโรงพยาบาลที่จะจัดให้มีการสอน ที่ประชุมกลาง ให้จัดตั้งนี้เพื่อสะดวกต่อแพทย์ที่มาเรียน

ในวันที่ 19 มิถุนายน 2515 ณ โรงพยาบาลรามาริบัติ

ในวันที่ 20 มิถุนายน 2515 ณ โรงพยาบาลรามาริบัติ

ในวันที่ 21 มิถุนายน 2515 ณ โรงพยาบาลศิริราช

ในวันที่ 22 มิถุนายน 2515 ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ในวันที่ 23 มิถุนายน 2515 ณ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าฯ

สำหรับใน 2 วันแรกให้โรงพยาบาลรามาฯ ช่วยจัดโต๊ะสำหรับบริษัท  
ยา ที่จะมาขอร่วมออกร้านเพื่อแสดงยาให้ด้วย

ระเบียบวาระที่ 2 รายจ่าย ที่ประชุมได้ตกลงอนุมัติในวงเงินของการใช้จ่าย  
(ถ้าเกิดเหตุสุดวิสัย เช่นค่าใช้จ่ายไม่พอ คณะกรรมการทุกคนยินดีที่จะช่วย  
เฉลี่ยกันช่วยออกค่าใช้จ่าย) ซึ่งกะประมาณได้ดังนี้

2.1 ค่าแสดมปี, กระจก และจดหมายติดต่อบริษัทและสมาชิก  
ประมาณ 300 บาท

2.2 รางวัลเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลที่ช่วยจัดการต่างๆ โดยรางวัล  
คนละ 20 บาท ไม่เกิน 2 คน/วัน เป็นเงิน 200 บาท

2.3 ทำป้ายติดหน้าอก อนุมัติให้ นพ.เอนก เป็นผู้จัดซื้อ 100 บาท

กรรมการ - ป้ายสีแดง

ผู้บรรยาย - ป้ายสีขาว

ผู้เข้าเรียน - ป้ายสีเหลือง

2.4 ทำสมุดบันทึกการประชุม 500 บาท

2.5 เลี้ยงอาหารกลางวันในวันแรกสำหรับสมาชิกและแพทย์

ที่มาสมัครเรียนประมาณ 1,500 บาท

2.6 เทปบันทึกการประชุม 200 บาท

2.7 การจัดเลี้ยงในคืนวันสุดท้าย (นายแพทย์อุกฤษดิ์) สำหรับ

คน 60 คน คิดเป็นเงินประมาณ 6,000 บาท

2.8 เบ็ดเตล็ด 1,200 บาท

รวมทั้งสิ้นประมาณ 10,000 บาท

ระเบียบวาระที่ 3 ราชรับ อาจจะได้ตามคาดคะเน ดังนี้คือ

3.1 ค่าสมัคร 30 คนๆละ 100 บาท เป็นเงิน 3,000 บาท

3.2 ค่าบริจาคจากบริษัทต่างๆ ประมาณ 20 บริษัท เป็นเงินบริษัทละ 500 บาท เป็นเงิน 10,000 บาท

ในระหว่างที่เริ่มดำเนินงานนี้ให้เลขธิการเบิกเงินล่วงหน้าจากเหรียญก๋าก่อนเป็นเงิน 20,000 บาท เพื่อใช้จ่ายเกี่ยวกับการเตรียมการสอน ระเบียบวาระที่ 4 เนื้อเรื่องที่จะจัดและกำหนดตัวผู้บรรยาย มีรายละเอียดต่างๆ ดังนี้

จันทร์ที่ 19 มิถุนายน 2515 ณ ร.พ.รามฯ เปิดประชุมตอนเช้าเวลา 8.30 น. นายกเปิดประชุม กรรมการรายงานกิจการสมาคมฯ แลกงบบคุด และเลือกตั้งกรรมการชุดใหม่ หลังจากนั้นเป็น Free Paper เสนอโดยสมาชิกของสมาคมฯ ให้เลขฯแจ้งข้อเรื่องจากสมาชิกแล้วแจ้งให้ที่ประชุมทราบคราวหน้า และขอให้รวบรวม Original papers ต่างๆจากสมาชิก ในภาคบ่ายที่ประชุมตกลงให้จัด Symposium เรื่อง Renal Impairment in Liver Disease โดยให้สมาคมฯเชิญ นายแพทย์วิศิษฐ์ สิตปรีชา, นายแพทย์แทน จงศราชัยสิทธิ์, นายแพทย์เต็มชัย ชัยจินดา และนายแพทย์ศิลาวัฒน์ อรรถจินดา เป็นผู้บรรยาย Moderator คือ นายแพทย์วิศิษฐ์ สิตปรีชา

อังคารที่ 20 มิถุนายน 2515 ณ ร.พ.รามฯ เกี่ยวกับเรื่อง Small Bowel Disease, Intestinal Biopsy, Sigmoidoscopy ในตอนเช้า

ส่วนภาคบ่ายเรื่อง X-ray Studies of Bowel และ Management.  
Moderator คือ นายแพทย์สมพนธ์ บุญขลุ่ยต์

พุธที่ 21 มิถุนายน 2515 ณ ร.พ.ศิริราช ในภาคเช้าเรื่อง Diseases  
of the Liver, Cirrhosis, Carcinoma, Peritoneoscopy และ Liver Biopsy

ภาคบ่ายเรื่อง Angiography of Liver, Liver Scan, Percutaneous  
transhepatic Cholangiography, Hepatic Coma. Moderator คือ ศ.น.พ.วิจิตร  
วีรานูวัตต์

พฤหัสบดีที่ 22 มิถุนายน 2515 ณ ร.พ.จุฬาฯ เรื่อง Diseases of  
Stomach and esophagus, Gastroscopy ภาคบ่ายเป็น X-ray technics in  
esophagus and stomach และ Panel Discussion on Management of  
noncomplicated Peptic ulcer. โดย นายแพทย์สมหมาย วิไลรัตน์

ศุกร์ที่ 23 มิถุนายน 2515 ณ ร.พ.พระมงกุฎเกล้า ภาคเช้า เรื่อง  
Inflammatory Diseases of the Liver โดยนายแพทย์สมพนธ์ บุญขลุ่ยต์ และ  
Acute Abdomen-(Medical and Surgical aspect) โดยนายแพทย์จินดา  
สุวรรณรัตน์ ภาคบ่ายเรื่อง Jaundice โดยนายแพทย์อุกฤษฏ์ เปล่งวานิช ให้  
นายแพทย์วิรัช ชัยประภา ช่วยติดต่อขอสถานที่จากผู้อำนวยการ ร.พ.พระ  
มงกุฎเกล้าด้วย และเลขาฯ จะมีจดหมายขออนุญาตอีกด้วย

ระเบียบวาระที่ 5 เรื่องการจัดทำหนังสือ Refresher Course in  
Gastroenterology 1972 ที่ประชุมเห็นว่ายังไม่พร้อมที่จะทำ แต่อย่างไรก็ตาม  
ให้เลขาฯเขียนจดหมายขอร้องให้ผู้บรรยายส่งเนื้อเรื่องที่จะบรรยายล่วงหน้า

ก่อนได้ก็ดี สำหรับการอัดเทปการบรรยาย ถ้าทำได้ก็เป็นการดีตั้งแต่คณะกรรมการส่วนใหญ่เห็นว่ายังไม่ควรทำ

### ระเบียบวาระที่ 6 แต่งตั้งกรรมการ

6.1 กรรมการลงทะเบียนนายแพทย์จินดา สุวรรณรัตน์ ให้หาเสมียนพนักงานช่วยจัดการ 2 คน โดยให้สมนาคุณคนละ 20 บาท/วัน

6.2 กรรมการจัดโต๊ะยาและ Exhibit นายแพทย์เกรียงไกร อัครวงษ์ ให้จัดโต๊ะประมาณ 25 โต๊ะที่ได้ห้องประชุม ร.พ.รามาริบัติ

กรรมการจัดการเลี้ยงในคืนวันศุกร์ที่ 23 มิถุนายน 2515 นายแพทย์อุกฤษฏ์ เปล่งวานิช เป็นผู้ติดต่อกับโรงแรม เพื่อจัดเลี้ยงสำหรับคนประมาณ 60 คน

เลิกประชุมเวลา 15.00 น.

ส่วนการประชุมใหญ่ทางวิชาการจัดขึ้นที่โรงพยาบาลรามาฯ พญาไท กรุงเทพฯ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

เวลา 8.30-8.45 น. นายกกกล่าวเปิดประชุม (ศ.นพ.วิกิจ วีรานูวัตต์) เลขานุการ (นพ.เอนก ยุวจิตติ) แดงลงกิจการของคณะกรรมการอำนวยการ และงบดุลประจำปี 2513

เวลา 08.45 น. เริ่มประชุมวิชาการ ภาคเช้า ณ ห้องบรรยาย 2  
ประธาน - นพ.สมพนธ์ นุญชคุปต์  
เลขานุการ- นพ.อุดม หะรินสุต

เวลา 08.45-09.05 น. Entero Hepatic Circulation of Bile Salt  
นพ. สวัสดิ์ หิตะนันท์ (ศิริราช)

- เวลา 09.05-09.25 น. Schistosomiasis of the Liver  
 อานาง ศรีรัตนบัลล์ (จุฬาฯ)
- เวลา 09.25-09.45 น. Hepatic Encephalopathy as an unusual  
 manifestation of Amoebic Liver Abscess  
 อุดม ทะรินสุต (รามฯ)
- เวลา 09.45-10.05 น. 30 Cases of Anicteric Hepatitis with  
 Hepatitis Australian Antigen.  
 นพ.สมพนธ์ บุญยคุปต์ และพวก (รามฯ)
- เวลา 10.05-10.35 น. พัก เครื่องดื่มและชมภาพยนตร์เรื่อง  
 Proctosigmoidoscopy in Cancer Detection เอื้อเพื่อ  
 โดยบริษัทอินเตอร์โพร
- เวลา 10.35-10.55 น. Mesenteric Angiographic Change in  
 Inflammatory Diseases of Small Bowel  
 นพ.วิโรจน์ สุชาติ (รามฯ)
- เวลา 10.55-11.15 น. Hepatic Angiogram in Liver Abscess  
 นพ.วัชร ฤทัยเฉลิม, นพ. เกื้อศักดิ์ กนิษฐานนท์
- เวลา 11.15-11.35 น. Further study on effect of Hepatic Artery  
 Ligation  
 นพ.อุกฤษต์ เปล่งวานิช (ศิริราช)
- เวลา 11.35-12.00 น. ภาพยนตร์เรื่อง X-ray Cinematography of  
 small intestine บริษัทเอ็กซ์ไทย

เวลา 12.00-13.00 น. รับประทานอาหารกลางวันเฉพาะสมาชิก,

ผู้บรรยายและผู้ที่ได้รับเชิญที่หน้าห้องประชุมใหญ่

เวลา 13.00-13.20 น. ประชุมคณะกรรมการอำนวยการ เรื่องการไป

ประชุมเอเชียแปซิฟิกคองเกรสครั้งที่ 4 ที่มนิลา ณ  
ห้องบรรยาย 2

เวลา 13.30-16.00 น. ภาคบ่าย-การอภิปรายหมู่เรื่อง "Gall Stone"

ผู้ดำเนินการอภิปราย-

ศาสตราจารย์นายแพทย์วิจิตร วีรานูวัตต์

ผู้อภิปราย

นายแพทย์อุคม หะรินสุต

นายแพทย์สมพันธ์ นุชชกุลต์

ศาสตราจารย์นายแพทย์เจลี่ วัชรพุกก์

ศาสตราจารย์นายแพทย์อุคม โปษกฤษณ์

ศาสตราจารย์นายแพทย์ทินรัตน์ สกิดนิมานการ

น.พ.อุกฤษต์ เปล่งวานิช

ประธานกรรมการวิชาการฯ

ในวันนี้ได้รับความช่วยเหลือจากบริษัทต่างๆเช่น บริษัทยูนิเคมี  
1,000 บาท บริษัทลอร์ส 500 บาท, บริษัทนอร์ดมาร์ค 2,000 บาท และบริษัท  
อินเตอร์โพร 2,000 บาท และบริษัทอื่นๆ ที่ไม่ได้ออกรายนามอีกหลายบริษัท

และการประชุมของสมาคมฯแจ้งยอดเงินในวันที่ 13 พฤษภาคม 2514 มีอยู่จำนวน 4,977 บาท จำนวนสมาชิกที่ชำระเงิน 27 คน ดังบุคคลนี้

ค่าใช้จ่าย	บาท	ศ.ต.	รายได้	บาท	ศ.ต.
เครื่องเขียน, ซอง, พัสคูลสำนักงาน	1,052	25	ค่าบำรุงจากบริษัทต่างๆ	7,140	-
แสดมปี	170	50	ค่าสมาชิก	4,420	-
พนักงานพิมพ์	100	-			
<b>รวมรายจ่าย</b>	<b>1,322</b>	<b>75</b>	<b>รวมรายได้</b>	<b>11,560</b>	-
รายได้สูงกว่ารายจ่าย	10,237	25			

จะเห็นได้ว่าว่างบลูรายได้และรายจ่ายของสมาคมเราในขณะนั้นปีพ.ศ. 2514 เป็นเวลา 12 ปี ภายหลังจากก่อตั้งสมาคมเมื่อปี พ.ศ.2502 เรามีเงินในสมาคมอยู่ไม่กี่พันบาท การจัดการประชุมประจำปีได้รายได้สูงขึ้นมา 10,237.25 บาท เป็นรายได้จากบริษัทฯซึ่งน้อยมาก เนื่องจากบริษัทละไม่กี่ร้อยจนถึงสองพันบาท แต่ในปัจจุบันสมาคมของเราได้ก้าวหน้าไปมากมาย รายได้ส่วนใหญ่มาจากการประชุมนานาชาติ ที่พวกเราจะพยายามจัดขึ้นเพื่อให้สมาคมของเราเจริญยิ่งขึ้นต่อไป

อนึ่งขอเสนอรายงานการประชุมวิชาการครั้งที่ 2 ของสมาคมฯ โดยจัดขึ้นที่โรงพยาบาลตำรวจในโอกาสวันเกิดของโรงพยาบาลตำรวจ เรื่อง



“Symposium on Ulcerative Disease of Upper GI Tract” วันที่ 12 ตุลาคม  
2514 เวลา 13.25-16.00 น. ณ ห้องประชุมตึกอำนวยการ ชั้น 5

**ประธานที่ประชุม**

- พล.ต.ต.แสวง วัจนะสวัสดิ์, ศ.นพ.วิกิจ วีรานูวัตต์
- 13.25-13.30 ประธานกล่าวเปิดประชุม
- 13.30-13.45 Ulcerative diseases of Mouth and Pharynx  
นพ.อนันต์ ลัทธนันท์
- 13.45-14.00 Mallory-Weiss syndrome  
นพ.วัชรีย์ อุทัยเฉลิม
- 14.00-14.25 Stress ulcer and Hemorrhagic-erosive gastritis  
ศ.นพ.วิกิจ วีรานูวัตต์
- 14.25-14.40 Peptic ulcer  
นพ.สมเกียรติ เศรษฐภักดี
- 14.40-14.55 Zollinger-Ellison syndrome  
นพ.บุญเกตุ เหล่าวานิช
- 14.55-15.10 Recognition and Detection of Early Ulcerative gastric CA  
นพ.บุญทรง วิสกุล
- 15.10-15.30 Radiological Diagnosis of ulcerative diseases of Upper  
GI tract  
นพ.จิโรจน์ สุชาโต
- 15.30-15.45 อภิปราย -ซักถาม

ทั้งนี้ จะเห็นได้ว่าการประชุมทางวิชาการในสมัยนั้นมีเรื่องที่น่าสนใจมากมายหลายเรื่อง เช่น เรื่อง Schistosomiasis of the Liver ซึ่งเป็นเรื่องที่น่าสนใจมากและเรื่อง Hepatic Encephalopathy as an unusual manifestation of Amoebic Liver Abscess จึงนับว่าเป็นเรื่องที่พบยากมากแม้ในปัจจุบัน เช่นเดียวกับเรื่อง Mesenteric Angiographic Change in Inflammatory Disease of Small Bowell ซึ่งเราทำการศึกษามาก่อนประเทศแถบนี้ นับเป็นความก้าวหน้าทางวิชาการที่ประเทศเรามีมานานแล้ว

และตราของสมาคมฯ ในสมัยนั้น เป็นดังนี้



วันหลัง และ เบื้องหลัง

**การจัดประชุม International Symposium on Viral Hepatitis  
and Perspective from the ASEAN Region.**

พ.อ.นพ.อนุชิต จูฑะพุทธิ

รพ.พระมงกุฎเกล้า

หลังจากที่การจัดงาน International Symposium on Viral Hepatitis and Perspective from the ASEAN Region ซึ่งจัดขึ้น ณ โรงแรมแชงกรี-ล่า, กรุงเทพฯ ระหว่างวันที่ 10-12 กันยายน 2540 และมีสมาชิกหลายท่านได้มีโอกาสเข้าร่วมประชุมงานนี้ด้วย ซึ่งเป็นการจัดแบบ International Meeting อีกรายหนึ่งของสมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย ที่นับได้ว่าได้ผลดี อยู่ในเกณฑ์น่าพอใจ อย่างไรก็ตามก็ยังมีข้อบกพร่องต่างๆเกิดขึ้น ซึ่งคงจะต้องนำไปแก้ไขเพื่อใช้ในการจัดประชุม International Meeting ของเราครั้งต่อไป ผมใคร่ถือโอกาสนี้ เสนอให้ฟังถึงความเป็นมาในการจัดงาน และขั้นตอนการทำงานต่างๆให้ทราบ

สมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทยได้มีโอกาสจัดงานประชุมระดับชาติมาหลายครั้ง และครั้งที่น่าบ่ายิ่งใหญ่ครั้งหนึ่งก็คือการจัดประชุม Asian Pacific Congress of Gastroenterology ในปี ค.ศ. 1992 ณ ศูนย์ประชุมแห่งชาติสิริกิติ์ และด้านนับถึงการจัดประชุมครั้งสุดท้ายเกี่ยวกับด้านตับแล้วคือการจัดประชุมในปี ค.ศ. 1990 ซึ่งเป็นการจัดในเรื่องเกี่ยวกับ Asian Pacific Association for The Study of Liver diseases อาจารย์เติมชัย

ไชยнуวัตติ ซึ่งเป็นประธานฝ่ายโรคตับของสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย มีดำริว่าประเทศในเอเชีย โดยเฉพาะประเทศทางด้านเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เป็นดินแดนที่มีการระบาดของ viral hepatitis เป็นลำดับชั้นๆ ในโลก การจัดประชุมเกี่ยวกับ viral hepatitis ในแถบนี้ ในระดับ International นั้น ยังไม่ค่อยมีการจัดมาก่อน ถึงแม้ว่าการจัดประชุม viral hepatitis จะเคยมีการจัดประปรายหลายครั้งในโลก ส่วนใหญ่แล้วจะจัดในแถบอเมริกา หรือแถบยุโรป เสียเป็นส่วนใหญ่ ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปประชุมแต่ละครั้งนั้นค่อนข้างจะแพง ถ้าประเทศในกลุ่มอาเซียน หรือแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ จะรวมการจัดประชุม viral hepatitis โดยเชิญวิทยากรซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถจากทางด้านนั้นมาแทน จะสามารถทำให้ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปประชุม และค่าลงทะเบียนได้ ดังนั้นอาจารย์เดมิชัย ไชยнуวัตติ จึงมีความเห็นว่าเราน่าจะเป็นหัวเรี่ยวหัวแรงในการจัดประชุม International Viral Hepatitis ในด้านเอเชีย และประเทศในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ หลังจากที่มีการพูดคุยกันในหมู่แพทย์ซึ่งสนใจทางด้านนี้ และโดยความเห็นชอบของกรรมการสมาคมฯ จึงได้มีการจัดตั้งกรรมการขึ้นชุดหนึ่ง ประกอบด้วย

นพ. เดมิชัย	ไชยनुวัตติ	ประธาน
นพ. ไพโรจน์	เหลืองโรจนกุล	รองประธาน
นพ. อนุชิต	อุทะพุทธิ	เลขานุการในการจัดงาน
นพ. อุดม	คชินทร	เหรัญญิก
พญ. วโรชา	มหาชัย	กรรมการ
นพ. ขง	ภู่วรรณ	กรรมการ

นพ.ชุตินา	ประมุขสันทิรพยักรรรมการ	
นพ.พิศาล	ไม้เรียง	กรรรมการ
นพ.สิริฤกษ์	ทรงศิวิไล	กรรรมการ
นพ.ทวีศักดิ์	แทนวันดี	กรรรมการ
นพ.ธีระ	พิรัชวิสุทธี	กรรรมการ
นพ.วิกิจ	วีรานูวัตต์	ที่ปรึกษา
นพ.สวัสดิ์	หิตะนันท์	ที่ปรึกษา
นพ.พินิจ	กุลละวณิชย์	ที่ปรึกษา
พญ.กรรณิการ	พรพัฒน์กุล	ที่ปรึกษา
นพ.สัจพันธ์	อิสรเสนา	ที่ปรึกษา

เมื่อมีการแต่งตั้งคณะกรรรมการและทราบแล้วว่า theme ของการจัดนั้น จะเน้นถึง Viral Hepatitis และ Complication ของ Viral Hepatitis เราก็เริ่มส่งเสริมให้มีการวิจัยในโรงเรียนแพทย์ต่างๆ เกี่ยวกับ Viral Hepatitis ทั้งนี้เพื่อให้มีการวิจัยเป็นของเราเอง เพื่อนำเสนอในการประชุมโดยให้อาจารย์แต่ละสถาบันนำหัวข้อนี้ไปดำเนินการวิจัย เราได้เริ่มคิดเกี่ยวกับเรื่องนี้ประมาณ 2 ปีก่อนการจัด ระยะเวลาในการจัดนั้นเราได้พิจารณาถกกันหลายครั้ง และในที่สุดก็เลื่อนจากต้นปี 2540 มาเป็นเดือนกันยายน ระหว่างวันที่ 10-12 อาจารย์ชุตินา ประมุขสันทิรพยักรรรมการ ซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบเกี่ยวกับ Scientific Program ก็ได้เริ่มวางหัวข้อต่างๆ ซึ่งจะครอบคลุมในเวลา 3 วันที่เรากำหนดไว้ หลังจากนั้นก็เป็นการกำหนดตัววิทยากรที่เหมาะสม เกี่ยวกับเรื่องนี้คณะ

กรรมการมีความเห็นกันหลายหลากเกี่ยวกับวิทยากรแต่ละท่าน จากการที่คณะกรรมการเคยเดินทางไปประชุมในต่างประเทศจึงพอที่จะทราบว่าควรจะเชิญใครที่มีความรู้แตกฉานและถ่ายทอดได้ดี มาเป็นวิทยากรในครั้งนี้ จึงได้มีหนังสือทาบทามเชิญให้มาร่วมประชุม บางครั้งถ้าเราไปพบในการประชุมที่ต่างประเทศ ก็จะดำเนินการทาบทามด้วยวาจา เพราะบางท่านเราต้องการที่จะเชิญมาเป็นวิทยากรที่มีชื่อเสียงก็ต้องเดินทางไป lecture หลายแห่งและได้ถูกเชิญล่วงหน้าไว้เป็นปีก็มี ในที่สุดเราก็สามารถเลือกวิทยากรได้ และลำดับต่อมาที่เราจะต้องพิจารณาก็คือสถานที่ เนื่องจากการประชุมครั้งนี้จะต้องใช้วิทยากรจากต่างประเทศจำนวนมาก การจัดการประชุมในต่างจังหวัดอาจจะมีปัญหาเกี่ยวกับการเดินทางของวิทยากร เพราะบางครั้งวิทยากรอาจจะไม่ได้เดินทางมาพร้อมกัน ทำให้ยากแก่การดูแลและต้อนรับวิทยากร เราจึงตัดสินใจจัดประชุมในกรุงเทพฯ เราหวังว่าจะมีผู้เข้าร่วมประชุมจากต่างประเทศประมาณ 200 ท่าน และผู้เข้าร่วมประชุมคนไทยอีกประมาณ 100 ท่าน สำหรับสถานที่การจัดประชุมที่มีผู้เข้าร่วมประชุม 300 ท่าน นั้น คิดว่าคงไม่มีปัญหา ครั้งแรกเราเลือกใช้โรงแรมสยาม อินเทอร์เน็ตคอนติเนนตัล เป็นสถานที่จัดประชุมเนื่องจากอยู่กลางใจเมือง ไม่ไกลจากสถานที่ท่องเที่ยว ศูนย์การค้า, ร้านอาหาร และโรงเรียนแพทย์ต่างๆ ตลอดจนมีโรงแรมใกล้เคียงในราคาซึ่งเหมาะสมต่อแพทย์ชาวต่างประเทศที่มีทุนน้อย เราจึงสนใจสถานที่แห่งนี้เป็นพิเศษ อย่างไรก็ตามเมื่อประมาณ 8 เดือนก่อนการจัดประชุมได้มีการก่อสร้างรถไฟฟ้ากรุงเทพมหานครมาจนถึงบริเวณหน้าศูนย์การค้าสยามสแควร์พอดี ครั้งแรกเราคิดว่าคงจะเสียพื้นที่ผิวจราจรไปเล็กน้อยไม่น่าจะเป็นปัญหา แต่

ปรากฏว่าเรา กับมีสงครามอยู่น้ำโรงแรมเพราะมีหลุมเต็มไปหมด และการจรรजरติคค์ดมาก คณะกรรมการมีความลำบากใจอย่างยิ่งที่จะเลือกสถานที่ใหม่เพราะเราได้ออก First Announcement ไปแล้ว อย่างไรก็ตามเมื่อสถานการณ์จำเป็น เราจึงจำเป็นต้องย้ายไปจัดที่โรงแรมอื่นแทน และเราได้ตัดสินใจเลือกโรงแรมแห่งกริ-ล่า ซึ่งเป็นโรงแรมที่อยู่ในระดับดี และอยู่ในทำเลที่ดี ตลอดจนการคมนาคมไม่ลำบากนักสำหรับวิทยากรจากต่างประเทศและผู้เข้าร่วมประชุม เพราะสามารถใช้ทางคว่นมาลงใกล้กับโรงแรมได้

เมื่อได้ theme ของการจัดงาน วัน เวลา และสถานที่เรียบร้อยแล้ว เราก็ตั้งสำนักงานเฉพาะกิจในการดำเนินงานนี้ ซึ่งแน่นอนว่าส่วนนี้จะต้องอยู่กับเลขานุการจัดการประชุม ซึ่งควรจะเป็นที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า หน้าที่หลักของสำนักงานนี้คือทำหน้าที่ติดต่อกับผู้เข้าร่วมประชุม, รับผิดชอบติดต่อเอกสารด้านลงทะเบียน ตลอดจนการท่องเที่ยวก่อนและหลังการประชุม ทำหน้าที่ประสานงานวิทยากรทั้งในและต่างประเทศ เพื่อจัดการเดินทาง การเข้าพักในโรงแรม การต้อนรับ การทวงบทความเพื่อลงในหนังสือการประชุม คณะกรรมการได้พิจารณาแล้วว่าผู้เข้าร่วมประชุมไม่น่าเกิน 300 คน การจ้างบริษัทเอกชนเพื่อทำหน้าที่ดังกล่าว โดยจะต้องเสียค่าใช้จ่ายไม่ต่ำกว่า 5 แสนบาท ไม่รวมค่าบุคคลากรในวันเปิดงาน ตลอดจนค่าโทรศัพท์, ค่าไปรษณียากร, ค่าถ่ายเอกสาร ซึ่งอาจจะตกประมาณ 7-8 แสนบาท คณะกรรมการจึงจ้างเจ้าหน้าที่ 2 ท่านมาทำงานที่ฝ่ายเลขานุการแห่งนี้ ซึ่งทางตัวผมเอง และผู้ช่วยไม่เคยทำหน้าที่เกี่ยวกับด้านนี้มาก่อน ตัวผมเองถึงแม้จะเคยเข้าร่วมประชุมหลายครั้งก็ไม่เคยเป็นผู้จัดการประชุมเอง แรกๆที่ตั้งสำนักงาน

การออกจดหมายถึงผู้เกี่ยวข้องในต่างประเทศค่อนข้างเป็นไปได้ช้าเพราะโดยทั่วไปแล้วเรามักคุ้นกับศัพท์ทางแพทย์มากกว่า ภาษาที่ใช้ติดต่อกทางจดหมายอย่างไรก็ตามปัญหาทางด้านนี้ได้รับการแก้ไขและคลี่คลายไปได้ด้วยดีโดยเฉพาะอย่างยิ่งได้รับความกรุณาจาก พันเอกนายแพทย์สุวัฒน์ เลขยานนท์ ซึ่งท่านมีพรสวรรค์ในการแต่งหนังสือ ร่างจดหมายโต้ตอบ ตลอดจนมีสายตาที่เฉียบแหลมในการตรวจค้นฉบับ ทำให้งานทางด้านเอกสารเข้ารูบเข้ารอยไปด้วยดี และได้รับการติดต่อจากผู้สนใจมากขึ้นจนต้องขยายเบอร์โทรศัพท์ อีกหนึ่งเลขหมายเพื่อใช้โทรออกและรับแฟกซ์อีกหนึ่งเครื่อง

เนื่องจากการจัดประชุมครั้งนี้เรามีวัตถุประสงค์เพื่อจะจัดแบบ International การหาสปอนด์เซอร์ก็มีไม่มากนักเพราะยาที่ใช้รักษาผู้ป่วยทางโรคตับมีไม่มากเหมือนยาที่ใช้รักษาผู้ป่วยด้านโรกระบบทางเดินอาหาร คณะกรรมการจึงเรียกบริษัทที่สนใจที่จะเป็นสปอนเซอร์และแบ่งออกเป็น major sponsor และ minor sponsor ทั้ง major และ minor sponsor มีเงื่อนไขที่จะโฆษณาผลิตภัณฑ์ การออกนุช ตลอดจนการจัด Lunch Symposium โดยจะต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการเชิญวิทยากรไม่น้อยกว่า 1 ถึง 2 รายด้วย ดังที่ได้กล่าวแล้วว่า การที่จะจัดแบบ International จึงจำเป็นที่บริษัทฯ ต้องขอความร่วมมือไปยังประเทศในแถบข้างเคียง ตลอดจนบริษัทแม่ที่ได้เคยแจ้งไปก่อนแล้ว เพื่อที่จะได้รับงบประมาณพิเศษสำหรับในการจัดประชุมครั้งนี้ ซึ่งทางคณะกรรมการได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี โดยมีบริษัทเซอรัง-พลารับเป็น major sponsor และบริษัทแกเล็กโซเวลคัม และบริษัทโรซ รับเป็น minor sponsor ซ้ำทั้ง major sponsor และ minor sponsor ได้กรุณาส่งเจ้า



หน้าที่มาช่วยในการจัดงานทั้งก่อนจัดและหลังการจัดประชุมเป็นอย่างดี ซึ่งทางคณะกรรมการคิดว่าถ้าไม่ได้รับความช่วยเหลือดังกล่าวนี้แล้วงานทั้งหมดคงไม่สามารถที่จะจัดได้

ในแง่ของการประชาสัมพันธ์ เราได้ส่งจดหมายและแผ่นพับไปยังแพทย์ที่ทำงานทางด้านโรคตับในเอเชียและเอเชียตะวันออกเฉียงใต้เป็นจำนวนมากกว่า 1,500 ฉบับ เพื่อเชิญชวนให้มาประชุมครั้งนี้ สำหรับการประชาสัมพันธ์ในประเทศมีการส่งแผ่นพับเป็นการกระตุ้นเดือนสมาชิกของสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย ผ่านทางจุลสารของสมาคมฯเป็นระยะ นอกจากนั้นเรายังได้รับความร่วมมือจากบริษัทฯ ในการนำโปสเตอร์ไปประชาสัมพันธ์ยังโรงพยาบาลประจำจังหวัดและโรงพยาบาลเอกชนต่างๆทั่วประเทศ พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการส่ง abstract ของงานวิจัยเพื่อเข้าร่วมประชุมด้วย เราได้พยายามดึงดูดให้มีการส่ง abstract กันมากๆ โดย abstract ที่ได้รับความยอมรับจากฝ่ายวิชาการจะถูกส่งลงพิมพ์ในวารสาร Journal of Gastroenterology and Hepatology ซึ่งถือเป็น official Journal ของ Asian Pacific Association for The study of Liver diseases โดยไม่คิดมูลค่าแต่อย่างใด ผู้ที่ได้รับลงตีพิมพ์ในวารสารนี้สามารถใช้อ้างอิงได้จาก Medline เช่นกัน

สำหรับทางด้านการจัดงานเลี้ยง รวมทั้งด้านความบันเทิงแก่ผู้เข้าร่วมประชุม เราได้รับความกรุณาจากคุณกมลทิพย์ หิตะนันท์ ภรรยาของท่านนายกสมาคมฯและคุณพัชราภรณ์ หิตะนันท์ ซึ่งเป็นบุตรสาวของท่านนายกสมาคมฯ อีกทั้งคุณวนิดา ไชยнуวัตติ ภรรยาของนายแพทย์เด็มชัย ไชยनुวัตติ

ประธานจัดงานครั้งนี้ รับผิดชอบการจัดด้านความบันเทิง นาฏศิลป์ และความบันเทิงต่างๆแก่ผู้เข้าร่วมประชุม ทำให้งานเลี้ยงในการประชุมนี้ผ่านไปด้วยดี และสนุกสนานมาก ช่วยให้งานในฝ่ายเลขานุการลุล่วงอย่างมาก

เมื่อใกล้จะจัดงานมากขึ้นความวุ่นวายต่างๆก็มีมากขึ้นตามลำดับ มีผู้ลงทะเบียนจากต่างประเทศเพิ่มขึ้น และที่เกิดปัญหามากที่สุดคงจะเป็นผู้เข้าร่วมประชุมจากจีนแผ่นดินใหญ่ เพราะมีความสับสนเกี่ยวกับชื่อและนามสกุล บางครั้งมีการลงทะเบียนแล้วแต่ต้องการเปลี่ยนผู้เข้าร่วมประชุม รวมทั้งในเรื่องของการทวงบทความของวิทยากรจนถึงประวัติของวิทยากร และโปรแกรมในการเดินทางและตั๋วเครื่องบินของวิทยากร ซึ่งบางครั้งเมื่อใกล้ถึงวันเดินทางก็ติดประชุมไม่สามารถเดินทางตาม วันที่เราซื้อตั๋วเครื่องบินที่ส่งไปให้จนต้องมีการเปลี่ยนและส่งไปให้อีกครั้งเป็นต้น อีกทั้งยังมีปัญหาทางด้าน abstracts และ Syllabus เพื่อจะส่งพิมพ์ในหนังสือที่จะแจก จะต้องได้รับการตรวจทานทั้งในแง่ของรูปแบบและไวยากรณ์ที่ถูกต้องอีกด้วย เราทำกันจนถึงวันสุดท้ายที่จะต้องส่งโรงพิมพ์

1 วันก่อนการประชุม คณะทำงานของเราเข้าไปจัดตั้งสำนักงาน ณ โรงแรมแซงกรี-ล่า ตลอดจนประสานกับทางโรงแรมเพื่อเตรียมสถานที่ต่างๆ มีวิทยากรบางท่านเช่น Professor J. Hoofnagle , Dr. V. Desmet ได้เดินทางล่วงหน้ามาก่อนเพื่อจะเดินทางไปเที่ยวภาคเหนือของประเทศไทย ซึ่งกรรมการของเรา โดยนายแพทย์ทวีศักดิ์ แทนวันดี ได้ติดตามไปเพื่ออำนวยความสะดวกและเรายังได้รับความอนุเคราะห์จากหน่วยทางเดินอาหาร ภาค

วิชาอายุรศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ในการจัดเลี้ยงขันโตกเพื่อต้อนรับ  
วิทยากรทั้ง 2 ด้วย

โดยสรุปแล้วเรามีผู้เข้าร่วมประชุมจากต่างประเทศ 140 ท่าน, ผู้เข้า  
ร่วมประชุมในประเทศ 160 ท่าน และคณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯ 42  
ท่าน เรามีผู้เข้าร่วมประชุมซึ่งมาจากแคนาดา 2 ท่าน ท่านแรกมาจาก  
ประเทศมองโกเลีย และท่านที่สองมาจากประเทศตุรกี ซึ่งทั้ง 2 ท่าน ทำใ้  
งานเลี้ยงสังสรรค์ของเราสนุกสนานยิ่งขึ้น คุณหมอผู้หญิงชาวตุรกีผู้นี้เด่นรำ  
ได้ดีมาก ทำเอาอาจารย์วิกิจ วีรานูวัตต์ ของเราเหนื่อยจนต้องขอหยุดเดิน  
กลางคัน

ในช่วงของวันประชุมมีปัญหาลูกคัสักบางเล็กน้อย คือช่วงวันแรกที่มี  
มีการรับลงทะเบียนผู้เข้าร่วมประชุมจากประเทศจีน ซึ่งไม่สามารถพูดภาษา  
อังกฤษได้ แม้ว่าเราจะจัดเจ้าหน้าที่ที่สามารถพูดจีนกลางได้ แต่ก็ไม่พอเพียง  
บางครั้งต้องใช้มัคคุเทศก์ของเขาช่วยด้วย อย่างไรก็ตามผู้เข้าร่วมชาวจีน  
ส่วนใหญ่เข้าฟังการประชุมตลอดทั้ง 3 วัน โดยมีได้หลับไปไหนเลย ทั้งนี้  
เพราะมีปัญหาทางด้านภาษานั้นเองไม่สามารถจะไปไหนได้ จึงต้องรอมัคคุ  
เทศมารับกลับโรงแรมตอนเย็น ทำให้บรรยากาศของการประชุมมีผู้เข้าร่วม  
ประชุมเต็มห้องอยู่ตลอดเวลา ผมเองก็ไม่แน่ใจเหมือนกันระหว่างที่นั่งฟังอยู่  
นั้นจะเข้าใจได้มากน้อยเพียงใด แต่อย่างน้อยก็คงจะอ่านได้จากสไลด์และยังมี  
หนังสือไปอ่านได้อีกภายหลัง

การจัดประชุมครั้งนี้รับผลกระทบทางด้านบวกจากการปรับค่าเงิน  
บาทลอยตัว เนื่องจากเราคิดค่าลงทะเบียนเป็น USD เมื่อมีการปรับค่าเงิน

บาทก็เริ่มทยอยมีการลงทะเบียนมาบ้างแล้ว เราก็คิดว่ารอจนค่าเงินบาทได้ราคาดี ก็นำ Draft ไปเข้าแบงก์ทีหนึ่ง ความจริงแล้วเราตั้งราคาค่าห้องพักเป็น USD ด้วยเช่นกัน แต่เกรงว่าจะเป็นการเอาเปรียบผู้เข้าร่วมประชุมจากต่างประเทศมากเกินไป เพราะเขาก็เข้าใจว่าราคาห้องพักที่แท้จริงแล้วเทียบกับราคาเงินบาทตอนก่อนปรับค่านั้นต่างกันอย่างไร โดยสรุปแล้วจากสถานการณ์นี้ทำให้เราได้ผลกำไรจากการจัดมากขึ้น เรามีกำไรจากการจัดครั้งนี้ประมาณ 2 ล้านกว่าบาท ซึ่งพิจารณาแล้วก็ยังเป็นเงินจำนวนไม่น้อย เนื่องจากภาวะเศรษฐกิจในปัจจุบันทำให้รายรับจากสมาคมฯที่ได้จากการประชุมปีละ 2 ครั้ง แทบจะไม่มีกำไรเกิดขึ้น ดังนั้นเงินกำไรที่ได้จากการประชุม International Symposium on Viral Hepatitis นี้ จึงถูกนำมาใช้ในกิจกรรมต่างๆของสมาคมฯเช่น การส่งเสริมให้แพทย์ Fellow ทางเดินอาหารทำวิจัย โดยได้รับการสนับสนุนจากสมาคมฯ ตลอดจนค่าตกแต่งสำนักงานของสมาคมฯ ณ ที่ทำการของแพทย์สมาคมแห่งประเทศไทย

และแล้วการจัดงานครั้งนี้ก็ผ่านลุล่วงไปได้ด้วยดี ไม่มีฝนตก ไม่มีน้ำท่วม ไม่มีมือเปื้อน ผู้เข้าร่วมประชุมและวิทยากรทุกท่าน กลับถึงภูมิลำเนาปลอดภัยทุกราย หลังจากการจัดประชุมเราได้มีการจัดเลี้ยงขอบคุณผู้ที่มีส่วนร่วมจัดงานนี้ตลอดจนบริษัทยาทุกบริษัทที่สนับสนุนการจัดประชุมครั้งนี้ เราได้มอบโล่ให้ทุกบริษัท ผมใคร่ขอถือโอกาสนี้ขอบขอบคุณผู้เข้าร่วมประชุมและบริษัทฯไว้ ณ โอกาสนี้ ผมได้เรียบเรียงขั้นตอนการดำเนินการต่าง ๆ มาไว้ให้ดูด้วย

## Guide Line in Arranging International Meeting

- 2-3 ปี
- ทราบ Theme และ Topic เพื่อส่งเสริมให้มีการทำ Research ต่างๆเตรียมไว้ presentในงาน
  - ตั้งคณะกรรมการทำงานฝ่ายต่างๆ
- 1 ½ -2 ปี
- กำหนดชื่อการประชุม, Theme, วันประชุม , เวลา, เมือง
  - contact International Speakers , ขอ International Advisory Board
  - ติดต่อโรงแรมในเมือง พิจารณาข้อดี-ข้อเสีย
- 1 ½ ปี
- ได้ชื่อ, Theme, วัน-เดือน, เมือง, ช่วงเวลาประชุม
  - ทำกระดาษ, ซอง และ Logo ของการประชุม
  - ทำ Poster, 1st Announcement pamphlet
  - ติดต่อเรื่อง Major and Minor Sponsor
  - ร่าง Scientific Program
  - ตั้งสำนักงาน มีอุปกรณ์, แฟกส์ เบอร์ตรง, Email
  - เลือกโรงแรมประชุม
- 15 Month
- ส่งหนังสือ contact speaker ต่างชาติ
  - ส่ง pamphlet ไปยังสมาคมฯ GI ของประเทศในโซน Asia-Pacific, ขอ abstract ด้วย
  - ส่ง pamphlet ตรงไปยังแพทย์ต่างชาติที่รู้ที่อยู่และขอ abstract
  - sign contract กับ โรงแรมประชุม
  - เลือก Major, Minor sponsor

- ตกกลง sign contract
  - Motivate ส่ง pamphlet ผ่านทาง sponsor
  - Revise Scientific Program
- 12 month
- ติดต่อ บริษัท Tour เพื่อช่วยดูแล Pre-Post Congress, Tour, รับ-ส่ง, ตัวเครื่องบิน
  - ออก Poster และ 2nd Announcement Abstract ด้วยส่งทั้งใน และต่างประเทศ
  - Sign contact กับโรงแรมเพื่อ fix rate และ ประโยชน์ต่างๆ (ถ้ายังไม่ได้ทำ)
  - จัดหมายเชิญบริษัทต่างๆ เพื่อออก booth และ sponsor
- 12-6 month
- ประชาสัมพันธ์ด้านต่างๆ, ขอ abstract ในประเทศ และต่างประเทศ
  - revise scientific program
  - รับลงทะเบียน และประสานกับทาง Tour กับโรงแรม ทุก 1 เดือน
  - จัดเก็บเอกสาร, Abstract, ออกใบเสร็จ confirm ลงทะเบียน
  - contact speaker ขอ Syllabus, ขอ CV, ตั้ง dead line ส่ง
- 6 month
- Final Scientific Program
  - ออก Final Announcement
  - เตรียมกระเป๋า แจก
  - contact โรงพิมพ์, speaker ของต่างประเทศ

- 5 month
- up date กับโรงแรม, Tour ทุกเดือน
  - คัดเลือก abstract จัดแบ่ง Moderator แต่ละ session
- 4 month
- up date กับโรงแรม, Tour
  - คัดเลือก abstract
- 3 month
- เตรียม Social Event
  - dead-line abstract and Syllabus
  - up date โรงแรม และ tour
  - ติดต่อ prove พิมพ์ abstract and Syllabus
  - ตอบรับว่าใครจะได้ oral present และ ขอ confirm ด้วยว่าจะมา present oral ได้หรือไม่
- 2 month
- up date โรงแรม
  - Tour, ติดต่อ Speaker ขอเวลามา-กลับ เพื่อซื้อตั๋วเครื่องบิน
  - ส่ง CV speaker และจดหมายไปหา Moderator
- 1 month
- Up date โรงแรม Tour
  - ส่งตั๋วเครื่องบินให้ speaker
  - contact tour และ โรงแรม
- 2 week
- ติดต่อรกรับ speaker, ใครจะรับพิเศษ
  - ประสานงาน Tour ก่อน/หลัง Confirm
- 1-2 วัน
- move เข้าโรงแรม เปิด office
  - จัดกระเป๋า
  - ดูแลการทำ booth

## CME. ในยุค IMF.

(ภาค 1)

รศ.นพ.พินิจ กุลละวณิชย์

หน่วยทางเดินอาหาร, รพ.จุฬาลงกรณ์

ปกติผมไปประชุมต่างประเทศปีละประมาณ 8 ครั้ง ครั้งหนึ่งทางเจ้าภาพหรือบริษัทต่างประเทศเป็นผู้ให้การสนับสนุนอีกครั้งหนึ่ง บริษัทในประเทศไทยเป็นผู้เชิญ บางทีเชิญค้างไว้ 3 ปีถึงได้ไป เป็นเพราะว่าเชิญแล้วไม่มีงบบ้าง จึงติดหนี้ไว้ก่อน หรือผมมีบริษัทอื่นเชิญแล้วบ้าง ความจริงความรู้ก็คงไม่มีการก้าวหน้าเร็วมากถึงขนาดต้องไปปีละ 8-9 ครั้ง แต่บางการประชุมเป็นเฉพาะกิจ เช่น *Helicobacter pylori*, *Hepatitis* ฯลฯ แต่การไปประชุมบ่อยๆ ถึงแม้จะเป็นเรื่องเดียวกัน ถึงแม้จะเป็นการซ้ำ แต่ก็เป็นการย้ำให้เราได้ดี และลึกจริง เป็นการมองปัญหาเดียวกันจากหลายมุม แต่ที่ดีที่สุดสำหรับผมคือ เนื่องจากผมเป็นหัวหน้า GI ที่จุฬาฯ และผู้ใหญ่คนหนึ่งของสมาคม GI การไปบ่อยๆ เป็นของดี ทำให้เรารู้จักวิทยากรที่เก่งๆของโลก จะได้ว่าคนที่เก่งทาง text, journal นั้น ที่จริงแล้วพูดเก่งหรือเปล่า ทำ slides สวยไหม มีวิธีการพูดดีหรือไม่ ดึงดูดคนได้หรือไม่ ถ้าเก่งทุกรูปแบบจริงจะได้ไปรู้จักเก็บไว้ใน list จะได้เชิญมาพูดที่ประเทศไทย หรืออาจส่งแพทย์ไทย ซึ่งไม่จำเป็นต้องเป็นแพทย์จุฬาฯ ไปอยู่กับเขา การที่เรารู้จักวิทยากรต่างประเทศบ่อยๆ ก็เป็นการช่วยประชาสัมพันธ์ประเทศไทยทางอ้อม ให้เขารู้จักประเทศไทยดียิ่งขึ้น ชาวต่างประเทศทุกคนที่มาเมืองไทย ที่พวกเราชาว GI ช่วยดูแล ไม่ว่าจะเป็นที่จุฬาฯ, ศิริราช, พระมงกุฎ ฯลฯ เขาจะประทับใจมาก



เพราะพี่ไทยรับจากคอนเมืองส่งถึงโรงแรม รับไปเที่ยว เลี้ยงดูทุกมือ ส่งถึง  
โรงแรม ถึงสนามบิน ให้ของขวัญ และผู้ใหญ่ๆ ตั้งแต่ท่านนายกก่อตั้ง อดีต  
นายกหลายท่านนายกฯลฯ ไปร่วมในงานเลี้ยงตลอดเวลาอย่างเช่น Professor  
William Lee จาก University of Texas Southwestern Medical School ซึ่ง  
อยู่ที่ Dallas แวะผ่านมาเมืองไทย on the way to Perth อยากรู้เที่ยวไทย 2-3  
วันก่อน เพื่อนเขาตั้งแต่สมัยอยู่กับ Roger Williams ที่ King's, London 1973-  
4 คือ Professor William Reed ก็เป็นห่วงมาก ฝากพวกเราใหญ่ ทั้งผม คุณ  
หมออนุชิต ฯลฯ ซึ่งพวกเราที่รับรองอย่างเต็มที่ จัดหาโรงแรมให้อยู่ฟรีโดย  
ความกรุณาของ Glaxo คุณหมออนุชิตก็จัดการรับส่ง เลี้ยงดู โดยให้ Fellows  
พาไปเที่ยว มาบรรยายที่จุฬาฯ โดยการประสานงานของสมาคม GI , Glaxo  
Wellcome ทำให้มีพวกเราจากทุกๆ แห่งมาฟังกันมากมาย การบรรยายเรื่อง  
อะไรก็แล้วแต่ในเมืองไทยโดยชาวต่างประเทศมีปัญหาาก เพราะระบบของ  
ไทยเป็นระบบแบบ (super) specialisation อย่างน้อยก็ที่โรงเรียนแพทย์ใน  
กรุงเทพฯ ถึงมีอาจารย์อยู่มากก็จริง (med จุฬาฯ 60 กว่าคน) residents เกือบ  
ร้อย นักเรียนแพทย์ ฯลฯ แต่สำหรับอาจารย์ต่างคนก็ต่างเข้าฟังเฉพาะสาขา  
วิชาของตน บางที่เป็นเรื่องในสาขาวิชาของตนเองยังไม่เข้าเลย! residents ก็มี  
งานมาก ไม่ว่าง นิสิตแพทย์ไม่ว่างอยู่แล้ว (เราควรที่จะมีระบบที่ถ้ามีชาวต่าง  
ประเทศมา งานที่ไม่สำคัญต้องหยุดหมด ให้มาฟังการบรรยายของเขา) ทำให้  
ผู้จัดกลัวคนโทรงเหงมาก ต้องเกริ่นๆ วิทยากรไว้ว่าบ้านเราเป็นอย่างนี้ละ  
แต่คราวนี้ไม่ผิดหวัง ผมประชาสัมพันธ์เต็มที่ในจุฬาฯ สมาคม และ Glaxo  
ช่วยประชาสัมพันธ์เต็มที่ข้างนอก มี poster ติดทั่ว มี sales ไปกระตุ้นแพทย์

ทั้งหลายให้มาฟัง ผมอุตส่าห์จองที่จอดรถด้วยตัวเองที่สนามฟุตบอลไว้ให้พวกเราจอด เช็กดูตอนเช้าของวันบรรยายก็รู้เรื่องกันหมด มีที่แน่ เป็นเพราะบารมีเก่าด้วย คือเคยเป็นผู้บริหารของโรงพยาบาล ซึ่งมีหน้าที่ดูแลจรรยาและเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยของโรงพยาบาลโดยตรง แต่ปรากฏว่าแขกที่มาไม่รู้ว่ามีที่จอดรถหรือมีแต่ไม่รู้ว่าจะจองไว้ที่ไหน! หรือพอจะเข้าไปจอด ยามถามว่ามีใบอนุญาตให้จอดได้หรือเปล่า หรือมีบัตร จดหมายเชิญประชุมหรือเปล่า! ปวดหัวไปหมด! ต้องขออภัยด้วยครับที่บกพร่อง เป็นอันว่าต่อไปนี่ถ้ามีการประชุมของ GI ที่จุฬาฯ ทุกท่านไปจอดที่สนามฟุตบอล (เก่า-ใกล้สนามเทนนิส) ก็แล้วกันนะครับ ถ้ามีการจองที่จะเป็นตรงนี้ทุกครั้ง ถ้าจะจอดเขาไม่ให้จอด ลองอ้างชื่อผมก็ได้ครับ อาจจะใช้ได้ หรือไม่ได้ก็อย่าว่ากัน ลองดูก็ไม่เสียหายครับ แต่ถึงอย่างไรเขาคงไม่ปรับแน่!

Professor Lee ประทับใจมากเกี่ยวกับเมืองไทย อาหารอร่อย คนเอาใจ บริการดีเยี่ยม อยู่อย่างกับราชา! ซึ่งก็จะเป็นประโยชน์ต่อประเทศไทย ท่านนายกรัฐมนตรี ท่านผู้ว่าการการท่องเที่ยว คุณเสรีน่าจะชอบคุณพวกเราที่มีส่วนช่วยให้ฝรั่งประทับใจเมืองไทยมากๆตลอดเวลา เราเองก็ถือว่าโชคดี ได้ความรู้ ได้รู้จักเขา ความจริงเรื่องความรู้ก็อย่างงั้นๆ เขาอยู่ที่โรงเรียนแพทย์ก็จริง แต่โรงพยาบาลเขาไม่มี liver transplant เขาคงไม่ได้ดีกว่าที่ศิริราช หรือจุฬาฯ แต่ระบบส่งกำลังบำรุง ข้อมูลเขาคงดีกว่า เขาอยู่ใกล้ความเจริญมากกว่าเรา ถึงแม้ที่ๆ เขาอยู่อาจไม่ใช่ที่ๆดีที่สุดในอกจากนั้นเขายังเป็นผู้บริหารอีก คือเป็นทั้ง Secretary และ Treasurer ของ AASLD (American Association for the Study of Liver Diseases) เขาต้องไปบรรยายที่ Perth

เพราะเป็นเพื่อนกับ William Reed ซึ่งขณะนี้ เป็น President ของ APASL (Asia-Pacific Association for the Study of Liver) และเป็นผู้จัดการประชุม ในโลกนี้จึงเหมือนกันหมด ไม่ว่าจะประเทศไหนๆ การมีเพื่อนดีๆ ที่อยู่ใน ตำแหน่งที่สำคัญ เป็นของดีและสำคัญ เดิมพวกเราหลายคนก็จะไปประชุมที่ Perth รวมทั้งผมด้วย ความจริงผมได้รับการ sponsor แค่เพียงค่าลงทะเบียน จากบริษัทหนึ่ง (เขียนชื่อแล้วนะตอนแรกแต่ไม่ fair จึงไม่เขียนลงดีกว่า) ซึ่ง ผมว่าน้อยไปหน่อย ไม่ให้ค่าเดินทาง ที่พัก ทั้ง ๆ ที่ไม่เคยสนับสนุนผมไป ไหนเลย ถ้าเขาให้แค่นี้เพราะเขานึกว่าผมไม่ใช่ liver man ก็เป็นความคิดที่ ผิด เพราะควรสนับสนุนในแง่ของการศึกษาไม่ใช่คิดว่าคุ้มหรือไม่เท่านั้น และเมืองไทยไม่น่าที่จะมี GI หรือ liver man โดยเฉพาะเท่านั้น ถ้าเขาให้แค่นี้เพราะสถานการณ์ทางเศรษฐกิจหรือไม่ชอบขี้หน้าผมก็เป็นอีกเรื่อง แต่ ก็อย่างว่า ในยามนี้เราคงว่าเขาไม่ได้ ควรจะพูดว่าให้แค่นี้ก็บุญแล้ว ถึงอย่าง นั้นผมก็ยังเตรียมตัวจะไปโดยจะออกค่าเครื่องบินเอง 16,000 บาท Thai Inter ไปกลับ ค่าโรงแรมคืนละ 200 เหรียญ Australia. หรือ 6,000 บาท แต่คุณ หมออนุชิตน่ารักมาก แกมี sponsor พอทราบเข้าก็ชวนผมไปนอนด้วย ซึ่งก็ จะเป็นการประหยัดค่าห้องไป และยังชวนกันว่าจะไป jogging ด้วยกันด้วย (แกชอบ jogging เพราะภรรยาขังสาว ผม jogging เพราะผมแก่แล้ว กลัว ตาย!) เพราะเป็น resort ที่สวยมาก และยังมี casino อีก แต่ผมยังเล่นไม่ค่อย เป็น แต่เกือบเป็นแล้วเพราะไป Las Vegas มา 2 ครั้ง Atlantic City 1 ครั้ง และ Gold Coast ของ Australia มา 1 ครั้ง (แต่ไม่ได้เข้า casino เลย) เห็น คุณหมออนุชิตแซวเล่นๆว่า จอมเตียงใหญ่เบือเรอไว้ 1 เตียง! ผมฟังแล้วสะดุ้ง

เสียเลย! นอนกับผู้ชายเตียงเดียวกัน ไม่สนุกแน่ ถ้าเป็นจริงยอมเสียดั่งศักดิ์  
กว่า หรือให้นอนกับพื้นก็ยิ่งดี! แต่ที่ผมไม่ไปไม่ใช่เพราะไม่มี sponsor หรือ  
จุฬามีจดหมายมาว่าขอให้พยายามไม่ไปนอกถ้าไม่จำเป็นจริงๆ ความจริง  
สำหรับผมแล้วผมคิดว่าผมมีความจำเป็นมากจริงๆ ที่จะต้องไปนอก และต้อง  
ไปทุกครั้งที่มีรายการใหญ่ๆ ทั้งนี้เพราะผมเป็นประธานจัดการประชุม  
Digestive Disease Week Thailand 1999, 5<sup>th</sup> Asia-Pacific American  
Gastroenterological Association Conference 12-16 December 1999, 43<sup>rd</sup>  
Annual Gastroenterological Association of Thailand Conference ซึ่งคาดว่า  
จะมีแพทย์เข้าร่วมประชุมจากทั่วโลกและไทยทั้งสิ้น 2,000 คน (เงินเข้า  
ประเทศมากมาย) และในขณะนี้พวกเราหลายคนก็เป็นที่รู้จักของต่างประเทศ  
พอมีอะไรเขาก็เชิญเรา เช่นคราวนี้ Reed ก็เชิญผมและท่านอื่น ๆ อีกหลาย  
ท่าน มีประชุม H.pylori ที่ Sabah, Malaysia, ในเดือนมิถุนายน 2541 Dr.Goh  
ประธานของเขาก็เชิญผมและให้เป็น Chairman ด้วย ถ้าเราไม่ไปแล้วเวลาเรา  
เชิญเขาปีหน้าเขาจะมาทำไม? นอกจากนั้นผมยังมีความเห็นว่าไทยน่าจะคบ  
กับทุกประเทศ เราสนิทมากกับอังกฤษ อเมริกา แต่เราน่าที่จะสนิทกับ Asia  
ด้วยกันมากๆ ซึ่งส่วนใหญ่เราก็สนิทหมดแล้วกับ Malaysia, Singapore,  
HongKong, Philippines, Indonesia แต่เราควรจะสนิทมากยิ่งขึ้นกับ  
Australia และ Japan ผมถึงยังอยากไป 2 ประเทศนี้มากเป็นพิเศษ แต่ผมมี  
ความรู้สึกว่าทั้ง 2 ประเทศหลังนี้ทำทำไมไม่อยากฟัง America (แต่ความจริง  
ต้องฟัง) ผมเองไปอยู่อังกฤษตั้งแต่เด็ก อยู่ทั้งสิ้น 17 ปี และยอมรับว่าทางการ  
แพทย์ basic ของอังกฤษเขาคีมาก ดีระดับ พ.บ.(MB ChB) ระดับ GP ระดับ

MRCP (คือ board med) ระดับ MD (-clinical research degree คงเท่ากับ พ.ค.ของไทย) แต่ post MRCP, post MD ผู้อเมริกาไม่ได้ เพราะอเมริกันเยอะกว่า มีเงินมากกว่า ทำวิจัยได้มากกว่า ดีกว่า อังกฤษจนกว่า จึงสู้ไม่ได้ ยกเว้นบาง topic เท่านั้นที่อังกฤษอาจสู้ได้ หรือดีกว่า แต่เป็นอย่างนี้น้อยเรื่องมาก ผมคิดว่าถ้า train MBChB, MRCP, MD ที่อังกฤษได้ก่อน ให้ได้ basic ที่ดี ที่แน่น แล้วไป USA ต่อจะดีที่สุด นี่เป็นเหตุผลที่ลูกน้องผมทุกคนทราบ โดที่ผมยังอยู่ จะต้องได้ board med, subboard GI, แล้วไปอังกฤษทำ MD (ไม่เกิน 3 ปี) แล้วจึงไปตกท้ายที่ USA อีก 1-2 ปี หรือพอได้ subboard GI ไทยแล้วไป USA เลย 3-5 ปี แต่ที่ America ไม่มี MD ซึ่งดีมากสำหรับคนไทยเพราะเป็น clinical research ไม่ยาก ใช้เวลา 2-3 ปีเท่านั้น ถ้าวางแผนดีๆ แต่ถ้าได้แค่นี้ผมว่ายังไม่พอ (สมัยรุ่นลูกศิษย์) ต้องไป America ต่ออีก 2 ปี ถ้าไปอเมริกาหลัง subboard การทำ PhD อาจต้องใช้เวลา 4-8ปี! และอาจทำให้ออกนอก clinical field ซึ่งอาจไม่เหมาะสมกับประเทศไทยมากนัก จึงจำเป็นต้องดูเป็นรายๆ ไป จะไป rigid, fixed ความคิดไม่ได้ แต่โดยสรุป อาจารย์แพทย์ไทยเราต้องมี MD อังกฤษ หรือ PhD ด้วยมาก ๆ เพราะควรมีหลักสูตร พ.ค. และ PhD ของไทยเองเร็วๆ นี้ ถ้าจะคิดตั้งหลักสูตรต่างๆนี้ แต่อาจารย์ไม่เอาไหนเลย (หมายถึงตัวผมโดยเฉพาะ) จะตั้งได้อย่างไร ผมยอมรับว่าผมเองไม่ถนัดแน่ จะต้อง train ลูกศิษย์ให้เก่งกว่าเรา เขาและเราจะต้องอดทน ขอมเสียดสละ จะได้เก่งจริงๆทีหลัง และทำประโยชน์อย่างมหาศาลให้แก่สถาบัน และวงการแพทย์ไทย ผมเชื่อมั่นในความคิดของผม ถึงแม้ว่าจะมีน้อยคนที่จุฬาฯหรือที่อื่นเห็นด้วย แต่ถ้าในขณะนี้ถ้าคนที่จะมาเป็นลูก

ศิษย์ผม (และท่านคณบดี, ท่านอธิการบดี ผู้ให้ทุน)เห็นด้วยก็พอแล้ว แต่จริงๆ  
อยากให้ทุกๆ คนที่จะอยู่ในโรงเรียนแพทย์ทั้งประเทศเห็นด้วย ไม่ใช่เฉพาะที่  
จุฬาฯ, ศิริราช หรือรามฯ ในขณะที่ผมว่าอาจารย์เราแข่งสู้อาจารย์เขาไม่ได้  
เรา train สั้นไป พอกำลังจะได้ผลก็กลับมาก่อนแล้ว ที่อังกฤษเขาได้ MRCP  
MD แล้วยัง train ต่ออีก 5-10 ปีกว่าจะได้เป็นอาจารย์หรือแพทย์ใหญ่ ของ  
เราพอได้ board med, subboard ก็ใหญ่แล้ว หรือคนที่ไปนอกพอได้ MRCP,  
Board ก็กลับเลย หรืออยู่ต่ออีกเพียง 1-2 ปี (เช่นผมอยู่ต่อเพียง 1 ปี ถึงแม้  
จะอยู่กับ Sir Francis Avery-Jones เจ้าพ่อ GI ของอังกฤษก็ตาม) ถ้าได้ board  
med, หรือ MRCP และอยู่ต่ออีก 3-5 ปีจะได้ผลมาก จะ specialise จริงๆ จะ  
รู้จักคนที่ทำทางด้านนี้ทุกคนในโลก อนาคตจะดีมาก prognosis จะเยี่ยมมาก  
ไม่เป็นเต้านปีก่อนเวลาอันควร!

อย่างลูกศิษย์ของผมที่ไปทำ MD ที่อังกฤษ อยู่เกือบปีแล้วเขาพูดเอง  
ว่ายังไม่ค่อยไปถึงไหนเลย และเห็นด้วยกับผมว่าควรอยู่ต่างประเทศนานๆ  
3-5 ปี อยากรู้ต่อหลัง MD! แต่พวกเราส่วนใหญ่ใจร้อนไป จะรีบทำงาน เอา  
อายุราชการ ทำร้านหาเงิน เงินนะสำคัญแน่และจำเป็นมากด้วยสำหรับทุกๆ  
คน บางคนมากกว่าบางคน แต่ถ้ากลับมาเก่งจริง ดังจริง เงินเป็นเรื่องเล็ก  
ไหลมาเทมาเอง เป็นหมอรวยอยู่แล้ว จะรวยมากหรือรายน้อยเท่านั้น และ  
แล้วแต่คำนิยามของคำว่ารวยในพจนานุกรมของแต่ละคนด้วย คือเท่าไรจริง  
จะพอ จึงจะรวย มีบ้าน มีรถ มีเงินเดือนพอกินพอใช้ และยังเหลือเก็บได้  
บ้างทุกเดือน ก็น่าจะถือว่ารวยแล้ว ผมจึงอยากจะวิงวอนน้องๆ ที่อาจกำลังจะ  
เป็นอาจารย์แพทย์ไม่ว่าที่ไหนให้ยอมอดเปรี้ยวไว้กินหวาน ขอมเสียเวลาไป

นอก 3-5 ปี (5 ปีจะดีกว่า) แต่จะต้องกลับมาช่วยชาติ ไม่ใช่ไปแล้วไม่กลับ  
อย่างนี้ผมก็ไม่เห็นด้วย เพราะประเทศไทยต้องการคุณมากกว่า Uncle Sam!

ในยุค IMF ผมจึงคงจะไปประชุมน้อยลง จริงๆ แล้วไม่ใช่ปัญหาทาง  
sponsor เพราะบริษัทยากกับผมเข้าใจกันดี ถึงเวลาอันควรผมจะช่วยเขาเต็มที่  
ในทางที่ถูกที่ควร แม้แต่บริษัทที่ไม่ค่อยปฏิบัติตนกับผมอย่างดีเท่าที่ควร ผม  
ยังไม่เคยคิดแกล้ง หรือไม่ช่วยเขาเลยเมื่อเขามาขอความช่วยเหลือ ผมให้  
หนังสือเขายืมเวลา มี references ใหม่ ๆ ก็ให้เขา ให้เขามี access ต่อ internet  
ผม หรือ CD in gastroenterology ซึ่งมาจากนอกทุก 3 เดือน สมาคม GI ก็  
สนับสนุนให้ผมไป คือจะออกเงินให้ถ้าไปในหน้าที่ แต่ผมยังไม่เคยเอาเงิน  
สมาคมไปเลย พยายามหา sponsor หรือออกเงินเอง บริษัทฯเข้าใจดีเพราะ  
เขาทราบว่าผมไปทำประโยชน์ให้แก่ประเทศชาติ เช่นเวลาไปประชุม ถ้าการ  
ประชุมเริ่มต้นเมื่อไหร่ เป็นที่รู้กันว่าผมจะไม่ค่อยไปไหน จะฟังการประชุม  
ตั้งแต่เริ่มต้นจนจบ บางทีไปประชุมต่างประเทศเห็นแต่ airport โรงแรม  
และห้องประชุมเท่านั้น! (และ barmaid!) ผมเคยไปได้หวัน 1 ครั้ง ไม่ได้ออก  
นอกโรงแรมเลย ไม่ได้ไปเที่ยวไหนเลย ระยะเวลาๆ จึงเจรจากับบริษัทฯ ให้  
จัด tour ก่อนหรือหลังการประชุมด้วย ถ้าเป็นไปได้ หรือไม่ผมก็ไปเอง โดย  
ไปเที่ยวก่อนหรือหลังการประชุม โดยเฉพาะเวลาไปประเทศไกลๆ เช่นถ้าไป  
อังกฤษ อเมริกา ไปถึงวันนี้ พรุ่งนี้ประชุม ก็เป็นสูญเสีย เพราะว่ายังมี jet lag  
เข้าประชุมก็หลับ จึงควรไปก่อน 3 วัน และเที่ยวก่อน และเพื่อให้หายจาก jet  
lag ปีนี้จริง ๆ แล้ว ผมอยากไปประชุมที่ Perth (APASL) แต่ไม่ได้ไปแล้ว  
อยากไปประชุม DDW ที่ New Orleans คราวนี้ต้องไป ถ้า ไม่ได้ไปคงยุ่งตาย

เพราะจะต้องไปประชุมกับอเมริกันเรื่องการประชุมที่ไทยในปี ค.ศ.1999 ควรจะไปประชุม H.P. ที่ Malaysia เดือน June เพราะประธานเขาเชิญแต่คงชวดอยากไปฟังการประชุมของโลก ทางด้านตับอ่อนด้วยในเดือน July ที่ญี่ปุ่น เพราะผมสอนทางนี้ ต้องไป World Congress ที่ Vienna ในเดือนกันยายน เพราะจะต้องไปช่วย อ.เดิมชัย bid ให้ไทยเป็นเจ้าภาพของการประชุมของโลกในปีค.ศ. 2002 ด้วย อยากจะไปประชุม Motility ที่ยุโรปในเดือนตุลาคม (คงไม่ได้ไป) จะต้องไปประชุม 4<sup>th</sup> Asia Pacific AGA Conference ที่ Manila 25-29 พฤศจิกายนเพราะเขาให้เป็นที่ปรึกษาและให้เป็น chairman ต้องไป Liver Meeting ของ AASLD ที่ Chicago 4-10 พฤศจิกายน ซึ่งรวมแล้วก็ 8 ครั้ง แต่อย่างน้อยก็ไม่ไปแล้ว 1 ครั้ง คือที่ Perth ถ้าไปกราบเรียนท่านอธิการบดีก็คงจะไปได้ แต่เราก็คงต้องพยายามทำท่าว่าช่วยชาติบ้าง (ที่พูดว่าทำท่าก็เพราะว่าในใจจริงของผมไปจะได้มากกว่าเสีย-แต่ผู้ใหญ่อาจจะไม่เข้าใจหรือเห็นด้วย) จึงยอมไม่ไปบ้างเพื่อเป็นการต่อรองสำหรับรายการที่สำคัญจริงๆ ประโยชน์ของการไปประชุมต่างประเทศนอกจากที่ผมได้กล่าวไปแล้ว เนื่องจากผมเป็นผู้บริหารคนหนึ่งในวงการ GI ของไทย ผมไปเพื่อจะดูทุกๆ หัวข้อของ GI (ซึ่ง definition ของผมสำหรับ GI คือรวมถึงตับและทุกๆ อย่างด้วย) ว่าเดี๋ยวนี้เขาทำอะไรกันบ้าง ทำมากน้อยแค่ไหน มีใครเป็น authority บ้าง จะได้ว่า จะได้คอยอุดหนุนในประเทศไทย ไม่ใช่เฉพาะสำหรับจุฬาฯ ถึงแม้ผมเองอาจจะสนใจในบาง area น้อยกว่า area อื่น แต่ถ้าผมรู้ผมจะได้จัดการให้บ้าง ๆ บางคนไปทำทางโน้นทางนี้ เพราะเหตุนี้ผมถึงต้องนั่งประชุมตั้งแต่เช้าจนเย็น อีกประการหนึ่งคือการที่ผมไปบ่อยๆ และรู้จักคนอาจ



ทำให้เราได้ทุนจากนอกบ้างเป็นครั้งคราว เช่น ลูกศิษย์ผม 2 คน 1 คนเพิ่งได้ทุนจากนอก (1 ปีก่อนแต่คงต่อได้อีก) อีกคนหนึ่งคงจะได้ทุนสำหรับ PhD ด้วย ซึ่งถ้าเราไม่ไปไม่รู้จักก็คงเป็นไปไม่ได้ ในช่วง financial crisis อย่างนี้ ลูกศิษย์ผมไม่มีทางที่จะได้ทุนจากไทยไปนอกแน่ ถ้ารออาจจะต้องรออีก 3 ปี ถ้าต้องรอ 3 ปีใครจะไปเพราะจะแก่เกินแกงแล้ว! ฉะนั้นการได้ทุนจากนอกจึงแจ่มมาก โชคดีมาก เป็นการประหยัดเงินของชาติอย่างมากมาและประหยัดเวลาให้ลูกน้อง ก่อนจะได้ต้องลงทุนมาก อดทนทั้งกายใจ เสียสละเวลา เงินทอง ต้องหั่นแค้น(ลูกศิษย์) กว้างขวาง เสง และโอกาสเหมาะหลายๆ อย่างมารวมกัน คล้ายๆ คนที่เป็น peptic ulcer จาก NSAID หรือจาก H.P. ไม่ใช่ทุกคนที่มี H.P. จะต้องเป็นแผล มีเพียง 1 ใน 6 เท่านั้นโดยประมาณที่จะเป็นแผลถ้ามี H.P. ต้องมีปัจจัยอื่นๆอีกมาก เมื่อลูกศิษย์ผมได้ทุนผมก็ดีใจมาก เพราะจะเป็นการช่วยประหยัดเงินของจุฬาฯ ของชาติด้วย แล้วอย่างนี้จะไม่ให้ผมไปนอก เพื่อประหยัดเงินบาท? ผมไปนอกไม่เคยเอาเงินหลวงเลย (OK ยอมรับว่าถ้าเป็นเงินจากไทยเงินใครก็ต้องเอาไปซื้อ dollars) เวลาไปก็แทบไม่ได้ซื้อของเลย ยกเว้นไปอเมริกา เพราะมีของดีและถูก ผมบ้า jeans มาก ซื้อ Levi อุดลุด แต่ก็ไม่ได้ซื้อแล้วระยะหลัง เพราะมีทุกสีแล้ว! และแต่ละตัวก็ไม่เห็นขาดชำรุดสักที! ที่ชอบซื้ออีกคือ shirt Van Heusen ชอบเพราะใส่พอดีกับผม และเวลาผมซื้อก็คล้ายๆ ซื้อที่โบ๊เบ๊ของเขา คือที่ outlet หรือ Mackro ถูกสตางค์มาก บางที 2 dollars เท่านั้น (sale) แต่โดยทั่วๆ ไปก็ระหว่าง 10-20 US dollars ผมเองก็ชอบของดีแต่ถูกคือซื้อเป็น ซื้อแบบมีหัว ไม่มมงาย ไม่ใช่ประเภทที่ชอบอะไรก็ซื้อแบบไม่อันเหมือนบางคนที่เป็นเจ้าบุญทุ่ม ไม่เห็น

ด้วยที่ต้องชอบของแพงๆ ผมซื้อรองเท้ายี่ห้อ Florsheim เป็นครั้งแรก ใช้ได้ดีมาก มีชื่อมากของ USA ปกติขายที่เมืองไทย 6,000-10,000 บาท ผมตั้งราคาไว้ในใจซื้อคู่ละ 2,000 กว่าบาทเท่านั้น เพราะ sale เราไม่ต้องรีบซื้อ ถ้ามีของที่ดูใจ ดูราคา จึงซื้อ ผมไปนอกแต่แต่ละครั้งแทบไม่ได้ใช้เงินเลย ไม่ได้ไปแลกเงินมานานแล้ว คือสมัยก่อนเคยแลกไว้ กลับมาเหลือทุกทีไม่เคยแลกกลับ จะไปก็เอาเงินเก่าที่เหลือติดตัวและส่วนใหญ่ก็ไม่ได้ใช้อีก เช่นไปญี่ปุ่นมาก็ใช้ตอนขากลับเท่านั้นที่ Narita airport ตอนจะขึ้นเครื่องบิน ซื้อของ souvenir เล็กๆ น้อยๆ ไม่กี่ตัวก็จบ ฉะนั้นผมก็ไม่ได้เสียตุลการค่ามากมาย เสียค่า beer บ้างเท่านั้น แต่ beer ของอเมริกันก็เหมือนน้ำเปล่า มี alcohol 3% ไม่รู้ว่าเรียกว่า King of beer ได้อย่างไร ?!

ฉนั้น CME หรือ continuing medical education ในยุค IMF ผมไปไหนมาบ้าง? ปีนี้ไปมาแล้วเพียง 1 ครั้งเท่านั้น คือได้ไป Kyoto ไปดูเรื่อง EUS คือ endoscopic ultrasonography ซึ่งก็อีกนั่นแหละ ผมไม่ค่อยรู้เรื่องนี้ แต่ตอนหลังๆ ชักรู้เรื่อง ที่รู้ก็เพราะเป็นหัวหน้าเขา จึงต้องหาความรู้ใส่ตัว ถ้าไม่ใช่ก็คงไม่สนใจ แต่เรื่องของตัว ในขณะที่ผมเห็นว่า EUS มีส่วนสำคัญมากในบางโรค คงไม่ใช่ทุกโรคและไม่ใช่ใช้แทนทุกอย่างแต่เป็น complementary คือ ช่วยวินิจฉัย progress หรือ spread ของโรคได้ เช่นส่องกล้องเข้าไปในหลอดอาหาร หรือกระเพาะอาหารจะเห็น lesion แต่ไม่รู้ว่า lesion นี้ลามไปถึงไหนแล้ว ถ้ามี EUS อาจจะเห็นว่าลามเข้าไปลึกหรือไม่ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในแง่ของ management ว่าจะต้องผ่าตัดสักมากน้อยแค่ไหน เครื่องมือ EUS ไม่ใช่ถูกๆ หลายล้านบาท ผมต้องไปดูทางวิชาการว่ามีแล้วดีหรือไม่

ได้ประโยชน์คุ้มหรือไม่ ถ้าหากให้ได้ใครจะทำ ไปดูก็ทราบชัดเจนยิ่งขึ้นว่าถ้าจะมีจะต้องมีคนที่จะ dedicate มากๆ อย่างน้อย 1 คน ที่จะต้องทำตลอดเวลา มิฉะนั้นก็ไม่มีประโยชน์ เพราะจะไม่ชำนาญ ฉะนั้นจะต้องวางแผนหาเงิน ขอบที่เดียวหลวงคงยังไม่ให้ ต้องขอไปเรื่อย ๆ 2-3 ปีอาจจะได้ ต้องเตรียมคนไว้ ซึ่ง train ทางนี้มาโดยเฉพาะ อะไรเหล่านี้เป็นต้น ตั้งแต่ไป Birmingham-Brisbane-Chicago แล้ว ก็เป็นช่วงหน้าแล้ง (สำหรับการประชุมวิชาการ) คือไม่ค่อยมีการประชุมระดับนานาชาติมากนัก ก็มีแต่เพียง 3<sup>rd</sup> Asia-Pacific AGA Conference ที่ Hong Kong ในเดือนธันวาคม 1997 เท่านั้น และที่ Kyoto 10-11 มกราคม 1998 ซึ่งก็ดีเพราะเป็นช่วงที่ผมได้มีโอกาสปิดกวาดบ้านบ้าง บริษัททั้งหลายก็มาปรึกษาผมว่าจะทำอย่างไร ผมก็แนะนำไปว่าไปนอกไมไหวก็จัดประชุมย่อย ๆ ในประเทศไทยก็แล้วกัน ช่วยแพทย์ไทยและถูกสตาจี้ด้วย สำหรับผมก็ได้มีโอกาสไปบรรยายที่โคราช Hong Kong สกลนคร ขอนแก่น พระมงกุฎฯ (Annual GI Conference) นครศรีธรรมราช และที่สระบุรีล่าสุดหยกฯ (อ.เดิมชัย ก็ไปร่วมบรรยายทางด้านตับด้วย และ อ.ทวีสิน ต้นประยูร เรื่องนี้ว เป็นวันวิชาการของเขต 2 ทั้งวัน) นอกจากนี้ยังมีคิวที่จะต้องบรรยายที่จุฬาฯ ก็เป็น Plenary Lecture ของคณะแพทยศาสตร์ จุฬาฯ ในการจัดการประชุมวิชาการประจำปีของคณะ แล้วเดือนเมษายนก็จะต้องพูดให้ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ที่ Regent ชะอำ 20-24 เม.ย. เชิญทุกท่านนะครับอย่างน้อยถ้าไม่ฟังวิชาการ(แต่ควรจะฟัง) ก็ไปตีเทนนิสกับผมก็ได้ครับ ส่วนมิถุนายนอาจจะต้องไปบรรยายที่พม่า

## บรรณาธิการแถลง

เรียน สมาชิกสมาคมฯและแพทย์ผู้สนใจโรกระบบทางเดินอาหารทุกท่าน

หนังสือจุลสารสมาคมฯฉบับนี้ เป็นฉบับที่ออกในฤดูร้อนของเดือนเมษายน ซึ่งเป็นอีกปีหนึ่งที่มีอุณหภูมิสูงอย่างยิ่ง แต่ก็นับว่ายังดีซึ่งเป็นเดือนที่มีวันหยุดค่อนข้างมาก ทำให้ได้พักผ่อนได้พอสมควร ในปีนี้ทางราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ร่วมกับหน่วยโรคตับสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย, ชมรมโรคตับ และบริษัท เซอริง-พลาว จำกัด ได้จัดให้มีการประชุม Pre-Congress ในหัวข้อเกี่ยวกับ Hepatitis B & C Viral ณ โรงแรมโกลเด้นแชนด์ อ.ชะอำ จ.เพชรบุรี เมื่อวันที่ 20 เมษายน ที่ผ่านมา ตามที่ได้เคยเรียนให้ทราบในสารจากบรรณาธิการในฉบับที่แล้วนั้น ในงานนี้ปรากฏว่ามีผู้ลงทะเบียนประชุมในครั้งแรกประมาณ 120 ท่าน แต่ในวันประชุมมีผู้เข้าร่วมประชุมมากกว่า 200 ท่าน ซึ่งมากเกินคาดหมาย จนต้องเสริมที่นั่งกันอีกเป็นการใหญ่ และค่อนข้างที่จะได้รับความสนใจเป็นอย่างดี แม้ว่าจะเลิกประชุมประมาณ 5 โมงเย็นกว่าๆก็ตาม ผู้ฟังส่วนใหญ่ไม่ค่อยเลล่ไกลไปไหน คอยติดตามจนกระทั่งเลิกประชุม ซึ่งค่อนข้างผิดคาดของคณะกรรมการจัดงานเพราะเราเพิ่งจะมีการจัดประชุม Viral Hepatitis ซึ่งจัดแบบ International ณ โรงแรมแซงกรี-ล่า เมื่อวันที่ 10-12 กันยายน 2540 และจากการสอบถามผู้เข้าร่วมประชุมส่วนใหญ่ บอกว่าการประชุมคราวนี้เป็นการประชุมโดยมีวิทยากรในประเทศ ใช้ภาษาไทย และมีหัวข้อการประชุมที่ค่อนข้างจะน่าสนใจรวมทั้งเป็นการบรรยายที่เน้นที่ปัญหาในประเด็นสำคัญจริงๆ จึงยังสามารถดึงดูดผู้เข้าฟังให้มาร่วมประชุมได้มาก

ในสารฉบับนี้ จึงมีทั้งบทความที่เป็นทางด้านวิชาการ และเป็นบทความที่เกี่ยวกับเบาๆคลายร้อน เช่นการไปประชุมของอาจารย์พินิจ กุลละวณิชย์ และยังมีบทความประวัติศาสตร์บันทึกการประชุมของสมาคมทางเดินอาหารในยุคบุกเบิก

ซึ่งเป็นการประชุมของสมาคมฯในปี พ.ศ. 2523 จะเห็นได้ว่าในช่วง 18 ปีที่ผ่านมา อาจารย์หลายๆท่านซึ่งอยู่ในยุคบุกเบิกนั้นยังคงเป็นกำลังสำคัญสำหรับสมาคม แพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทยอันเป็นที่รักของเรา บันทึกการประชุมนี้ยังสะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจในช่วงเวลาไม่ถึง 20 ปี เช่น อัตราค่าสมัครสมาชิกสมาคมฯในขณะนั้นเพียง 100 บาท ค่าเบี้ยเลี้ยงของเจ้าหน้าที่ที่จัดการประชุมคนละ 20 บาทต่อวัน หรือเงินสนับสนุนจัดการประชุมจากบริษัทฯ บริษัทละ 500-2,000 บาทเป็นต้น จะเห็นได้ว่าตัวเลขในปัจจุบันสูงขึ้นหลายสิบเท่าทีเดียว ในแง่ของเนื้อหาการประชุมวิชาการนั้น ในเรื่องของหัวข้อประชุมอาจจะไม่แตกต่างไปจากปัจจุบันนัก แต่เชื่อว่าในส่วนของเนื้อหาทางวิชาการแล้วได้มีการพัฒนา มีความรู้ใหม่เกิดขึ้นตลอดเวลา บางครั้งการที่เราไปมองอดีตก็อาจจะเป็นเครื่องช่วยในการมองอนาคตในการดำเนินงานของสมาคมฯ ได้อีกด้วย

ประมาณกลางเดือนมิถุนายน 2541 นี้ บริษัท เค. เพอร์ฟอร์แมนซ์ จำกัด ซึ่งเป็นผู้จำหน่ายผลิตภัณฑ์เพนเท็กซ์ ร่วมกับบริษัทเบอร์ลิน ฟาร์มาชูติคอล อินดัสตรี จำกัด ร่วมกับหน่วย Endoscope ของสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย และ รพ.บำรุงราษฎร์ จะจัดให้มี One Day, Live Endoscopic Demonstration สำหรับสมาชิกของสมาคมฯนั้น สามารถเข้าร่วมประชุมโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆทั้งสิ้น ซึ่งทางสมาคมฯจะมีจดหมายติดต่อยังยังท่านสมาชิกสมาคมฯเมื่อทราบ วัน เวลา และกำหนดการที่แน่นอนแล้วอีกครั้งหนึ่ง หรือสนใจติดต่อสำรองที่นั่งได้ที่ คุณเสริมสุข อังคสุวรรณศิริ โทร 667-1385-6 โทรสาร 667-2222

ขอให้ทุกท่านมีความสุขในปีเสือนี้นะครับ

พ.อ.นพ.อนุชิต จุฑาทุทธิ