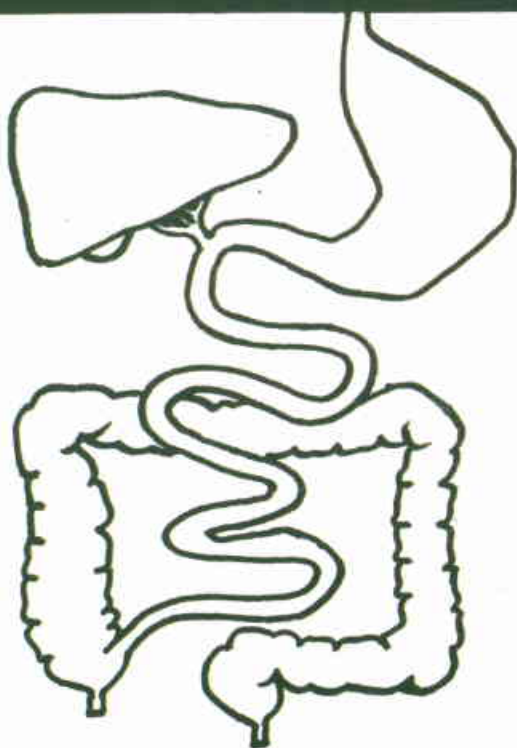


จุลสาร

สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหาร  
แห่งประเทศไทย

ฉบับที่ 27 ตุลาคม 2541

ISSN 085





สมาคมแพทยระบบทางเดินอาหาร  
แห่งประเทศไทย

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

สำนักงาน:-

หน่วยทางเดินอาหาร

ตึกอายุรกรรม 3

รพ.พระมงกุฎเกล้า

ถ.ราชวิถี

ราชเทวี

กรุงเทพฯ 10400

โทร/โทรสาร 644-7113

สมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

ปีที่ 6 ฉบับที่ 27 ตุลาคม 2541 ISSN 0857-6351

รายนามคณะผู้จัดทำจุลสารฯ

|                     |                      |                 |
|---------------------|----------------------|-----------------|
| ที่ปรึกษา           | นพ.สวัสดิ์           | ทิศเน้มนท์      |
| บรรณาธิการที่ปรึกษา | นพ.สิน               | อนุราษฎร์       |
| บรรณาธิการ          | พ.อ.นพ.อนุชิต        | อุษะพุทธิ       |
| กองบรรณาธิการ       | พ.อ.นพ.สุวัฒน์       | เลขาณนท         |
|                     | น.อ.นพ.บรรเจิดศักดิ์ | อากาศบตี        |
|                     | นพ.มานิต             | สีโทชวลิต       |
|                     | นพ.บุญสมธิ์          | กัตติเจริญ      |
|                     | นพ.ศตวรรษ            | ทองสวัสดิ์      |
|                     | นพ.สิริวัฒน์         | อนันต์พันธ์พงศ์ |
|                     | นพ.ทวีศักดิ์         | แทนวันดี        |
|                     | นพ.ธีระ              | พิรัชวิสุทธิ    |
|                     | พญ.โถมศิริ           | โณมิตชัยวัฒน์   |
|                     | นายเออนก             | เกตุสมพร        |

ปก  
พิมพ์ที่  
จำนวน

ศุภวานิช การพิมพ์  
2,000 เล่ม

จุลสารสมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

ปีที่ 6 ฉบับที่ 27 ตุลาคม 2541

สารบัญ

|  |      |
|--|------|
| รายนามคณะกรรมการอำนวยการ                               | หน้า |
| สมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย                 | 4    |
| สารจากนายกสมาคมฯ                                       | 9    |
| รายงานการประชุมคณะกรรมการอำนวยการ                      | 26   |
| สมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย ครั้งที่ 5/2541 |      |
| การไหลเวียนโลหิตระดับจุลภาค                            | 36   |
| ความแตกต่างทางสัณฐานกิงวิทยา                           |      |
| การไหลเวียนโลหิตพอร์ทัลระดับจุลภาคกับ                  | 44   |
| ปฏิกิริยาต่อการอักเสบ                                  |      |
| Interhospital GI Conference                            | 48   |
| Adult Intussusception                                  | 60   |
| Nonalcoholic Steatohepatitis                           | 68   |
| บทความพิเศษ  |      |
| การเดินทางไปร่วมฉลองงานครบรอบก่อตั้ง                   | 81   |
| สมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารของญี่ปุ่น                    |      |
| บันทึกการประชุมใหญ่สามัญประจำปี OMGE                   | 96   |
| บรรณาธิการแถลง   | 113  |

รายนามคณะกรรมการอำนาจการสมาคมฯ

วาระปี 2540-2541

|     |               |                 |                         |     |                      |                        |   |
|-----|---------------|-----------------|-------------------------|-----|----------------------|------------------------|---|
| 1.  | นพ.สวัสดิ์    | หัตถะนันท์      | นายกสมาคมฯ              | 17. | นพ.ทองดี             | ชัยพานิช               | กรรมการกลาง   |
| 2.  | นพ.ประวิทย์   | เลิศวิระศิริกุล | อุปนายก                 | 18. | พญ.นฤมล              | ศรีสุชาพรรณ ฮาร์โรทर्फ | กรรมการกลาง   |
| 3.  | พ.อ.นพ.อนุชิต | อุษะพุทธิ       | เดชาธิการ               | 19. | น.อ.นพ.บรรเจิดศักดิ์ | อากาสมบัติ             | กรรมการกลาง   |
| 4.  | พญ.วีณา       | วงศ์พานิช       | เหรียญก                 | 20. | นพ.พงษ์พระ           | สุวรรณกุล              | กรรมการกลาง   |
| 5.  | พ.อ.นพ.สุรพล  | ชั้นรัตน์กุล    | ปฏิคม                   | 21. | นพ.พิศาล             | ไพบรียง                | กรรมการกลาง   |
| 6.  | นพ.กำธร       | เผ่าสวัสดิ์     | ประธานฝ่ายวิจัย         | 22. | นพ.มานิต             | สีโทษชาติ              | กรรมการกลาง   |
| 7.  | พญ.วโรชา      | มหาชัย          | ประธานฝ่ายวิชาการ       | 23. | พ.ต.อ.นพ.วรินทร์     | เสาวรส                 | กรรมการกลาง   |
| 8.  | นพ.เต็มชัย    | ไชยhurst        | ประธานฝ่ายโรคตับ        | 24. | นพ.วิทยา             | วิวัฒน์ภาส             | กรรมการกลาง   |
| 9.  | นพ.บัญชา      | โอวาททหารพร     | ประธานฝ่ายเอ็นโดสโคปี   | 25. | นพ.วิกิจ             | วีรานุวัตต์            | กรรมการกลาง   |
| 10. | นพ.สิน        | อนุราษฎร์       | ประธานฝ่ายวารสาร        | 26. | พญ.ศศิประภา          | บุญญพิสิฏฐ์            | กรรมการกลาง   |
| 11. | นพ.สถาพร      | มานัสสถิตย์     | ประธานฝ่ายการศึกษา      | 27. | พ.อ.นพ.สุรพล         | สุรางค์ศรีรัฐ          | กรรมการกลางและ<br>รองประธานฝ่าย<br>การศึกษาลงปริญญา |
| 12. | นพ.ไพโรจน์    | เหลือองโรจนกุล  | ประธานฝ่ายวิเทศสัมพันธ์ | 28. | นพ.เกรียงไกร         | อัครวงษ์               | ที่ปรึกษา   |
| 13. | พญ.กรรณิการ์  | พรพัฒน์กุล      | กรรมการกลาง             | 29. | นพ.จินดา             | สุวรรณรักษ์            | ที่ปรึกษา   |
| 14. | นพ.จรินทร์    | โรจน์บัววิทยา   | กรรมการกลาง             | 30. | นพ.พินิจ             | กุลละวณิชย์            | ที่ปรึกษา   |
| 15. | พญ.ชุติมา     | ประมุขสิมทรัพย์ | กรรมการกลาง             | 31. | พล.ต.นพ.วิชัย        | ชัยประภา               | ที่ปรึกษา   |
| 16. | น.อ.นพ.ทศพร   | วิเศษรจนา ร.ม.  | กรรมการกลาง             | 32. | นพ.สมหมาย            | วิไลรัตน์              | ที่ปรึกษา   |
|     |               |                 |                         | 33. | นพ.สังพันธ์          | อิสรเสนา               | ที่ปรึกษา   |
|     |               |                 |                         | 34. | พล.อ.ต.นพ.สุจินต์    | จางุณดา                | ที่ปรึกษา   |
|     |               |                 |                         | 35. | นพ.สุชา              | อุระทอง                | ที่ปรึกษา   |

รายนามคณะอนุกรรมการฝ่ายต่างๆของ  
สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

รายนามคณะอนุกรรมการฝ่ายวิชาการ

รายนามคณะอนุกรรมการฝ่ายวิจัย

|     |                  |                 |            |
|-----|------------------|-----------------|------------|
| 1.  | นพ.กำธร          | เผ่าสวัสดิ์     | ประธาน     |
| 2.  | นพ.สมพนธ์        | บุญยุปต์        | อนุกรรมการ |
| 3.  | นพ.อมร           | ถิลาภิรมย์      | อนุกรรมการ |
| 4.  | นพ.พิศาล         | ไพบรียง         | อนุกรรมการ |
| 5.  | พญ.ชุติมา        | ประมุขสินทรัพย์ | อนุกรรมการ |
| 6.  | นพ.พลรัตน์       | วิไลรัตน์       | อนุกรรมการ |
| 7.  | พ.อ.นพ.อนุชิต    | อุษะพุทธิ       | อนุกรรมการ |
| 8.  | นพ.สถาพร         | มานัสถิติชัย    | อนุกรรมการ |
| 9.  | น.พ.มานิต        | ตีโตชวลิต       | อนุกรรมการ |
| 10. | นพ.นุสันธ์       | กัลลัทธิเจริญ   | อนุกรรมการ |
| 11. | พ.ศ.อ.นพ.วรพันธ์ | เสาวรส          | อนุกรรมการ |
| 12. | นพ.จรินทร์       | โรจน์บวรวิทยา   | อนุกรรมการ |
| 13. | นพ.บัญชา         | โอภาทพารพร      | อนุกรรมการ |
| 14. | นพ.อุดม          | คชินทร          | อนุกรรมการ |
| 15. | นพ.ศตวรรษ        | ทองสวัสดิ์      | อนุกรรมการ |

รายนามคณะอนุกรรมการฝ่ายโรคตับ

|    |               |                 |             |
|----|---------------|-----------------|-------------|
| 1. | นพ.เคิมชัย    | ไชยนุวัต        | ประธาน      |
| 2. | นพ.ไพโรจน์    | เหลืองโรจนกุล   | รองประธาน   |
| 3. | พ.อ.นพ.อนุชิต | อุษะพุทธิ       | เลขานุการ   |
| 4. | นพ.ทวีศักดิ์  | แทนวันดี        | เหรัญญิก    |
| 5. | พญ.วโรชา      | มหาชัย          | กรรมการกลาง |
| 6. | พญ.ชุติมา     | ประมุขสินทรัพย์ | กรรมการกลาง |
| 7. | นพ.ธีระ       | พีรชวีสุทธ      | กรรมการกลาง |

รายนามคณะอนุกรรมการฝ่ายการศึกษาหลังปริญญา

|    |               |                  |            |
|----|---------------|------------------|------------|
| 1. | พญ.วโรชา      | มหาชัย           | ประธาน     |
| 2. | นพ.อำนาจ      | ศรีรัตนบัลลังก์  | อนุกรรมการ |
| 3. | นพ.มานิต      | ตีโตชวลิต        | อนุกรรมการ |
| 4. | พญ.เฟื่องเพชร | เกียรติติสวัสดิ์ | อนุกรรมการ |
| 5. | พญ.ชุติมา     | ประมุขสินทรัพย์  | อนุกรรมการ |
| 6. | นพ.ไพโรจน์    | เหลืองโรจนกุล    | อนุกรรมการ |
| 7. | นพ.องอาจ      | ไพรสณฆารางกูร    | อนุกรรมการ |
| 8. | นพ.ธีระ       | พีรชวีสุทธ       | อนุกรรมการ |
| 9. | นพ.สิงพันธ์   | อัครเสนา         | ที่ปรึกษา  |

|     |              |                  |            |
|-----|--------------|------------------|------------|
| 1.  | นพ.สถาพร     | มานัสถิติชัย     | ประธาน     |
| 2.  | พ.อ.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     | กุลละวลชัย       | อนุกรรมการ |
| 8.  | พญ.ศศิประภา  | บุญญพิสิญธุ์     | อนุกรรมการ |
| 9.  | นพ.องอาจ     | ไพรสณฆารางกูร    | อนุกรรมการ |
| 10. | นพ.เกรียงไกร | อัครวงศ์         | อนุกรรมการ |

รายงานคณะอนุกรรมการฝ่ายวารสาร

สารจากนายภคสมทนฯ

|     |               |                |            |
|-----|---------------|----------------|------------|
| 1.  | นพ.สิน        | อนุกรรมกร์     | ประธาน     |
| 2.  | นพ.ไพโรจน์    | เหลือองโรงมกุล | อนุกรรมการ |
| 3.  | นพ.เสถียร     | เดชะไพฑูรย์    | อนุกรรมการ |
| 4.  | นพ.เติมชัย    | ไชยบุญดี       | อนุกรรมการ |
| 5.  | นพ.วีระศักดิ์ | ว่องไพฑูรย์    | อนุกรรมการ |
| 6.  | นพ.สถาพร      | มานัสสถิตย์    | อนุกรรมการ |
| 7.  | นพ.บัญญัติ    | โอวาทพรพร      | อนุกรรมการ |
| 8.  | นพ.นุสนธิ์    | กัตติเจริญ     | อนุกรรมการ |
| 9.  | นพ.พิศาล      | ไม่เรียง       | อนุกรรมการ |
| 10. | พญ.วาโรชา     | มหาชัย         | อนุกรรมการ |
| 11. | พญ.กรรณิการ์  | พรพัฒน์กุล     | อนุกรรมการ |
| 12. | นพ.สุชา       | ศุระทอง        | อนุกรรมการ |
| 13. | พ.อ.นพ.สุรพล  | สุนรัตน์กุล    | อนุกรรมการ |
| 14. | นพ.สุริยะ     | จักกะพาก       | อนุกรรมการ |
| 15. | พ.อ.นพ.อนุชิต | จุฑะสุทธิ      | อนุกรรมการ |
| 16. | นพ.กำธร       | เฝ้าสวัสดิ์    | อนุกรรมการ |
| 17. | นพ.ทองดี      | ชัยพานิช       | อนุกรรมการ |

เรียน ท่านสมาชิกและเพื่อนแพทย์ที่เคารพรัก

ในฉบับนี้จะเป็นการรายงานการประชุมทางวิชาการ

1. การประชุมใหญ่ทางวิชาการประจำปี 2541

2. การประชุม Alimentary Disease Week 1998

1. การประชุมใหญ่วิชาการประจำปี 2541 เป็นการประชุมทางวิชาการพร้อมกับการประชุมของคณะกรรมการอำนวยการของสมาคมฯ และสมาชิก เพื่อเลือกตั้งนายกสมาคมฯ

1.1 การประชุมได้จัดขึ้นระหว่าง 19-20 พฤศจิกายน 2541 ที่โรงแรมอมรินทร์ลา구나 จังหวัดพิษณุโลก มีผู้เข้าประชุมทั้งสิ้นประมาณ 200 คน

1.2 3<sup>rd</sup> Vikit Viranuvatti Lecture โดย Professor Guido N.J. Tytgat เราโชคดี 2-3 ประการคือ Prof. Tytgat จะเดินทางผ่านเพื่อไปปาฐกถาเกียรติยศ ใน Alimentary Disease Week ที่มะนิลา ระหว่างวันที่ 22-25 พฤศจิกายน 2541 จึงขียนจดหมายเชิญท่านมาเป็น Honorary Speaker ดังกล่าว โดยที่อาจารย์นายแพทย์ชัชฌา ศตวรรษัตถ์ ซึ่งกำลังปฏิบัติงานที่สถาบัน Academic Medical Center ที่ Amsterdam กับท่านอยู่ จึงทำให้การประสานงานได้สะดวกขึ้น และผมได้มีโอกาสติดต่อกับทางโทรศัพทกับท่าน 2 ครั้ง รวมทั้งได้ส่งหนังสือและเอกสารต่างๆ เกี่ยวกับ ประเทศไทยและสุขภาพไทยไปให้ท่าน ทำให้สมาคมฯ ประหยัดเงินได้ประมาณกว่า 2 แสนบาท

1.3 State of the Art Lecture โดยเชิญ นายแพทย์วิชัช เอกทักษิณ จาก

ประเทศญี่ปุ่น (Wichai Ektaksin) เป็นผู้ได้รับทุนจากกระทรวงศึกษาไทยไปศึกษา ได้รับปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิตและปริญญาเอก Ph.D จากประเทศญี่ปุ่นและทำงานเป็นนักวิจัย ตำแหน่ง Director, Medical Research ที่ประเทศญี่ปุ่นที่ภาควิชาทวิภาคศาสตร์ Tokyo Medical and Dental University School of Medicine, Tokyo เป็นผู้มผลงานด้านวิจัยทาง Vascular Anatomy โดยการศึกษาเส้นเลือด Hepatic Artery and Portal Vein ของตับอย่างกว้างขวางและสวยงาม จนได้รับเชิญไปเป็นวิทยากรนานาชาติหลายแห่ง รวมทั้งได้เขียนบทความในวารสาร Hepatology และใน Text Book หลายบท และยังคงติดต่อกระทรวงวิทยาศาสตร์ไทย โดยความร่วมมือทำวิจัยกับคณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และกระทรวงวิทยาศาสตร์ นับว่าอาจารย์นายแพทย์วิชย์จะเป็นกำลังสำคัญในการเสริมความรู้และประสบการณ์แก่แพทย์ และนักวิทยาศาสตร์ไทยอย่างมาก อาจารย์นายแพทย์วิชย์ และภรรยาได้เดินทางมาประเทศไทยด้วยทุนของตนเอง นับว่าท่านได้เสียสละอย่างมากต่อวงการแพทย์ไทยและประเทศชาติ

1.4 State of the Art Lecture อีกท่านหนึ่งคือ อาจารย์นายแพทย์ สมพนธ์ บุญยกุลป์ ท่านเคยเป็นหัวหน้าสาขาระบบทางเดินอาหารคนแรก ร.พ.รามธิบดีอดีตนายกรมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย และสามารถโรคติดต่อแห่งประเทศไทยท่านได้รับรางวัลถึงรางวัลงานผู้ป่วยที่มียาชนิดต่างๆ โดยเฉพาะตัวฉีด ที่เข้าไปในตับและสมอง นับเป็นประสบการณ์ที่มีค่าอย่างยิ่งวงการแพทย์ไทย ผมจำได้ว่าอาจารย์สมพนธ์ เคยสนทนาระหว่างเพื่อนของอาจารย์คล้ายๆว่าเพชรมีคุณค่าของมันเองไม่ว่าจะตกไปอยู่ที่ใคร

1.5 บทนำของอาจารย์นายแพทย์บุญสวน มารัติน เกี่ยวกับอาจารย์นายแพทย์วิชย์ วิราวุธศักดิ์ นับว่าเป็นแบบอย่างที่ดี ทั้งในบุคลิก, ภาษา, คุณลักษณะของการ ปาฐกถา ของอาจารย์บุญสม ผมเองเคยพบท่าน 2 ครั้งที่บ้านท่านในซอยเซ็นต์หลุยส์ได้สนทนาที่มุกค่าและได้เห็นคุณค่าของสติของท่านในระยะเวลาสั้นๆ ก็ประทับใจและประทับใจบางอย่างจากท่านอย่างมาก

นอกจากนี้ท่านยังเป็นกันเองและสนุกสนานกับสมาชิกสมาคมฯ และเพื่อนแพทย์ทุกท่านที่มาร่วมทานด้วย และท่านยังเป็นพี่เลี้ยงปรึกษาปรึกษาเรามาแต่ท่านผู้ว่าราชการจังหวัดพิษณุโลก ซึ่งทราบว่าอาจารย์นายแพทย์บุญสม และอาจารย์นายแพทย์วิชย์ มาในงานด้วย ทำให้ท่านผู้ว่าฯ มีความภูมิใจมากที่จะต้องมาทำพิธีเปิดงานประชุมครั้งนี้ และนับเป็นเกียรติอย่างยิ่งต่อสมาคมฯ เรา

1.6 การแสดงผลงานทางวิชาการของทุกท่านประสบความสำเร็จได้คือการบรรยายและการอภิปรายต่างๆ รวมทั้งการปาฐกถพิเศษของ Prof. Tygeat ใน Lunch Symposium

1.7 การประกวดผลงานวิจัยของพลโล่ในปีนี้ต้องแยกไปอีกห้องหนึ่งเนื่องจากเวลาจำกัด อาจารย์และผู้เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจได้เสียสละเวลาอันมีค่าทำให้การตัดสินใจผู้รับรางวัลผลงานวิจัยจากสมาคมฯ 3 ท่านคือ

1. นพ.สุรพงษ์ รัชชภูมิต จากคณะแพทยศาสตร์ ร.พ.รามธิบดี
  2. พญ.พนิศา ทองอุทัยศรี จากคณะแพทยศาสตร์ ร.พ.รามธิบดี
  3. นพ.จิรสิทธิ์ อารวบุตร จากคณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล
- ด้วยความขมขื่นเข้มแข็งของ อาจารย์นายแพทย์ภัทร เผ่าสวัสดิ์ และ

กรรมการตัดสินทุกท่าน สามารถฯ ต้องขอขอบพระคุณทุกท่านที่ทำให้ผลการประกวดได้ผลสำเร็จ

1.8 การประชุมวิชาการครั้งนี้เป็นการประชุมครั้งสุดท้ายของคณะกรรมการอำนวยความสะดวกของสมาคมฯ เนื่องจากเวลาของการบริหารการประมุขไม่เพียงพอ ในปีนี้เป็นปีแห่งความคึกคักทางเศรษฐกิจอย่างมาก การประชุมจึงจัดเพียง 2 วัน แต่ก็พยายามยึดหลักเกณฑ์และจุดประสงค์ของสมาคมฯ ในการจัดประชุมวิชาการที่ต่างจังหวัด

1.8.1 เพื่อที่สมาชิกสมาคมฯ และแพทย์ทั่วไปจะได้มีโอกาสเพิ่มพูนความรู้และประสบการณ์ ซึ่งกันและกัน

1.8.2 ได้สร้างความสัมพันธ์ต่าง ๆ มากมาย เช่น วิชาการ อาจารย์ของคณะแพทยศาสตร์ แพทย์ผู้อาวุโสคณะกรรมการดำเนินงาน และอาจารย์ของคณะแพทยศาสตร์ แพทย์ผู้อาวุโสคณะกรรมการดำเนินงาน อื่นๆ ของสมาคมฯ guest speakers จากต่างประเทศเพื่อนแพทย์ เกษีศกร พยาบาลตลอดจนบริษัทผลิตภัณฑ์และบริษัทอุปกรณ์ทางการแพทย์

1.8.3 โดยเฉพาะได้มีโอกาสสนทนาแลกเปลี่ยนและทราบความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุขตลอดจนปัญหาต่างๆ อันเกี่ยวข้องกับสังคมและการแพทย์ของสมาคมฯ และของคณะแพทย์ต่างๆ

1.8.4 เน้นอนที่สุขภาพและผลิตผลในการทัศนศึกษาพร้อมกับการอบรม การตลอดจนการได้ศึกษาถึงประวัติศาสตร์ ขนบธรรมเนียม ประเพณีอันดีงามของจังหวัดสุโขทัยและพิษณุโลก หลายท่านได้มีโอกาสไป

นมัสการพระพุทธชินราชอันสำคัญของประเทศไทยและแทนทุกคนที่ได้รับประทานอาหารแบบขันโตกและชมการแสดงแสง-สี-เสียงอันตระการตาของประวัติศาสตร์มรดกโลก สุโขทัย อันน่าภูมิใจอย่างยิ่งของชาวไทย

1.8.5 ทำให้เพิ่มพูนเศรษฐกิจในจังหวัดสุโขทัย ผู้มาประชุมได้ถือโอกาสซื้อของพื้นเมือง เอาที่ทราบผู้เข้าประชุมหลายท่านได้ซื้อของต่างๆ กลับบ้าน

2. งาน “ขันโตกและแสง-สี-เสียง” สุโขทัยมรดกโลก ในวันที่ 19 พฤศจิกายน 2541 นับว่าเป็นงานประเพณี และการแสดงถึงประวัติศาสตร์ที่สำคัญยิ่งที่คนไทยทุกคนต้องภูมิใจ และช่วยกันส่งเสริมให้งานนี้ยั่งยืนตลอดไปให้นานแสนนาน สามารถติดต่อกันกับคุณอ้อย (วาฬรักษ์) 055-613-075-6 ในระยษณีนัดนี้ผมขอยินยอม จะนิเทศทุกสุกรี-สารและอาทิตย์

งานในคืนนั้นมีแพทย์และผู้เกี่ยวข้องกับการประชุมมาประมาณ 210 คน หลังจากการแสดงแล้ว ทุกคนมีโอกาสได้ถ่ายรูปกับนักแสดงชุดต่างๆ ที่สวยงามของนักแสดงจากวิทยาลัยนาฏศิลป์ จังหวัดสุโขทัยหรือสถาบันราชภัฏสุโขทัยลาดีขออภัยด้วย

2.1 Prof. Tytgat และภรรยา เดินทางมาถึงพิษณุโลกในวันที่ 19 พฤศจิกายน 2541 ท่านทั้งสองเหนื่อยมากและเตรียมบรรยายวันรุ่งขึ้น 2 ชั่วโมง ใน 3rd Vikit Viranuvatti Lecture เรื่อง Novel Developments in H. pylori Research และ Lunch Symposium Current Concepts in Dyspepsia : my approach how to test, treat, or investigate เป็น Lecture ที่คุ้มค่าอย่างยิ่ง ทั้ง



เนื้อหา, สไลด์และบุคลิกของท่าน

2.2 หลังจาก Lecture แล้วทางบริษัท Takeda ได้เชิญท่านและภรรยา  
ร่วมรับประทานอาหารร่วมกับคณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯ หลายท่าน  
เช่น อาจารย์นายแพทย์วิกิจ, อาจารย์แพทย์หญิงกรรณิการ์ (นายกสมาคมฯ คน  
ใหม่ ปี 2542-2543), อาจารย์นายแพทย์พีณิจ, อาจารย์แพทย์หญิงวโรโรชา,  
อาจารย์นายแพทย์ยุศคม ผมและภรรยา ในช่วงเช้าภรรยาผมได้คอยดูแลร่วมรับ  
ประทานอาหารว่างกับภรรยา Prof. Tytgat แล้ว และมีโอกาสสนทนากับน้องๆ  
กันเอง

หลังจากนั้น เวลาประมาณ 15.30 น. ผมได้มอบหมายให้อาจารย์นาย  
แพทย์อนุชิต ช่างคำดำรงกิจด้วย ส่วนผมและภรรยาต้องไปสุโขทัยร่วมกับ  
คณะของ Prof. Tytgat และภรรยา และทางบริษัททาคาด้า จัดพาหนะและไกด์  
เตรียมไว้แล้ว ส่วนผมได้โทรศัพท์ต่อของพิเศษล่วงหน้าหลายวันแล้วเพื่อร่วม  
ชมกับกลุ่มทัวร์จากประเทศญี่ปุ่น (ปกติทุกวันศุกร์จะเป็นกลุ่มทัวร์จากประเทศ  
ญี่ปุ่นเฉพาะและเป็นภาษาญี่ปุ่นบรรยาย)

ได้ร่วมรับประทานอาหารแบบขันโตกคณะ 2 โตกๆ แรกเป็นอาหารลาว  
และโตกที่สองเป็นผลไม้และของหวาน Prof. Tytgat และภรรยา ชอบอาหาร  
ไทยมากับประทานหมดเลย รวมทั้งของหวานบางส่วนและผลไม้

2.3 ขากลับจากการแสดงแสง-สี-เสียง ที่สุโขทัยแล้วเดินทางกลับ  
พิษณุโลก รุ่งขึ้นผมและภรรยาได้ร่วมเดินทางกลับมากรุงเทพฯ พร้อมกับ  
Prof. Tytgat และภรรยาส่วนผมได้แนะนำบริษัท ทาคาดา ให้พ้า Prof. Tytgat  
และภรรยา ไปชมการแสดงแสง-สี-เสียง ที่พระบรมมหาราชวัง เนื่องในการ

ฉลองครบรอบ 72 พรรษาของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ ในคืนวันเสาร์  
21 พฤศจิกายน 2541 เวลา 18.30 น. เพราะผมและภรรยาได้มาชมก่อนแล้ว  
หนึ่งสัปดาห์ เป็นการแสดงที่ยิ่งใหญ่และมีคุณค่ายิ่ง ควรที่ทุกคนหาโอกาสไป  
ชมให้ได้

ผมได้ทราบจาก Prof. Tytgat ว่าดีมาก ผมก็มีความภูมิใจเช่นเดียวกับ  
ท่านทั้งหลาย

2.4 รุ่งขึ้นวันอาทิตย์ 29 พฤศจิกายน 2541 เวลา 11.10 น. Prof. Tytgat  
และภรรยา, อาจารย์นายแพทย์วิกิจ ผมและภรรยาก็ร่วมเดินทางไปประชุมวิชา  
การ Alimentary Disease Week ที่มะนิลา ประเทศฟิลิปปินส์ ระหว่าง 22-25  
พฤศจิกายน 2541 เป็นการประชุมของประเทศไทย Asian-Pacific ร่วมกับ AGA

3. การประชุมใหญ่สามัญประจำปี 2541

ของสมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย The  
Gastroenterological Association of Thailand (G.A.T.) General Assembly

3.1 สารคดีสำคัญที่รับรองรายงานการประชุมใหญ่สามัญประจำปี  
2540 และจบคุลชัยปี 2540 มีการแสดงงบนคุลชัยที่ไม่สอดคล้องกับผู้ตรวจสอบ  
บัญชีที่ประชุมของให้เหรียญกูปังจัดการเสนอขงบคุลชัยให้ถูกต้องและสมบูรณ์

3.2 เรื่องขอมติจากที่ประชุมให้หันตำแหน่งรัฐมนตรีสมาคมฯ ในที่สุด  
ที่ประชุมลงมติรับตามข้อเสนอ แต่ให้ไปศึกษาเรื่องตำแหน่งขบใหม่  
ตลอดจนรายละเอียดต่างๆ

3.3 มติแต่งตั้งให้ ศาสตราจารย์แพทย์หญิงกรรณิการ์ พรพัฒน์กุล

เป็นนายกสมาคมฯ ปี 2542-2543 โดยมีผู้เสนอข้อมติตามหลักเกณฑ์และวิธีการของสมาคมฯ ต้องขอแสดงความยินดีอย่างยิ่งที่ยุคนี้มีนายกสมาคมฯ เป็นสตรีเช่นเดียวกับคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลที่ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงชนิกา ตู้จินดาเป็นคณบดี

4. การประชุมวิชาการโรคระบบทางเดินอาหารที่ประเทศฟิลิปปินส์ ระหว่างวันที่ 22-25 พฤศจิกายน 2541 Alimentary Disease Week ที่โรงแรม Shangri-la EDSA Plaza Hotel มีผู้เข้าร่วม 670 คนเป็นชาวต่างประเทศประมาณ 300-400 คน จาก 17 ประเทศ เป็นการประชุม 4th Asian Pacific AGA Conference โดยครั้งที่ 3 จัดที่ Hongkong เมื่อปีที่ผ่านมา มี Guest Speakers จากสหรัฐอเมริกา เช่น Prof. James Freston จาก Connecticut, James Reynolds จาก Philadelphia, C. Owyang และ Anna Lok จาก Michigan เป็นต้น

5. ทำไมการประชุม Alimentary Disease Week จึงองค์กรหรือสมาคมอื่นๆ มาเกี่ยวข้อง

5.1 เมื่อปี พ.ศ. 2538 การประชุมครั้งแรกที่ประเทศสิงคโปร์ด้วยความร่วมมือของ AGA และกลุ่มประเทศ ASEAN ซึ่งมี Indonesia, Malaysia, Philippines, Singapore, Thailand เป็นต้น

5.2 การประชุมทำนองนี้ได้เพิ่มเอาประเทศใน Asian-Pacific เข้าไปเนื่องจากประเทศญี่ปุ่นเข้าไปประชุมพร้อมกับ Asian-Pacific Association of Gastroenterology ที่ Yokohama พ.ศ. 2539 จึงเป็นครั้งที่ 2 ของ AGA ร่วมกัน

Asian Pacific ไปจัดประชุมที่ญี่ปุ่น

5.3 การประชุมครั้งที่ 3 โดยทาง Hongkong ของไปในปี พ.ศ. 2540 ซึ่งเป็นปีประวัติศาสตร์ที่เป็นวาระศึนเกาะฮ่องกงไปสู่สาธารณรัฐประชาชนจีน จึงเป็น 3rd Asian Pacific AGA Conference

5.4 การประชุมครั้งที่ 4 ซึ่งประเทศฟิลิปปินส์ขอเป็นเจ้าภาพ ระหว่าง 22-25 พฤศจิกายน 2541 ที่กรุงมะนิลา ณ โรงแรม EDSA Shangri-la, Ortigas Center ทางฟิลิปปินส์ตั้งชื่อว่า Alimentary Disease Week 1998 ด้วยความร่วมมือของ American Gastroenterological Association Asian Pacific Association of Gastroenterology, Asean Federation of Gastroenterology, International Symposium on Viral Hepatitis, Philippine Society of Gastroenterology, Philippine Society of Digestive Endoscopy, Asia Hep Forum

5.5 Asean Federation of Gastroenterology เกิดจากการรวมกลุ่มของประเทศในย่านเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ได้แก่ อินโดนีเซีย, มาเลเซีย, ฟิลิปปินส์, สิงคโปร์, ไทย และเวียดนาม รวมกันเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นความร่วมมือและอื่นๆ ในด้านวิชาการโรคระบบทางเดินอาหาร การดำเนินงานยังไม่อะไรในระยะนี้

เมื่อวันที่ 24 พฤศจิกายน 2541 มีการประชุมกันที่โรงแรม EDSA Shamri-la ของการประชุมที่ฟิลิปปินส์ โดยมี President ของแต่ละสมาคมฯ ของประเทศในกลุ่ม ASEAN ร่วมทั้งผู้ร่วมประชุม เช่น Dr. K.L. Goh มาเลเซีย, Dr. Daldiyono อินโดนีเซีย, Dr. Jose D. Sollano, Jr. ฟิลิปปินส์, Dr. J. Chen

สิงคโปร์, Dr. Sawadh Hieman, Dr. Pinit Kullavarnijaya จากประเทศไทย

5.6 ทางอินโดนีเซียเสนอตัวเองเป็น Center เพื่อส่งแพทย์ Train ทางด้าน Endoscope โดยจะคิดค่า Train ประมาณ 1,000-1,500 เหรียญสหรัฐในระยะเวลา 3 เดือน และยังมีค่าใช้จ่ายอื่นๆ อีก เช่นค่าที่พัก, ค่าอาหาร ในที่สุดยังไม่มีการลงทุนเพราะโดยหลักการแล้วเพื่อช่วยประเทศที่ต้องการ เช่น เวียดนาม, ลาว, เขมร, พม่า เป็นต้น และไม่ควรถูกแสวง ซึ่งต้องหาทุนให้ประเทศเหล่านี้

5.7 ด้านประเทศไทยเสนอให้มี Fellow Research Awards หรือ Young Investigator Awards เพื่อสนับสนุนการวิจัยในกลุ่มสมาชิกให้มากขึ้น

5.8 ทางฟิลิปปินส์เองก็เสนอให้มีการส่ง Fellow GI หรือ Young Staff มาสัมมนาเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความรู้ ตลอดจนวิชาการใหม่ๆ เพราะเขามีสัมมนาต่างๆ บ่อยมาก

5.9 ได้มีการสนทนาลงถึงการมี AGA มาร่วมกับการประชุม ทำให้ได้ Speakers และ Sponsors มาด้วยเป็นประโยชน์ ต่อวงการแพทย์ในย่านนี้อย่างมาก เพราะการประชุมวิชาการประจำปีทางการแพทย์ของ AGA นับว่ายิ่งใหญ่และดีที่สุดในหนึ่งของโลก ซึ่งในปีหน้า AGA meeting ของอเมริกาจะจะมีที่เมือง Orlando, Florida วันที่ 15-21 พฤษภาคม 2542 หวังว่าสมาชิกและกรรมการสมาคมฯ หลายท่านคงได้ไปร่วมประชุมขอให้ติดคอแน่นๆ กับอาจารย์นายแพทย์ประวิทย์ เลิศวิระศิริกุล โรงพยาบาลรามารินทร์ เพราะเราจะจัดเป็นทัวร์ไปซึ่งจะถูกกว่า และได้ทัศนศึกษาได้กว้างขวาง อาจจะใช้เวลาทั้งหมด 10-14 วัน ถึงโอกาสให้สมาชิกและเพื่อนแพทย์ได้พักผ่อนประจำปีไป

ตัวเลย เพราะเมืองนี้เป็นที่ตั้งของ Disney's World และศูนย์การแสดงอันมากมาย ผู้คนจะมากันมาก ต้องรีบๆ ตัดต่อ มิฉะนั้นจะพลาดโอกาสไป

6. Speakers ที่สำคัญ ควรจะได้รับรู้ไว้ และ International Meeting จะมีท่านเหล่านี้เสนอ

6.1 S.K. Lam จากฮ่องกง เป็น Professor ที่เขียน papers และ Text Book มากมาย เป็นผู้สนใจทาง Peptic Ulcer and Dyspepsia

6.2 Guido N. J. Tytgat ได้เคยกล่าวไว้ในฉบับก่อน จากประเทศเนเธอร์แลนด์ เป็นเจ้าพ่อ Dyspepsia, H.pylori, Peptic Ulcer และ Reflux esophagitis

6.3 Anna Lok มีฉายาว่า เป็นหญิงเหล็กโรคตับของโลกคนหนึ่ง เช่นเดียวกับ Sheila Sherlock ของอังกฤษ มีความรู้ดีมากพูดภาษาอังกฤษเหมือนคนอังกฤษหรืออเมริกาได้สบาย เคย Trained กับ Prof. S. Sherlock เป็นชาวฮ่องกงแล้วเข้าไปเป็น Professor ที่ Tulane University ปัจจุบันอยู่ที่ Ann Arbor, U. of Michigan, U.S.A. ในปี ค.ศ. 1982 มีการประชุม The Second Asian-Pacific Association for the Study of the Liver ที่ฮ่องกง เมื่อผมไป Present "Pancreatic Function and Intestinal Absorption in Cirrhotic Patients in Thailand" และได้มีโอกาสฟัง Anna Lok Lecture ผมประทับใจในเชิงการพูดเนื้อหาและภาษาอังกฤษได้ดีมาก

6.4 Prof. James Freston จาก Connecticut, U.S.A. เป็นคน Nice มาก ตั้งคำถามในการร่วมอภิปรายต่างๆ ได้ดี รวมทั้งเป็นผู้มีความรู้มากคนหนึ่ง

6.5 Dr James C. Reynolds จากเมือง Philadelphia, Hanneman Hospital Allegheny University เป็น Chief GI ที่นั่งและ Co-Chair กับผม

6.6 Prof. Neville Yeomans เป็น President ของ Australian Society of Gastroenterology เคยมาประเทศไทย เมื่อคราวจัด Fam Trip ครั้งแรกเดือน กรกฎาคม 2541 ได้มาแสดงผลงานทางวิชาการและได้เยี่ยมชมคณะแพทย ศาสตร์ศิริราชพยาบาล กรรณาและตัวท่านเองเป็นคนสุขภาพ เรียบร้อยมาก

6.7 Prof. Yasou Idezuki เป็นศิษย์แพทย์ของมหาวิทยาลัยโตเกียว มี ประสบการณ์และพูดภาษาอังกฤษได้ดีคนหนึ่ง และรู้จักศาสตราจารย์ นายแพทย์อรุณ เค้าสวัสดิ์ ได้ให้ผมฟังว่าประเทศไทยจะเป็นเจ้าภาพการ ประชุมวิชาการด้านศัลยกรรมปี ค.ศ. 2003 จะมีผู้มาประชุมประมาณ 3,000 คน ท่านพูดเรื่อง Laparoscopy ต่างๆ ได้ดีมาก

6.8 Prof. Masao Omata ท่าน Lecture เรื่อง Hepatoma pathogenesis ท่านเคยมาพูดในที่ประชุม International Viral Hepatitis ที่อินกันชายน 2540 ที่ แงกรีกลา กรุงทพฯ มีประสบการณ์และ Lecture ภาษาอังกฤษ ที่ดี

6.9 ผมได้มีโอกาสพบแพทย์ชาวต่างประเทศที่สำคัญหลายท่านผมลง ชื่อและพิมพ์ในสื่อสมาชิกสมาคมฯ หรือแพทย์ท่านที่มีความสนใจส่วนตัว หรือติดต่อ ดังนี้

6.9.1 James C. Reynolds, M.D.

Professor of Medicine, Chief,  
Division of Gastroenterology and Hepatology  
Allegheny University of the Health Sciences  
Academic Office: Broad & Vine, Mail Stop 131  
Philadelphia, PA 19102-1192

Tel: 215-762-8101 Fax: 215-246-5432

Jose D. Sollano, Jr., M.D.

Assistant Professor, Chief, Section of Gastroenterology  
University of Santo Tomas,  
The Catholic University of the Philippines

Faculty of Medicine and Surgery

Espana, Blvd., Manila, Philippines

Tel: 632-732-2973 Fax: 632-931-6217

Email: jsollano@i-manila.com.ph

Pao-Huei Chen, M.D. DMSc.

Professor of Medicine, Taipei Medical College  
Chair, Education & Training Comm., APAGE  
Consultant, Yuan's General Hospital

162, Cheng-Kung 1st Rd., Kaohsiung, City/80211

Tel: 886-7-333-4322 Fax: 886-7-335-4114

Home: Taipei: Tel 886-2831-1547 Fax: 886-2-2836-9401

Kaohsiung: Tel 886-7-330-2032

E-mail: paohuei@ms17.hinet.net

Geoffrey C. Farrell, M.D. F.R.A.C.P.

Robert W Storr Professor of Hepatic Medicine  
University of Sydney Westmead Hospital,

WESTMEAD NSW 2145, Australia

Tel: 612-9845-7705 Fax: 612-9635-7582

E-mail: geoffh@westmed.wh.su.edu.ac

6.9.5 Professor. Dr. dr. Daldiyono

Consultant- Gastroenterology- Hepatology

Head of The Sub Department of Gastroenterology Department

of Internal Medicine, Medical Faculty University of Indonesia

Jl. Kayu Putih Tiga, 99 Jakarta 13260 Jakarta, Indonesia

Tel: 62-21- 315-3957 Fax 62-21-314-2454

6.9.6 Shu-Dong Xiao, M.D.

Professor of Medicine, Shanghai Second Medical University

145 Shan-Dong Zhong Road, Shanghai 200001, China

Tel: 86-21-6320-0874, 86-21-6326-0930-2001

Fax: 86-21 6373-0455 E-mail: sdxiao@guomai.sh.cn

6.9.7 Rome Jutabha, M.D. (ในแพทย์ไทย)

Assistant Professor of Medicine, Division of Digestive Diseases

UCLA School of Medicine, Box 951684

Los Angeles, California 90095-1684

Office 310-825-5123 Appointments 310-825-1597

24 hour message center 310-825-6301

email: pl2541@mvs.medctr.ucla.edu

6.9.8 Yasuo Idezuki, M.D., F.A.C.S. (Hon.)

Professor Emeritus, University of Tokyo Professor & Chairman

Department of Surgery Saitama Medical Center,

Saitama Medical School

1981 Tsujido-Machi, Kamoda, Kawagoe, Saitama 350, Japan

Tel: 0492-28-3430 Fax: 0429-26-5284

จุฬารณีนี้นับเป็นเดือนตุลาคม แต่ต้องออกมาช้า จึงปรากฏใน

เดือนธันวาคม 2541 ในวาระที่ปีใหม่ พ.ศ. 2542 ใกล้เข้ามาและคณะกรรมการ

อำนวยการสมาคมฯ ชุดนี้ 2540-2541 จะหมดวาระลง ผมขอถือโอกาสกล่าว

ขอบคุณและสวัสดิ์ปีใหม่ พ.ศ. 2542 มายังทุกท่าน

ขออาราธนาคุณพระศรีรัตนตรัยและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ทั้งหลายในสากล

โลก จงสถับันดาลให้คณะกรรมการอำนวยการ, คณะอนุกรรมการและชมรม

กลุ่มต่างๆ สมาชิก, เจ้าหน้าที่ของสมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่ง

ประเทศไทย ตลอดจนบริษัทเวชภัณฑ์ บริษัทเครื่องมือแพทย์และครุภัณฑ์

ทุกท่าน จงประสบความสำเร็จอุปราคาจากโรคร้ายทั้งหลายโดยทั่วกัน

ของสวัสดิ์ปีใหม่อีกครั้ง

ศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์สวัสดิ์ หิตะนันท์

นายกสมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

2540-2541

At Amain Lagoon Hotel, Phitsanulok, November 19, 1998

1. Helicobacter pylori infection in non-ulcer dyspepsia
2. Comparative study of a Local Made and the commercial (CLO test) rapid urease tests for the diagnosis of Helicobacter pylori infection
3. Diagnosis of Helicobacter pylori infection by measuring Naso-Gastric Aspirated Gastric Juice Urea and Ammonia
4. Diabetic gastroparesis: Correlation between radiomucclide gastric emptying time and diabetic neuropathy
5. Clinical utility of the polymerase chain reaction in the diagnosis of tuberculous peritonitis
6. Ulcerative Colitis in Siriraj Hospital: A Clinical Study of 31 patients
7. Prevention of Bacterial infection in Cirrhotic patients with Upper Gastrointestinal Hemorrhage (UGIH):A preliminary report
8. Preliminary Report of Nonalcoholic Steatohepatitis in Thai Patients
9. Clinical outcomes after transfusion-associated Hepatitis C in Pramongkutkiao Hospita
10. The prevalence of Helicobacter pylori infection in dyspeptic patients and metronidazole sensitivity at Songklanagarind hospital.
11. Rapid Whole Blood Test for Screening H.pylori in Thai Dyspeptic

Patients : Is There A Benefit or Not ?

12. Locally made rapid urease test (H.P. test) in Thailand., (Preliminary report)
13. Ulcerative Colitis in Pramongkutkiao Hospital
14. Endoscopic drainage of Pseudocyst of Pancreas.
15. Hemochromatosis in Pramongkutkiao Hospital
16. Viral Hepatitis and Liver Transplantation-Cases
17. Liver Disease Associated Mortality Among a 12-year Cohort of the Electricity Generating Authority of Thailand (EGAT) Personnel. The EGAT Study
18. A Retrospective Analysis: The result of interferon Alfa treatment of patients with chronic hepatitis C; Pramongkutkiao Hospital Experience
19. Caffeine Clearance Study in Hepatocellular Carcinoma
20. Computerized Endoscopy database system at Songklanagarind Hospital. A custom developed program.

รายงานการประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯ  
ครั้งที่ 5/2541 ณ โรงแรมโซลทวินทาวเวอร์, กรุงเทพฯ

เวลา 10.00-12.00 น. วันศุกร์ที่ 28 สิงหาคม 2541

รายนามผู้เข้าร่วมประชุม

|     |                      |               |   |
|-----|----------------------|---------------|---|
| 1.  | นพ.สวัสดิ์           | हितะนันท์     | นายกสมาคมฯ  |
| 2.  | พ.อ.นพ.อนุชิต        | จุฑาทะพุทธิ   | เลขาธิการ   |
| 3.  | พญ.วิภา              | วงศ์พานิช     | แพทย์หญิง   |
| 4.  | พ.อ.นพ.สุรพล         | ชั้นรัตติกุล  | ปฏิบัติ   |
| 5.  | นพ.กำธร              | เผ่าสวัสดิ์   | ประธานฝ่ายวิจัย                                       |
| 6.  | พญ.วโรชา             | มหาชัย        | ประธานฝ่ายวิชาการ                                     |
| 7.  | นพ.เต็มชัย           | ไชยวุฒิ       | ประธานฝ่ายโรคตับ                                      |
| 8.  | นพ.จันทร์            | โรจน์บรรวิทย์ | กรรมการกลาง   |
| 9.  | นพ.ทองดี             | ชัยพานิช      | กรรมการกลาง   |
| 10. | น.อ.นพ.บรรเจิดศักดิ์ | อากาศบดี      | กรรมการกลาง   |
| 11. | นพ.พงษ์พระ           | สุวรรณกุล     | กรรมการกลาง   |
| 12. | นพ.พิศาล             | ไพบรียง       | กรรมการกลาง   |
| 13. | นพ.มานิต             | ติโททชาติ     | กรรมการกลาง   |
| 14. | พ.ต.อ.นพ.วรินทร์     | เสาวรส        | กรรมการกลาง   |
| 15. | พ.ท.นพ.สุรพล         | สุรางค์ศรีฐ   | กรรมการกลางและ<br>รองประธานฝ่ายการศึกษา<br>หลังปริญญา |
| 16. | นพ.เกรียงไกร         | อัศววงศ์      | ที่ปรึกษา   |
| 17. | นพ.จินดา             | สุวรรณรักษ์   | ที่ปรึกษา   |
| 18. | นพ.พินิจ             | กุดลลวงชัย    | ที่ปรึกษา   |
| 19. | พด.ค.นพ.วิชัย        | ชัยประภา      | ที่ปรึกษา   |
|     | นพ.สมหมาย            | วิไลรัตน์     | ที่ปรึกษา   |

|                                  |                   |                 |                                  |
|----------------------------------|-------------------|-----------------|----------------------------------|
| 21.                              | พด.อ.ค.นพ.สุจินต์ | จากรุจินดา      | ที่ปรึกษา                        |
| 22.                              | นพ.ศวรรร          | ทองสวัสดิ์      |                                  |
| รายนามผู้ไม่สามารถเข้าร่วมประชุม |                   |                 |                                  |
| 1.                               | นพ.ประวิทย์       | เลิศวีระสิริกุล | อุปนายก                          |
| 2.                               | นพ.บัญชา          | โอภาทพารพร      | ประธานฝ่ายเอ็นโคสโคปีย์          |
| 3.                               | นพ.สิน            | อนุราษฎร์       | ประธานฝ่ายวารสาร                 |
| 4.                               | นพ.สถาพร          | มานัตตติย์      | ประธานฝ่ายการศึกษาหลัง<br>ปริญญา |
| 5.                               | นพ.ไพโรจน์        | เหลืองโรจนกุล   | ประธานฝ่ายวิเทศสัมพันธ์          |
| 6.                               | พญ.กรรณิการ์      | พรพัฒน์กุล      | กรรมการกลาง                      |
| 7.                               | พญ.ชุติมา         | ประมุขสินทรัพย์ | กรรมการกลาง                      |
| 8.                               | น.อ.นพ.ทศพร       | วิเศษรจนา ร.น.  | กรรมการกลาง                      |
| 9.                               | พญ.นฤมล           | ศรีสุทธาพรพร    | สาร์ไกรฟ                         |
| 10.                              | นพ.วิทยา          | วัฒน์โนภาส      | กรรมการกลาง                      |
| 11.                              | นพ.วิกิจ          | วิราวุธดี       | กรรมการกลาง                      |
| 12.                              | พญ.ศศิประภา       | บุญญพิสิฐ       | กรรมการกลาง                      |
| 13.                              | นพ.สังพันธ์       | อิสรเสนา        | ที่ปรึกษา                        |
| 14.                              | นพ.สุชา           | สุระทอง         | ที่ปรึกษา                        |

วาระที่ 1 เรื่องที่ประธานแจ้งให้ทราบ

1.1 เมื่อวันที่ 20 สิงหาคม 2541 ได้เดินทางไปกับพันเอกนายแพทย์  
สุรพล ชั้นรัตนกุล เพื่อดูสถานที่ที่จะจัดประชุมวิชาการประจำปี 2541 ระหว่าง  
วันที่ 19-20 พฤศจิกายน 2541 ที่โรงแรมอมรินทร์ลาดหญ้า จังหวัดพิษณุโลก เห็น  
ว่าห้องประชุมของ โรงแรมมีความพร้อมและเหมาะสมสำหรับการประชุมวิชา

การประชุมประจำปี 2541 ส่วนวันที่ 21 พฤศจิกายน 2541 จะจัดไปที่สามศึกษาที่จังหวัดสุโขทัย

1.2 ขอแสดงความยินดีกับนายแพทย์พินิจ กุลละวณิชช์ ที่ได้เป็นหัวหน้าภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, นายแพทย์พลรัตน์ วาไรรัตน์ ได้เป็น Fellow American College of Gastroenterology (FACG) และนายแพทย์ธำพร มานัสสถิตย์ ได้เป็น Fellow of Royal College Physician of Glasgow

1.3 จากการจัดประชุม Workshop on Therapeutic Update in Upper GI Disorder โดยได้รับการสนับสนุนจากบริษัท ทาเคดา (ประเทศไทย) จำกัด เมื่อวันที่ 13-15 สิงหาคม 2541 ณ โรงแรมระยองรีสอร์ท จังหวัดระยอง นั้นประสบความสำเร็จอย่างดียิ่ง

วาระที่ 2.1 รับรองรายงานการประชุมครั้งที่ 4/2541 ที่ประชุมมนตรีแก้ไขรายงานการประชุมดังนี้  
หน้า 3 วาระที่ 4 ข้อ 4.2.1

แก้ไขจาก ข้อเสนอให้มีตำแหน่งรองนายกสมาคมฯ อีก 1 ตำแหน่ง  
แก้เป็น ขอเสนอให้มีตำแหน่งรองนายกสมาคมฯ อีก 1 ตำแหน่ง

หลังจากแก้ไขรายงานการประชุมแล้ว ที่ประชุมมนตรีรับรองรายงานการประชุมครั้งที่ 4/2541

2.2 รับรองรายงานการประชุมกรณีเร่งด่วน ครั้งที่ 1/2541

ที่ประชุมมีรับรองรายงานการประชุมกรณีเร่งด่วน ครั้งที่ 1/2541 โดยไม่มีกรรมการแก้ไข

วาระที่ 3 เรื่องสืบเนื่องและการดำเนินงานของฝ่ายต่างๆ

3.1 พ้นอกนายแพทย์สุรพล ชื่นรัตน์กุล ประธานฝ่ายปฏิบัติการ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบเกี่ยวกับรายละเอียดในการจัดประชุมวิชาการประจำปี 2541 ดังนี้

3.1.1 ค่าลงทะเบียน เป็นสมาชิกสมาคมฯ ท่านละ 800 บาท  
ไม่เป็นสมาชิกสมาคมฯ ท่านละ 1,000 บาท

3.1.2 จำนวนผู้สามารถรับได้ประมาณ 25-30 ผู้

3.1.3 ห้องประชุมสามารถรองรับผู้เข้าประชุมได้ประมาณ 400 คน

3.1.4 คืนวันที่ 19 พฤศจิกายน 2541 จะจัดให้มี Dinner Reception ที่โรงแรมอมรินทร์ลาจูเนอ

3.1.5 คณะกรรมการอำนวยความสะดวกท่านใดที่ไม่มีสปอนเซอร์และต้องการจะให้สมาคมฯ ซื้อตั๋วเครื่องบินให้ โปรดแจ้งมาที่ฝ่ายสาขาวิชาการสมาคมฯ

3.2 นายแพทย์ตีเมซซ์ ไชยวุฒิ ประธาน Bid World Congress of Gastroenterology 2002 ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบถึงความคืบหน้าในการเตรียม Bid ครั้งนี้

3.2.1 ในการจัด Familiarization Trip ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 เพื่อเชิญนายกสมาคมแพทย์ทางเดินอาหารจากประเทศต่างๆ มาเที่ยวชมประเทศไทย ได้ประสบความสำเร็จอย่างมาก

3.2.2 สำหรับวันที่ 7 กันยายน 2541 จะจัดให้มีการงาน Thai Orchid Night ณ โรงแรมอินเตอร์คอนติเนนตัล ณ กรุงเทพมหานคร และ



ขอเรียนทุกท่านที่ร่วมเดินทางไปประชุมเข้าร่วมงานเลี้ยงดังกล่าวด้วย สำหรับวันที่ 9 กันยายน 2541 จะเป็นวันที่ตัดสิน ซึ่งผู้ที่สามารถเข้าร่วมประชุมจะมิ นายแพทย์สวัสดิ์ หิตะนันท์ และนายแพทย์วชิกร วิราญวัตต์

3.2.3 เมื่อวันที่ 23 สิงหาคม 2541 คณะกรรมการดำเนินการ Bidding ได้ไปกราบพระแก้วมรกต เพื่อขอพรและคุ้มครองให้พวกเราทุกคนได้รับความสำเร็จทุกประการ

3.3 นายแพทย์กำร เฝ้าสวัสดิ์ เสนอวิธีการจัดประชุม Bidding ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

3.3.1 การจัดงานที่กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรีย การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย (ททท.) เป็นผู้ช่วยให้เกือบทั้งหมด แต่อย่างไรก็ตาม ทางททท.ก็มีเงินจำกัด ดังนั้นการการจัดเลี้ยงของวันที่ 7 กันยายน 2541 ที่โรงแรมอินเตอร์คอนติเนนตัล กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรีย ซึ่งจัดเป็นแบบ sit down dinner สามารถรับผู้เข้าร่วมรับประทานอาหารได้ 200 ที่นั่ง ที่เหลือทาง BITEC จะช่วย 50 ที่นั่ง และบริษัทที่ช่วยเหลือคือบริษัทแอสต้า (ไทย) จำกัด, บริษัททาเลตา (ประเทศไทย) จำกัด และ บริษัทแกแล็คโซ แวลลัม (ประเทศไทย) จำกัด ยินดีที่จะสนับสนุนค่าอาหารให้กับแพทย์ซึ่งร่วมเดินทางไปกับคณะและสมัครใจจะไปช่วยงาน

3.3.2 ท่านเอกอัครราชทูตไทยประจำกรุงเวียนนา ขอเชิญผู้เดินทางไปร่วมประชุมครั้งนี้ทุกท่านร่วมรับประทานอาหารค่ำในวันที่ 6 กันยายน 2541 ณ สถานทูตไทยประจำกรุงเวียนนา แต่งกายตามสบาย

3.3.3 คาดว่าจะมีประเทศที่จะ ให้กับประเทศไทย ประมาณ 40 ประเทศ และจากทางสถานทูตที่ช่วยติดต่อประสานงานอีกประมาณ 10 ประเทศ จากจำนวนสมาชิกของ OMEG ทั้งหมด 88 ประเทศ

3.3.4 ในการแสดงของงาน Thai Orchid Night ซึ่งจะจัดให้ในวันที่ 7 กันยายน 2541 นั้น จะมีแสดงรำไทย, โขน และวิดิโอเกี่ยวกับประเทศไทย

3.3.5 ปัญหาเรื่องค่าตัวเครื่องบินคือได้ให้ทางบริษัททัวร์ส โมออกเงินค่าตัวเครื่องบินไปก่อน โดยให้ออกในนามของสมาคมฯ ซึ่งขณะนี้ยังไม่เงินที่จะไปจ่ายทัวร์ส โมประมาณ 1 ล้านบาท

ดังนั้นจึงจะขออนุมัติจากที่ประชุมเพื่อของบประมาณเพิ่มอีกจำนวน 1 ล้านบาท

**ที่ประชุมมีมติอนุมัติ**

3.4 นายแพทย์จรินทร์ร วัฒนวิรัช ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบเกี่ยวกับความคืบหน้าในการเตรียมจัดประชุม AGA ระหว่างวันที่ 12-16 ธันวาคม 2541 จังหวัดเชียงใหม่ ดังนี้

3.4.1 จะเชิญบริษัทที่สนใจจะเป็น Sponsorship มาร่วมปรึกษา

หรือ ในวันที่พุธที่ 23 กันยายน 2541 ณ โรงแรม โชนาทิวินทาวเวอร์, กรุงเทพฯ

3.4.2 คาดว่าสมาคมฯจะมีรายได้จากการจัดประชุม AGA ประมาณ 30 ล้านบาทหลังจากหักค่าใช้จ่ายต่างๆแล้ว แต่เนื่องจากขณะนี้ค่าใช้จ่ายจำเป็นที่จะต้องจ่ายอีก 2 แสนกว่าบาท ดังนั้นจึงจะขออนุมัติจากที่ประชุมเพื่อขอเบิกเงินสำรองจ่าย 1 ล้านบาท โดยจะทยอยเบิกเป็นงวดๆไป

ที่ประชุมมีมติอนุมัติ และได้เสนอให้ประธานแต่ละฝ่ายที่ต่อการจะ  
เบิกเงินควรจะต้องแจ้งให้หรือถูกสมาคมฯทราบล่วงหน้า จะได้เตรียมการตอบ  
เพื่อไม่ให้เสียดอกเบี้ย

3.5 แพทย์หญิงวิภา วงศ์พานิช เภรผู้ถูกสมาคมฯ ได้แจ้งให้ที่  
ประชุมทราบดังนี้

3.5.1 ขณะนี้สมาคมฯมีเงินต้นอยู่ประมาณ 20 ล้านบาท

3.5.2 จากการที่การบินไทยได้ขอขยืมเงินของสมาคมฯเพื่อออกค่าตัว  
เครื่องบินของนายภคสมาคมแพทย์ทางเดินอาหารอเมริกันฯไปก่อน จำนวน  
3 แสนกว่าบาท ซึ่งทางการการบินไทยจะจ่ายเงินคืนให้สมาคมฯภายใน 2 สัปดาห์  
แต่ขณะนี้ยังไม่ได้รับเงินจำนวนดังกล่าว จึงฝากให้นายแพทย์ภัทร เผ่าสวัสดิ์  
และนายแพทย์ประวิทย์ เติศิริระสฤษฎ์ ช่วยทวงให้ด้วย

3.6 นายแพทย์ภัทร เผ่าสวัสดิ์ ประธานฝ่ายวิจัย ได้แจ้งให้ที่ประชุม  
ทราบดังนี้

3.6.1 ได้ส่งจดหมายไปยัง Fellow GI เพื่อให้รับส่งงานวิจัยมาให้คณะ  
อนุกรรมการฝ่ายวิจัยพิจารณาภายในวันที่ 15 ตุลาคม 2541

3.6.2 สมาคมฯจะมีทุนสนับสนุนให้ Fellow GI ปี 2 ไปประชุมและ  
เสนอผลงานวิจัย AGA Digestive Disease Week ที่ Orlando, Florida, USA  
จำนวน 2 ทุนๆละ 100,000 บาท

3.6.3 จะมีรางวัลสำหรับ Fellow GI ที่เสนอผลงานวิจัยดีเด่นในการ  
ประชุมวิชาการประจำปี 2541 ที่จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 3 รางวัล

3.7 พันเอกนายแพทย์อนุชิต จุฑาะพุทธิ เลขาธิการสมาคมฯ ได้แจ้งให้  
ที่ประชุมทราบเกี่ยวกับร่างระเบียบการเก็บเงินค่าสนับสนุนกิจกรรมการของ  
สมาคมฯร่วมกับบริษัทฯ ซึ่งร่างดังกล่าวจะมีค่าความยืดหยุ่นพอสมควรเพื่อให้  
สอดคล้องกับสถานะการเงินในปัจจุบัน

ที่ประชุมได้พิจารณาว่าร่างระเบียบดังกล่าว โดยไม่มีการแก้ไข  
ได้แนะนำว่าไม่ควรส่งให้บริษัทฯทราบระเบียบนี้  
วาระที่ 4 เรืองอื่นๆ

4.1 นายแพทย์สวัสดิ์ หิคนันท์ นายกสมาคมฯ ได้แจ้งให้ที่ประชุม  
ทราบเกี่ยวกับการที่ขณะนี้นายแพทย์สิน อนุราษฎร์ ประธานฝ่ายวารสารฯ ได้  
ขาดการติดต่อไป ดังนั้นประธานฝ่ายวารสารจึงว่างลง จึงจะขอความคิดเห็น  
จากที่ประชุมจะให้การตั้งประธานฝ่ายวารสารขึ้นมาใหม่หรือยังคงไว้เช่น  
เดิม เพื่อจะได้ดำเนินการเรื่อง Journal of Gastroenterology ต่อไป

ที่ประชุมมีการอภิปรายกันอย่างกว้างขวางและมีมติเห็นชอบให้  
นายแพทย์หทัย ชัยพานิช ร่วมกับคณะอนุกรรมการฝ่ายวารสารฯ พิจารณาว่า  
จะดำเนินการต่อไปอย่างไร และแจ้งให้ที่ประชุมทราบในคราวต่อไป

4.2 พันโทนายแพทย์สุรพล สุรางค์ศรีรัฐ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบถึง  
ประธานชมรม Motility Club คือ นายแพทย์สิน อนุราษฎร์ ได้ขาดการติดต่อ  
ดังนั้นจึงขอความคิดเห็นจากที่ประชุมว่าทางสมาคมฯจะเป็นผู้ถือตำแหน่ง  
ประธานชมรม Motility Club หรือจะให้ทางชมรมเลือกกันเอง

ที่ประชุมจึงมีมติ ให้สมาชิกชมรม *Motility Club* เลือกประธานกันเอง  
เนื่องจากชมรม *Motility Club* ไม่รวมอยู่ในฝ่ายต่างๆของสมาคมฯ และแจ้งให้  
ที่ประชุมทราบต่อไป

4.3 นายแพทย์เต็มชัย ไชยบุวัตติ์ เสนอให้ออกใบ Certificate ของ  
แพทย์ที่ทำ GI Endoscopy เพื่อปรับปรุงมาตรฐานในการทำ GI Scope ให้ดีขึ้น  
ซึ่งได้เคยเสนอในที่ประชุมมาแล้วครั้งหนึ่ง

ที่ประชุมมีมติให้ประธาน *Endoscopy* คือนายแพทย์บุญชา  
โหวทพารพร ไปหาข้อมูลและแจ้งให้ที่ประชุมทราบต่อไป

4.4 พันเอกนายแพทย์อนุชิต อุทะพุทธิ เลขานุการสมาคมฯ ได้แจ้งให้  
ที่ประชุมทราบดังนี้

4.4.1 มีผู้สมัครสมาชิกใหม่ จำนวน 23 ท่านคือแพทย์หญิงธัญลักษณ์  
ปริมณ, นายแพทย์สุมน ตั้งสุนทรวิวัฒน์, แพทย์หญิงจวนิดา อินทรทหนองไผ่,  
นายแพทย์อดิศักดิ์ รัตนพล, นายแพทย์พีรชัย จรรย์เจริญวิทยา, แพทย์หญิงสุนีย์  
ธีรการวงศ์, นายแพทย์สรรพวีร์ ประสิทธิ์รัตน์, นายแพทย์นิเวศ เคนรัมย์  
เทพ, นายแพทย์วีรช ศรีกุลเสถียร, นายแพทย์อ่องอาจ วิธินธนสาร, นายแพทย์  
ตัณชัย พัฒภรณ์, นายแพทย์วรกุล ภัทรศิริกุล, นายแพทย์ทรงศักดิ์ เสรีโคม,  
นายแพทย์ภทกิติ์ กิจจาทิปป, นายแพทย์ชงจร สุนทรภักวิวัฒน์, นายแพทย์สันต์  
โกสียะกุล, นายแพทย์จักรพันธ์ โอแสงธรรมนนท์, นายแพทย์กอบชัย  
จิรชาญชัย, นายแพทย์รุ่งจาพงศ์ สุขบถ, นายแพทย์ปิยะ ปริศยานนท์,  
นายแพทย์เสก ปัญญสังข์, นายแพทย์สุเทพ วณิชผล และแพทย์หญิงสุรัสวดี  
ปีนธารชน

ที่ประชุมมีมติรับรองสมาชิกใหม่ทั้ง 23 ท่าน  
4.4.2 ประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯ ครั้งต่อไปวันศุกร์ที่  
25 กันยายน 2541 ณ โรงแรม โชนาวันทาวเวอร์, กรุงเทพฯ

ปิดประชุมเวลา 12.40 น.  
พ.อ.นพ.อนุชิต อุทะพุทธิ  
บันทึกการประชุม

## การไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ระดับจุลภาค

### ความแตกต่างทางสัณฐานวิทยา ระหว่างระบบหลอดเลือดพอร์ทัล

#### และหลอดเลือดแดง

วิชัย เอกทักษิณ

ภาควิชากายวิภาคศาสตร์สาขา๑

คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยแพทย

และทันตแพทยแห่งประเทศไทย

ในภาวะปกติต้องอาศัยการหล่อเลี้ยงด้วยเลือดจากสองแหล่งคือ เลือดพอร์ทัลและเลือดแดงตับ กระบวนการกล่าวยกยวกับ "การไหลเวียนโลหิตระดับจุลภาค" เรามักจะหมายถึงเป็นยวดยิ่งถึงเลือดในระบบ พอร์ทัล ละเลือกการคำนึงถึงเลือดในระบบหลอดเลือดแดงตับ ความขัดแย้งของ แนวคิดและศัพท์บัญญัติ เท่าที่ผ่านมาไม่ค่อยได้รับการสนใจแก้ไข เพราะเหตุ สองประการคือ นักวิทยาศาสตร์ส่วนใหญ่ข้ามต่อข้อเท็จจริงที่ว่า การค้นหา หลักฐานว่าเลือดแดงตับไหลเข้าสู่ไซนัสชอยด์โดยตรงนั้นยากหนึ่ง กับความที่ ยังมีข้อถกเถียงอีกมากอันไม่กระจ่างในเชิงกายวิภาคสรีรวิทยาของหลอด เลือดแดงตับ

**วิธีและวิธีการ** เพื่อบัญญัติความแตกต่างทางสัณฐานวิทยาของระบบ หลอดเลือดทั้งสอง ข้าพเจ้าได้ศึกษาพัฒนาการของตับสุกร (ตัวอ่อน แรกเกิด ตัวเล็ก และโต) ด้วยกล้องจุลทรรศน์แสงธรรมดา เปรียบเทียบกับตับของ หนู ขาว หนูดำ หนูหลังแบบ กระต่าย แพะ วัว น้า แมวน้ำ ปลาโตมา กระแต สุนัข

และคน ใช้การฉีดหลายแบบซึ่งรวดเร็ว ได้แก้หมักดำ วัณแดง และวัณน้ำเงิน เข้าทางหลอดเลือดพอร์ทัล หลอดเลือดแดง หรือท่อน้ำดีของตับสุกรและตับ หนูขาว แล้วเชื่อมชั้นเนื้อเยื่อเรียบสำหรับการศึกษาสร้างใหม่อนุกรม ใช้พลาสติก ผสมบัติน้ำสุกร๑๘ (ชุมชนบัติน้ำ และ สมณะ ๑๙๘๘) ฉีดเข้าทางหลอดเลือด พอร์ทัล หรือทางหัวใจห้องล่างซ้ายของ สุกร หรือหนูขาว หนูดำ หนูหลังแบบ เพื่อเตรียมแบบหล่อ โครงหลอดเลือดในการศึกษาด้วยกล้องจุลทรรศน์อิเล็กตรอนส่องกราด สำหรับการส่องศึกษาการไหลเวียนโลหิตขณะยังมีชีวิต ใช้สาร เรืองแสงฉีดผ่านหลอดเลือดดำเข้าสู่ในหนูขาว หนูดำ หนูหลังแบบ ตาม กระบวนการจุลทรรศน์วิทยาแห่งสก็ตวีน (McCuskey, 1986) ที่ใช้แสงส่อง ผ่าน (ความยาวคลื่น ๕๘๕-๖๕๐ นาโนเมตร) และแสงส่องทับ (ด้วยแสงแล้ว กรองแสงกระตุ้น ๕๙๐ นาโนเมตร และแก้วกรองแสงตุ้น ๕๓๐ นาโนเมตร) ปกติจะฉีดสังกะสีออกกะ ๐.๑-๐.๓ มิลลิกรัม โดยจะใช้สีน้ำตาลเค็ลล์แทนหมวย ด้วย fluorescein isothiocyanate (FITC-dextran น้ำหนักอณู ๕,๐๐๐ กับ ๔๐,๕๐๐) หรือใช้ sodium fluorescein (น้ำหนักอณู ๓๖๑) สีสดส่วน ๑:๑๐๐๐ ฉีดเพื่อก่อแสงเรืองในพื้นที่ที่โลหิตไหลผ่าน

**ผล** เมื่อพิจารณาจากผลฤทธิ์การฉีดสีฉีด พบว่าตับสุกรทั้งขวงสามารถยั้งให้ ติดสีเสมออันหมดได้ง่ายโดยการใช้การฉีดสีเข้าทางหลอดเลือดพอร์ทัล ในขณะที่ถ้า ฉีดเข้าทางหลอดเลือดแดงตับ จะติดสีสะปะสะปะไม่สม่ำเสมอ กระนั้นมันบาง คราวที่ทำการฉีดหลอดเลือดแดงก็ทำให้ติดสีเป็นพืดใหญ่ในพูหนึ่งขวงได้ อนึ่งในหนูขาวการฉีดหลอดเลือดแดงตับมักสามารถทำให้ติดสีเต็มทั่วไปได้ คล้ายๆ กับการฉีดทางหลอดเลือดพอร์ทัล วิเคราะห์เฉพาะจุดที่เกิดการติดสีไม่

ราบเรียบ พบว่าแขนงของหลอดเลือดแดงคืบเลี้ยวออกจากหอยมพอร์ทัล วิ่ง  
เคี้ยวขึ้นมาสู่ผิวตับและกระจายกิ่งก้านสาขา เชื่อมต่อกันเป็นข่ายหลอดเลือด  
วางตัวอยู่ในชั้นของเปลือกหุ้มตับ ข่ายหลอดเลือดนี้มีการถ่ายเทเป็นระยะๆ เข้า  
สู่ชั้นสซอซอติของเม็ดตับใต้ผิวตับ เส้นผ่าศูนย์กลางของหลอดเลือดฝอยอาจมี  
ขนาด ณ บางจุดวัดได้ ๒-๕ ไมโครเมตร ในขณะที่ชั้นสซอซอติซึ่งเป็นหลอด  
เลือดฝอยของเม็ดตับมีขนาด ๘-๑๐ ไมโครเมตร

จากการศึกษาแบบหล่อโครงหลอดเลือด โดยกล้องจุลทรรศน์อิเล็ก  
ตรอนส่องกราด พบว่าทั้งแขนงรองสุดท้ายและแขนงสุดท้ายของหลอดเลือด  
พอร์ทัล ล้วนสุดลงด้วยหลอดเลือดสอด inlet venules ที่สอดตัวเข้าเส้นเม็ดตับ  
เป็นระเบียบแบบเดียวกันหมด จนสามารถแบ่งเม็ดตับออกเป็นเสี้ยวๆ รูปกรวย  
ได้ไม่ยากนัก โดยที่แต่ละเสี้ยวจะมีหลอดเลือดฝอยคืบอยู่หนึ่งหลอด เสี้ยว  
ส่วนแบ่งซึ่งป็นกลุ่มของเส้นสซอซอติเหล่านี้ให้ชื่อว่า Hepatic  
microcirculatory subunits (HMS) สำหรับหลอดเลือดแดงพบว่ามิได้บรรจุบลง  
ที่เส้นสซอซอติของเม็ดตับ แต่กระจายเป็นหลอดเลือดฝอยหลายโค้ง โครงสร้าง  
สามประเภทคือ แผลงหลอดเลือดที่ห่อรอบท่อน้ำดี แผลงหลอดเลือดที่แผ่ถน  
หอยมพอร์ทัล และแผลงหลอดเลือดที่ถึงผนังหลอดเลือดพอร์ทัล ท่างกลาง  
แผลงหลอดเลือดเหล่านี้บ่อยครั้งพบมีหลอดเลือดฝอยขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง ๒-  
๓ ไมโครเมตร แผลงหลอดเลือดทั้งสามมีการคืบค่อซึ่งกันและกันได้ และจะ  
ระบายผ่านระบบถ่ายเทที่เรียกว่า Hepatic artery-derived portal system  
(HADPS) ระบบนี้สามารถมีการเชื่อมต่อกับหลอดเลือดของระบบพอร์ทัลที่  
ระดับต่าง ๆ ได้ตั้งแต่กิ่งใหญ่ลงไปถึงหลอดเลือดสอด สัตว์ต่างชนิดมีความ

แตกต่างกัน อย่างเช่น ในหนูถึงแบบพบว่าการเชื่อมต่อนี้ปรากฏมากที่สุดที่  
หลอดเลือดสอด

ยังมีอีกส่วนหนึ่งของหลอดเลือดแดงคืบที่ไม่ใช่ส่วนคืบ ทว่าสำคัญ  
เพราะพบได้เสมอคือ หลอดเลือดแดงเดี่ยว isolated artery ที่แยกตัวออกจาก  
หอยมพอร์ทัล วิ่งคดๆ ตรงเข้าหาหลอดเลือดค้ำได้มีคืบ และหลอดเลือดค้ำ  
คืบ เพื่อหล่อเลี้ยงผนังหลอดเลือดค้ำนั้นๆ ปรากฏการณ์นี้สังเกตพบแล้วในตับ  
ของสุกร สุนัข วัว แพะ แมวน้ำ และคน ในหลอดเลือดค้ำคืบ-ได้มีคืบของ  
สุกร พบว่าหลอดเลือดแดงเดี่ยวจะสร้างแผลงหลอดเลือดที่กระจายตัวอยู่ใน  
ระยะห่างกว้างก้ำมเนื้อเรียบวงในและยาวนอกก้ำมหนึ่งชั้นกลางของหลอด  
เลือด และไหลเข้าหาหลอดเลือดบาย vasa outlet ผ่านผนังในก้ำมภายหลังหลอดเลือด  
เลือดค้ำโดยตรง

ศึกษาทางกรรกรวิทยาพบว่า ก้อนคืบเริ่มพัฒนาคืบโคได้โดยไม่มี  
หลอดเลือดแดง ในระยะแรก ๆ ของตัวอ่อนสุกรขนาดความยาวกระดูกหอยมถึง  
ก้ำม ๘.๕ เซนติเมตร อยุ่ระดับมีหลอดเลือดพอร์ทัลขนาดใหญ่และท่อน้ำดีที่  
ก้ำมถึงก้อตัวกลางหลาย แต่ไม่ปรากฏมีหลอดเลือดแดงที่ขั้วคืบ ในระยะต่อมา  
ขนาด ๑๑.๔ เซนติเมตร หลอดเลือดแดงคืบพัฒนามาสู่ขั้วคืบและแพร่ไปยัง  
หอยมพอร์ทัลที่อยู่ลึกเข้าไปอีก โดยจะแทรกตัววนมาบซึกกับท่อน้ำดี หลอด  
เลือดแดงเดี่ยวถูกสังเกตพบในคืบของตัวอ่อนกรรกรและตัวแรกเกิด ๒ วัน  
ที่ชั้นใต้ผิวตับและทับบริเวณใกล้หลอดเลือดค้ำคืบ ในสุกรตัวโต หลอดเลือด  
แดงเดี่ยวปรากฏพบค้ำมที่สุด ณ บริเวณขั้วคืบ countermilk ซึ่งเป็นอาณา  
รอบช่องเปิดที่หลอดเลือดค้ำค้ำมถ่ายเข้าสู่หลอดเลือดค้ำใหญ่ ณ ที่นั้นพบว่ามี



ตับจึงมีอาจถือว่าเป็นหลอดเลือดที่ยุติ end artery ภายในหอย่อมพอร์ทัล หลอดเลือดแดงทำหน้าที่หล่อเลี้ยงท่อน้ำดี กระพี้ในหอย่อม และผนังหลอดเลือดพอร์ทัล หลอดเลือดแดงยังมีการแยกตัวของออกจากหอย่อมเพื่อนำน้ำไปหล่อเลี้ยงจุดหมายที่ไกลออกไป อันคือ เป็ลือกหุ้มตับ และผนังหลอดเลือดตับ ส่วนใหญ่ของระบบระบายแห่งหลอดเลือดแดงถูกนำส่งเข้าเม็ดตับโดยทันที หรือโดยไปหลรวมไปกับกระแสพอร์ทัลโดยผ่านเข้าทางช่องเชื่อมคือ ซึ่งอาจถือเป็นจุดผสมของหลอดเลือดแดงกับหลอดเลือดพอร์ทัล arterio-portal anastomosis แต่ระบบระบายส่วนที่มาจากการเลี้ยงผนังหลอดเลือดดำตับ-ได้เม็ดตับ สามารถเกิดขึ้นทางโดยไม่ต้องผ่านเข้าสู่เม็ดตับ ซึ่งอาจถือเป็นจุดผสมของหลอดเลือดแดงกับเลือดดำ arterio-venous shunt หากมองเชิงสัจฐานกิจวิทยา ย่อมเป็นที่กระจ่างว่าระบบโครงสร้างหลอดเลือดอันมีอยู่แล้วในตับ เอื้อให้หลอดเลือดแดงสามารถถูกรไหลเวียนโลหิตเข้าสู่ระบบพอร์ทัลได้ทันทีทาง HADPS ในกรณีที่เกิดภาวะพอร์ทัลล้มเหลว ทว่าในเชิงกลไกกัน เช่น กรณีผู้ตายหลอดเลือดแดงตับ ไม่อาจรับรองได้เลยว่าเลือดจากระบบพอร์ทัลจะเข้าไปถูกรไหลเวียนให้แก่หลอดเลือดแดงได้ เนื่องจากระบบหลอดเลือดแดงมีแรงหลอดเลือดที่สูง ความต้านทาน และมีเป้าที่ตึงตัวสูงเกินไปไกล การชดเชยด้วยเลือดที่ส่งผ่านจากระบบพอร์ทัลที่มีความดันต่ำ ย่อมยากจะยิ่งให้บริบูรณ์ เว้นแต่จะมีการช่วยเสริมระบบหลอดเลือดแดงที่ออกใหม่เข้ามาจากแหล่งอื่นๆ นอกจากนี้ (สนับสนุนบางส่วนโดยทุนวิจัยกระทรวงศึกษาธิการในปี ๐๕๖๗๐๐๐๔ และทุนวิจัยมูลนิธิวิวะลี)

**คำเทียบศัพท์กายวิภาคศาสตร์ของตับ**

|                          |                            |
|--------------------------|----------------------------|
| central vein             | หลอดเลือด(ดำ)กลางเม็ด(ตับ) |
| counterrhillum           | คู่ขั้วตับ                 |
| end artery               | หลอดเลือด(แดง)ท้ายสุด      |
| hepatic lobule           | เม็ดตับ                    |
| hepatic vein             | หลอดเลือดดำตับ             |
| inlet venules            | หลอดเลือดฝอย               |
| isolated artery          | หลอดเลือดแดงเดี่ยว         |
| midseptum                | กึ่งค้ำาน                  |
| parenchyma               | แก่น                       |
| porta hepatis หรือ hilum | ขั้วตับ                    |
| portal tract             | หอย่อมพอร์ทัล              |
| sinusoid                 | ไซนัสซอยด์                 |
| stroma หรือ interstitium | กระพี้                     |
| sublobular vein          | หลอดเลือดดำใต้เม็ดตับ      |

## การไหลเวียนโลหิตพอระดับจุลภาค กับปฏิกิริยาต่ออาการอักเสบ ผลเย็บพลาสมาต่อตับ จากเอธานอล

### ในหนูที่ทดลองให้เกิดภาวะเอนโดทอกซีเมีย

วิชัย เอกภักมิม<sup>๑</sup> ยูโร นิชิตะ<sup>๒</sup> โรเบิร์ต เอส แมคคัสตี<sup>๒</sup>

<sup>๑</sup> ภาควิชาภาววิทยาศาสตร์สาขา๑

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยแพทย์

และทันตแพทย์แห่งไทเทียว ไทเกียว ญี่ปุ่น

<sup>๒</sup> ภาควิชาชีววิทยาชอแลและกายวิภาคศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเอริโซนา ซูซาน เอริโซนา สหรัฐอเมริกา

เอนโดทอกซีเมีย คือภาวะที่มีมากซึ่งเอนโดทอกซินในเลือดโดย

วินิจฉัยได้จากภาวะระดับไลโปลิแซคคาไรต์ (แอลพีเอส) อันเป็นสาร

อนุพันธ์จากแบคทีเรียแกรมลบ แม้ทางเวชปฏิบัติยังไม่มีการวัดค่าแอลพีเอส

โดยตรง เราสามารถรู้ภาวะเอนโดทอกซีเมียได้จากการดูปฏิกิริยาของการ

อักเสบชั้นที่หนึ่งในการติดเชื้อแบคทีเรียหรือในภาวะโลหิตเป็นพิษ ในสภาพ

ปกติ ตับมีสรีรวิทยาที่ถูกกระตุ้นอยู่ตลอดเวลาโดยเอนโดทอกซินจากเชื้อ

จุลินทรีย์ต่าง ๆ ในถ้าได้ที่ปลดเข้าสู่กระแสพอร์ทัล หลังจากการไหลผ่านตับ

รอบเดียว เอนโดทอกซินจะถูกขจัดไปแทบสิ้นโดยเซลล์เขมือบจุลพอที่เรียง

รายอยู่ในชั้นสซอซคัลงเหลือป่นอยู่ในกระแสโลหิตเพียงน้อยนิด (๑๐-๒๕

พิโคกรัม/มิลลิลิตร) จากการสังเกตพบว่าในผู้ป่วยบาดเจ็บฉุกเฉินที่มีการติดเชื้อ

เนื้อพแทรกซ้อน ภาวะโลหิตเป็นพิษนั้นบ่งชี้ถึงการตายของผู้ป่วยอย่างยิ่งถ้าเกิด

มีการตีบตันมาก่อน การบริโภคเอธานอลอย่างเรื้อรังเป็นสาเหตุให้กลไก

การป้องกันภายในร่างกายผันผวนซึ่งส่งผลให้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและ

ต่ออันตรายจากสารพิษต่าง ๆ (Lui, 1979; Nolan and Camara, 1982; Adams

and Jordan, 1984; MacGregor, 1986; Nolan, 1989) เพื่อเข้าใจกลไกพื้นฐาน

คณะผู้วิจัยได้ศึกษาผลเย็บพลาสมาของเอธานอลในหนูที่เอนโดทอกซีเมีย โดย

ดูปรากฏการณ์ทางหลอดเลือดฝอยในตับด้วยกำลังขยายสูงของจุลทรรศน์

วิธานแห่งตัวเป็น และประเมินผลาษาปฏิบัติจากอัตราการตาย

ใช้หนูตัว C B/W<sup>6</sup> ตัวผู้หนัก ๒๕-๓๐ กรัมในการทดลองสองประเภท

๔๘ ตัวเพื่อสังเกตอัตราการตาย อีก ๔๘ ตัวเพื่อวัดเอนโดทอกซินและศึกษา

จุลทรรศน์ทั้งเป็น ๆ แต่ละประเภทแยกเป็นสามกลุ่ม กลุ่ม ๑ กรอกเอธานอล

๓๓% ในปริมาณ ๑ กรัม/นน.ตัว ๑ กก. ซึ่งจะทำให้ระดับเอธานอลในเลือด

ขึ้นเป็น ๐.๑% ภายใน ๓๐ นาที (Eguchi et al., 1991) กลุ่ม ๒ ให้น้ำตาล

มอลโทสดีกซ์ทรินในปริมาณแคลอรีเท่ากัน กลุ่ม ๓ ใช้เป็นตัวควบคุมเทียบ ใช้

วิธีผูกเงาไส้ติ่ง (Wichemman et al., 1980) เพื่อสร้างภาวะโลหิตเป็นพิษ ๓๐

นาทีหลังจากกรอกน้ำนมหรือน้ำหวาน ในกลุ่มเปรียบเทียบกับวิธีการผ่าตัด

หลอก ผลสังเกตพบว่า ณ ชั่วโมงที่ ๓ หนูกลุ่ม ๑ เริ่มเคลื่อนไหวน้อยลงและมี

อาการซึมซัดขึ้นในเวลาต่อมา จุดเวลาที่พบหนูตายถึงครึ่งหนึ่งของกลุ่ม (แอลดี

๕๐) คือ ๑๕ ชั่วโมงในกลุ่ม ๑ และ ๓๐ ชั่วโมงในกลุ่ม ๒ ส่วนในกลุ่ม ๓ ตัวที่ทุก

ตัวยังมีชีวิตรอดตลอดการทดลอง ระดับเอนโดทอกซินในน้ำเลือดวัดโดยวิธี

kinetic LAL ( Urbaschek et al., 1985) ณ ชั่วโมงที่ ๖ และ ๑๒ ได้ค่าสูงอย่างมี

นัยสำคัญถึง ๑๐๗ พก/มล และ ๑๒๐๕ พก/มล ตามลำดับในกลุ่ม ๑ เมื่อเปรียบ



กับค่าที่สูงขึ้นเล็กน้อย ๒๒ พท/มล และ ๑๐๔ พท/มลในกลุ่ม ๒ ( $p < 0.05$ ) กรู้น  
ข้าวโม่งที่ ๑๘ ทั้งสองกลุ่มต่างขึ้นสูงเกินกว่าที่คิดที่จะวัดได้ ระดับอนุโคทอก  
ซินในกลุ่ม ๑ ยังคงอยู่ในช่วงปกติ

การศึกษาจุลทรรศน์วิทยาพบแหล่งสัตว์เป็น ณ ข้าวโม่งที่ ๓ พบว่าในกลุ่ม ๑  
และ ๒ กุพเฟอร์เซลล์มีการหมอบถูกปิดเรียงแถว (เมื่อพลาสติกขนาดอนุภาค  
๑.๔ ไมโครเมตร ความเข้มข้น ๑๐/๐.๑ มล) ซึ่งใช้เป็นการช่วยการสังเกตที่  
ได้ชัดเข้าไปทางหลอดเลือดดำใต้ โดยเฉพาะกุพเฟอร์เซลล์รอบหมอบของพอร์  
ทิลมีการหมอบสิ่งแปลกปลอมอย่างลึบคลั่งและขยายตัวจนแทบมิดทางไซแนส  
ซอยด์ เมื่อเลือดขาวจำนวนมากเกาะติดและกลิ้งไปตามผิวเซลล์ในไซแนสซอยด์  
และหลอดเลือดดำกลางเม็ดตับ เม็ดเลือดขาวบางตัวเกาะอุตุคั้นช่องไซแนส  
ซอยด์ ยังให้กระแสเลือดตัวลงจนถึงกับหยุดนิ่ง เกิดเลือดพาทันมาเกาะกรัง  
บนตัวกุพเฟอร์เซลล์ซึ่งถึงความเร็วของกระแสเพิ่มขึ้นอีก ภายในเซลล์ตับ  
ปรากฏมีโปรตีนชั้นพรุณดาชนิดหนืดหนืดที่ประชิดไซแนสซอยด์ ในหนูกลุ่ม ๑  
ซึ่งได้กรอกเอธานอลนั้น พบมีการรวบรวมมากขึ้นอย่างๆ กันในนิวเคลียส  
ของเซลล์บุหลอดเลือดอันเป็นผลให้เบียดทางไซแนสซอยด์ให้แคบลงอีก ด้วย  
การวัดค่าปริมาณสีฐานวิทยาพบว่า ความเข้มข้นของกุพเฟอร์เซลล์เพิ่มขึ้น  
๑๓๑% การติดกับของเม็ดเลือดขาวเพิ่มขึ้น ๒๑๐% และดัชนีกระแสไหลใน  
ไซแนสซอยด์ลดลง ๓๒% เมื่อเปรียบเทียบกับหนูกลุ่ม ๒

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ภาวะอนุโคทอกซินมีผลร่วมพัวพันร่วม  
กับความปั่นป่วนในการไหลเวียนโลหิตพอร์ทัลระดับจุลภาค กิจกรรมการ  
หมอบของกุพเฟอร์เซลล์ถูกระตุ้นในเบื้องต้น เกิดการออสมของเม็ดเลือด

ขาวและเกิดเลือดที่หนาเกาะหนืดในเบื้องต้นมา ยังผลให้การไหลผ่านไซแนส  
ซอยด์ของเลือดพอร์ทัลเป็นไปอย่างฝืดขัด การกำจัดอนุโคทอกซินโดยตับจึง  
ถูกจำกัด ดังที่ปรากฏหลักฐานว่าระดับอนุโคทอกซินวัดได้สูงในข้าวโม่งหลังๆ  
และยังเกิดภาวะพร่องออกซิเจนคั่งที่ ปรากฏหลักฐานว่าไซโตพลาซึมใน  
เซลล์ตับมีโปรพรุณ เอธานอลเมื่อน้อยก็สามารถเพิ่มความรุนแรงแห่งการเสีย  
ดุลย์หน้าที่ในระบบไหลเวียนจุลภาค ที่สุดจะเพิ่มการบั่นทอนแก่ภาวะอนุโค  
ทอกซินบีบให้สูงถึงความถึงขนาด (สนับสนุนโดยทุนวิจัยจาก ADAMHA AA-  
๐๘๐๓๘ โรเบิร์ต เอส แมคคัลลิก และทุนวิจัยจากกระทรวงศึกษาธิการญี่ปุ่น  
๐๘๖๗๐๐๔ วิชัย เอกทักษิณ)

Interhospital GI Conference

นพ. นงคธ หงษ์ศิริวัชร

แผนกโรคระบบทางเดินอาหารและโรคตับ รพ.พระมงกุฎเกล้า

ผู้ป่วยชายไทยโสด อายุ 25 ปี อาชีพ ทหาร จ.ลพบุรี

CC : ถ่ายอุจจาระเหลว 3 สัปดาห์ PTA

PI : 3 สัปดาห์ ถ่ายอุจจาระเป็นน้ำ 4-5 ครั้ง/วัน บางครั้งถ่ายเป็นมูก ไม่มีเลือดปน ปวดท้องเป็นพักๆคลื่นไส้เป็นบางครั้ง, 10 วันหลังมีอาการไปพบแพทย์ ได้ยามาทาน อาการดีขึ้น 2 วัน แล้วมีถ่ายเหลวเป็นน้ำอีก จึงไปตรวจที่รพ. แพทย์วินิจฉัยเป็นลำไส้อักเสบ ได้ยา Norfloxacin(400) 1x2 pc

3 วัน อาการไม่ดีขึ้น เปลี่ยนยาเป็น Ciprofloxacin(250) 1x2 pc 3 วัน สุดท้ายได้ยา Metronidazole (400) 2x3 pc ร่วมกับ Co-trimoxazole(480) 2x2 pc อาการไม่ดีขึ้น นน.ลด 4 กก.ตั้งแต่ถ่ายเหลว ทาง รพ.จึงส่งตัวผู้ป่วยมาปรึกษาที่กทพ.

PH : แข็งแรงดีมาตลอด

ปฏิเสธ DM, HT, TB ในครอบครัว

ไม่มีประวัติ IVDU

2 เดือนก่อนกลับจากต่างประเทศ(ศึกษาที่ประเทศสหรัฐอเมริกา 4ปี) สังเกตดูว่าท้องเสียบ่อย

P.E. BP 130/70 mm.Hg P 88 /min. R 16/min. T 36.7 c

48 จดสารสมคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย, ตุลาคม, 2541

GA : Thin man, good conscious, afebrile, not pale, no jaundice, fair skin turgor

HEENT : no OC, thyroid gland - not enlarged

L.N. : Rt. cervical node 0.5 cm. x 1 cm.

HEART : normal S1,S2 no murmur

LUNG : clear

Abdomen : soft, mild tender at LUQ, no guarding, rebound- Neg.

liver-not palpable (span 11cm.) spleen- Neg. BS +ve

PR. : normal sphinctor tone, no rectal shelf

LAB : CBC : Hct 44% WBC 8300 N 59 L 32 Eo 4 Mo 5

Plt. 312000

UA : Spgr 1018, protein Neg., sugar Neg., no rbc, no wbc

Stool exam.: no wbc, no rbc, no parasite

BUN 5.1, Cr. 116, Na 141, K 4.02, Cl 107, HCO3 21

LFT : AP 69 TP 70 Alb 41 TB 8 DB 4 SGOT 24 SGPT 34

Anti-HIV : Neg.

49 จดสารสมคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย, ตุลาคม, 2541

## Factitious Diarrhea

พ. นงค หงษ์ศิริวิชร

แผนกทางเดินอาหาร, รพ. พระมงกุฎเกล้า

Factitious diarrhea เป็นภาวะที่พบได้ 4% ในผู้ป่วย chronic diarrhea ที่มารักษาในคลินิก โรคทางเดินอาหาร<sup>1</sup> เป็นสาเหตุที่พบได้บ่อยถึงหนึ่งในสามของ diarrhea of undetermine origin<sup>2</sup> และมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นถึง 15% ในผู้ป่วย diarrhea ที่ได้รับการตั้งตัวมายัง secondary or tertiary centers<sup>3</sup> มีการศึกษาไม่น้อยที่พบว่า 25% ของ secretory diarrhea มีสาเหตุจากกรกินยาในกลุ่ม laxatives or diuretics<sup>4,6</sup>

factitious diarrhea มี synonym อันที่ชั้กันอยู่ ได้แก่ Self-induced diarrhea, Pseudo-Crohn's disease<sup>7</sup>, Munchausen syndrome<sup>8</sup>, Polle's syndrome, Laxative related diarrhea<sup>9</sup>

### ความเป็นมา

Factitious diarrhea เดิมเป็น subset ในกลุ่ม Munchausen's syndrome by proxy<sup>10-14</sup> ซึ่งเป็น chronic form ของ factitious disorder พบรายงานครั้งแรกในปี ค.ศ.1977 โดย Prof. R. Meadow<sup>15</sup> โดยกลุ่มอาการนี้จัดเป็น child abuse ที่เกิดขึ้นโดยมีผู้ปกครอง (มักเป็นมารดา) เป็นต้นเหตุ ที่ต้องการให้เด็ก (มักเป็นวัย preschool age) มี serious medical disorder และได้รับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยๆ<sup>16</sup> factitious symptoms ที่เกิดขึ้น พบได้ทุกระบบ ได้แก่ convulsion, fever, bleeding(จาก coumadin), vomiting, hypotonia (จาก

ipecac), diarrhea (จาก laxatives), skin eruption เด็กที่มีอาการมักได้รับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยๆ บางรายป่วยไม่ซ้ำโรงพยาบาลเดิม และในระหว่างที่เด็กได้รับการรักษาในแต่ละโรงพยาบาล แม้เด็กจะแสดงอาการเป็นช่วงเป็นโยนมาก และแสดงความร่วมมือกับทีมแพทย์ ทำให้เด็กได้รับการตรวจบ่อยจากแพทย์หลายคน รวมทั้งได้รับการทำ invasive investigation ซ้ำๆ โดยส่วนใหญ่เด็กจะได้รับ physiologic และ psychic trauma นำไปสู่ personality disorder เด็กบางคนได้รับอันตรายถึงแก่ชีวิต และอาจพบ factitious symptoms ในเด็กคนอื่น ๆ ที่อยู่ในการครอบครัวเดียวกันได้น้อยรายที่จะตอบสนองต่อ psychotherapy

สำหรับ diarrhea ใน child abuse<sup>17</sup> ที่เกิดจากมารดาใช้ urine specimen contamination หรือ laxative-induced บางครั้งใช้คำว่า Polle's syndrome (Polle เป็นบุตรชายของ Baron von Munchausen ที่ถึงแก่กรรมตั้งแต่วัยเด็ก ซึ่งในขณะนั้นไม่ทราบสาเหตุการเสียชีวิตโดยแน่ชัด)

ในระยะหลัง พบว่ามีรายงาน adult onset Munchausen syndrome มากขึ้น<sup>18</sup> ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยหญิง มาด้วยปัญหา refractory diarrhea ซึ่งเกิดจาก surreptitious laxative abuse หรือ urine specimen contamination บางรายใช้ bisacodyl ในปริมาณมากจนเกิด hypokalemia และ torsades de pointes

เนื่องจาก adult onset มากขึ้น จึงมีการจัดแยก factitious diarrhea ขึ้นใหม่ โดย Schiller ดังนี้

## Classification

Schiller<sup>19</sup> ได้แบ่งกลุ่ม factitious diarrhea ออกเป็น 5 categories คือ

1. Anorexia nervosa and bulimia nervosa
2. Hysterical patients
3. Patients driven by emotional problems
4. Munchausen syndrome
5. Polle's syndrome

## ลักษณะอาการทางคลินิก<sup>19</sup>

กว่าร้อยละ 90 ของผู้ป่วยเป็นเพศหญิง ประมาณ 2 ใน 3 ของผู้ป่วยทำงานด้านการสาธารณสุข และมีความประสงค์ที่จะรับการตรวจรักษาในโรงพยาบาล การวินิจฉัยโรคต้องใช้เวลานาน เนื่องจากผู้ป่วยทุกรายไม่ให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์ ซึ่งช่วยในการวินิจฉัย และ factitious diarrhea มักตรวจพบภาวะ metabolic disturbance ทำให้แพทย์ต้องนึกถึง organic diarrhea ซึ่งต้องใช้เวลาในการสืบค้นเพื่อหาสาเหตุ สิ่งที่จะช่วยให้แพทย์นึกถึง factitious diarrhea คือการตรวจพบภาวะผิดปกติทางจิตเวชร่วมกับ macroscopic melanosis coli จากการตรวจ sigmoidoscopy เท่านั้น

Fine<sup>20</sup> ได้ทำการศึกษา clinical manifestations และจิต clinical syndromes ของ factitious diarrhea ไว้เป็น 2 กลุ่ม คือ

1. ผู้ป่วยหญิงอายุน้อยกว่า 30ปี และเป็น anorexia nervosa or bulimia nervosa
2. ผู้ป่วยหญิงวัยกลางคนถึงวัยสูงอายุที่ต้องการ การดูแลจากบุคลากร

ทางการแพทย์ และการรักษาในโรงพยาบาล

## อาการและการแสดง<sup>21</sup>

อาการและการแสดงของผู้ป่วย factitious diarrhea เป็นผลมาจากการได้รับยาในกลุ่ม laxatives หรือ diuretics เป็นเวลานาน จึงอาจตรวจพบอาการดังนี้

1. Severe chronic watery diarrhea พบว่าผู้ป่วย factitious diarrhea สามารถถ่ายอุจจาระได้ 10 ถึง 20 ครั้งต่อวัน เคยมีการบันทึกปริมาณอุจจาระในแต่ละวัน (Stool volumes) ได้ถึง 300-3000 cc. ผู้ป่วยบางรายให้ประวัติว่ามี Nocturnal diarrhea ทำให้แพทย์ต้องนึกถึงและสืบค้นหาสาเหตุของ organic diarrhea ก่อนเสมอ
  2. Abdominal pain
  3. Weight loss
  4. Nausea and vomiting
  5. Hypokalemia with or without neuropathy (serum potassium range 2.1-2.9 mmol/L)<sup>19</sup>
  6. Severe protein-losing enteropathy
- สำหรับยาที่พบบ่อยๆ ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ได้แก่
1. Diphenolic laxatives
  2. Anthraquinones : ขามะขามแขก (senna), เมล็ดอกไม้ (cascara), ต้นหางกระเซ้ง (aloe), ผัก thubarb, frangula and danthron
  3. Osmotic laxatives : Phospho-soda, Magnesium citrate<sup>17</sup>

4. Bisacodyl<sup>23</sup>

5. Oral diuretics

### การวินิจฉัยแยกโรค

Factitious diarrhea เป็นหนึ่งใน common causes ของ chronic diarrhea แต่เนื่องจากมักไม่ได้รับประวัติหรือยา (laxatives or diuretics) ตั้งแต่แรก ทำให้การวินิจฉัยต้องใช้เวลานานขึ้น จึงมักถูกจัดไว้ในกลุ่ม diarrhea of undetermined origin ซึ่ง Read<sup>21</sup> ได้วิเคราะห์ผู้ป่วยกลุ่มนี้เพื่อหาสาเหตุ จำนวน 27 ราย โดยพบสาเหตุดังนี้

1. Laxative abuse หรือ diuretics related diarrhea จำนวน 9 ราย (3%)
2. Inflammatory bowel disease จำนวน 6 ราย ( 2 รายเป็น ulcerative colitis ที่เหลือเป็น microscopic colitis )
3. Irritable bowel syndrome จำนวน 6 ราย
4. Anal sphincter dysfunction จำนวน 2 ราย
5. Bacterial overgrowth จำนวน 2 ราย
6. Idiopathic ( functional ) diarrhea, self-limited จำนวน 2 ราย

### Natural course<sup>19</sup>

ตลอดการรักษา ผู้ป่วยจะปฏิเสธและมักจะเลี่ยงการให้ข้อมูลกับแพทย์ และพยาบาล ในเรื่องของ drugs ingestion Nische ได้สังเกตผู้ป่วย factitious diarrhea 7 ราย พบว่า ผู้ป่วยแต่ละรายจะไปพบแพทย์หลายคนในโรงพยาบาลแต่ละแห่ง ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล 5 ครั้งต่อรายโดยเฉลี่ย เนื่องจากแต่ละโรงพยาบาลต่างก็พยายาม investigate เพื่อหาสาเหตุของผู้

diarrhea ผู้ป่วยบางรายถึงกับได้รับ parenteral feeding ท้ายสุดผู้ป่วยทั้ง 7 ราย ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น factitious diarrhea โดย 4 รายแรกตรวจพบ laxatives

ในปัสสาวะ อีก 2 รายตรวจค้นพบยาละลายในท้องพักผู้ป่วย สำหรับรายสุดท้ายพบ melanosis coli จากการตรวจ sigmoidoscopy มีบางรายตรวจพบภาวะ Secondary hyperaldosteronism หรือ pseudo-Bartter's syndrome ซึ่งภาวะเหล่านี้พบว่าสามารถกลับเป็นปกติได้เองในเวลา 1-2 เดือน หลังจากหยุด laxatives<sup>24</sup> และมีน้อยรายที่ตรวจพบ Ammonium urate renal calculi

### Approachment<sup>2</sup>

- แนะนำให้ Admit ผู้ป่วยทุกรายที่มาด้วยเรื่อง diarrhea of undetermined origin เนื่องจาก out patient setting ไม่สามารถทำ stool collection และการทดสอบอื่นๆ ได้โดยละเอียด

### Inpatient evaluation นิยมใช้ stepwise evaluation ตามตาราง

#### Stepwise Evaluation of Hospitalized Patients with Diarrhea of Undetermined Origin

##### Day 1

- Confirmation and review of results of outpatient evaluation
  - Measurement of stool weight or volume on normal diet
  - Urine laxative screening by thin-layer chromatography
  - Stool alkalinization assay
  - Measure stool sodium, potassium, sulfate, phosphate, osmolality & calculate stool osmotic gap
- Day 2-4
- 72-hr fast with intravenous hydration ( If diarrhea stops completely in 24 hr, there is no need to continue fast. Secretory diarrhea often decreases greatly with fasting, but continues with > 200 gm of stool per 24 hr. )
  - Monitoring of daily stool weights

Day 5-8

- Imposition of diet containing 75-100 g of fat per 24 hr.
- Monitoring of 24-hr mean stool weight and fat content on days 6, 7 and 8

ในผู้ป่วยที่สงสัย factitious diarrhea พิจารณา1 investigate ตามตารางข้างล่างนี้

Laboratory Evaluation for Factitious Diarrhea <sup>25</sup>

1. Barium enema : to test for cathartic colon (abaustral right colon)
2. Sigmoidoscopy : for gross presence of melanosis coli
3. Alkalinization assay of stool :
  - phenolphthalein, anthraquinones, rhubarb turn red
  - bisacodyl turns purple-blue
4. Spectrophotometry or thin-layer chromatography of urine or stool water: for detect anthraquinones bisacodyl, phenolphthalein
5. Measurement of stool osmolality : useful if < 250 mOsm per kilogram <sup>26</sup>  
Found normal stool osmolality by sigmoidoscopic collection
6. Measurement of stool sodium and potassium : calculation of fecal osmotic gap = 290 - 2 x ( stool sodium + potassium concentration )
7. Stool osmotic gap : if > 50 mOsm per kilogram then measure stool magnesium (normally < 45 mmol per liter or < 30 meq per day )
8. Measurement of stool sulfate and phosphate

ผลการตรวจทางพยาธิวิทยาจาก colon biopsy ของผู้ป่วย laxative abuse โดยใช้ bisacodyl พบลักษณะ champagne glass-like ectasia of the deep curved crypts ร่วมกับมีการเพิ่มขึ้นของ goblet cell content and mucus production in the presence of an intact surface-epithelium <sup>8</sup>

การรักษาน

ส่วนใหญ่นักปฏิบัติเวชและไม่ได้ความร่วมมือกับการรักษาโดยจิตแพทย์ แพทย์ทางอายุรกรรมมักจะ monitor complications ที่เกิดขึ้น บางรายที่มี depression อาจตอบสนองต่อ antidepressants ในกลุ่ม Fluoxetine, MAOI

References:

1. Duncan A. Diagnosis of the abuse of magnesium and stimulant laxatives. Ann Clin Biochem 1991; 28: 568-73
2. Read N.W. Chronic diarrhea of unknown origin. Gastroenterology 1980; 78: 264
3. Byrzer P. Prevalence of surreptitious laxative abuse in patients with diarrhea of uncertain origin. Gut 1989; 30:1379
4. Ewe K. Factitious diarrhea. Clin Gastroenterol 1986; 15: 723
5. Krejs G.J. Intractable diarrhea. Am J Dig Dis 1977; 22: 280
6. Morris A.I. Surreptitious laxative abuse. Gastroenterology 1977; 17: 355
7. Klein-H. Pseudo-Crohn's disease with bloody diarrhea. Dig Dis Sci Jan 1995; 40(1): 226-8
8. Eisen-T. Diagnosis of factitious diarrhea (Munchausen syndrome) by colon biopsy. Z-Gastroenterol. Jun 1994; 32(6): 351-3
9. Schiller LR. Chronic diarrhea of obscure origin. In : Field M, ed.

- Diarrheal disease. New York : Elsevier, 1991: 219-38
10. Burman D. Munchausen family. *Lancet* 1977; 2: 456
  11. Chan A.A. Munchausen syndrome by proxy. *J Pediatr Psychol* 1986; 11: 1
  12. De Vore C.D. Phenolphthalein laxatives and factitious diarrhea *Clin Pediatr(Phila)* 1982; 21: 573
  13. Rosenberg D.A. Review of Munchausen syndrome by proxy. *Child Abuse Negl* 1987; 11: 547
  14. Fenton A.C. Severe failure to thrive and diarrhea cause by laxative abuse. *Arch Dis Child* 1988 ; 63: 978
  15. Meadow R. Munchausen syndrome by proxy. *Lancet* 1977; 2:
  16. Mehl A.L. Munchausen syndrome by proxy. *Child-Abuse Negl* 1990; 14(4): 577-85
  17. Bouden A. Munchausen syndrome by proxy. *Presse Med* Apr.6, 1996; 25(12):567-9
  18. Krahn L.E. Hypokalemia leading to torsades de pointes. *Gen Hosp Psychiatry* Sep 1997; 19(5): 370-7
  19. Nitsche R. Factitious diarrhea in the differential diagnosis of chronic diarrhea. *Dtsch MedWochenschr* Apr 7, 1989; 114(14): 543-7
  20. Fine K.D. Diarrhea. Sleisenger MH *Gastrointestinal disease 4 ed* Philadelphia 1989: 290
  21. Gwee K.A. Surreptitious laxative abuse. *Singapore Med J* Dec 1990; 31(6): 596-8
  22. Sekas G. The use and abuse of laxatives. *Practical Gastroenterology* 1987; 11: 33
  23. Eisen T. Differential diagnosis of chronic diarrhea. *Med Klin* Feb 15, 1993; 88(SI): 29-37
  24. Meyer A.M. Chronic laxative abuses with pseudo-idiopathic edema and autonomous pseudo-Barter's syndrome. *S Afr Med J* 1990; 78: 631
  25. Donowitz M. Evaluation of patients with chronic diarrhea. *NEJM* 1995, March 16; 332 (11):725-9
  26. Topazian M. Factitious diarrhea detected by measurement of stool osmolality. *NEJM* 1994, May 19; 324 (15): 1418-9

## Adult Intussusception

พญ. พณิตา ทองอุทัยศรี

หน่วยทางศัลยกรรมอาหาร, รพ. รามาธิบดี

นพ. บุญชัย โควาศิษฐ์บุรณะ

หน่วยทางศัลยกรรมอาหาร, รพ. จุฬาลงกรณ์

## Adult Intussusception

ถ้าได้เกิดขึ้น (intussusception) เกิดจาก invagination ของ bowel segment ไปยัง adjacent segment โดยส่วนที่เป็น invaginating segment เรียกว่า "intussusceptum" และส่วนที่เป็น receiving segment เรียกว่า "intussusciens"

Intussusception พบได้บ่อยในเด็ก และเป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดของ small bowel obstruction โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วง 5 เดือน-5 ปี peakอยู่ที่ 3-11 เดือน ซึ่งจะแตกต่างจากผู้ใหญ่เพราะสาเหตุของ small bowel obstruction ที่พบบ่อยที่สุดคือจาก adhesion band พบร้อยละ 50-70 รองลงมาคือ hernia พบร้อยละ 25 จากneoplasmร้อยละ 10 และจาก intussusception พบเพียงร้อยละ 5 ส่วนในหญิงมีครรภ์พบ intussusception และ volvulus เป็นสาเหตุของ intestinal obstruction ประมาณร้อยละ 30<sup>(1-3)</sup>

การจำแนกชนิดของ intussusception จำแนกได้ 3 วิธี คือ<sup>(1-6)</sup>

1. ชนิด anterograde หรือ retrograde โดยที่ชนิด anterograde จะเป็น invagination ของ proximal bowel segment ไปยัง distal bowel segment เป็น

ชนิดที่พบได้บ่อย ส่วนชนิด retrograde จะเป็น invagination ของ distal bowel segment ไปยัง proximal bowel segment เป็นชนิดที่พบได้น้อย

2. ชนิด simple หรือ double โดยที่ชนิด simple คือการเกิด intussusception แต่ 1 ครั้ง แต่ชนิด double จะเป็นการเกิด intussusception ซ้ำกัน 2 ครั้ง

3. จำแนกตาม anatomy เช่น jejuno gastric, jejunoileal, ileocolic, ileocecal, sigmoidorectal เป็นต้น โดยคำหน้าจะเป็น intussusceptum และคำหลังเป็น intussusciens สำหรับชนิด ileocolic และ ileocecal จะแตกต่างกันที่ชนิด ileocolic จะเป็นการ invagination ของ ileum ผ่าน ileocecal valve เข้าไปยัง colon แต่ชนิด ileocecal จะเป็นการ invagination ของ ileum และ ileocecal valve เข้าไปยัง cecum จะสังเกตได้ว่า intussusception ชนิด ileocolic มีโอกาสเกิด lymphene ของ ileum สูง เพราะ ileum ถูกรัดด้วย ileocecal valve ซึ่งมีขนาดแคบมาก

สาเหตุ

ในเด็กส่วนใหญ่มักกว่าร้อยละ 80 ไม่รู้สาเหตุ โดยพบว่า prominent ของ Payer's patches และ enlarged mesenteric lymph node ในขณะที่ผู้ใหญ่ร้อยละ 85-90 มี pathologic lead point โดยพบทั้ง benign และ malignant lesions เช่น Leiomyoma, Lipoma, Endometriosis, Meckel's diverticulum, Peutz-Jegher's syndrome, Lymphoma, Adenocarcinoma เป็นต้น



## ตำแหน่งที่พบ

ในเด็กมากกว่าร้อยละ 80 พบที่ ileocolic ในผู้ใหญ่ Dennis G. Beggs ได้รวบรวมข้อมูลจาก 8 รายงาน (1048 ราย) พบ lesions ใน small bowel ร้อยละ 64 โดยแบ่งเป็น benign ร้อยละ 63, malignant ร้อยละ 14 และ idiopathic ร้อยละ 23 ส่วน lesions ใน large bowel พบที่ร้อยละ 36 แบ่งเป็น benign ร้อยละ 29, malignant ร้อยละ 58 และ idiopathic ร้อยละ 13<sup>(1)</sup>

## อาการและการแสดง

มีความแตกต่างจากเด็กไม่ชัดเจน โดยพบว่าในผู้ใหญ่มีอาการปวดท้องร้อยละ 71-78 คลื่นไส้อาเจียนร้อยละ 36-78 ถ่ายอุจจาระเป็นเลือดร้อยละ 30-60 และตรวจร่างกายคลำได้ก้อนในท้องร้อยละ 24-42 ในขณะที่เด็กพบอาการและการแสดงดังกล่าวร้อยละ 60-77, 87-100, 53-35 และ 50-68 ตามลำดับ<sup>(1,6)</sup>

### การวินิจฉัย

เนื่องจากอาการในผู้ใหญ่ non-specific การวินิจฉัยจากประวัติและตรวจร่างกายทำได้ยาก ส่วนใหญ่จะวินิจฉัยได้จาก intraoperative findings ปัจจุบันมี noninvasive และ invasive techniques เพื่อช่วยในการวินิจฉัย ได้แก่

#### 1. Plain abdomen ลักษณะที่พบ

- multiple air-fluid levels in small bowel
- crescent of gas capping the intussusceptum
- gasless area (soft tissue mass intussusceptum)
- target sign

2. Barium enema (BE) ในเด็กถือว่าเป็นทั้ง therapeutic และ diagnosis เนื่องจากร้อยละ 40-80 สามารถเกิด reduction ได้หลังทำ BE

#### ลักษณะที่พบ

- cup-shaped filling defect เป็นส่วน leading tumor
- coil-spring or spiral appearance เป็นส่วนของ peripheral sheath

3. Long GI series พบ dilatation ของ proximal small bowel และมี sudden beaklike change ในบริเวณที่มี obstruction และอาจเห็น contrast แทรกไปใน central canal ของ intussusceptum

4. Ultrasonography ลักษณะที่พบได้แก่ "target" หรือ "doughnut" sign ใน transverse view และ "pseudokidney sign" ใน longitudinal view<sup>(7)</sup>

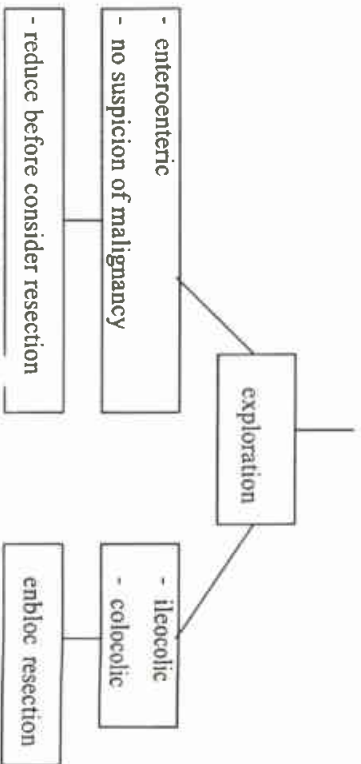
5. CT abdomen พบลักษณะ "target" หรือ "sausage" shape หรือ bilobed lesion ในส่วนที่เป็น mesenteric fat เป็น low attenuation ในบางรายอาจพบ lesion ที่เป็น leading point<sup>(8,9)</sup>

6. Colonoscopy and flexible sigmoidoscopy มีประโยชน์ในรายที่สงสัย intussusception ที่มาด้วยการ colonic obstruction พบ "coil-spring polypoid mass" อย่างไรก็ตาม แม้พบ mass lesion ไม่แนะนำให้ทำ biopsy เนื่องจากมีความเสี่ยงต่อการเกิด tissue necrosis ในตำแหน่งที่ทำ biopsy ส่วนการทำ colonoscopic reduction แม้ว่าจะยัง controversy ในระยะหลังเริ่มมีรายงานว่าสามารถ correct intussusception ได้ เช่น Kiamura รายงานว่าสามารถ correct colocolic intussusception ที่เกิดจาก lipoma ใน transverse colon แล้วค่อยทำ polypectomy ต่อในภายหลัง

## การรักษา

เนื่องจาก ร้อยละ 85-90 ของ adult intussusception มี pathologic leading point จึงแนะนำให้ทำ laparotomy และ surgical resection ยกเว้นถ้าเกิดจาก post-operative intussusception ซึ่งกรณีนี้ conservative treatment สามารถพิจารณาได้

Algorithm for management of intussusception in adult patient intestinal obstruction due to intussusception



(Richard H. Bell. Digestive Tract Surgery : Lippincott-Taven Publishers. Philadelphia 1996; 31 : 1131.)

**หมายเหตุ** การทำ reduction ก่อน resection มีบางรายงานพบว่าเพิ่ม risk ต่อการเกิด transperitoneal seeding ในรายที่เป็น malignant lesion

## การพยากรณ์โรค

อัตราการตายในผู้ใหญ่ ร้อยละ 5-10 ขึ้นกับ underlying disease, มี gangrene ของลำไส้ร่วมด้วยหรือไม่, มี comorbid disease หรือไม่

## ข้อแตกต่าง intussusception ในเด็ก และผู้ใหญ่

|                              | เด็ก                              | ผู้ใหญ่  |
|------------------------------|-----------------------------------|--|
| 1. เป็นสาเหตุของลำไส้อุดตัน  | Common                            | <50%   |
| 2. สาเหตุของ intussusception | most-idiopathic                   | 85-90% มี pathologic lead point                    |
| 3. ตำแหน่ง                   | >80% อยู่ที่ ileocolic            | 64% อยู่ที่ small bowel<br>36% อยู่ที่ large bowel |
| 4. Clinical                  | acute paroxysm ของ abdominal pain | low grade & chronic vomiting, abdominal pain       |
| 5. Management                | 40-80% reduction after BE         | exploration และ resection                          |

## ลักษณะของ intussusception ในผู้ป่วยอมดส์

มีรายงานผู้ป่วยอมดส์ที่เกิด intussusception อยู่ 10 กว่าราย (10-14) ซึ่ง

สรุปความแตกต่างจากผู้ช่วยต่างๆ ไปได้ 3 ประเด็น คือ

1. อายุเฉลี่ยประมาณ 40 ปี ซึ่งน้อยกว่าอายุเฉลี่ยของผู้ช่วยต่างๆ ไป 10-20 ปี

2. CBC มักไม่มี leukocytosis

3. สาเหตุของ intussusception มัก relate กับ HIV infection เช่น เกิดจากการติดเชื้อ Campylobacter, CMV, MAC หรือเกิดจากเนื้องอก เช่น KS, NHL เป็นต้น

## สรุป

adult intussusception พบไม่บ่อยนัก สาเหตุของ small bowel obstruction ที่เกิดจาก intussusception พบเพียงร้อยละ 5 เนื่องจาก clinical

presentation มักจะมาด้วยการของ bowel obstruction แต่ไม่มีลักษณะที่จำเพาะของ intussusception ที่ผ่านมานักจะได้รับการวินิจฉัยจาก intraoperative findings อย่างไรก็ตามปัจจุบันมี noninvasive และ invasive technique หลายอย่างเข้ามาช่วยในการวินิจฉัยัย ในผู้ใหญ่ก็มี pathological leading point คั้งนั้นการรักษาจึงต้องให้การผ่าตัดเป็นส่วนใหญ่ ส่วน prognosis ที่ว่าไปขึ้นอยู่กับสาเหตุของ intussusception ซึ่ง mortality โดยรวมประมาณ ร้อยละ 5 ถึง 10

#### References:

1. Begos DG, Sandor A, Modlin IM. The diagnosis and management of adult intussusception. *Am J Surg* 1997; 173 : 88-94.
2. Azar T, Berger DL. Adult intussusception. *Ann Surg* 1997; 226 : 134-8.
3. Weilbacher D, Bolin JA, Hearn D, Ogden W. Intussusception in adults. *Am J Surg* 1971; 121 : 531-5.
4. Donhauser JL, Kelly EC. Intussusception in the adult. *Am J Surg* 1950; 79 : 673-7.
5. Nagorney DM, Sarr MG, McIlrath DC. Surgical management of intussusception in the adult. *Ann Surg* 1981; 193 : 230-6.
6. Prater JM, Olshemski Fc. Adult intussusception. *Am Fam Physician* 1993; 47 : 447-52.
7. Weissberg DL, Scheible W, Leopold GR. Ultrasonographic appearance of adult intussusception. *Radiology* 1977; 124 : 791-2.
8. Merine D, Fishman EK, Jones B, Siegelman SS. Enterocenteric intussusception. CT findings in nine patients. *AJR* 1987; 148 : 1129-32.
9. Iko BO, Teal JS, Siram SM, Chinwuba CE, Roux VJ, Scott VF. Computed tomography of adult colonic intussusception : clinical and experimental studies. *AJR* 1984; 143 : 769-72.
10. Balthazar EJ, Reich CB, Pachter HL. The significance of small bowel intussusception in acquired immune deficiency syndrome. *Am J Gastroenterol* 1986; 81 : 1073-5.
11. Hofstetter SR, Stollman N. Adult intussusception in association with the acquired immune deficiency syndrome and intestinal kaposi's sarcoma. *Am J Gastroenterol* 1988; 83 : 1304-5.
12. Cappell MS, Hassan T, Rosenthal S, Mascarenhas M. Gastrointestinal obstruction due to Mycobacterium avium intracellulare associated with the acquired immunodeficiency syndrome. *Am J Gastroenterol* 1992; 87: 1823-7.
13. Wood BJ, Kumar PN, Cooper C, Silverman PM, Zeman RK. AIDS-associated intussusception in young adults. *J Clin Gastroenterol* 1995; 21 : 158-62.
14. Visvanathan R, Nichols TT, Reznick rH. Acquired immune deficiency syndrome-related intussusception in adults. *Br J Surg* 1997; 84:1539-40.

## Nonalcoholic Steatohepatitis

นพ.บุญชัย ให้ความดีชัยบุรณะ

หน่วยทางคลินิกอาหาร, รพ.จุฬาลงกรณ์

บทนำ

ในปี ค.ศ. 1980 Ludwig และคณะได้บรรยายถึงผู้ป่วยที่มีลักษณะของ liver biopsy เหมือนกับ alcoholic hepatitis แต่ไม่มีประวัติดื่มสุราเลย โดยพยาธิสภาพที่พบประกอบด้วย fatty change และ lobular hepatitis ดังนั้นจึงใช้ชื่อว่า nonalcoholic steatohepatitis <sup>(1)</sup> ได้มีผู้เรียกภาวะนี้ต่างๆ กันออกไป เช่น pseudoalcoholic hepatitis, alcohol-like hepatitis, fatty-liver hepatitis, <sup>(2)</sup> nonalcoholic steatonecrosis <sup>(3)</sup> และ diabetic hepatitis แต่คำที่นิยมใช้กันทั่วไปก็คือ nonalcoholic steatohepatitis (NASH)

พยาธิวิทยา ลักษณะทางพยาธิวิทยาของ NASH <sup>(4,5)</sup> ประกอบด้วย

1. Fatty degeneration (steatosis) โดยอาจเป็น diffuse หรือเฉพาะที่ central zone ของตับในระยะแรกก็ได้ และมักเป็น macrovesicular steatosis มากกว่า microvesicular steatosis

2. Lobular inflammation (hepatitis) จะเป็นที่ centrilobular area ส่วนใหญ่ของ cellular infiltration อาจเป็น neutrophil หรือ lymphocyte หรือผสมกันก็ได้

3. Hepatocyte มีลักษณะของ ballooning หรือ degeneration หรือ necrosis ในบางกริ่งจะพบ glycogen สะสมอยู่ใน nucleus (glycogen nuclei)

จนทำให้ nucleus มีลักษณะเป็นวงแหวนรอบ clear central region

4. Mallory hyaline bodies เป็น aggregation ของ cytoskeletal proteins มีลักษณะเป็น eosinophilic material อยู่ใน cytoplasm ของ hepatocyte จะมีจำนวนไม่มากนักและขนาดเล็กเมื่อเทียบกับ alcoholic hepatitis พบได้ร้อยละ 9-90

5. Fibrosis อาจจะไม่มีหรือมีมากก็ได้โดยจะเป็นแบบ perisinusoidal, centrilobular หรือ septate ก็ได้ พบว่า NASH มี mild to moderate fibrosis ได้ร้อยละ 76-100, severe fibrosis ร้อยละ 15-50 และ cirrhosis ร้อยละ 7-16

ถ้าเปรียบเทียบกับระหว่าง NASH กับ Alcoholic hepatitis จะพบว่า NASH มักมี severity ของ hepatocellular damage, cellular infiltration, Mallory hyaline bodies และ fibrosis น้อยกว่า alcoholic hepatitis <sup>(6)</sup> แต่ NSAH จะพบ steatosis และ glycogen nuclei ของ hepatocyte ได้บ่อยกว่า alcoholic hepatitis

**ลักษณะทางพยาธิวิทยาของ NASH ต้องวินิจฉัยแยกโรคออกจาก** <sup>(7,8)</sup>

1. Chronic hepatitis C

2. Chronic hepatitis อื่นๆ ที่มี fatty change ด้วย เช่น Autoimmune hepatitis with steroid induced fatty change

3. Drug-induced liver disease เช่น Amiodarone, Perhexiline maleate เป็นต้น

4. Alcoholic hepatitis

5. Metabolic disease บางอย่างมีลักษณะทางพยาธิกล้าย NASH เช่น Wilson's disease < abetalipoproteinemia, Hypobetalipoproteinemia เป็นต้น

การวินิจฉัยแยกโรคต่างๆที่กล่าวมา ทำได้โดยอาศัยการซักประวัติเพิ่มเติม

เต็ม, อาการแสดงทางคลินิก และการตรวจเพิ่มเติมทางห้องปฏิบัติการที่จำเพาะต่อแต่ละโรค

**พยาธิกำเนิด** NASH เป็นผลลัพธ์ของปัจจัยหลายๆ อย่าง กลไกการเกิด NASH อาจมาจากความไม่สมดุลของกรดอะมิโน<sup>(9)</sup>, ระดับน้ำตาลในเลือดสูง<sup>(10)</sup>, ความไม่สมดุลของ aniketogenic และ ketogenic hormones ใน portal blood<sup>(11)</sup> และ endotoxemia (จาก sepsis หรือ starvation-associated bacterial translocation)<sup>(12)</sup> โดยผลลัพธ์สุดท้ายทำให้เกิด lipogenesis มากกว่า lipolysis Cytokines ที่เกี่ยวข้องได้แก่ TNF- $\alpha$  และ IL-8 โดยที่ TNF- $\alpha$  จะเป็น potent inhibitor ของ lipoprotein lipase<sup>(13)</sup> ดังนั้น TNF- $\alpha$  ที่เพิ่มขึ้นจะทำให้ lipolysis ของ peripheral tissues ลดลง และเพิ่มการสร้าง/สะสม triglyceride ในตับ นอกจากนี้ TNF- $\alpha$  ยังสามารถกระตุ้นให้ตับสร้าง IL-8 ซึ่งจะเป็นตัวชักนำให้ neutrophil chemotaxis<sup>(14)</sup> และเกิดการอักเสบในตับ มี hepatocyte necrosis ในที่สุด นอกจากนี้ Wellman และคณะ พบว่า liver biopsy ในผู้ป่วย NASH มีระดับเอนไซม์ Hepatic Cytochrome P450 2E1 เพิ่มขึ้นเทียบกับปกติ ซึ่งเป็นลักษณะเดียวกับที่พบในผู้ป่วย alcoholic liver disease ดังนั้นจึงสันนิษฐานว่าพยาธิกำเนิดของ 2 โรคนี้อาจเหมือนกัน โดยอาศัยเอนไซม์ดังกล่าว<sup>(15)</sup>

## ระบบวิทยา

ความชุกของ NASH ใน liver biopsy ประมาณร้อยละ 7-9 ในโลกตะวันตก<sup>(1)</sup> และ ร้อยละ 1.2 ในญี่ปุ่น<sup>(16)</sup> ซึ่งเป็นตัวเลขที่น่าจะต่ำกว่าความเป็นจริง อายุที่พบบ่อยจะอยู่ระหว่าง 40-60 ปี เป็นในเพศหญิงค่อนข้างมาก (ร้อยละ

65-83) แต่รายงานในระยะหลังพบว่าผู้ชายเป็นมากกว่า (ร้อยละ 58-70)<sup>(17)</sup> การะทบมักจะพบร่วมกับ NASH ได้แก่

1. Obesity ผู้ป่วยที่เป็น NASH มีร้อยละ 69-100 ที่อ้วน นอกจากนี้ยังพบ NASH ในคนอ้วนที่ไม่ทำ ศัลยกรรมลดน้ำหนัก (เช่น jejunoileal bypass surgery)<sup>(18)</sup> หรือน้ำหนักลดลงหลายๆ อย่างรวดเร็วด้วย

2. NIDDM พบได้ร้อยละ 34-75 ของผู้ป่วยที่เป็น NASH Wanless และ Lentz พบว่าในผู้ป่วยที่ได้รับกัญโคศทางหลอดเลือดดำในตับครั้งสุดท้ายก่อนเสียชีวิตมีอุบัติการณ์ของ NASH เพิ่มขึ้น<sup>(19)</sup>

3. Hyperlipidemia พบได้ร้อยละ 20-81 ของผู้ป่วยที่เป็น NASH แต่ก็มีกรรายงานที่พบว่าร้อยละ 40 ของผู้ป่วยที่เป็น NASH (14 ใน 33 ราย) มีน้ำหนัก, ระดับน้ำตาลและไขมันในเลือดปกติ<sup>(17)</sup>

นอกจากนี้ยังมีภาวะอื่นๆอีกดังแสดงในตารางที่ 1

## ลักษณะทางคลินิก

ร้อยละ 48-100 ของผู้ป่วยที่เป็น NASH จะไม่มีอาการ ที่เหลืออาจจะมีแค่อ่อนเพลีย, จุกแน่นในท้อง, ปวดท้องที่ RUQ<sup>(16)</sup> ตรวจร่างกายพบว่าร้อยละ 5 มีตับโต, ร้อยละ 25 มีมีามโต ผลตรวจ LFT มักมี AST ผิดปกติพบได้ร้อยละ 88 โดยอัตราส่วน AST/ALT มักจะน้อยกว่า 1 ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยที่เป็น NASH ได้แสดงไว้ในตารางที่ 2

## ตารางที่ 1 ภาวะต่างๆ ที่พบร่วมกับ NASH

| Metabolic factors                                    |
|--|
| Obesity  |
| Diabetes and hyperglycemia                           |
| Hyperlipidemia                                       |
| Rapid weight loss                                    |
| Acute starvation                                     |
| Intravenous glucose therapy in the week before death |
| Total parenteral nutrition                           |
| Surgical procedures                                  |
| Jejunal bypass                                       |
| Gastroplasty for morbid obesity                      |
| Biliopancreatic diversion                            |
| Extensive small-bowel resection                      |
| Drug treatments                                      |
| Amiodarone   |
| Perhexiline maleate                                  |
| Glucocorticoids                                      |
| Synthetic estrogens                                  |
| Tamoxifen  |
| Miscellaneous factors                                |
| Jejunal diverticulosis with bacterial overgrowth     |
| Partial lipodystrophy                                |
| Abetalipoproteinemia                                 |
| Weber-Christian disease                              |

## ตารางที่ 2 ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยที่เป็น NASH

| Age   |
|---|
| Usually between 41 and 60 years                                     |
| Sometimes between 11 and 20 years                                   |
| Sex   |
| Predominantly female  |
| Commonly associated conditions                                      |
| Obesity (69% to 100%)   |
| Diabetes (36% to 75%)   |
| Hyperlipidemia (20% to 81%)   |
| Symptoms  |
| None (48% to 100%)  |
| Vague abdominal discomfort  |
| Right upper quadrant pain   |
| Fatigue or malaise  |
| Signs   |
| Hepatomegaly  |
| Rarely, stigmata of chronic liver disease or portal hypertension    |
| Laboratory features   |
| Two- to threefold increase in AST, ALT                              |
| Normal or mildly elevated alkaline phosphatase levels and GGT       |
| Normal serum albumin levels, prothrombin time, and bilirubin levels |
| Possible elevation of serum ferritin levels                         |

**การวินิจฉัย** โดยที่ผู้ป่วยจะต้อมีลักษณะทางคลินิกเข้าได้แล้ว ต้อมีลักษณะที่สำคัญอีก 3 ประการคือ

1. ลักษณะทางพยาธิวิทยาเข้าได้กับ NASH ตามที่กล่าวมาข้างต้น

2. Alcohol consumption น้อยกว่า 40 กรัมต่อสัปดาห์ (อาจจะน้อยกว่า  
นี้) โดยอาศัยประวัติของผู้ป่วยหรืออาศัย biochemical markers อื่นๆ มา  
ช่วยวินิจฉัยภาวะ alcohol abuse <sup>(20)</sup> ตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 Biochemical marker ที่ช่วยวินิจฉัยภาวะ alcohol abuse

| Biochemical markers   | ความไว | ความจำ |
|---|--------|--------|
| Gamma glutamyl transpeptidase > 50 IU/l                                       | 69     | 55     |
| Mean corpuscular volume > 95 fl   | 73     | 79     |
| อัตราส่วนของ Desialylated transferrin ต่อ Total transferrin มากกว่าร้อยละ 1-3 | 81     | 98     |
| อัตราส่วน Mitochondrial AST ต่อ Total AST มากกว่าร้อยละ 6                     | 92     | 50     |

3. ไม่มีสาเหตุอื่นของ hepatitis เช่น serology ของ HBV, HCV หรือ autoantibody (ANA, AMA) ที่องได้ผลลบ ไม่มีประวัติยาที่ทำให้เกิดโรคตับ, ไขมัน metabolic disease บางอย่างที่ทำให้ลักษณะพยาธิสภาพของตับคล้าย NASH เช่น Wilson's disease เป็นต้น สำหรับ imaging study ต่างๆ เช่น Ultrasonography, CT, MRI จะบอกได้แต่ภาวะ fatty liver แต่ไม่ไวพอที่จะบอกถึงการอักเสบที่เกิดขึ้น ดังนั้นจึงใช้วินิจฉัย NASH ไม่ได้แต่ใช้ช่วยวินิจฉัยแยกโรคบางอย่างหรือบอกภาวะแทรกซ้อนของ NASH เช่น cirrhosis ได้

### การพยากรณ์โรค

NSAH เป็นภาวะที่มีการดำเนินโรคไม่รุนแรง มีรายงานจากออตโตสเตรเลีย และสหรัฐอเมริกาเกี่ยวกับการติดตามผู้ป่วย NASH โดย Liver biopsy จำนวน 28 ราย ในระยะเวลา 1-9 ปี พบว่า Histology ตีขึ้น 1 ราย (ร้อยละ 3), ไม่เปลี่ยนแปลง 15 ราย (ร้อยละ 54) และมี Histologic progression 12 ราย (ร้อยละ 43) โดยที่ 12 รายนี้มี Fibrosis มากขึ้น 8 ราย (มีอยู่ 1 ราย กลายเป็น Hepatoma) และกลายเป็น Cirrhosis 4 ราย <sup>(17,21,22)</sup> สำหรับรายที่กลายเป็น Hepatoma นั้น สาเหตุอาจมาจาก confounding factor อื่นๆเช่น HCV infection เมื่อเทียบกับ Alcoholic hepatitis แล้ว พบว่า NASH จะมีการเปลี่ยนแปลงเป็น Cirrhosis ได้ร้อยละ 8-17 ในระยะเวลาติดตาม 1-9 ปี <sup>(17,21,22)</sup> ในขณะที่ Alcoholic hepatitis จะมีโอกาสกลายเป็น Cirrhosis ได้ร้อยละ 38-50 <sup>(23)</sup>

Propst และคณะได้รายงานถึงอัตราการรอดชีวิตที่ 5 และ 10 ปี ของ Alcoholic hepatitis เท่ากับร้อยละ 38 และ 15 ตามลำดับ ในขณะที่ NASH จะมีอัตราการรอดชีวิตเป็นร้อยละ 67 และ 59 ที่ 5 และ 10 ปี ตามลำดับ <sup>(24)</sup>

### การรักษา

1. มีหลายรายงานพบว่า การลดน้ำหนักอย่างค่อยเป็นค่อยไปในผู้ป่วยที่อ้วน จะสามารถทำให้ biochemical values และ histology กลับมาดีขึ้นหรือปกติได้ <sup>(25)</sup> แต่การลดน้ำหนักอย่างรวดเร็วอาจกระตุ้นให้เกิด submassive hepatic necrosis ได้ <sup>(26)</sup>

2. รักษา Hyperglycemia, Hyperlipidemia ที่อาจพบร่วมด้วย
3. หลีกเลี่ยงยาหรือปัจจัยอื่นที่ช่วยเสริมภาวะตับอักเสบ

4. Laurin และคณะ รายงานว่า การใช้ Ursodeoxycholic acid (UDCA) ขนาด 13-15 มก./กก./วัน รักษาผู้ป่วย NASH เป็นเวลานาน 1 ปี สามารถทำให้ระดับเอนไซม์ ALP, AST, GGT, และภาวะ fatty liver ดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>(27)</sup> แต่ผลการรักษาในระยะยาวกว่านี้ยังไม่ทราบ

## สรุป

NASH สามารถวินิจฉัยได้จากทางพยาธิวิทยา โดยประกอบด้วย Steatosis และ Hepatitis โดยที่ไม่ได้เกิดจาก Alcohol, Drugs, Chronic viral hepatitis หรือสาเหตุอื่น ที่ทำให้ลักษณะพยาธิสภาพของตับคล้าย NASH ดังนั้นการวินิจฉัยจึงต้อง exclude สาเหตุอื่น ๆ ออกไปก่อน มักพบในผู้ป่วยที่อ้วน, มีเบาหวานและไขมันในเลือดสูง แต่ในรายงานระยะหลัง พบว่า NASH เป็นมากขึ้นในผู้ป่วยที่ไม่อ้วน, ไม่มีทั้งเบาหวานและไขมันในเลือดสูง ผู้ป่วยส่วนมากจะไม่มีอาการ และมีการดำเนินโรคที่ไม่รุนแรงแต่ก็มีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งกลายเป็น cirrhosis ได้ ปัจจุบันเชื่อว่าเกิดจากความไม่สมดุลของกระบวนการ Lipogenesis การรักษายังเน้นการลดน้ำหนักอย่างค่อยเป็นค่อยไป ควบคุมเบาหวานและภาวะไขมันในเลือดสูง และหลีกเลี่ยงปัจจัยอื่นๆ ที่จะทำให้เกิดตับอักเสบมากขึ้น การใช้ UDCA รักษา สามารถทำให้ระดับเอนไซม์ของตับและภาวะ Fatty change ดีขึ้นได้

## References:

1. Ludwig J, Viggiano TR, McGill DB, Oh BJ. Nonalcoholic steatohepatitis : Mayo Clinic experiences with a hitherto unnamed disease. *Mayo Clin Proc* 1980; 55 : 434-8

2. Adler M, Schaffner F. Fatty liver hepatitis and cirrhosis in obese patients. *Am J Med* 1979; 67 : 811-6
3. Baker AL. Nonalcoholic steatonecrosis : A unique histopathologic lesion of the liver with multiple causes. *Surv Dig Dis* 1985; 3:154
4. Wanless IR, Lentz JS. Fatty liver hepatitis and obesity : an autopsy study with analysis of risk factors. *Hepatology* 1990; 142 : 1106-1
5. Lee RG. Nonalcoholic steatohepatitis : a study of 49 patients. *Human Pathol* 1989; 20 : 594-8
6. Pinto HC, Baptista A, Camilio ME, Valente A, Saragoca A, De Moura MC. Nonalcoholic steatohepatitis. Clinicopathological comparison with alcoholic hepatitis in ambulatory and hospitalized patients. *Dig Dis Sci* 1996; 41 : 172-9
7. Lefkowitz JH, Schiff ER, Davis GL, et al. Pathological diagnosis of chronic hepatitis C : A multicenter comparative study with chronic hepatitis B. *Gastroenterology* 1993; 104 : 595- 603
8. Ludwig J, Ishak KG. Diseases of the Liver and Bile Ducts. Proceedings of the 54th Annual Slide Seminar. Chicago : ASCP Press, 1989
9. Shelden GF, Peterson SR, Sander R. Hepatic dysfunction during hyperalimentation. *Arch Surg* 1978; 113 : 504-8
10. Peden VH, Witzelben CI, Skelton MA. Total parenteral nutrition [Letter]. *J Pediatrics* 1971; 78 : 180-1



11. Freund HR, Muggia-Sallum M, Lafrance R, et al. A possible beneficial effect of metronidazole in reducing TPN-associated liver function derangements. *J Surg* 1985; 38 : 356
12. McClain C, Hill D, Schmidt J, Diehl AM. Cytokines and alcohol liver disease. In Leiber CS (ed.) *Seminars in Liver Disease*. New York, Thieme Medical 1993; 170
13. Beutler B, Mahoney J, LeTrang N, et al. Purification of cachectin, a lipoprotein lipase-suppressing hormone secreted by endotoxin-induced RAW 264.7 cells. *J Exp Med* 1985; 161 : 984-95
14. Hammond ME, Lapointe GR, Feucht PH, et al. IL-8 induces neutrophil chemotaxis predominantly via type I IL-8 receptors. *J Immunol* 1995; 155 : 1428-33
15. Weltman MD, Farrell GC, Hall P, et al. Hepatic cytochrome P450 2E1 is increased in patients with nonalcoholic steatohepatitis. *Hepatology* 1998;27:128-33
16. Nonomura A, Mizukami Y, Unoura M, Kobayashi K, Takeda Y, Takeda R. Clinicopathologic study of alcohol-like liver disease in non-alcoholics: non-alcoholic steatohepatitis and fibrosis. *Gastroenterol Jpn*. 1992; 27 : 521-8
17. Bacon BR, Farahvash MJ, Janney CJ, Neuschwander-Tetri BA. Nonalcoholic steatohepatitis: an expanded clinical entity. *Gastroenterology* 1994; 107 : 1103-9
18. McFarland RJ, Gazet JC, Pilkington TR. A 13-year review of jejunoileal bypass. *Br J Surg* 1985; 72 : 81-7
19. Wanless IR, Lentz JS. Fatty liver hepatitis and obesity : an autopsy study with analysis of risk factors. *Hepatology* 1990; 12 : 1106
20. Fletcher LM, Kwoh-Gain I, Pound DC, et al. Markers of chronic alcohol ingestion in patients with nonalcoholic steatohepatitis : An aid to diagnosis. *Hepatology* 1991; 13 : 455-9
21. Powell EE, Cooksley WG, Hanson R, Searle J, Halliday JW, Powell LW. The natural history of nonalcoholic steatohepatitis: a follow-up study of forty-two patients for up to 21 years. *Hepatology* 1990; 11:74-80
22. Lee RG. Nonalcoholic steatohepatitis : study of 49 patients. *Hum pathol* 1989; 20 : 594-8
23. Galambos JT. Natural history of alcoholic hepatitis. 3. Histological change. *Gastroenterology*. 1972; 63 : 1026-35
24. Propst A, Propst T, Judmaier G, Vogel W. Prognosis in nonalcoholic steatohepatitis [Letter] *Gastroenterology* 1995; 108 : 1607
25. Keefe EB, Adesman PW, Stenzel P, Palmer RM. Steatosis and cirrhosis in an obese diabetic. Resolution of fatty liver by fasting. *Dig Dis Sci*. 1987; 32 : 441-5
26. Ludwig J, McGill DB, Lindor KD. Nonalcoholic steatohepatitis. *J of*

Gastroenterol Hepatol 1997; 12 : 398-403

27. Laurin J, Lindor KD, Crippin JS, Gossard A, Gores GJ, Ludwig J, et al. Ursodeoxycholic acid or clofibrate in the treatment of non alcohol-induced steatohepatitis : a pilot study. Hepatology 1996; 23 : 1464-7

### การเดินทางไปร่วมฉลองงานครบรอบ

ก่อตั้งสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารของญี่ปุ่นเมื่อเขตรอบ 100 ปี

ณ กรุงโตเกียว ประเทศญี่ปุ่น, ระหว่างวันที่ 26 - 31 ตุลาคม 2541

อนุสนธิจากที่ข้าพเจ้าได้รับการแต่งตั้งเป็นสมาชิกกิตติมศักดิ์ (Honorary member) ของสมาคมโรคระบบทางเดินอาหารของประเทศญี่ปุ่นเป็นคนแรกในโลก ดังปรากฏในหนังสือและกิตติบัตรที่ได้แนบมานี้ เมื่อปี ค.ศ. 1983 เนื่องจากสมาคมแพทย์โรคระบบทางเดินอาหารของประเทศญี่ปุ่นเป็นสมาคมที่ใหญ่และมีสมาชิกมากที่สุดในโลกร่วมสามหมื่นคน, เป็นสมาคมที่มีอายุรองจากสมาคมโรคระบบทางเดินอาหารของประเทศอเมริกาซึ่ง ตั้งมาก่อน 2 ปีคืออเมริกา ตั้งสมาคมปีค.ศ. 1896 ของญี่ปุ่นตั้งเมื่อค.ศ.1898 และข้าพเจ้าได้เกิดเกียรติยศนี้พร้อมจดหมายแต่งตั้งไว้ที่พิพิธภัณฑ์วิจิตรวิจิตร ตึกผะอบ นพ สุภัทรา โดยทางญี่ปุ่นกล่าวจะเฉลิมฉลองกันในปี 1993 ซึ่งในขณะนั้นข้าพเจ้าเป็นนายกสมาคมโรคระบบทางเดินอาหารของเอเชียแปซิฟิก (Asia-Pacific Gastroenterological Association) และได้จัดการประชุมขึ้นในประเทศไทย

ในปีนี้ ค.ศ. 1993 ข้าพเจ้าได้รับจดหมายเชิญไปร่วมประชุมในงานเฉลิมฉลองครบ 100 ปี และขอให้พูดเกี่ยวกับสมาคมโรคระบบทางเดินอาหารภาคพื้นเอเชียแปซิฟิกนั้น ๆ ให้ที่ประชุมได้รับทราบเรื่องราวด้วย พร้อมทั้งให้พาดกรยาไป Ladies Program ในวันที่ 29 ตุลาคม ซึ่งข้าพเจ้าตอบรับว่ายินดีจะไปกล่าวปราศรัยให้และจะพาดกรยาไปด้วย ซึ่งที่ประชุมของสมาคมฯใน



# The Japanese Society of Gastroenterology

Central Office Bldg 8th floor, 8-9-13 Genga, Chuo-ku, Tokyo 104, Japan. Tel: 81-3-3573-4297 Fax: 81-3-3289-2339

ประเทศไทยได้รับทราบและอนุมัติให้เดินทางไปได้โดยเฉพาะตัวข้าพเจ้าในนามของสมาคมอีกด้วย

ข้าพเจ้าได้เดินทางจากประเทศไทย เมื่อวันที่ 26 ตุลาคม 2541 โดยสายการบินไทย ถึงนครโตเกียว เป็นเวลา 19.50 น. เครื่องบินเข้าไป เนื่องจากต้องเดินทางกลับมาได้ผู้เดินทางไปทางฟิลิปปินส์ ทำให้ใกล้ชิดแต่เพื่อความปลอดภัยกับต้นจึงประกาศเมื่อเครื่องบินออกจากกรุงเทพฯ ไปแล้ว สักครูใหญ่ เพราะเตือนบุคลากรนี้โอกาสไม่มีความน่าโอด และได้ผู้ไปประจำในขณะนี้ อย่างไรก็ตามเราสองคนก็ถึงสนามบินนาริตะโดยปลอดภัย ผู้ที่มารับต้องรอรอยู่หน้ามากพอสมควร เพราะกระเป๋าคอมพิวเตอร์ที่มีเครื่องแต่งกายแทบทุกอย่างชนิดขยับมาถึง ต้องเคลมกันยุ่งและเสียเวลาที่สนามบิน นอกจากนี้วันรุ่งขึ้นต้องเป็นวันว่าง ต้องเดินจ่ายของซึ่งราคาแพงมากที่ญี่ปุ่น ยกตัวอย่างเช่นกางเกง 1 ตัว เสื้อนอกคงใช้ตัวเก่าที่ใส่มาได้ กางเกงราคา 6,000 บาท, กางเกงชั้นใน ตัวละ 200 บาท 3 ตัว ถุงเท้า คู่ละหนึ่งร้อยเยน เสื้อเชิ้ต 3 ตัว หมวกไปเกือบหนึ่งหมื่นบาทเศษ ๆ นับว่าแพงมาก แต่ก็ต้องตรึบไว้เพราะวันรุ่งขึ้นเป็นวันที่จะต้องกล่าวปราศรัย

ปรากฏว่าในตอนกลางคืนของวันที่ 27 (วันที่ 2) กระเป๋าถูกส่งมายังโรงแรมที่อยู่ที่ (Ginza Tokyo Hotel) ซึ่งเป็นโรงแรมขนาดใหญ่สวยงาม หอนำลิ้นๆ ค่าโรงแรมวันละ 31,500 เยน

November 15, 1993

Dr. VIKIT Viranuvatti  
Faculty of Medicine  
Siriraj Hospital  
Mahidol University  
2 Prannok Rd., Bangkoknoi  
Bangkok 10700  
Thailand

Dear Dr. Viranuvatti,

I am pleased to send you the certificate of honorary membership in the Japanese Society of Gastroenterology. As President of this society, I would like to express my deepest gratitude for your generous donation of time and effort in the development of this society, and all the Board and Council members are most appreciative of your distinguished achievements in gastroenterology and invaluable assistance to this society.

The Japanese Society of Gastroenterology will celebrate its centennial in 1998 and your name will go down in history of this society as the first member to hold this title. We are certain that your fine example will serve to inspire others to give of their time to our common cause.

You have my very best wishes for your continued success.

Sincerely yours,

Tadayoshi Takemoto  
President  
The Japanese Society of Gastroenterology

คนแรกของโลก ที่ได้รับแต่งตั้งเป็นกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิของแพทยสมาคมโรคทางเดินอาหารของญี่ปุ่น อันเป็นความภูมิใจอย่างยิ่งของชีวิตของข้าพเจ้า



โครงการการประชุมของสมาคมแพทย์โรคระบบทางเดินอาหารของญี่ปุ่นนครน  
100 ปี เป็นภาษาญี่ปุ่นทั้งหมด (หน้าปก)

日本消化器病学会  
創立100年記念式典

## 式次第

日時：1998年10月28日（水） 10：00～11：00  
会場：東京国際フォーラム（ホールA）

航空自衛隊航空中央音楽隊

|         |       |                                |
|---------|-------|--------------------------------|
| (9:45)  | 奏 楽   |                                |
| (10:00) | 開会宣言  | 第40回日本消化器病学会大会長 青木 照明          |
|         | 香が代茶唱 |                                |
|         | 開会の辞  | 日本消化器病学会理事長 辻井 正               |
|         | かこごば  | 夏木子殿下                          |
|         | 祝 辞   | 文部大臣 有馬 朗人                     |
|         | 祝 辞   | 厚生大臣 菅下 利平                     |
|         | 祝 辞   | 日本医師会会長 坪井 家孝                  |
|         | 祝 辞   | 日本医学会会長 島 亘                    |
|         | 祝 辞   | アジア太平洋洋地区代表 Viliti Viranuvatti |
|         | 祝 辞   | アメリカ地区代表 Phillip P. Toskes     |
|         | 祝 辞   | 欧州地区代表 Ian A.D. Bouchier       |
| (11:00) | 閉会の辞  | 日本消化器病学会常任理事 小林 純三             |

โปรดตั้งกตเวทิตาให้เกียรติเราในการพูดก่อน Prof. P.P. Toskes ซึ่งเป็นนายก  
AGA ของอเมริกา และ Prof. Ian A.D. Bouchier ซึ่งเป็นนายกสมาคมโลก (OMGE)



American Gastroenterological Association และคนสุดท้ายคือ Outgoing President ของสมาคมโรกระบบทางเดินอาหารของโลก Prof. Ian Bouchier แต่เขาใช้คำว่าผู้แทนยุโรปแทน ซึ่งทำให้ข้าพเจ้าแปลกใจยิ่งขึ้น เมื่อมาถึงห้องรับแขกของเขา จึงพบว่าแขกที่พูดในคราวนี้มีแต่ข้าพเจ้า, นายเอกของอเมริกา (AGA) ส่วน Prof. Ian Bouchier ไม่มา อาจเป็นเพราะเขารู้สึกไม่พอใจที่ได้เพราะได้พูดเป็นคนสุดท้าย เมื่อผมพบเขาในงานตอนกลางคืน เขาบอกว่าเครื่องบิน delay มาไม่ทัน

เวลา 9.45 น. ในเช้าวันนั้น เป็นการเปิดงาน มีวงดนตรีของกองกำลังป้องกันประเทศ ทหารอากาศบรรเลง และมีชาวต่างประเทศเพียง 2 คน คือ ข้าพเจ้าและนายเอก AGA ส่วน Prof. Ian Bouchier ไม่มา ส่วนภรรยาข้าพเจ้าถูกเชิญให้ไปนั่งข้างล่างด้านหน้า, ต่อมาเขาเชิญไปนั่งบนเวทีที่ใหญ่โตมาก ห้องประชุมมีคนนั่งฟังแน่นไปหมด พวกที่ควรพูดนั่งเรียงกันทางซ้ายของเวที พวกกรรมการบริหารต่างๆของญี่ปุ่นนั่งอยู่ด้านขวาของเวทีเป็นแถวยาว มีเก้าอี้พิเศษ 2 ตัวใหญ่ และสวยงามอยู่ทางด้านซ้ายใกล้ ๆ กับพวกข้าพเจ้า ต่อมาสักครึ่งจึงมีเสียงคนตรัสกระทึก มีคนแถลงทางไมโครโฟนว่า มกุฎราชกุมารญี่ปุ่นและพระชายาสด็จมาแล้ว คือเข้าซาฮาริฮิโตะ กับเจ้าหญิงมาซาโกะ จากนั้นทั้งสองพระองค์ก็ทรงพระดำเนินออกจากทางข้างมาน ชาวญี่ปุ่นและแขกปรบมือต้อนรับ เจ้าฟ้าชายเสด็จนำหน้าอย่างสง่างาม สวมชุดดำเข้ม ส่วนเจ้าหญิงทรงมาลาปีกกว้างและกระโปรงชุดแดงม่วง พร้อมทั้งสิริโฉมงดงามยิ่ง ติดตามด้วยนายและนางก้านัล 1 คู่ มานั่งอยู่ด้านหลัง เมื่อเสด็จประทับนั่งแล้วประธานจัดงานก็กล่าวเปิดงานเป็นภาษาญี่ปุ่น ซึ่งพวกเราไม่เข้าใจ ต้องจากนั้น

ก็เชิญคณะกรรมการออกมาพูดทีละคน โดยเวลาทุกคนทำเวลาการพอสักประธาน และเจ้าหญิง โดยถาวรโค้งแบบญี่ปุ่น พอถึงข้าพเจ้า ได้ยืนชื่อตัวเองก็ออกไปถวายความเคารพทั้ง 2 พระองค์ โดยถาวรโค้งตัวและลึกซึ่งสูงกว่าแบบญี่ปุ่น แล้วโค้งคณะกรรมการผู้ฟังแบบญี่ปุ่น จากนั้นข้าพเจ้าเปลี่ยนวิธี address ใหม่ ไม่เหมือนกับที่ให้เขาไว้ในตอนแรก เพราะไม่แน่ใจว่าจะเสด็จหรือไม่ ในตอนนั้นจึงเป็นวิธีการพูดของข้าพเจ้า โดยการเปลี่ยน address เป็น Your Royal Highness Crown Prince Naruhito and Your Royal highness Princess Matsuho

เวลา 10.00 น. ศาสตราจารย์ Aoki ผู้เป็นประธานของงานออกมายืนบรรยาย พร้อมทั้งติดตามด้วยเพลงชาติญี่ปุ่น ต่อมาเป็นการเปิดงานโดยนายกสมาคมแพทย์ของญี่ปุ่น กล่าวอวยเชิญมกุฎราชกุมาร เจ้าฟ้าชายมาทรกลงกล่าวเปิดการประชุมเป็นการ การ ทุกคนลุกขึ้นยืน โค้งทักทายเคารพ ต่อไปเป็นคำกล่าวสดุดีโดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงศึกษาธิการ ตามด้วยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ประธานแพทย์สมาคมของประเทศญี่ปุ่น ประธานฝ่ายวิชาการทางแพทย์ของประเทศญี่ปุ่น และถัดมาเป็นตัวข้าพเจ้าเอง ทุกอย่างพูดเป็นภาษาญี่ปุ่นหมด ข้าพเจ้าไม่เข้าใจอะไรเลยและตอนนี้มีการแปลพระราชคำสรรห่ออื่น ๆ จนพอได้ยินชื่อข้าพเจ้า ก็ออกมาโค้งเจ้าฟ้าชายและพระชายาเลย เสร็จแล้วก็นับนพูดหน้าแทน คั่งรายงานข้างล่างนี้

Speech to be delivered by Professor Vikit Viranuvatti representing APAGA on Centennial Anniversary of Japanese Society of Gastroenterology

Your Royal Highness, Crown Prince Naruhito and Her Royal Highness Princess Matsako.

Your Excellences, Ministers

Dr. Tadasu Tsujii, President, Japanese Society of Gastroenterology.

Dr. Teruaki, President The Annual Meeting of the Japanese Society of Gastroenterology, distinguished hosts & guests, Ladies & Gentlemen

It is a great honor and privilege for me to be appointed honorary council of the Japanese Society of Gastroenterology and to make a speech on this auspicious occasion in the Memorial Ceremony in the Centennial Anniversary Meeting of the Japanese Society of Gastroenterology on behalf of APAGE, Naturally. I still recall the bygone days of the organisation of our APAGE in 1960. In 1958, I attended the first World Congress of Gastroenterology at Shoram Hotel in Washington D.C. I went to see Prof. H.L., Bockus, the world most eminent gastroenterologist who was the chairman of the organising committee of the World Congress to ask permission for me to present my only paper from Far East on "Primary carcinoma of liver, analysis of 90 cases" as all schedule was printed out in the program before I

arrived Washington. He said Professor Bierman who wrote a book on this subject was going to present his paper and I could add my own as an additional paper. He listened to my presentation on that day and congratulated me for my presentation. In 1959 he came to see me in Bangkok with Professor Barborka of Chicago and advised me to form Thailand Gastroenterological Association and that our association should form Asean Pacific Association of Gastroenterology and later joins the O.M.G.E. which Dr. Kawashima, at that time was President of Japanese Society of Gastroenterology who will contact me which I did agree whole heartedly. In 1959, Thailand Gastroenterological Association was founded with 25 members to begin with. A year later Dr. Kawashima wrote me a letter to join the founding of the Asia Pacific Association and invited representatives of all countries in the Asia Pacific region to go to Tokyo with this particular objective.

I arrived Tokyo on March 28, 1961 and we had conference on March 30 at 16.30 p.m. with the executive committee of the Japanese Society of Gastroenterology headed by Dr. Kawashima with representatives such as Dr. Philipps from Hong Kong, Dr. Austria and Dr. Liboro from Philippines. Dr. Chuttani from India, Dr. Haegerty from Australia, Dr. Sung from Taiwan. Two doctors from Ceylon, Dr. Udom Posakrisna and myself from Thailand. Dr. Bockus from U.S.A., Dr. Rudolph Henning from Germany and other observers such as Dr. Furokawa from cancer institute Deans and administrators from Japan.

Unanimous decision was made to from Asiatic and Oceanic Gastroenterological Association. Constitution by Law was drafted and approved on April 3, 1961 and of later the name was changed to Asia Pacific Association of Gastroenterology. India was approved to be the venue of next congress as proposed by Dr. Chuttani. Since then I have attended all APAGE meeting in Philippines, Singapore, Australia, New Zealand, Indonesia, Korea, Hong Kong and Thailand which I was appointed chairman of the congress in 1992

As time passes by, I see the progress in quality of research papers, basic and clinical, as well as newer development of instrumentation methodology such as interventional endoscopy which improve and strengthen our academic standard of APAGE to the highest level. To me personally, I think the progress and development are due to APAGE and our pioneer especially our senior Japanese gastroenterologists who found Japanese Society of gastroenterology 100 years ago and those who follows the footsteps up to the present time as we can visualise at this centennial meeting of the Japanese Society of Gastroenterology and I wish and look forward to the progress, advancement of new scientific, clinical and instrumental research for the future benefit of mankind. Finally, I thank you very much especially Japanese Gastroenterologist that no host country can surpass our dear Japanese colleagues.

เมื่อพูดจบได้รับการปรบมืออย่างเกรียวกราวมาจากผู้ฟังทั้งห้อง ข้าพเจ้าหันกลับมามองค่านับแต่ Crown Prince และพระราชชายาทรงพระสรวลตอบ แล้วโค้งประธานและคณะกรรมการเสร็จแล้วจึงกลับมานั่งที่เดิม

จากนั้นเป็นคำกล่าวของนายก AGA ซึ่งแน่นอนชาติอเมริกันคงไม่เป็น ข้าไปก็เลยพยักศิริระเส็กน้อย ถ้าชาวตะวันตกแล้วหมื่นองกับ ไม่มีการแสดงความเคารพมากนัก เป็นการพูดสั้น ๆ เช่นกัน แล้วกลับมาบ้าง

หลังจากนั้นเป็นการเสด็จกลับ 2 พระองค์ดูจากที่ประทับ พวกญี่ปุ่นให้พวกเรารอตามไปอีกห้องหนึ่งจากนั้นทั้งสองพระองค์ ก็ประทานพระหัตถ์ให้แก่ข้าพเจ้าจับ และนามากสมาคมโรคระบบทางเดินอาหารอเมริกัน ข้าพเจ้าได้กล่าวกับฟ้าหญิง มัทสุกะ ว่า "I have the honour of seeing you twice while you were in Bangkok ทรงพระสรวลและตอบว่า Thank you very much."

เมื่อพวกเรามาถึงเสด็จที่ประชุมชั้น 5 ของห้องประชุม พระองค์ท่านก็เสด็จลงไป ในตอนกลางคืนมีงานเลี้ยงใหญ่ Reception Party ที่ยิ่งใหญ่จริงๆ เครื่องดื่มทุกชนิดตั้งแต่เหล้า, สาเก, วิสกี้, เบียร์, ไวน์ ขาว-แดง, แซมเปอญี่ห้อด ๆ, เบียร์แทบทุกยี่ห้อ เหล้าก็มีทั้งเหล้าหวาน, เซอร์รี่ ฯลฯ อาหารก็เป็นอาหารที่ยิยมของชาวญี่ปุ่น เช่นซูชิยากี้, เทมปุระ ฯลฯ กินกันจนเหลือมากมายไม่มีหมด ในตอน Welcome Reception คราวนี้ข้าพเจ้าได้พบกับคุณหมอนพินิจ กุลละวณิชย์ และถูกสาว ซึ่งเป็นแพทย์และมารวมงานนั่งฟังด้วย ก็ชมชมข้าพเจ้ามากและบอกว่า ช่วยดื่มเต็มที่ ส่วนคุณหมอนพินิจ เข้าสมาคมกับแพทย์ต่างชาติได้อย่างดีเยี่ยม และไปทำการหาคนช่วยแยกไปโรงแรมที่ทาง



สามารถรวมจัดรวมที่เชียงใหม่เป็นหน้าที่ผู้ร่วมงาน ซึ่งได้รับความสนใจ  
อย่างยิ่ง ส่วนตัวข้าพเจ้านั้นรู้สึกว่าการเดินทางมาราวนี้ มีประสบการณ์ที่น่า  
ความสํารองแก่ประเทศไทยและการประชุมระหว่างชาติคือ ๆ ไปเป็นอย่าง  
ยิ่ง ข้าพเจ้าพบแพทย์ผู้เป็นทุกคนทุกรุ่น แสดงความชื่นชมว่า พุดได้ดีมากที่สุด  
คงเช่นเพราะเขาภูมิใจที่ได้ให้เกียรติแก่ข้ามาของเขาส่งพวกเขาคนไทยมีอยู่  
แล้วในจิตใจของเขา ไม่ได้แสสร้ง ผู้แทนทางภาคพื้นเอเชียอาคเนย์มาแสดง  
ความยินดีกับข้าพเจ้าและภรรยา แม้แต่สิงคโปร์ Dr.Chen, ใต้หวัน Dr. Sung,  
เกาหลี, ฮองกง (นายกคนใหม่) มาเลเซีย, อินเดีย, ปากีสถาน, ออสเตรเลีย,  
นิวซีแลนด์ ฯลฯ ร่วมกันเพื่อชาวญี่ปุ่นรุ่นกลาง และรุ่นเด็กซึ่งนั่งกันแน่นอยู่ใน  
ห้องประชุม ทุกคนบอกว่ายากจะมานั่งของไทยโดยเร็วที่สุด อยาก  
มาดู, เห็นและประชุม เป็นการโฆษณาพิเศษสุดเหลือคู่ใจ พวกภรรยาเพื่อน  
แพทย์เก่า ๆ ก็มาแสดงความยินดีกับภรรยาข้าพเจ้า โดยเฉพาะที่คุยพบกันมา  
ในการประชุมครั้งแล้วๆ ในไทยและต่างประเทศ

สรุปว่าการไปประชุมที่ญี่ปุ่นและอนุภูมิภาคสมาคมฯของเรา  
ข้าพเจ้าคิดว่าได้ผลคุ้มค่าและการพูดในที่ประชุม เป็นจุดเด่นที่สุดที่ผู้แทน  
ประเทศจะต้องทำให้ดีที่สุดและมีผลประโยชน์ที่สุด

ข้าพเจ้ามีความภูมิใจมากที่สุดในฐานะแพทย์ไทยคนหนึ่งที่ได้  
โอกาสและเกียรติอย่างยิ่งที่ได้พบ, พุดคุยและจับมือกับบุคคลสำคัญของโลก  
คนแรกคือ ท่านโจอินไหล ประธานาธิบดีของประเทศไทย ในปี ค.ศ. 1972 ที่มี  
โอกาสได้ไปเชื่อมความสัมพันธ์ทางการพูด รุ่นแรก โดยมี พลตำรวจเอก  
ชุมพล โลหะชาละ เป็นหัวหน้าคณะ, ข้าพเจ้า, คุณพิชัย วาสนาสัง และเสนา

คณะ พ.ต.ต.โกวิท ภูพานิช (ยศในขณะนั้น โดย ฯพณฯ จอมพลถนอม กิตติ  
ขจร ส่งไป โดยนำทีมป้องกันไทยที่ไปแข่งขันเป็นเวลาถึงหนึ่งเดือนเต็ม ก่อน  
จะมีการตั้งสถานชุด 2 ปีต่อมาจากนั้น และในครั้งนี้ได้รับพระราชทานให้เข้า  
เฝ้า ให้พระหัตถ์ จากมงกุฎราชกุมารและกุมารี ของพระมหากษัตริย์ญี่ปุ่น  
นับเป็นโชคที่คาดไม่ถึง

ข้าพเจ้าหวังมากในความดีร้ายของเราในปี ค.ศ.2002 อย่างแน่นอน

(ศาสตราจารย์ นายแพทย์วิกิจ วีรานูวัตต์)

สมาชิกกิตติมศักดิ์, นายกสมาคมโรคทางเดินอาหาร ของประเทศญี่ปุ่น

ที่ปรึกษา คณบดี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

อดีตนายกสมาคมโรคทางเดินอาหารภาคพื้นเอเชียแปซิฟิกและผู้ร่วมก่อตั้งสมาคม

Member and Founder Digestive Disease Foundation, สหรัฐอเมริกา

อดีตนายกสมาคมโรคตับแห่งชาติพื้น Asia-Pacific

Minutes  
OMGE General Assembly  
9 September 1998  
Vienna, Austria

Munich, October 16<sup>th</sup> 1998

Dear Prof. Hianant,

Enclosed please find a copy of the minutes of the OMGE General Assembly held recently in Vienna. The participation and input by your society was greatly appreciated. Kindly ensure that these minutes are distributed to the necessary members of your society, including the delegate (s) who attended the meeting. Should you have any amendments or comments, kindly submit these to the Executive Secretariat.

Yours sincerely,

Bridget Fischer  
Executive Secretariat

Minutes OMGE General Assembly  
Wednesday, September 9, 1998  
Austria Center, Vienna, Austria

Present:(see attached list of delegates)

Prof. I. Bouchier (President)  
Prof. M. Classen (Secretary General)  
Prof. J. Geenen (Treasurer)  
Prof. S. Konturek (Vice President)  
Prof. A. Thomson (Vice President)  
Prof. T. Takemoto (Vice President)  
Prof. C. Ohmann (Chairman Research Committee)  
Prof. C. Stanciu (Chairman Ethics Committee)  
Prof. A. Martin (Acting Chairman Education Committee)  
Prof. F. Villardell (Convenor Nominators Committee)  
Prof. P. Archila (CO-Opted Member)  
Prof. E. Quigley (Nominee)  
Prof. M. Schapiro (Industry Liaison Officer)  
Prof. J. Toouli (Nominee)  
Prof. G. Tytgat (Nominee)  
Prof. H. Asselah (Nominee)  
Prof. J. Cheng (Bidder WCOG 2002)  
Prof. T. Chainuvai (Bidder WCOG 2002)  
Ms. E. de Ranitz (Congex)  
Ms. S. van Laar (OMGE)  
Ms. L. Fett (OMGE)  
Ms. M. Pfeifer (OMGE)  
Ms. B Fischer (Executive Secretariat)  
Ms. S. Kipping (Executive Secretariat)  
Ms. G. Bonn (Executive Secretariat)

**1. Welcome by the President**

The President, Prof. Bouchier, welcomed all those present and commenced by announcing those important personalities who had

passed away since the last General Assembly: Tim de Dombal, Luigi Barbara, Francis A. Jones (first Bockus lecturer) and Ludwig Demling (second Bockus lecturer).

Prof. Bouchier reported the good general state of the OMGE and the efforts that have been undertaken to improve the contact to member societies. He thanked all those who had assisted in this.

Prof. Bouchier extended his thanks to the PCO, Congrex and the Executive Secretariat as well as the Treasurer, Secretary General and all board members for their support during his term of Presidency.

#### 1. Report form the Secretary General

##### Membership:

OMGE has a current total of 81 member societies and there regional associations: ASNEMGE/UEGF, AIGE, APAGE

Two important matters were dealt by Prof. Classen: the admission of the Chinese Society of Gastroenterology and the establishment of a 4<sup>th</sup> OMGE zone: Africa/Middle East (AMAGE).

##### New members:

The following societies whose applications were complete were approved membership by the General Assembly:

- The Egyptian Society of Gastroenterology
- The Gastroenterological Scientific Society of Russia
- Society Luxembourgaise de Gastro-Enterologie
- The Iraq Society of Gastroenterology
- The Chinese Society of Gastroenterology

In the case of the latter, the Taiwanese Society of Gastroenterology was thanked by the General Assembly for agreeing to change their

name to accommodate the application by the Chinese Society.

An evolvement in the management structure of the OMGE has rendered it more efficient and effective. Members were asked to supply up-to-date information on their societies on a regular basis to the Executive Secretariat, in particular, the African countries with whom communication is sometimes difficult.

Prof. Classen then went on to report on the development of the newsletter :World Gastroenterology News: which will continue to appear twice yearly. The newsletter is sent to 42000 gastroenterologists worldwide free-of-charge.

The World Congresses of Gastroenterology (WCOG) in Vienna have shown how effective a partnership between the OMGE and the Local Host Committee (LHC) can be. This has set a pattern for future meetings.

One of the aims of the OMGE is to strengthen links with regional associations, in particular with relation to the WCOG and regional meetings.

Prof. S.K.Lam requested that the minutes of the General Assembly by distributed to all member societies and published in the official Newsletter in a shortened version.

Prof. Classen showed a slide of the OMGE homepage and Ms Fischer provided some information regarding its structure and usage. She encouraged members to use this home page regularly, also for advertising of local meetings. Ms Fischer confirmed that any member society wishing to link their society homepage with the information. This will then be arranged.

OMGE activities in conjunction with local meetings was also dealt with by Prof. Classen who reported on the OMGE mini-symposium held in Beijing in October last year. This was held very successfully in conjunction with the first Chinese DDW. Similar such symposia are planned for the next period.

The PAGE (Progress in Academic Gastroenterology) project was explained by Prof. Classen. Over the past months, several trainees from Russia, Jemen, Slovakia, Estonia, Latvia, Pakistan and Vietnam were hosted at centers in Germany, Japan, USA and Great Britain where they received further training. This is an ongoing project which Prof. Classen encouraged delegates to support. Further information is available from the Executive Secretariat.

The establishment of a 4<sup>th</sup> OMGE Zone has been realized by the formation of the Africa-Middle East Association of Gastroenterology. The founding meeting took place done on establishing Statutes and a board.

## 2. Report from the Treasurer

Prof. Geenen stated that although the OMGE had stable funding, efforts were continuously being made to spend carefully. All but 4 member societies had paid their dues by the time of the General Assembly and the member societies were thanked for their cooperation in this regard. Other sources of income for the OMGE remain the contributions from the Concordat and the earnings from the WCOG. Prof. Geenen confirmed that the income from these WCOG will support the OMGE over the next four years. Most of the expenditure is done within the various committees.

An annual audit report is available and an authorized audit report on the WCOG 1998 will also be prepared. Prof. Geenen stated that if anyone had questions regarding the budget, they should approach

him directly. The annual report for 1997 is attached (see Attachment 1).

Prof. Bouchier also thanked the member societies for paying up their dues as this is not always an easy accomplishment for all societies. He confirmed that OMGE was aiming at complete transparency regarding its finances. The stimulus came from the industry who requested more transparency and member societies have access to this information.

Prof. Hassan from Jordan queried the annual budget of OMGE and Dr. Geenen informed him that it lay in the region of US\$3000000. Prof. S.K. Lam from Hong Kong asked for a report to be distributed to members in the future. He stressed the need for accountability and transparency. Prof. Bouchier confirmed that a report on the WCOG 1998 will either be sent to all Presidents of member societies or will be published in the Newsletter.

## 3. Report from the President WCOG 1998

Prof. Kreis was greeted with a round of applause in recognition of the success of the Vienna meeting.

Prof. Kreis began by thanking the General Assembly for having selected Austria as the site of these World Congresses four year ago. He mentioned that these congresses were organized according to a new structure in comparison to previous meeting and that sometimes difficulties had been experienced. Prof. Kreis offered to make comments which may be of use to organisers of forthcoming meetings.

He highlighted the fact that the UEGW, which has grown in importance over the past years, was entirely incorporated into the World Congresses and that this should be an example for the

future. He hoped that the delegates were happy with the content and quality of the meeting and thanked everybody for their assistance and support.

Prof. Bouchier confirmed the success of the current meeting and also extended his appreciation to the Chairman of the Scientific Program Committee, Prof. P. Ferenci.

#### 4. Approval of Statutes and By Laws

The draft Statutes and ByLaws were presented for ratification by the General Assembly. Prof. Bouchier explained that the original statutes had been modernized and there fore divided into two parts to facilitate organization of OMGE activities. The revised version had been distributed twice to member societies and n comments had been received by the Executive Committee. A two-thirds majority vote is required.

Prof. Hassan from Jordan pointed out that on Page 6 of the Statutes, the fourth zone should be revised to read Africa/Middle East. Approval was given by the General Assembly to rectify this point and the final approval of the new Statues and ByLaws was also given. There were no objections.

The revised Statutes and By Laws will be printed and distributed to member societies.

#### 5. Nominations

Prof. Villardell began by describing his role as convener of the Nominations Committee. He then presented the nominations for the various committee (see attachment). The position of Vice Chairman (Asian zone representative) can only be confirmed after the bidding for WCOG 2002 has been finalized. There were no objections and the proposals were unanimously accepted by the General Assembly.

Prof. Villardell ended by reflecting on the origins and developments of the OMGE over the past years. He received a round of applause from the General assembly for his contribution.

The following badges were passed on:

Presidents badge from Prof. Bouchier to Prof. Classen

Secretary General's badge from Prof. Classen to Prof. Quigley

#### 6. Concordat

Prof. Bouchier then extended his appreciation on behalf of the OMGE and delegates to the Concordat for their continued support. He reflected on the two-way process where by OMGE also assists the industry by keeping them informed of the developments and happenings within gastroenterology. The involvement of the industry in the preparation of these World Congresses was explained: Financial transparency has been achieved. Special thanks went to Prof. M Schapiro (Industry Liaison Officer) for his valuable contribution to the communication with the industry.

#### 7. Report from the Research Committee

Prof. Ohmann referred to the full written report which was distributed to all delegates. Historically, after the death of Tim de Dombal in 1995, Prof. Ohmann was asked to act a Chairman of the Research Committee until the next General Assembly could be held. Prof. Ohmann commenced work in 1996 and is currently collaborating with 50 members from national societies who are actively involved in the committee.

The main aim of the Committee is to support research around the world. A manual was developed and published in the newsletter and provided information on how to handle study protocols and processes. It provides the basis upon which the committee will work over the next four years.

At present 6 projects are underway, including the following topics:

- Abdominal pain (Eastern Europe and Africa)
- HIV and abdominal emergencies
- Telemedicine Project (EU and South America)
- Evidence based medicine and guidelines
- Educational database systems
- Intestinal metaplasia

Two further studies are currently under evaluation. The Research committee aims at providing a center for services, including an internet site and server which are already in place for use in research projects. Further expansion of this service is planned.

Long term aims include electronic study protocols for all major research projects with electronic evaluation of exclusion and inclusion criteria and data collection.

Collaboration with local meeting such as SAGES Meeting, Santo Domingo and other meetings in the Asian pacific region has taken place and will be expanded further.

Regular meeting of the committee will be scheduled during the DDW and WCOG.

Future aims of the Committee can be summarized as follows:

- Expand central services
- Finalize ongoing studies
- Initiate new trials

The Austrian delegate (Dr. Gasche) queried the budget of the Research Committee. Prof. Ohmann stated that the Research Committee receives a budget of US\$ 50000 from the OMGGE but that up to US\$1,500000 is raised in addition to this from other sources. Dr. Geenen informed the General Assembly of the process by which the budget for each committee is set: this based on a peer-

review system of proposals made by the chairman of each committee. Chairman are requested to find additional funding wherever possible to substitute the OMGGE budget amount.

#### 8. Report from the Education Committee

Prof. Martin gave his presentation on the structure and activities of the Education Committee. Prof. Martin has been acting Chairman of the committee since 1997. The aims of the committee are to promote a better knowledge of the various educational systems and to make proposals for improving education. Activities include the organization of symposia, lectures, consultations, surveys and publications. During 1997 and 1998 the Education Committee participated in various national meeting e.g. the Panamerican Congress in Santo Domingo, the SMIER Congresses in Strasbourg and Nancy, the Francophone African Congress in Daker and the Mediterranean Medical Congress in Samos.

Further activities include a world survey on training in gastroenterology (in collaboration with the Research Committee) and a publication on the teaching of Ethical Implications of clinical gastroenterology.

The Education Committee had a budget of US\$ 5000 for the period 1997-1998

Questions to be dealt with in the further include: aims, struction, roles and finances. These will be decided by the new committee.

#### 9. Report from the Ethics Committee

Prof. Stanciu presented this detailed report (see attachment) to the General Assembly. In 1976, the year of the founding of this committee by Prof. Villardell, OMGGE was the first organization to promote ethics in gastroenterology. Since then, the committee has

participated in at least 12 national/international meeting where ethics are an issue. Furthermore, workshops have been arranged for doctors from South Eastern and Central European countries.

Prof. Hassan from Jordan asked that the committee set standards and guidelines and that these be distributed to all national societies. He felt there was a need for this in certain countries. Prof. Bouchier confirmed that the new committee would deal with exactly this.

#### 10. The 4<sup>th</sup> OMGE Zone

In an attempt to formalize the existence of a fourth recognizable and substantial zone within OMGE, it was proposed to establish an African-Middle East Association of Gastroenterology comprising members of the African Federation and the Pan-Arab Association. After several discussions, this group has now been formed but not yet formally recognized. The next steps include collating official statutes and electing a board of officers. A Working Party has been formed to devise the Statutes of this new association and this Working Party will be assisted by Prof. Bouchier who will serve as an advisor on the committee. The draft Statutes will be distributed to all African and Middle East national societies and then ratified during the DDW. Final recognition of the zone can only then be sought from the General Assembly of the OMGE. Prof. Bouchier assured those present that it was not the aim of the OMGE to force this zone onto its African and Middle East colleagues but that the OMGE was convinced that this would be the best solution for all concerned and would improve the representation of this region within OMGE in future activities. The General Assembly gave its approval for the incorporation of the new Association once all requirements had been fulfilled.

#### 11. The Chinese Society of Gastroenterology

Prof. Bouchier extended his appreciation to the Taiwanese Society of Gastroenterology for their accommodation of the change of name in order to allow China entry to the OMGE. The Taiwanese Society will therefore be known as the "Chinese Taiwan Gastroenterological Society". Professor Pan and Prof. S.K. Lam were also thanked for their valuable assistance in negotiations with the Chinese Society and authorities. Prof. Bouchier then thanked Prof. Classen for his determination to resolve this complicated matter. He had made it possible for both societies to belong to the OMGE and for each to have full voting power. Final documentation (membership list of the Chinese Society) was being collected. The OMGE now encompasses all major gastroenterological regions in the world.

The General Assembly unanimously accepted the application for membership by the Chinese Society of Gastroenterology.

Prof. S.K. Lam then congratulated both Prof. Bouchier and Prof. Classen for playing such important roles in these negotiations. He also congratulated Taiwan for being so accommodated.

In accordance with the Statutes, Hong Kong, China and Taiwan will each retain one vote within the General Assembly.

#### 12. Voting of the WCOG 2002

Prof. Bouchier introduced this topic by explaining the bidding process for the World Congresses. In total, 4 applications were received: Canada, Brazil, Thailand and Singapore. According to tradition however, the Congresses are due to rotate to the Asian continent in 2002 and it was therefore decided, amongst other reasons, to accept the bids of Thailand and Singapore. Both societies had held their receptions in Vienna on the Monday evening prior to the General Assembly.

Video and live presentations were then given by both candidates, each lasting 15 minutes:

1. The Gastroenterological Society of Singapore
2. The Gastroenterological Association of Thailand

Time for discussion was then given but there were no questions from the floor.

All paid-up member societies were then asked to cast their vote. Votes were collected and counted while being scrutinized by two independent observers (Prof. Toskes, USA and Prof. Asselah, Algeria). The final vote count was as follows:

53 votes for Bangkok  
22 votes for Singapore

Therefore, the World Congresses of Gastroenterology 2002 will be held in Bangkok. Applause was given to both societies for their presentations and to the President of the WCOG 2002, Prof. T. Chainuvat. According to this decision, Prof. Cheng from Singapore will become Vice President of OMGE (Asian Pacific zone).

There being no further business to discuss, the meeting was adjourned.

Attendance at OMGE General Assembly  
September 9, 1998, Vienna, Austria

Delegates Representation

| Country     | Delegate       | Delegate       |
|-------------|----------------|----------------|
| Albania     | Resuli, Baskim | Prifti, Skerdi |
| Algeria     | Asselah, H     |                |
| Argentina   | Soife, LO      |                |
| Australia   | Wilson, J      | Yeomans        |
| Austria     | Judmaier, G    | Gasche         |
| Belgium     | Deviere, J     |                |
| Belgium     | Geboes, K      | Van Hooitegem  |
| Bolivia     | Villa-Gomez, G |                |
| Brazil      | Costa Lyra     |                |
| Bulgaria    | Meechov, G     |                |
| Byelorussia | Marakhovski, J | Marakhovski, K |

|                    |                  |               |
|--------------------|------------------|---------------|
| Canada             | Chaun, H         |               |
| Costa Rica         | Izquiero, E      | Heria, F      |
| Chile              | Brahm, J         |               |
| Colombia           | Archia           | Sonzalez      |
| Croatia            | Vucelic, B       |               |
| Cuba               | Llanio           |               |
| Czech Republic     | Kotlik, J        |               |
| Denmark            | Fischer, A       | Thomson, O    |
| Dominican Republic | Hernandes, A     | Echavarria    |
| Ecuador            | Morales, J       |               |
| Egypt              | Salama, H        | Thakeb, F     |
| Estonia            | Salupere, V      |               |
| Finland            | Lentola, J       | Jouhonai, P   |
| France             | Amouretti, M     | Bretagne, JF  |
| Germany            |                  |               |
| Greece             | Eygenides, N     | Kitis, G      |
| Hong Kong          | S.K. Lam         | Chan, C-k     |
| Hungary            | Tulassay, Z      | Racz          |
| Iceland            | Gudjonsson       | Haraldsdottir |
| India              | Joshi, YK        | Sharma, MP    |
| Indonesia          | Wibowo, S        | Lesmana, LA   |
| Iran               | Mirmajelessi, SH |               |
| Irak               | Fayadh           | Kassir        |
| Ireland            | O'Regan, P       |               |
| Israel             | Bar-Meir, S      |               |
| Italy              | Francavilla      |               |
| Japan              | Tsujii, T        | Idezuki, Y    |
| Jordan             | Hassan, A        | Sharaha       |
| Kenya              | Lule, G          |               |
| Larvia             |                  |               |
| Lebanon            |                  |               |
| Lithuania          | Irnius, A        | Speiciene     |
| Luxembourg         | Kerschen         |               |
| Macedonia          | Vasilevski, V    | Mukaetova     |
| Malaysia           | Kandasami, P     | Seng, TS      |
| Mexico             |                  |               |
| Morocco            |                  |               |
| New Zealand        | Tasman-Jones, C  | Lane, M       |



### OMGE TREASURER'S REPORT

January 1, 1997-December 31, 1997

Joseph E. Geenen, M.D.

Balance sheet

CASH

|                                 |           |                     |
|---------------------------------|-----------|---------------------|
| Cash & Money Market Investments | \$        | 58,935.96           |
| Bank Certificates of Deposits   | \$        | 1,034,989.87        |
| Fidelity Cash Reserves          | \$        | 76,567.44           |
| US Treasury Bill                | \$        | 29,654.03           |
| <b>Total Cash Investments</b>   | <b>\$</b> | <b>1,200,147.30</b> |

Incomes Statement

RECEIPTS

|                         |           |                   |
|-------------------------|-----------|-------------------|
| Members Dues            | \$        | 59,251.80         |
| Concordat Contributions | \$        | 370,000.00        |
| Interest and Dividends  | \$        | 73,004.53         |
| Rublication Royalties   | \$        | 5,716.60          |
| <b>Total Revenues</b>   | <b>\$</b> | <b>507,972.93</b> |

|                       |                      |                  |
|-----------------------|----------------------|------------------|
| Norway                | Schlichting, E       |                  |
| Pakistan              |                      |                  |
| Paraguay              | Aguero, G            |                  |
| Peru                  | Zapata, CE           |                  |
| Philippines           | Sollano              | Hudan, E         |
| Poland                | Hryniewicki, L       | Nowak, A         |
| Portugal              | Vasconcelos-Teixeira | Rendonca, Santos |
| Puerto-Rico           | Gomez                |                  |
| Romania               | Stefani, D           |                  |
| Russia GSSR           | Loginov              |                  |
| Russia RGA            | Ivashkin             | Troukhnmanov     |
| Saudi Arabia          | Al Mofleh, IA        | Al Faleh, FZ     |
| Singapore             | Cheng, J             | Chong, R         |
| Slovak Republic       | Vavrecka, A          | Britx, M/Safar   |
| Slovenia              | Markovic, S          | Kozeli           |
| South Africa          | Schneider, HR        |                  |
| South Korea           | Yoon, Y              | Kim, YH          |
| Spain                 | Boix-Valverde        | Amrengol-Miro    |
| Sri Lanka             | Fernando, D          | De Silva, H      |
| Sudan                 | Ghallil              | All, A           |
| Sweden                |                      | Nystrom          |
| Switzerland           | Muller               | Fried            |
| Syria                 | Ghazzi               | Kayali           |
| Taiwan                | Cheng, D.S.          | Yang, P.M        |
| Thailand              | Hitanant, S          | Viranuvati, V    |
| The Netherlands       | Lamers, CBHW         | Hameteman        |
| Tunisia               | Benkhalifa, H        |                  |
| Turkey                | Ozden                | Unal, S          |
| Uganda                |                      |                  |
| Ukraine               | Babak, O             |                  |
| United Kingdom        | Langman, MJS         | Daneshmend       |
| USA-ACG               | Svoboda, A           |                  |
| USA-AGA               | Toskes, P            |                  |
| Uruguay               | Zeballos, E          | Cohen, H         |
| Venezuela             |                      |                  |
| Vietnam               | Huyen, N             | Dr. P.T.T.H      |
| West Africa- Cameroon | Njoya, O             | Tzeuton          |
| Yugoslavia            | Bulajic              |                  |

## EXPENDITURES

|                             |    |            |
|-----------------------------|----|------------|
| Governing Board & Committee | \$ | 137,003.62 |
| General & Administration    | \$ | 170,607.62 |
| Meeting                     | \$ | 19,457.89  |
| Total Expenditures          | \$ | 327,069.13 |

## บรรณาธิการแถลง

ท่านที่มีโอกาสไปร่วมประชุม ณ โรงแรมอมรินทร์ลาดูนง จังหวัดพิษณุโลก ระหว่างวันที่ 19-20 พฤศจิกายนที่ผ่านมา คงจะได้รับทราบถึงผลการดำเนินการต่างๆ ในรอบ 2 ปี วาระในการประชุมอีกอันที่สำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าการเลือกตั้งนายกสมาคมฯ ก็คือในการประชุมสามัญประจำปี ซึ่งจะมีการนำเสนอตำแหน่งนายกสมาคมฯ หนึ่งรายนายกสมาคมฯ หมายถึงผู้ที่จะไปดำรงตำแหน่งนายกสมาคมคนต่อไป การมีตำแหน่งรายนายกนี้ เพื่อให้นายกสมาคมคนใหม่ได้มีโอกาสรู้การทำงานตลอดจนทราบถึงนโยบาย, แผนการดำเนินงานของสมาคมในระยะยาวต่อไป เพื่อให้ได้ให้การดำเนินการเป็นไปอย่างต่อเนื่องไม่ติดขัด นอกจากนี้ยังทำให้สมาคมอื่นๆ ทั้งในและต่างประเทศสามารถกำหนดตัวบุคคลที่จะเข้ามาติดต่ออันจะทำให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างราบรื่น

เมื่อวันที่ 3-11 พฤศจิกายน ที่ผ่านมา ได้มีการประชุม IASLD (International Association for the Study of Liver Diseases) และการประชุมประจำปีของ AASLD (American Association for the Study of Liver Diseases) ณ เมืองชิคาโก ประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งเป็นการประชุมโรคตับที่ทั่วโลกให้การสนใจมากที่สุด มีผู้เข้าร่วมประชุมทั่วโลกไม่ต่ำกว่า 3,500 คน สำหรับประเทศไทยนั้นประกอบด้วย นพ.พินิจ ฤกษ์ละวณิชย์, นพ.ไพโรจน์ เหลือง วัฒนกุล, นพ.พงษ์พีระ สุวรรณกุล และศัลยกระผม

|                                     |    |              |
|-------------------------------------|----|--------------|
| Change in fund balance              |    |              |
| Excess of Revenue over Expenditures | \$ | 180,903.80   |
| Fund Balance, Beginning of Period   |    | 1,019,243.50 |
| Total Balance, End of Period        | \$ | 1,200,147.30 |

การประชุมครั้งนี้มีผู้เข้าร่วมประชุมไม่ต่ำกว่า 3,500 คน ซึ่งเป็นแพทย์ที่ทำงานด้านโรคตับ, มีการส่งรายงานการวิจัยเข้าร่วมประชุมไม่ต่ำกว่า 2,300 paper สำหรับความรู้และวิชาการที่ได้จากการประชุมก็จะนำมา รวบรวมเรียบเรียงให้สมาชิกของเราได้ทราบเหมือนเช่นเคย ดังเช่นการประชุมประจำปีที่จังหวัดพิษณุโลก เราก็ได้รวบรวมความรู้ใหม่ๆจากการประชุม World Congress ที่เวียดนาม และการประชุมสมาคมทางเดินอาหารของประเทศสหรัฐอเมริกา ณ เมืองนิวยอร์ก ระหว่างเดือนพฤษภาคม 2541 ที่ผ่านมานี้ นอกจากนี้การไปร่วมประชุมที่ชิคาโกในครั้งนี้ยังมีวัตถุประสงค์ที่จะเลือกเฟ้นตัววิทยากร ผู้ที่มีความรู้ ความสามารถในการแจ้งวิชาการและการถ่ายทอดความรู้เพื่อให้มาบรรยายในการประชุม Digestive Disease Week of Thailand ซึ่งจะมีขึ้นในระหว่างวันที่ 12-16 ธันวาคม 2542 ณ โรงแรมปางสวนแก้ว จังหวัดเชียงใหม่

สุดท้ายนี้ กระผมในนามของสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทยขออารธนาคุณพระศรีรัตนไตรและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ทั้งหลาย จงดลบันดาลให้สมาชิกของสมาคมฯและครอบครัวประสบความสำเร็จ ประสบความสุข ปราศจากทุกข์โรคภัย เปี่ยมพร้อมไปด้วยพลังกายและใจที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยให้ปราศจากความทุกข์ยาก ตลอดจนประเทศไทยอันเป็นที่รักให้ผ่านวิกฤตการณ์ต่างๆได้เป็นอย่างดี

พ.อ.นพ.อนุชิต จูฑะพุทธิ