



ฉบับที่ 37

- **รายนามคณะกรรมการอำนวยการสมาคม
(วาระ พ.ศ.2544-2545)**
- *Toxic Megacolon*
- *Journal Watch*

จุลสารสมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย
ปีที่ 9 ฉบับที่ 37
กุมภาพันธ์ 2544

สารบัญ

	หน้า
รายนามคณะกรรมการอำนวยการ	4
สมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย	
สารจากนายกสมาคม	10
รายงานการประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯครั้งที่ 1/2544	14
รายงานการประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯครั้งที่ 2/2544	24
Interhospital GI Conference	
Case 1 64 yr-old man with recent onset of epigastric pain And syncope	43
Case 2 A 19 yr-old woman with chronic diarrhea left pleural Effusion and SOL in liver	56
Interesting Topics Review	
Diaphragmatic Hernias	46
Churg-Strauss syndrome	67
Toxic Megacolon	79
Journal Watch	97
บทความพิเศษ	101
บรรณาธิการแถลง	110
ผู้สนับสนุนการจัดพิมพ์หนังสือจุลสารสมาคม	112
ใบสมัครเป็นสมาชิกสมาคม	113

รายนามคณะกรรมการอำนวยการสมาคม

วาระปี 2544-2545

- | | | |
|---|--|----------------------------------|
| 1. แพทย์หญิงศศิประภา บุญญพิสิฏฐ์ | | นายกสมาคม |
| 2. นายแพทย์ประวิทย์ เลิศวีระศิริกุล | | รั้งตำแหน่งนายก |
| 3. นายแพทย์มานิต ลีโทชวลิต | | อุปนายก |
| 4. นายแพทย์ทวีศักดิ์ แทนวันดี | | เลขานุการ |
| 5. แพทย์หญิงชุติมา ประมูลสินทรัพย์ | | เหรัญญิก |
| 6. นายแพทย์จรินทร์ โรจน์บวรวิทยา | | ประธานฝ่ายปฏิคม |
| 7. นายแพทย์กำธร เผ่าสวัสดิ์ | | ประธานฝ่ายวิจัย |
| 8. แพทย์หญิงวโรชา มหาชัย | | ประธานฝ่ายวิชาการ |
| 9. นายแพทย์ไพโรจน์ เหลืองโรจนกุล | | ประธานฝ่ายโรคตับ |
| 10. พันเอกนายแพทย์สุรพล ชื่นรักนกุล | | ประธานฝ่ายเอ็น โคส โคบีบี |
| 11. นายแพทย์พิศาล ไม้เรียง | | ประธานฝ่ายการศึกษา
หลังปริญญา |
| 12. นายแพทย์สุชา คุระทอง | | ประธานฝ่ายวารสาร |
| 13. นายแพทย์ธีระ พิรัชวิสุทธิ | | ประธานฝ่ายวิเทศสัมพันธ์ |
| 14. นายแพทย์ทองดี ชัยพานิช | | กรรมการกลาง |
| 15. นายแพทย์คณิศ อธิสุข | | กรรมการกลาง |
| 16. แพทย์หญิงโจมศรี โนมิตชัยวัฒน์ | | กรรมการกลาง |
| 17. นายแพทย์นุสนธิ์ กัดเจริญ | | กรรมการกลาง |
| 18. นายแพทย์บัญชา โอวาทพารพร | | กรรมการกลาง |
| 19. นายแพทย์พงษ์พีระ สุวรรณกุล | | กรรมการกลาง |
| 20. นาวาอากาศเอกนายแพทย์ไพฑูรย์ จ้วงพานิช | | กรรมการกลาง |

- | | | |
|---------------------------------|----------------|-------------|
| 21. แพทย์หญิงลินดา | บรวาน์ | กรรมการกลาง |
| 22. พันตำรวจเอกนายแพทย์วรพันธุ์ | เสาวรส | กรรมการกลาง |
| 23. นาวาอากาศโทนายแพทย์วิญญู | จันทรสุนทรกุล | กรรมการกลาง |
| 24. นายแพทย์วีรกิจ | วีรานวัตต์ | กรรมการกลาง |
| 25. แพทย์หญิงวีณา | วงศ์พานิช | กรรมการกลาง |
| 26. นายแพทย์สถาพร | มานัสสถิตย์ | กรรมการกลาง |
| 27. นายแพทย์สมชาย | ลีลากุลดวงศ์ | กรรมการกลาง |
| (ผู้ช่วยเลขาธิการ) | | |
| 28. พันเอกนายแพทย์สุรพล | สุรางค์ศรีรัฐ | กรรมการกลาง |
| 29. นายแพทย์สุริยะ | จ๊กกะพาก | กรรมการกลาง |
| 30. นายแพทย์อ่องอาจ | ไพโรตมหารางกูร | กรรมการกลาง |
| 31. พันเอกนายแพทย์อนุชิต | จู่ทะพุทธิ | กรรมการกลาง |
| 32. นายแพทย์อุดม | คชินทร | กรรมการกลาง |
| 33. แพทย์หญิงกรรณิการ์ | พรพัฒน์กุล | ที่ปรึกษา |
| 34. นายแพทย์เกรียงไกร | อัครวงศ์ | ที่ปรึกษา |
| 35. นายแพทย์จินดา | สุวรรณรักษ์ | ที่ปรึกษา |
| 36. นายแพทย์พินิจ | กุลละวณิชย์ | ที่ปรึกษา |
| 37. นายแพทย์เต็มชัย | ไชยนวัตติ | ที่ปรึกษา |
| 38. พลตรีนายแพทย์วิชัย | ชัยประภา | ที่ปรึกษา |
| 39. นายแพทย์สมหมาย | วิไลรัตน์ | ที่ปรึกษา |
| 40. นายแพทย์สวัสดิ์ | หิตะนันท์ | ที่ปรึกษา |
| 41. นายแพทย์สังพันธ์ | อิศรเสนา | ที่ปรึกษา |
| 42. พลอากาศตรีนายแพทย์สุจินต์ | จารุจินดา | ที่ปรึกษา |

รายนามคณะอนุกรรมการฝ่ายวิจัย

- | | | | |
|-----|-----------------------------|-----------------|------------|
| 1. | นายแพทย์กำธร | เผ่าสวัสดิ์ | ประธาน |
| 2. | นายแพทย์จรินทร์ | โรจน์บวรวิทยา | อนุกรรมการ |
| 3. | แพทย์หญิง โฉมศรี | โมยิตชัยวัฒน์ | อนุกรรมการ |
| 4. | แพทย์หญิงชุติมา | ประมูลสินทรัพย์ | อนุกรรมการ |
| 5. | นายแพทย์ธีระ | พิรัชวิสุทธิ | อนุกรรมการ |
| 6. | นายแพทย์นุสนธิ์ | กัลลเจริญ | อนุกรรมการ |
| 7. | นายแพทย์บัญชา | โอวาทพารพร | อนุกรรมการ |
| 8. | นายแพทย์ประวิทย์ | เลิศวีระศิริกุล | อนุกรรมการ |
| 9. | นายแพทย์พลรัตน์ | วิไลรัตน์ | อนุกรรมการ |
| 10. | นายแพทย์พิศาล | ไม้เรียง | อนุกรรมการ |
| 11. | นายแพทย์มานิต | สีโทชวลิต | อนุกรรมการ |
| 12. | นายแพทย์ชูธนา | ศตวรรษธำรง | อนุกรรมการ |
| 13. | นาวาอากาศโทนายแพทย์วิญญู | จันทรสุนทรกุล | อนุกรรมการ |
| 14. | แพทย์หญิงวโรชา | มหาชัย | อนุกรรมการ |
| 15. | พันตำรวจเอกนายแพทย์วรพันธุ์ | เสาวรส | อนุกรรมการ |
| 16. | นายแพทย์ศตวรรษ | ทองสวัสดิ์ | อนุกรรมการ |
| 17. | นายแพทย์สถาพร | มานัสสถิตย์ | อนุกรรมการ |
| 18. | นายแพทย์เสถียร | เดชะไพฑูรย์ | อนุกรรมการ |
| 19. | พันเอกนายแพทย์สุรพล | ชินรัตน์กุล | อนุกรรมการ |
| 20. | พันเอกนายแพทย์สุรพล | สุรางค์ศรีรัฐ | อนุกรรมการ |

21. นายแพทย์ศิริวัฒน์	อนันตพันธุ์พงศ์	อนุกรรมการ
22. นายแพทย์อองอาจ	ไพโรสณทรางกูร	อนุกรรมการ
23. พันเอกนายแพทย์อนุชิต	จู่ชะพุทธิ	อนุกรรมการ
24. นายแพทย์อุดม	คชินทร	อนุกรรมการ
25. นายแพทย์อุทัย	แก้วเอียน	อนุกรรมการ
26. แพทย์หญิงกรรณิการ์	พรพัฒน์กุล	ที่ปรึกษา
27. นายแพทย์เกรียงไกร	อัครวงศ์	ที่ปรึกษา
28. นายแพทย์ทองดี	ชัยพานิช	ที่ปรึกษา
29. นายแพทย์พินิจ	กุลละวณิชย์	ที่ปรึกษา
30. นายแพทย์พงษ์พีระ	สุวรรณกุล	ที่ปรึกษา
31. แพทย์หญิงศศิประภา	บุญญหิสิฎฐ์	ที่ปรึกษา
32. นายแพทย์สวัสดิ์	หิตะนันท์	ที่ปรึกษา
33. นายแพทย์สุชา	สุระทอง	ที่ปรึกษา

รายนามคณะอนุกรรมการฝ่ายโรคตับ

- | | | |
|-------------------------|-----------------|-----------|
| 1. นายแพทย์ไพโรจน์ | เหลือองโรจนกุล | ประธาน |
| 2. แพทย์หญิงชุติมา | ประมุขสินทรัพย์ | รองประธาน |
| 3. นายแพทย์ทวีศักดิ์ | แทนวันดี | กรรมการ |
| 4. นายแพทย์เติมชัย | ไชยนิวดี | กรรมการ |
| 5. นายแพทย์ยง | ภู่วรรณ | กรรมการ |
| 6. แพทย์หญิงวโรชา | มหาชัย | กรรมการ |
| 7. พันเอกนายแพทย์อโนชิต | จูทะพุทธิ | กรรมการ |
| 8. นายแพทย์ธีระ | พิรัชวิสุทธิ | เลขานุการ |

รายนามคณะอนุกรรมการฝ่ายวิเทศสัมพันธ์

- | | | |
|-------------------|--------------|------------|
| 1. นายแพทย์ธีระ | พิรัชวิสุทธิ | ประธาน |
| 2. นายแพทย์พิศาล | ไม้เรียง | อนุกรรมการ |
| 3. นายแพทย์ศตวรรษ | ทองสวัสดิ์ | อนุกรรมการ |
| 4. นายแพทย์สุริยะ | จ๊กกะปาก | อนุกรรมการ |
| 5. แพทย์หญิงนภาพร | จำริญกุล | อนุกรรมการ |
| 6. นายแพทย์สมชาย | ลีลากุลวงศ์ | อนุกรรมการ |

รายนามคณะอนุกรรมฝ่ายการศึกษาหลังปริญญา

- | | | |
|---------------------------------|-----------------|------------|
| 1. นายแพทย์พิศาล | ไม้เรียง | ประธาน |
| 2. นายแพทย์เกรียงไกร | อัครวงศ์ | อนุกรรมการ |
| 3. นายแพทย์กำธร | เผ่าสวัสดิ์ | อนุกรรมการ |
| 4. นายแพทย์จรินทร์ | โรจน์บวรวิทยา | อนุกรรมการ |
| 5. แพทย์หญิงเฉลียว | ประสงค์สุขสันต์ | อนุกรรมการ |
| 6. แพทย์หญิงโฉมศรี | โชนิตชัยวัฒน์ | อนุกรรมการ |
| 7. นายแพทย์ทวีศักดิ์ | แทนวันดี | อนุกรรมการ |
| 8. นายแพทย์ธีระ | พิรัชวิสุทธิ | อนุกรรมการ |
| 9. นายแพทย์บัญชา | โอวาทพารพ | อนุกรรมการ |
| 10. นายแพทย์พลรัตน์ | วิไลรัตน์ | อนุกรรมการ |
| 11. นายแพทย์รังสรรค์ | กฤษนิมิตร | อนุกรรมการ |
| 12. พันตำรวจเอกนายแพทย์วรพันธุ์ | เสาวรส | อนุกรรมการ |
| 13. นาวาอากาศโทนายแพทย์วิญญู | จันทร์สุนทรกุล | อนุกรรมการ |
| 14. นายแพทย์ศตวรรษ | ทองสวัสดิ์ | อนุกรรมการ |
| 15. พันเอกนายแพทย์สุรพล | สุรางค์ศรีรัฐ | อนุกรรมการ |
| 16. พันเอกนายแพทย์อนุชิต | จู่ทะพุทธิ | อนุกรรมการ |
| 17. นายแพทย์อุดม | คชินทร | อนุกรรมการ |
| 18. นายแพทย์อุคร | ศรีวัฒน์ | อนุกรรมการ |

สารจากนายกสมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย



เรียน ท่านสมาชิกสมาคม ที่รักเคารพทุกท่าน

ก่อนอื่นดิฉันต้องขอบอกว่ารู้สึกเป็นเกียรติอย่างยิ่งที่ท่านสมาชิกได้เลือกให้ดิฉันเป็นนายกสมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทยในวาระ 2 ปีนี้ (พ.ศ.2544-2545) และขอขอบคุณทุกท่านในโอกาสนี้ และขอป่าววารณาตนเองที่จะรับใช้ท่านสมาชิกทุกท่าน และทำงานให้ดีที่สุด เพื่อจะนำความเจริญทั้งในด้านวิชาการ กาสร้างความสามัคคีในหมู่สมาชิก ตลอดจนการเผยแพร่ความรู้ให้แก่หมู่สมาชิกและประชาชนทั่วไป

นโยบายหลักๆของสมาคมที่จะในช่วง 2 ปีข้างหน้า เช่น

- ด้านการวิจัย ขณะนี้ก็มีกรดำเนินงานแล้วหลายด้านเช่น มีการรวมกลุ่มของสถาบันต่างๆในการทำ Clinical และ Basic Research เพื่อจะแก้ไขปัญหาลำคัญของประเทศ เช่น Hepatoma, Dyspepsia, Chronic Hepatitis เป็นต้น

- ด้านการศึกษาหลังปริญญา หลังจากได้จัดทำ การตรวจสอบและ ประเมินสถาบันฝึกอบรมแล้ว ทำให้คณะกรรมการได้ข้อคิดเห็นหลายประการ ในการที่จะพัฒนาสถาบันฝึกอบรมต่างๆให้มีความพร้อมเท่าเทียมกัน จะ พยายามจัดให้มีการฝึกอบรมในด้านที่ยังไม่พร้อมให้ดีขึ้น โดยจะจัดให้มีการ อบรม Medical Science for Postgraduate ให้ 5 วันแรกของเดือนมิถุนายน ก่อนที่เฟลโลว์จะเริ่มการฝึกอบรมในปี 2544 และจะจัดให้มีสื่อการสอนให้แก่ สถาบันฝึกอบรมต่างๆ

- ด้านวารสารทางวิชาการ ขณะนี้ได้มี The Thai Journal of Gastroenterology พิมพ์ออกมาแล้ว 2 ฉบับ โดยได้รับความกรุณาจาก อาจารย์สุชา คุระทอง ซึ่งเป็นบรรณาธิการ ตลอดจนคณะกรรมการของกอง บรรณาธิการ และฉบับต่อไปก็กำลังจะออกตามมา ขอเชิญชวนท่านสมาชิก ที่มีบทความและผลงานวิจัย สามารถส่งเข้ามาได้นะคะ

- จุลสารสมาคมที่หายไประยะหนึ่งแต่ด้วยเสียงเรียกร้องของสมาชิก ขณะนี้กลับมาตามปกติ

- หนังสือวิวัฒนาการโรกระบบทางเดินอาหารที่หายไปจะกลับมาจัด พิมพ์ใหม่ในปี นี้ โดยได้รับความกรุณาจากอาจารย์ชุตติมา ประมูลสินทรัพย์ เป็นบรรณาธิการ

- สำหรับสมาชิกท่านใดที่สนใจด้าน Internet ทางสมาคมได้จัดทำ website ของสมาคมแก่แพทย์ผู้สนใจและประชาชนทั่วไป สามารถเข้ามาดูได้ที่ www.thaigastro.org ซึ่งจะเป็นทั้ง one way และ two way communication

- ด้านการเผยแพร่ความรู้แก่ประชาชน ขณะนี้กลุ่มชมรมต่างๆของสมาคมก็ได้ทำกันอยู่แล้ว เช่นชมรมโรคตับ และกำลังจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆโดยจะประชาสัมพันธ์ทั้งด้านแผ่นพับ, วิทยู และโทรทัศน์

- ขณะนี้ได้มีการตั้งชมรมขึ้นหลายชมรมเพื่อที่จะทำงานในสาขาต่างๆของโรกระบบทางเดินอาหาร เช่นกลุ่มวิจัยโรคกระเพาะอาหาร, ชมรมโรคตับ และ Motility Club ซึ่งต่อไปคงจะมีชมรม Endoscopy โดยจะจัดทำ Workshop ทั้งในระดับ basic และ advance ท่านสมาชิกทั้งหลายที่สนใจด้านนี้คงต้องติดตามข่าวต่อไปนะคะ

- การจัดทำ Interhospital GI Conference ได้จัดประชุมทุกเดือน

- การประชุมใหญ่สามัญประจำปี 2544 นั้น นอกจากจะเพิ่ม CME Credit แล้ว ยังเป็นการพบปะสังสรรค์และเป็นการแลกเปลี่ยนความรู้ในหมู่สมาชิกด้วย สำหรับในปี 2544 นี้ กำหนดให้จัดในวันที่ 25-26 ตุลาคม 2544

- การสร้างความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์ของสถาบันการแพทย์ทั้งในและนอกประเทศนั้น ขณะนี้เรามีงานใหญ่รออยู่คือการประชุม World Congress of Gastroenterology 2002 ที่กรุงเทพฯ สมาคมจะร่วมมือและประสานงานเพื่อให้การประชุมสำเร็จ และยิ่งใหญ่สมกับเป็น World Congress และจะพยายามส่งเสริมให้มีการจัดประชุมทางวิชาการในระดับภูมิภาคและระดับโลกครั้งต่อไปด้วย

หวังว่าสมาชิกคงให้ความร่วมมือกับสมาคมและมาร่วมประชุมสมาคมมากๆเพื่อจะให้สมาคมเราแข็งแกร่งและมีความก้าวหน้าในทุกๆด้าน

เนื่องในวาระดิถีขึ้นปีใหม่ ดิฉันขออาราธนาคุณพระศรีรัตนตรัยและ
สิ่งศักดิ์สิทธิ์ทั้งหลายในสากลโลก ได้โปรดดลบันดาลให้ท่านสมาชิกและ
ครอบครัวประสบความสุข ความสำเร็จ และมีสุขภาพแข็งแรง คิดสิ่งใด
ขอให้สมปรารถนาทุกประการ

ศาสตราจารย์แพทย์หญิงศศิประภา บุญญพิสิฏฐ์
นายกสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

รายงานการประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคม
ครั้งที่ 1/2544 วันศุกร์ที่ 12 มกราคม 2544 เวลา 10.00-12.00 น.
ณ ห้องบำรุงเมือง โรงแรมโซลทวิน ทาวเวอร์, กรุงเทพฯ

รายนามผู้เข้าร่วมประชุม

- | | |
|--|---|
| 1. แพทย์หญิงศศิประภา บุญญพิสิฏฐ์ | นายกสมาคม |
| 2. นายแพทย์ประวิทย์ เลิศวีระศิริกุล | รองตำแหน่งนายก |
| 3. นายแพทย์มานิต สีโทชวลิต | อุปนายก |
| 4. นายแพทย์ทวีศักดิ์ แทนวันดี | เลขาธิการ |
| 5. แพทย์หญิงชุตินา ประมูลสินทรัพย์ | เหรัญญิก |
| 6. นายแพทย์จรินทร์ โรจน์บวรวิทยา | ประธานฝ่ายปฏิคม |
| 7. นายแพทย์กัธร เผ่าสวัสดี | ประธานฝ่ายวิจัย |
| 8. พันเอกนายแพทย์สุรพล ชื่นรัตนกุล | ประธานฝ่ายเอ็นโดสโคปีย์ |
| 9. นายแพทย์พิศาล ไม้เรียง | ประธานฝ่ายการศึกษาหลังปริญญา |
| 10. นายแพทย์ธีระ พิรัชวิสุทธิ์ | ประธานฝ่ายวิเทศสัมพันธ์ |
| 11. แพทย์หญิงนฤมล วิเศษโสภาส | แทน นายแพทย์พงษ์พีระ สุวรรณกุล
กรรมการกลาง |
| 12. พันตำรวจเอกนายแพทย์วรพันธุ์ เสาวรส | กรรมการกลาง |
| 13. นท.นายแพทย์วิญญู จันทรสุนทรกุล | กรรมการกลาง |
| 14. นายแพทย์วิกิจ วิชาญวัตดี | กรรมการกลาง |
| 15. นายแพทย์สุริยะ จักกะพาก | กรรมการกลาง |
| 16. นายแพทย์เกรียงไกร อัครวงศ์ | ที่ปรึกษา |

- 17. นายแพทย์เต็มชัย ไชยนุวัต ที่ปรึกษา
- 18. นายแพทย์สวัสดิ์ หิตะนันท์ ที่ปรึกษา
- 19. พลอากาศตรีนายแพทย์สุจินต์ จารุจินดา ที่ปรึกษา

รายนามผู้ไม่สามารถเข้าร่วมประชุม

- 1. แพทย์หญิงวโรชา มหาชัย ประธานฝ่ายวิชาการ
- 2. นายแพทย์ไพโรจน์ เหลืองโรจนกุล ประธานฝ่ายโรคตับ
- 3. นายแพทย์สุชา คุระทอง ประธานฝ่ายวารสาร
- 4. นายแพทย์ทองดี ชัยพานิช กรรมการกลาง
- 5. นายแพทย์คณิต อธิสุข กรรมการกลาง
- 6. แพทย์หญิงโสมศรี โสมิตชัยวัฒน์ กรรมการกลาง
- 7. นายแพทย์นุสนธิ์ กัดัดเจริญ กรรมการกลาง
- 8. นายแพทย์บัญชา โอวาทพัชรพร กรรมการกลาง
- 9. นาวาอากาศนายแพทย์ไพฑูรย์ จัวงพานิช กรรมการกลาง
- 10. แพทย์หญิงลินดา บรราวน์ กรรมการกลาง
- 11. แพทย์หญิงวีณา วงศ์พานิช กรรมการกลาง
- 12. นายแพทย์สถาพร มานัสสถิตย กรรมการกลาง
- 13. นายแพทย์สมชาย สีลากุลวงศ์ กรรมการกลาง (ผู้ช่วยเลขาธิการ)
- 14. พันเอกนายแพทย์สุรพล สุรางค์ศรีรัฐ กรรมการกลาง
- 15. นายแพทย์องอาจ ไพรสณทรางกูร กรรมการกลาง
- 16. พันเอกนายแพทย์อนุชิต จุฑะพุทธิ กรรมการกลาง
- 17. นายแพทย์อุดม คชินทร กรรมการกลาง

- | | |
|-----------------------------------|-----------|
| 18. แพทย์หญิงกรรณิการ์ พรพัฒน์กุล | ที่ปรึกษา |
| 19. นายแพทย์จินดา สุวรรณรักษ์ | ที่ปรึกษา |
| 20. นายแพทย์พินิจ กุลละวณิชย์ | ที่ปรึกษา |
| 21. พลตรีนายแพทย์วิชัย ชัยประภา | ที่ปรึกษา |
| 22. นายแพทย์สมหมาย วิไลรัตน์ | ที่ปรึกษา |
| 23. นายแพทย์สัจพันธ์ อิศรเสนา | ที่ปรึกษา |

เปิดประชุมเวลา 10.10 น. โดยมีแพทย์หญิงศศิประภา บุญญพิสิฏฐ์ เป็นประธานในที่ประชุม

วาระที่ 1 เรื่องที่ประธานแจ้งให้ทราบ

- 1.1 ขอให้ที่ประชุมช่วยพิจารณาวิสัยทัศน์, พันธกิจ, นโยบาย และมาตรการของสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย วาระ พ.ศ.2544-2545 (เอกสารประกอบการประชุมหมายเลข 2/2544)

ที่ประชุมได้ช่วยกันพิจารณาเอกสารประกอบการประชุมดังกล่าวและหลังจากนั้นที่ประชุมได้เสนอให้แต่ละฝ่ายเขียนนโยบายหลักที่จะทำในวาระ พ.ศ. 2544-2545 เพื่อนำเสนอในที่ประชุมครั้งต่อไป และหลังจากผ่านการพิจารณาแล้วจึงนำมารวมกันเป็นนโยบายหลักของคณะกรรมการอำนวยการสมาคมชุดปัจจุบัน

- 1.2 ได้รับจดหมายเชิญจากสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย โดยขอตัวแทนจากสมาคมเข้าร่วมประชุมในการจัดทำแนวทางการวางมาตรฐาน

ฐานการปลูกถ่ายไตในคนไข้ไวรัสตับอักเสบบี และซี ในวันจันทร์ที่ 29 มกราคม 2544 เวลา 13.00-16.00 น. ณ สมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี, กรุงเทพฯ

ที่ประชุมมีมติมอบหมายให้ นายแพทย์ไพโรจน์ เหลืองโรจนกุล ประธานฝ่ายโรคตับ เข้าร่วมประชุมแทน

- 1.3 ขอแต่งตั้งนายแพทย์เกรียงไกร อัครวงค์ เป็นประธานคณะกรรมการพิจารณางบประมาณสมาคม

นายแพทย์เกรียงไกร อัครวงค์ ขอเสนอ นายแพทย์กำธร เผ่าสวัสดิ์, นายแพทย์ จรินทร์ โรจน์บวรวิทยา, แพทย์หญิงชุติมา ประมูลสินทรัพย์, นายแพทย์ทวีศักดิ์ แทนวันดี, นายแพทย์ประวิทย์ เลิศวีระศิริกุล, และ พันเอกนายแพทย์สุรพล ชีวันรัตนกุล ร่วมเป็นคณะกรรมการพิจารณางบประมาณสมาคม

วาระที่ 2 รับรองรายงานการประชุมครั้งที่ 9/2543

ที่ประชุมมีมติรับรองรายงานการประชุมครั้งที่ 9/2543

วาระที่ 3 เรื่องสืบเนื่องและพิจารณา

3.1 ความคืบหน้าในการเตรียมการประชุม World Congress of Gastroenterology (WCOG) 2002

3.1.1 นายแพทย์เต็มชัย ไชยนุวัติ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

3.1.1.1 Scientific Program ขณะนี้ใกล้เสร็จเรียบร้อยแล้ว

- 3.1.1.2 Transportation ขณะนี้ยังไม่มีการสรุปที่แน่นอน ซึ่งคาดว่าจะสรุปได้ทันก่อนที่คณะ Executive committee ของ OMGE จะเดินทางมาประเทศไทยระหว่างวันที่ 1-5 มีนาคม 2544 เพื่อติดตามความก้าวหน้า
- 3.1.1.3 Open Ceremony จะจัดในวันอาทิตย์ช่วงเย็น และ Thai Culture Night จะจัดในวันพุธ ที่บางไทร ครั้งแรกคิดว่าจะให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้เข้าฟรีในวัน Thai Culture Night แต่เหรียญของ OMGE เสนอให้เก็บเงิน คนละ 75 เหรียญสหรัฐ และได้มีการต่อรองกันเหลือคนละ 50 เหรียญสหรัฐ
- 3.1.1.4 นายแพทย์กำธร เผ่าสวัสดิ์ ได้พยายามติดต่อ UBC เพื่อทำ Press Conference ในวันที่ Executive committee ของ OMGE มาด้วย
- 3.1.1.5 การที่คณะของ Executive Committee ของ OMGE จำนวน 3 ท่าน จะเดินทางมาประเทศไทย ในระหว่างวันที่ 1-5 มีนาคม 2544 จึงขอเสนอให้สมาคมเป็นเจ้าภาพเลี้ยงอาหารแก่คณะของ OMGE ที่ศูนย์ศิลปาชีพบางไทร ในวันเสาร์ที่ 4 มีนาคม 2544
ที่ประชุมมีมติเห็นชอบ
- 3.1.1.6 ขอฝากให้ช่วยดูเรื่อง abstracts จากประเทศไทยด้วย

3.2.1 นายแพทย์กำธร เฟาสวัสดิ์ แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

- 3.2.1.1 จากการออกบูธที่บรัสเซล เมื่อวันที่ 22-26 พฤศจิกายน 2543 นั้น ไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร ซึ่ง PCO ได้ยอมรับความผิดพลาดในครั้งนี้
- 3.2.1.2 OMGE มีความตั้งใจเหมือนเดิมที่จะจัด Postgraduate Training ในภูมิภาคเอเชีย โดยให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลาง และการมาประเทศไทยระหว่างวันที่ 1-5 มีนาคม 2543 นี้ จะพูดคุยกับรัฐมนตรีบางท่านของเมืองไทยเกี่ยวกับการศึกษาความเป็นไปได้ในเรื่องนี้
- 3.2.1.3 Press Conference จะดำเนินการประสานงานกับนายแพทย์อุดม คชินทร และ UBC เพื่อหาวิธีการหรือช่องทางที่จะประชาสัมพันธ์การจัดประชุม
- 3.2.1.4 ได้มีบริษัทฯ แจ้งความประสงค์ที่จะสนับสนุนให้แพทย์ที่อยู่ต่างจังหวัดได้มีโอกาสเข้าร่วมประชุม แต่เนื่องจากมีงบประมาณจำกัด ดังนั้นจึงขอความเห็นในที่ประชุมด้วย
ที่ประชุมได้มีการอภิปรายในเรื่องนี้และเสนอให้ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของคณะกรรมการ WCOG 2002 และฝากให้คณะกรรมการสมาคมช่วยกันนำกลับไปคิด แล้วนำมาเสนอในที่ประชุมครั้งต่อไป
- 3.2.1.5 ฝ่าย PCO พยายามทำทุกทางที่จะประหยัดเงิน เช่น พยายามหลีกเลี่ยงการเสียภาษีในการตั้งบริษัทในประเทศ

ไทย หรือการเช่าพื้นที่ของสำนักงานสมาคม ดังนั้น PCO จึงมีความต้องการที่จะให้เลขานุการฝรั่งที่จะเข้ามาทำงานในประเทศไทยประมาณต้นเดือนมีนาคม นี้ เป็นลูกจ้างของสมาคม แต่ PCO เป็นผู้จ่ายเงิน ดังนั้นจึงขอเสนอแนวทางให้ที่ประชุมช่วยพิจารณา และขอความเห็นจากที่ประชุมด้วย โดยอาจจะ 1. ไม่ให้ความร่วมมือ 2. ให้ความร่วมมือ แต่จะต้องมีการต่อรองเพื่อให้สมาคมมีรายได้เพิ่มขึ้น

ที่ประชุมไม่ขัดข้องในแนวทางที่จะดำเนินการหากสมาคมไม่เสียหาย และขอฝากไว้ในเรื่องของบัญชีรายรับ-รายจ่ายของสมาคม, ด้านกฎหมาย รวมทั้งด้านสรรพากร

3.2.2 นายแพทย์เดิมชัย ไชยนิติ เสนอให้สมาคมตั้งตัวแทน เพื่อช่วยกันเจรจาขอส่วนแบ่งในส่วนที่คิดว่าสมาคมควรจะได้ หรือหากการเจรจาแล้วไม่เป็นผลสำเร็จ จะขอการประกันขั้นต่ำว่าสมาคมจะต้องได้เงินจำนวน 750,000 เหรียญสหรัฐ จึงขอความคิดเห็นจากที่ประชุมในเรื่องนี้ด้วย

ที่ประชุมเห็นด้วยในการประกันตัวเลขขั้นต่ำโดยจะพิจารณาบุคคลที่จะไปเจรจาต่อรองอีกครั้ง

3.2 การตั้งคณะอนุกรรมการฝ่ายต่างๆ, งบประมาณและแผนการดำเนินงานของฝ่ายต่างๆ

ที่ประชุมเสนอให้แต่ละฝ่ายตั้งคณะอนุกรรมการพร้อมทั้งเตรียมเสนอแผนการดำเนินงานเพื่อนำเสนอในที่ประชุมในครั้งต่อไป และเมื่อพิจารณาแผนงานของแต่ละฝ่ายแล้วจึงจะพิจารณาถึงเรื่องงบประมาณ

3.3 การเตรียมการจัดประชุมวิชาการกลางปี 2544

นายแพทย์ทวีศักดิ์ แทนวันดี เลขาธิการสมาคม ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าเนื่องจากจะมีการจัดประชุม World Congress of Gastroenterology 2002 ดังนั้นจึงขอความคิดเห็นจากที่ประชุมว่าจะจัดการประชุมวิชาการกลางปี 2544 หรือไม่

ที่ประชุมมีมติให้จัดการประชุมวิชาการกลางปี 2544 และเสนอให้จัด Endoscopy Workshop รวมไว้ในการประชุมวิชาการกลางปี ด้วย โดยอาจจะพิจารณาให้จัดในเดือนกรกฎาคม ส่วนสถานที่นั้นคงต้องรอการพิจารณาอีกครั้งหนึ่ง

วาระที่ 4 เรื่องอื่นๆ

4.1 แพทย์หญิงศศิประภา บุญญพิสิฏฐ์ เภรณญิกสมาคม ในสมัยวาระ พ.ศ.2542-2543 ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบเกี่ยวกับสรุปกระแสเงินสด ดังเอกสารประกอบการประชุมหมายเลข 1/2544

4.2 นายแพทย์เดิมชัย ไชยอนุวัติ ได้ฝากให้ที่ประชุมพิจารณาเรื่อง Certificate ของ Endoscopy สำหรับผู้ผ่านการฝึกอบรมด้วย

4.3 แพทย์หญิงชุตินา ประมูลสินทรัพย์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าตามที่ได้รับมอบหมายจากแพทย์หญิงศศิประภา บุญญพิสิฏฐ์ ให้ช่วยดำเนินการจัดทำหนังสือวิวัฒนาการโรกระบบทางเดินอาหาร เล่ม 8 นั้น จะดำเนินการทำจดหมายขอความร่วมมือไปยังวิทยากรท่านต่างๆ เพื่อรวบรวมหัวข้อในการจัดพิมพ์ต่อไป

4.4 นายแพทย์วิภิจ วิธานุวัตติ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบได้รับจดหมายเชิญจาก Endo-Club Nord Meeting ให้เป็น Honorary President 2001 พร้อมทั้งได้รับเชิญให้ไปบรรยายในวันเปิดประชุม ระหว่างวันที่ 2-3 ธันวาคม 2544 ที่เมือง Hamburg ดั่งนั้นจึงขอตั้งงบประมาณสำหรับค่าใช้จ่ายในการเดินทางครั้งนี้ แต่อาจจะไม่ได้ใช้งบประมาณส่วนนี้หากได้รับการสนับสนุนจากผู้จัดการประชุม และหากไม่สามารถเดินทางไปเข้าร่วมประชุม ก็อาจจะมอบหมายให้ตัวแทนไปเข้าร่วมประชุมในครั้งนี้

ที่ประชุมมีมติอนุมัติ

4.5 นายแพทย์จรินทร์ โรจนันวรวิทยา ได้เสนอให้สมาคมตั้งกฎเกณฑ์หรือหลักการที่แน่นอนเกี่ยวกับชมรมต่างๆที่อยู่ภายใต้สมาคม หรือชมรมที่ไม่ได้อยู่ภายใต้สมาคมแต่ต่อไปในอนาคตอาจจะมีผลกระทบที่จะอยู่ภายใต้สมาคม จะต้องปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ใดบ้าง

4.6 นายแพทย์เกรียงไกร อัครวงศ์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าจากการที่ได้มีการประเมินสถาบันฝึกอบรมเฟลโลว์ไปแล้วนั้น ขอให้นายกสมาคมดำเนินการแจ้งให้แต่ละสถาบันทราบด้วย

4.7 นายแพทย์ทวิศักดิ์ แทนวันดี ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

1.7.1 ได้รับจดหมายจากมูลนิธิวิชิรเวชวิทยาลัย เฉลิมพระเกียรติแจ้งให้คณะกรรมการอำนวยการสมาคมที่ต้องการขอบัตรอนุญาตผ่านเข้า-ออก อาคารเฉลิมพระพระบารมี ๕๐ ปี สามารถยื่นความประสงค์พร้อมหมายเลขทะเบียนรถของท่านได้ที่ฝ่ายเลขาธิการสมาคม

1.7.2 มีสมาชิกสมัครใหม่จำนวน 6 ท่านคือนายแพทย์วาทวี วิมลเฉลา, แพทย์หญิงนฤมล วิเศษไธมาส, แพทย์หญิงลินดา บรรานัน, นายแพทย์ณัฐพล ไชยอนุวัติ, นายแพทย์อภิชาติ สุระเมธากุล, แพทย์หญิงบุษรา เทพาวดีมนาสุข ซึ่งฝ่ายเลขาธิการสมาคมได้ตรวจสอบคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบ ข้อบังคับสมาคม

ที่ประชุมมีมติรับรองสมาชิกใหม่ทั้ง 6 ท่าน

ปิดประชุมเวลา 12.15 น.

นายแพทย์ทวิศักดิ์ แทนวันดี

บันทึกการประชุม

รายงานการประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคม
ครั้งที่ 2/2544 วันศุกร์ที่ 9 กุมภาพันธ์ 2544 เวลา 09.00-12.00 น.
ณ ห้องบำรุงเมือง โรงแรมโซลทวิน ทาวเวอร์, กรุงเทพฯ

รายนามผู้เข้าร่วมประชุม

- | | |
|--|------------------------------|
| 1. แพทย์หญิงศศิประภา บุญญพิสิฏฐ์ | นายกสมาคม |
| 2. นายแพทย์ประวิทย์ เลิศวีระศิริกุล | รองตำแหน่งนายก |
| 3. นายแพทย์มานิต สีโทขวลิต | อุปนายก |
| 4. นายแพทย์ทวีศักดิ์ แทนวันดี | เลขาธิการ |
| 5. แพทย์หญิงชุตินา ประมูลสินทรัพย์ | เหรัญญิก |
| 6. นายแพทย์จรินทร์ โรจน์บวรวิทยา | ประธานฝ่ายปฎิคม |
| 7. นายแพทย์กำธร เผ่าสวัสดิ์ | ประธานฝ่ายวิจัย |
| 8. แพทย์หญิงวโรชา มหาชัย | ประธานฝ่ายวิชาการ |
| 9. นายแพทย์ไพโรจน์ เหลืองโรจนกุล | ประธานฝ่ายโรคตับ |
| 10. พันเอกนายแพทย์สุรพล ชื่นรัตนกุล | ประธานฝ่ายเงินโตสโคปีย์ |
| 11. นายแพทย์พิศาล ไม้เรียง | ประธานฝ่ายการศึกษาหลังปริญญา |
| 12. นายแพทย์ธีระ พิรัชวิสุทธิ | ประธานฝ่ายวิเทศสัมพันธ์ |
| 13. นายแพทย์คณิต อธิสุข | กรรมการกลาง |
| 14. แพทย์หญิงโสมศรี โสมิตชัยวัฒน์ | กรรมการกลาง |
| 15. นายแพทย์นุสนธิ์ กัดัดเจริญ | กรรมการกลาง |
| 16. แพทย์หญิงลินดา บรราวน | กรรมการกลาง |
| 17. พันตำรวจเอกนายแพทย์วรพันธุ์ เสาวรส | กรรมการกลาง |

- | | |
|--|-------------|
| 18. นาวาอากาศโทนายแพทย์วิญญู จันทรสุนทรกุล | กรรมการกลาง |
| 19. พันเอกนายแพทย์สุรพล สุรางค์ศรีรัฐ | กรรมการกลาง |
| 20. นายแพทย์อุดม คชินทร | กรรมการกลาง |
| 21. นายแพทย์เกรียงไกร อัครวงศ์ | ที่ปรึกษา |
| 22. นายแพทย์เต็มชัย ไชยนุวัตติ | ที่ปรึกษา |
| 23. พลตรีนายแพทย์วิชัย ชัยประภา | ที่ปรึกษา |
| 24. นายแพทย์สมหมาย วิไลรัตน์ | ที่ปรึกษา |
| 25. นายแพทย์สวัสดี หิตะนันท์ | ที่ปรึกษา |
| 26. พลอากาศตรีนายแพทย์สุจินต์ จารุจินดา | ที่ปรึกษา |

รายนามผู้ไม่สามารถเข้าร่วมประชุม

- | | |
|--|--------------------------------|
| 1. นายแพทย์สุชา คุระทอง | ประธานฝ่ายวารสาร |
| 2. นายแพทย์ทองดี ชัยพานิช | กรรมการกลาง |
| 3. นายแพทย์บัญญัติ โอวาทพิารพร | กรรมการกลาง |
| 4. นายแพทย์พงษ์พีระ สุวรรณกุล | กรรมการกลาง |
| 5. นาวาอากาศเอกนายแพทย์ไพฑูรย์ จ้วงพานิช | กรรมการกลาง |
| 6. นายแพทย์วิกิจ วีระนุวัตติ | กรรมการกลาง |
| 7. แพทย์หญิงวิณา วงศ์พานิช | กรรมการกลาง |
| 8. นายแพทย์สถาพร มานัสสถิตย์ | กรรมการกลาง |
| 9. นายแพทย์สมชาย ลีลากุลวงศ์ | กรรมการกลาง (ผู้ช่วยเลขาธิการ) |
| 10. นายแพทย์สุริยะ จักกะพาก | กรรมการกลาง |
| 11. นายแพทย์องอาจ ไพรสณทรวงกูร | กรรมการกลาง |

12. พันเอกนายแพทย์อนุชิต จุฑะพุทธิ	กรมการกลาง
13. แพทย์หญิงกรรณิการ์ พรพัฒน์กุล	ที่ปรึกษา
14. นายแพทย์จินดา สุวรรณรักษ์	ที่ปรึกษา
15. นายแพทย์พินิจ กุลละวณิชย์	ที่ปรึกษา
16. นายแพทย์สัจพันธ์ อิศรเสนา	ที่ปรึกษา

วาระที่ 1 เรื่องที่ประธานแจ้งให้ทราบ

1. เมื่อวันจันทร์ที่ 29 มกราคม 2544 คณะกรรมการจัดการประชุม Digestive Disease Week 1999 , คณะกรรมการจัดการประชุม World Congress of Gastroenterology 2002 และคณะกรรมการอำนวยการสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย ได้ทูลเกล้าถวายเงินจำนวน 1 ล้านบาท แต่สมเด็จพระนางเจ้าพระบรมราชินีนาถ ณ พระตำหนักภูพิงศ์ราชนิเวศน์ จ.เชียงใหม่

ที่ประชุมรับทราบ

2. นายแพทย์ประวิทย์ เลิศวีระศิริกุล ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่า สืบเนื่องจากการที่สมาคมได้จัดการประชุม Digestive Disease Week 1999 และมีรายได้จัดการประชุม DDW 1999 จำนวนเงิน 14 ล้านบาทเศษ โดยได้ดำเนินการโอนเงินเข้าบัญชีสมาคมไปแล้วจำนวน 11,327,658.96 บาท ส่วนที่เหลือได้จ่ายสมนาคุณแก่ผู้มีส่วนร่วมการจัดประชุมดังกล่าว และอีกจำนวน 1 ล้านบาท

สำหรับทูลเกล้าถวายสมเด็จพระเจ้า ด้งนั้นในวันที่ 29 มกราคม 2544 ซึ่งเป็นวันปิดบัญชีของ DDW 1999 มีเงินคงเหลือจำนวน 61,768.93 บาท ประกอบไปด้วยดอกเบี้ย นับตั้งแต่วันที่โอนเงินเข้าบัญชีสมาคม จนกระทั่งปิดบัญชี เป็นจำนวนเงิน 21,768.93 บาท และเงินสมนาคุณที่ได้รับคืนจากนายแพทย์เดิมีชัย ไชยนุวัติ ที่ปรึกษาของ DDW 1999 จำนวนเงิน 40,000 บาท โดยจะดำเนินการส่งเงินจำนวน 61,768.93 บาทให้สมาคมต่อไป

ที่ประชุมรับทราบ

3. สมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย ได้ส่งจดหมายเชิญมายังสมาคมโดยขอตัวแทนเข้าร่วมประชุมเพื่อวางมาตรการในการปลูกถ่ายไตในผู้ป่วยที่เป็นไวรัสตับอักเสบบีและซี ในวันที่จันทร์ที่ 12 กุมภาพันธ์ 2544 ซึ่งทางสมาคมได้เคยมอบหมายให้นายแพทย์ไพโรจน์ เหลืองโรจน์กุล เป็นตัวแทนของสมาคมในครั้งก่อน ในครั้งนี้จึงขอมอบหมายให้นายแพทย์ไพโรจน์ เหลืองโรจน์กุล เป็นตัวแทนของสมาคมเพื่อเข้าร่วมประชุมดังกล่าว
- ที่ประชุมรับทราบ

4. ทางโรงพยาบาลวิชัยยุทธ และสมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย จะร่วมกันจัดงานแสดงมุทิตาจิต เนื่องในโอกาสที่นายแพทย์สมพนธ์ บุญยคุปต์ มีอายุครบ 6 รอบ ในวันที่พุธที่ 7 มีนาคม 2544 ณ ห้องประชุมชั้น 20 โรงพยาบาลวิชัยยุทธ เนื่องจากนายแพทย์สมพนธ์ บุญยคุปต์ เป็นปูชนียบุคคล และเคยเป็น

อดีตนายกสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย รวมถึงเป็นผู้ที่ให้การสนับสนุนสมาคมอย่างดีเสมอมา ดังนั้นทางสมาคมจึงขอร่วมเป็นเจ้าของภาพในวันแสดงมุทิตาจิตดังกล่าวด้วย และขอเรียนเชิญคณะกรรมการอำนวยการสมาคมทุกท่านร่วมงานในครั้งนี้อย่างดีด้วย

ที่ประชุมรับทราบ

5. ได้รับจดหมายจากประธานราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย เพื่อขอตัวแทนจากสมาคมเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการวารสารอายุรศาสตร์ (Internal Medicine) ดังนั้นจะดำเนินการติดต่อนายแพทย์สุชา คุระทอง ประธานฝ่ายวารสาร เพื่อร่วมเป็นคณะกรรมการดังกล่าวต่อไป

ที่ประชุมรับทราบ

6. ได้รับจดหมายจากประธานมูลนิธิวิศิษฏ์ เพื่อเสนอบุคคลที่สมควรจะได้รับรางวัลมรดก-ปี บรรณวิ เพื่อการแพทย์และสาธารณสุขไทย ประจำปี 2544 หากคณะกรรมการอำนวยการสมาคมท่านใดเห็นว่าบุคคลใดสมควรได้รับรางวัลดังกล่าว กรุณาแจ้งมายังฝ่ายเลขาธิการสมาคมเพื่อจะทำการเสนอชื่อต่อไป

ที่ประชุมรับทราบ

7. ได้รับผลการจัดทำ ICD-10 จากเลขาธิการราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย เพื่อให้สมาคมได้ช่วยพิจารณาความถูกต้องและความเหมาะสมในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสาขาโรคระบบ

ทางเดินอาหาร ดังนั้นจึงขอมอบหมายให้นายแพทย์ประวิทย์
เลิศวีระศิริกุล เป็นผู้ตรวจทานความถูกต้องอีกครั้งหนึ่ง
ที่ประชุมรับทราบ

วาระที่ 2 รับรองรายงานการประชุมครั้งที่ 1/2544

ที่ประชุมมีมติแก้ไขรายงานการประชุมดังนี้

หน้าที่ 3 ข้อ 1.2 ให้เติมว่า ที่ประชุมมีมติอนุมัติ

หน้าที่ 4 ข้อ 3.2.1.2

แก้จาก การมาประเทศไทยระหว่างวันที่ 1-5 มีนาคม 2543 นี้

แก้เป็น การมาประเทศไทยระหว่างวันที่ 1-5 มีนาคม 2544 นี้

หน้าที่ 5 ข้อ 4.5 ให้เติมว่า ที่ประชุมรับทราบ

หลังจากแก้ไขรายงานการประชุมแล้ว ที่ประชุมมีมติรับรองรายงาน
การประชุมครั้งที่ 1/2544

วาระที่ 3 เรื่องสืบเนื่องและพิจารณา

3.1 ความคืบหน้าในการเตรียมการประชุม *World Congress of
Gastroenterology (WCOG) 2002*

นายแพทย์เต็มชัย ไชยนุวัติ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

1. ในช่วงปลายของวันศุกร์ที่ 9 กุมภาพันธ์ 2544 นี้ จะมีการปรึกษา
หารือในด้าน transportation โดยเชิญผู้แทนจากกรมการขนส่ง
มาร่วมด้วย

2. ฝ่าย OMGE มีงบประมาณส่วนหนึ่งที่จะใช้ในกิจการด้านประชาสัมพันธ์ เช่น โทรทัศน์, วิทยุ ขณะนี้นายแพทย์กำธร เผ่าสวัสดี้ และนายแพทย์อุดม คชินทร กำลังประสานงานอยู่
3. คณะ Executive Committee ของ OMGE จะเดินทางมาประเทศไทยระหว่างวันที่ 1-5 มีนาคม 2544 และ OMGE ต้องการที่จะให้มี press conference ในวันศุกร์ที่ 2 มีนาคม 2544 และต้องการที่จะเชิญนายกสมาคมแพทย์ทางเดินอาหารแถบประเทศอาเซียน คือ พม่า, ลาว, เขมร, เวียดนาม, อินโดนีเซีย และ มาเลเซีย ด้วย ขณะนี้ได้ดำเนินการเชิญเรียบร้อยแล้ว และการมาครั้งนี้ของ คณะ Executive Committee ของ OMGE อาจจะมีการปรึกษาหารือในเรื่องการจัดตั้ง Endoscopy Center ในแถบประเทศอาเซียนด้วย
4. ขอเรียนเชิญคณะกรรมการอำนวยการสมาคมทุกท่าน ร่วมงานเลี้ยงต้อนรับคณะ OMGE ในวันเสาร์ที่ 3 มีนาคม 2544 ณ ศูนย์ศิลปาชีพบางไทร โดยจะมีการจัดเลี้ยงและการแสดงด้วย ในครั้งนี้ได้กราบเรียนเชิญ ฯพณฯ ท่านองคมนตรี นายธานินทร์ กรัยวิเชียร ร่วมเปิดงานด้วย รวมทั้งเชิญปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี, ผู้ว่ากรุงเทพมหานคร, ปลัดกรุงเทพมหานคร และผู้แทนจากกรมการขนส่ง
5. เนื่องจากคณะกรรมการ Local Host Committee มีความรู้สึกว่าเสียเปรียบในด้านแบ่งรายได้จากการจัดประชุม WCOG 2002

จึงขอเสนอให้ทางสมาคมแต่งตั้งกรรมการเพื่อร่วมปรึกษาหารือ
กับคณะ Local Host Committee ในการเจรจากับ Executive
Committee เพื่อให้ประเทศไทยได้รับผลประโยชน์เพิ่ม

6. ขอฝากให้สถาบันต่างๆให้มีการ Submit abstract สำหรับการ
ประชุม WOCG 2002 ด้วย เพื่อเป็นเกียรติแก่ประเทศไทย

นายแพทย์กัธร เฒ่าสวัสดิ์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

1. ทาง OMGE ต้องการที่จะให้มีการประชาสัมพันธ์ทางสื่อโทรทัศน์
และวิทยุ ดังนั้นจึงได้ปรึกษาดร.กัณทิมา ธนะโสภณ ซึ่งอาจจะ
ติดต่อกับ CNN ได้ ส่วนนี้อาจมีค่าใช้จ่ายต่างๆเช่น ค่าที่ปรึกษา
2. ในวันศุกร์ที่ 2 มีนาคม 2544 คณะ OMGE ที่เดินทางมาประเทศ
ไทย ต้องการที่จะพูดคุยในความเป็นไปได้ที่จะจัดตั้ง
Endoscopy Center ในประเทศไทย ซึ่งยังไม่กำหนดว่าจะพูด
คุยระหว่างรัฐมนตรีว่าการกระทรวงศึกษาธิการหรือทบวง

3.2 นโยบายและแผนการดำเนินงานของฝ่ายต่างๆ

3.2.1 นายแพทย์ทวิศักดิ์ แทนวันดี เลขานุการ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบเกี่ยว
กับนโยบายของฝ่ายเลขานุการ ดังเอกสารประกอบการประชุม

3.2.2 แพทย์หญิงวโรชา มหาชัย ประธานฝ่ายวิชาการ ได้แจ้งให้ที่ประชุม
ทราบเกี่ยวกับนโยบายของฝ่ายวิชาการ ดังเอกสารประกอบการประชุม

3.2.3 นายแพทย์ไพโรจน์ เหลืองโรจนกุล ประธานฝ่ายโรคตับ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบเกี่ยวกับนโยบายของฝ่ายโรคตับดังนี้

1. จะจัดกิจกรรมร่วมกับ Liver Club เช่นจัดการบรรยายเผยแพร่ความรู้ให้แก่ประชาชน ประมาณปีละ 2 ครั้ง
2. จัดทำ website โดยจะเชื่อมกับ website ของสมาคม ในการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคตับแก่ประชาชน
3. กำลังดำเนินการจัดพิมพ์หนังสือเกี่ยวกับโรคตับสำหรับประชาชน ซึ่งใกล้จะเสร็จเรียบร้อยแล้ว

3.2.4 พันเอกนายแพทย์สุรพล ชื่นรัตนกุล ประธานฝ่ายเอ็นโดสโคปีย์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบเกี่ยวกับนโยบายดำเนินงานของฝ่ายเอ็นโดสโคปีย์ ดังนี้

1. จะดำเนินการจัดตั้งชมรม Endoscopy โดยอยู่ภายใต้การดูแลของสมาคม
2. จะจัด Workshop on basic and advanced therapeutic endoscopy ในปี 2544
3. จัดทำโปรแกรมในการเก็บข้อมูลด้านเอ็นโดสโคปีย์ โดยได้รับความอนุเคราะห์ด้านโปรแกรมบางส่วนจากนายแพทย์ประวิทย์ เลิศวีระศิริกุล และแพทย์หญิงวิภากร ชูแสง
4. สืบเนื่องจากนายแพทย์เต็มชัย ไชยนุวัติ ได้ฝากให้ที่ประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคมช่วยพิจารณาเรื่อง Certificate ของ

Endoscopy สำหรับผู้ผ่านการฝึกอบรมนั้น อาจต้องมีการตั้ง คณะอนุกรรมการเพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ในเรื่องนี้

ที่ประชุมได้เสนอแนะดังนี้

1. ให้มีการจัดการอบรมทางวิชาการแก่ Endoscopy Nurse ด้วย เพื่อเป็นการเพิ่มความรู้ ความสามารถ และเพื่อเป็นการระดมผู้ที่มีความรู้ความสามารถด้านนี้ โดยอาจจะพิจารณาจัดร่วมกับประชุมวิชาการกลางปีหรือประจำปีของสมาคม
2. สำหรับการขอใบ Certificate of Endoscopy สมาคม ควรปรึกษาร่วมกับราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย เพื่อกำหนดเกณฑ์ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

3.2.5 นายแพทย์กำธร เผ่าสวัสดิ์ ประธานฝ่ายวิจัย ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบเกี่ยวกับนโยบายของฝ่ายวิจัย ดังเอกสารประกอบการประชุม

3.2.6 นายแพทย์พิศาล ไม้เรียง ประธานฝ่ายการศึกษาหลังปริญญา ได้แจ้งให้ที่ประชุมเกี่ยวกับนโยบายการดำเนินงานของฝ่ายการศึกษาหลังปริญญา ดังนี้

1. ปรับปรุงและจัดทำคลังข้อสอบ โดย
 - 1.1 Revise ข้อสอบเก่า
 - 1.2 กำหนด Specification ของข้อสอบ

- 1.3 คัดเลือกข้อสอบ โดยอาจจะให้มีการจัดประชุมนอกสถานที่
2. จัดประชุมวิชาการ Short Course "Medical Science for GI Fellow" ประมาณปลายเดือนมิถุนายน 2544 ประกอบด้วย topic ที่เกี่ยวข้องเช่น Pathology, Immunology, Physiology, Endoscopy, Microbiology, Parasitology, Oncology, Molecular Biology and Genetic
3. ปรับปรุงหลักสูตรและวิธีการประเมิน โดยนำข้อมูลการประเมินสถาบันเป็นพื้นฐานและข้อมูลหลักสูตรการฝึกอบรมจากประเทศต่างๆในเอเชียและสหรัฐอเมริกา เป็นต้น
4. จัดซื้อและผลิตสื่ออุปกรณ์เพื่อใช้ในการเรียนการสอน
5. การจัดส่ง GI Fellow

และนายแพทย์พิศาล ไม้เรียง ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

1. เนื่องจากยังไม่มีข้อสรุปในเรื่องระยะเวลาในอบรม GI Fellow จากเดิม 2 ปีว่าจะมีการขยายเป็น 3-4 ปี หรืออาจจะทำแยกเป็นสาขา เช่น hepatology หรือ endoscopy เพื่อเป็นการส่งเสริมให้มีความรู้ความสามารถทัดเทียมกับนานาชาติประเทศที่ประชุมเสนอให้นายแพทย์พิศาล ไม้เรียง ตั้งคณะกรรมการเพื่อพิจารณาความเป็นไปได้เกี่ยวกับหลักสูตรต่อยอดของเฟลโลวปีที่ 3

2. สำหรับในอดีตที่ผ่านมา ปัญหาของการสอบ long case เช่น การเรียกผู้สอบกระทันหัน ดังนั้นในปีนี้จะมีการแก้ไขให้มีระบบมากขึ้น และผู้สอบควรมีสติทดสอบถามและขอคำแนะนำในส่วนที่ผู้สอบทำไม่ได้ด้วย
3. กรรมการสอบควรเข้มงวดในการกรอกแบบฟอร์มการให้คะแนน

3.2.7 นายแพทย์ธีระ พิศาลวิสุทธิ ประธานฝ่ายวิเทศสัมพันธ์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบเกี่ยวกับนโยบายการดำเนินงานของฝ่ายวิเทศสัมพันธ์ ดังเอกสารประกอบการประชุม

3.2.8 แพทย์หญิงชุติมา ประมูลสินทรัพย์ เจริญญิก ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบ ดังนี้

1. จากการประชุมคณะกรรมการดูแลเงินออมสมาคมเมื่อวันศุกร์ที่ 12 กุมภาพันธ์ 2544 ได้มีการเลือกประธานคณะกรรมการดูแลเงินออมสมาคม ซึ่งได้แก่นายแพทย์เกรียงไกร อัครวงศ์ และ รองประธาน ได้แก่พลตรี นายแพทย์วิชัย ชัยประภา

ที่ประชุมรับทราบ

2. ที่ประชุมคณะกรรมการดูแลเงินออมสมาคมได้มีการแก้ไขระเบียบสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย ว่าด้วยการเก็บรักษาและใช้จ่ายเงินสมาคม พ.ศ.2542 และขอมติจากที่ประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคม ดังนี้

1.1 หน้า 20 ข้อ 18

จากเดิม ดอกผลของเงินออมสมาคมให้โอนเข้าบัญชีออมทรัพย์ของสมาคมเพื่อเป็นเงินหมุนเวียนสมาคม

แก้เป็น ดอกผลของเงินออมสมาคมให้โอนเข้าบัญชีออมทรัพย์ของสมาคมเพื่อเป็นเงินหมุนเวียนสมาคมเมื่อสิ้นปีงบดุล

1.2 หน้า 21 ข้อ 19

จากเดิม เงินหมุนเวียนสมาคม ให้ฝากไว้กับธนาคารหรือสถาบันการเงินที่คณะกรรมการอำนวยการเห็นชอบในนามสมาคม เงินหมุนเวียนสมาคมส่วนที่เกิน 3 ล้านบาทจะต้องโอนเข้าบัญชีเงินออมสมาคม เงินหมุนเวียนสมาคม อยู่ในความดูแลของเหรียญกษาปณ์

แก้เป็น เงินหมุนเวียนสมาคม ให้ฝากไว้กับธนาคารหรือสถาบันการเงินที่คณะกรรมการอำนวยการเห็นชอบในนามสมาคม **เมื่อสิ้นปีงบดุล** เงินหมุนเวียนสมาคมส่วนที่เกิน 3 ล้านบาทจะต้องโอนเข้าบัญชีเงินออมสมาคม เงินหมุนเวียนสมาคม อยู่ในความดูแลของเหรียญกษาปณ์
ที่ประชุมมีมติอนุมัติ

3. ขณะนี้สมาคม มีเงินฝากประจำ จำนวน 14,710,622.18 บาท ดังนั้นคณะกรรมการดูแลเงินออมสมาคม เสนอให้เปิดบัญชีเงินออมสมาคม แพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย ประเภทฝากประจำ 1 ปี จำนวน

5 บัญชีฯละ 2 ล้านบาท และบัญชีฝากประจำ ประเภท 3 เดือน จำนวน 1 บัญชี จำนวนเงิน 2.5 ล้านบาท รวมเป็นเงิน 12.5 ล้านบาท ส่วนที่เหลือจะเก็บไว้เป็นค่าใช้จ่ายต่างๆของงบประมาณ ปี 2544 จึงขอมติจากที่ประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคมด้วย

ที่ประชุมมีมติอนุมัติ

4.เงินออมสมาคม อยู่ในความดูแลเห็นชอบของคณะกรรมการดูแลเงินออม รวมถึงเงินฝาก ณ วันที่ประชุม 9 กุมภาพันธ์ 2544

ยอดเงินฝากประจำ	14,710,622.18	บาท
ยอดเงินฝากออมทรัพย์	606,407.51	บาท
หุ้นกองทุนไทยพาณิชย์	5,000,000.00	บาท
บัตรเงินฝากไทยพาณิชย์	15,000,000.00	บาท

ที่ประชุมรับทราบ

5. หุ้นกองทุนไทยพาณิชย์ และ บัตรเงินฝาก อยู่ในความดูแลของคณะกรรมการเงินออม นั้น เมื่อครบกำหนดหรือมีการไถ่ถอน ต้องนำเงินส่วนนี้เข้าบัญชีเงินออมทันที

ที่ประชุมรับทราบ

3.3 ความคืบหน้าในการเตรียมการจัดประชุมวิชาการกลางปี 2544

แพทย์หญิงวโรชา มหาชัย ประธานฝ่ายวิชาการ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าเนื่องจากจะมีการประชุม World Congress of Gastroenterology 2002

ดังนั้นจึงขอความคิดเห็นจากที่ประชุมด้วยว่าจะจัดประชุมวิชาการกลางปี 2544 และประชุมวิชาการประจำปี 2544 รวม 2 ครั้งหรือไม่

ที่ประชุมมีมติให้จัดการประชุมวิชาการ 1 ครั้ง เป็นการประชุมใหญ่ สภามัญประจำปี 2544 ระหว่างวันที่ 25-26 ตุลาคม 2544 โดยอาจจะพิจารณา ให้จัดร่วมกับฝ่าย Endoscopy และให้มีจัดการอบรม Endoscopy Nurse ร่วมด้วย

วาระที่ 4 เรื่องอื่นๆ

4.1 แพทย์หญิงศศิประภา บุญญพิสิฏฐ์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

1. เกี่ยวกับสรุปกระแสเงินสด ดังเอกสารประกอบการประชุมหมายเลข 1
2. โครงการแพทย์เพื่อประชาชน โดยมีนายแพทย์พินิจ กุลละวณิชช์ เป็นประธาน ได้เชิญนายแพทย์อุดม คชินทร, นายแพทย์สมชาย ลีลากุลวงศ์ และนายกสமாகม ร่วมเป็นวิทยากรบรรยายพิเศษ หัวข้อ “โรคกระเพาะอาหาร และมะเร็งลำไส้ใหญ่” ในวันเสาร์ที่ 10 มีนาคม 2544 เวลา 09.00-14.30 น. ณ ห้องอโนมา ชั้น 3 โรงแรมอโนมา และครั้งต่อไปจะเชิญให้ไปบรรยายเกี่ยวกับโรคตับ ประมาณเดือนมิถุนายน

4.2 แพทย์หญิงชุติมา ประมูลสินทรัพย์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

1. ตามที่ได้รับมอบหมายจากแพทย์หญิงศศิประภา บุญญพิสิฐฐ์ ให้เป็นผู้ดำเนินการจัดทำหนังสือวิวัฒนาการโรคระบบทางเดินอาหาร เล่ม 8 นั้น ขณะนี้ได้ติดต่อผู้ที่จะช่วยเขียนบทความแต่ละหัวข้อต่างๆเรียบร้อยแล้ว ท่านใดต้องการเปลี่ยนหัวข้อเรื่องโปรดแจ้งให้ทราบด้วย
2. ขอแจ้งความคืบหน้าแทนนายแพทย์สุชา คุระทอง เรื่องการจัดพิมพ์ Thai Journal of Gastroenterology ขณะนี้ได้พิมพ์เล่ม 2 และ 3 เรียบร้อยแล้ว

4.3 นายแพทย์เกรียงไกร อัครวงศ์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าได้ทำการวิเคราะห์งบประมาณของฝ่ายต่างๆ ประจำปี 2543 ดังเอกสารประกอบการประชุม

4.4 นายแพทย์พิศาล ไม้เรียง ประธานกลุ่มกลุ่มวิจัยโรคระเพาะอาหาร แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าขณะนี้กลุ่มยังไม่ได้มีการประชาสัมพันธ์หรือให้ความรู้แก่ประชาชน แต่ในปี 2544 นี้ ทางกลุ่มวิจัยฯมีนโยบายที่จะจัดการบรรยายทางวิชาการ โดยเน้น Upper GI Bleeding

4.5 นายแพทย์มานิต สีโทขวลิต ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่า ขณะนี้สำนักการแพทย์กรุงเทพมหานคร ได้แพร่ภาพรายการที่ช่อง 9 ชื่อพลิกฟื้นสุขภาพ

คนเมือง สมาคมอาจเสนอไปขอออกร่วมรายการในการเผยแพร่ความรู้ให้แก่ประชาชน

ที่ประชุมเสนอให้นายแพทย์มานิต ลีโทชวลิต ช่วยดำเนินการติดต่อ

4.6 นายแพทย์ธีระ พิรัชวิสุทธิ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าขณะนี้ชมรมโรคตับได้จัดพิมพ์เอกสารเผยแพร่ความรู้ให้แก่ประชาชนอย่างต่อเนื่องอยู่แล้ว

ที่ประชุมรับทราบ

4.7 นายแพทย์ประวิทย์ เลิศวีระศิริกุล ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าได้รับการติดต่อส่วนตัวให้ไปออกรายการทางช่อง 5 ช่วงเช้าวันจันทร์ ในรายการอาหารและสุขภาพ

ที่ประชุมรับทราบ

4.8 นายแพทย์อุดม คชินทร ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าขณะนี้สมาคมปีทีระลีกการประชุม World Congress of Gastroenterology 2002 ออกแบบเสร็จเรียบร้อยแล้ว แต่ทางการสื่อสารแห่งประเทศไทยยังไม่ได้กำหนดราคาสมาคมปีทีระลีก คาดว่าออกจำหน่ายใกล้วันประชุม

ที่ประชุมรับทราบ

4.9 นายแพทย์จรินทร์ โรจน์บวรวิทยา ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

1. ขณะนี้ทางสมาคมเสียค่าใช้จ่ายให้กับบริษัทที่ทำโฮมเพจสมาคมค่อนข้างแพง ดังนั้นจึงขอเสนอให้มีการตั้งคณะกรรมการเพื่อดูแลโฮมเพจของสมาคมใหม่
2. ในวันที่ 27-30 มีนาคม 2544 นี้ ทางโรงพยาบาลราชวิถีจะจัดการอบรม Practical Therapeutic Digestive Endoscopy & Hands-on Workshop for Endoscopic Assistant ซึ่งสมาคมน่าจะเข้าไปสังเกตการณ์ในการจัดการอบรมครั้งนี้ด้วย
ที่ประชุมรับทราบ

4.10 นายแพทย์ทวีศักดิ์ แทนวันดี ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

1. มีบริษัทยามาขอรายนามสมาชิกสมาคมพร้อมทั้งที่อยู่ จึงขอมติที่ประชุมด้วย

ที่ประชุมมีมติอนุมัติ และฝ่ายเลขาธิการควรพิจารณาด้วยว่าบริษัทที่ขอรายนามสมาชิกไปนั้นจะนำไปใช้ในด้านใด

2. ได้รับจดหมายจากนายแพทย์พลรัตน์ วิไลรัตน์ เสนอให้สมาคมจัดทำ E-mail Address และข้อมูลต่างๆ เช่น รูป, เบอร์โทรศัพท์, ที่อยู่ และ CV สั้นๆ ของกรรมการและอนุกรรมการ ตลอดจนสมาชิกสมาคมลงในโฮมเพจของสมาคมด้วย

ที่ประชุมมีมติเห็นด้วย และมอบหมายให้ฝ่ายเลขาธิการสมาคมเป็นผู้ดำเนินการ

3. มีสมาชิกสมัครใหม่ จำนวน 6 ท่านคือนายแพทย์วิรัชชัย ทรัพย์ประพฤทธิ, คุณสุธรรม เต็มผาติ, นายแพทย์ศักดิ์วุฒิ จิตเชื้อ, นายแพทย์สำเร็จ ศรีแก้ว, แพทย์หญิงจิตติพร ภูรัตนมาลัย และ นายแพทย์รังสรรค์ ฤกษ์นิมิตร ซึ่งฝ่ายเลขาธิการสมาคมได้ตรวจสอบคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบข้อบังคับสมาคม

ที่ประชุมมีมติรับรองสมาชิกใหม่ทั้ง 6 ท่าน

ปิดประชุมเวลา 12.10 น.

นายแพทย์ทวิศักดิ์ แทนวันดี

บันทึกการประชุม

Interhospital GI Conference

นายแพทย์ วิศิษฐ์ กลลดาเรืองไกร
พนักำตรวจเอกนายแพทย์วรพันธ์ เสาวรส,
นายแพทย์ยืนยง เจียงวิริยชัยกุล
หน่วยทางเดินอาหาร รพ. ตำรวจ

Case 1 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 64 ปี แม่สี ภูมิลำเนา กรุงเทพฯ

CC: ปวดท้อง 2 วัน

PI: 2 วัน ก่อนมารพ. ผู้ป่วยมีอาการปวดจุกเสียดบริเวณลิ้นปี่ ปวดเป็นพักๆ ไม่อาเจียน ไม่มีไข้ ถ่ายอุจจาระเป็นก้อน ไม่มีถ่ายดำ อ่อนเพลีย กินอาหารได้น้อยลง

1 วันก่อน ขณะกำลังยืนแต่งตัว มีอาการเป็นลมหมดสติประมาณ 5 นาที หลังจากนั้นรู้สึกตัวดีตลอด ไม่มีอาการชักเกร็ง ไม่กัดลิ้น ปัสสาวะหรืออุจจาระราด ไม่มีอาการแขนขาอ่อนแรง ญาติพามารพ. ขณะกำลังตรวจผู้ป่วยหายใจหอบเหนื่อยและเป็นลมหมดสติ หลังจากใส่ ET. Tube ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีขึ้น

PH: 6 เดือนก่อนตรวจพบเป็น TB. Spine at L5 และ left Kidney ได้ทำผ่าตัด Anterior fusion และ left nephrectomy หลังจากนั้นกินยา INH 300 มก./วัน, Rifampicin 450 มก./วัน

PE: T 37.4°C, PR 72/min, RR 30/min, BP 160/120 mmHg.

GA: Fully conscious, moderately pale, no jaundice

HEENT: no lymphadenopathy

Lungs: Trachea shift to Rt. side, decreased breath sound at left lower lung field, no crepitation

Heart: Regular rhythm, normal S1S2, no murmur

Abdomen: Soft, not tender, no guarding, no rebound tenderness
liver and spleen cannot palpable

PR: Soft, yellow stool, no mass

Ext: No edema

Neuro: Grossly intact

Investigations:

CBC: Hb 13.9 g%, Hct 41%, WBC 14,900 (N 94% L 6%),
Plt 259,000/Cumm.

UA: Color red,turbid, sp.gr. 1.022,pH 6,glucose neg.,prot trace,
WBC 50-100/HPF,RBC numerous, Epi.3-5/HPF

BS 151mg%, BUN 25mg/dl,Cr 1.5mg/dl

Na 147, K 4.3, Cl 111, HCO₃ 16 mmol/L Serum cortisol >50 (5 -25
microg./dl)

TP/alb 9.3/3.4 g/dl, TB/DB 0.8/0.3 mg/dl,SGOT/SGPT 10/5 U/L, AP
174(66-220)

EKG Sinus rhythm rate110/min, no ST-T change , CXR to be shown

ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดด้วยวิธี Supraumbilical midline laparotomy และผลการผ่าตัด พบ Paraesophageal hernia showing one perforation was found in the left hemithorax, the defect was closed with nonabsorbable interrupted sutures.

หลังผ่าตัดได้รับการรักษา Urinary tract infection ด้วย ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลอีก 10 วันก็สามารถกลับบ้านได้ ไม่มีผลแทรกซ้อนจากการผ่าตัด

Diaphragmatic Hernias



นายแพทย์ศิษฏ์ กลดดาเรืองไกร
หน่วยทางเดินอาหาร รพ. ตำรวจ

เป็นภาวะที่มีการเคลื่อนที่ของอวัยวะในช่องท้องเข้าไปในทรวงอกโดยผ่านกะบังลมซึ่งมีหลายชนิด สามารถแบ่งได้ดังนี้

Acquired

Sliding, Paraesophageal, Mixed, Post-traumatic(including surgical injury), Empyema(subphrenic abscess), Spontaneous rupture of diaphragm

Congenital

Morgagni (anterior, sternocostal) and Bochdalek (posterior, lumbosacral)

Sliding hiatal hernia

เป็นภาวะ hernia ที่มีการเคลื่อนที่ของ gastroesophageal junction อยู่เหนือต่อ diaphragm ทำให้เกิด gastroesophageal reflux และ cameron ulcer

Paraesophageal' hernia

พบว่า fundus และ greater curvature ของ stomach เคลื่อนผ่าน ส่วน esophageal hiatus ของ diaphragm โดยที่ gastroesophageal junction ยังอยู่ในตำแหน่งปกติ, hernia ชนิดนี้ เกิดจากความผิดปกติของ diaphragmatic muscle ที่อยู่ด้าน lateral ของ diaphragmatic crus

Congenital diaphragmatic hernias

มี 2 ชนิดคือ Morgagni และ Bochdalek โดยพบชนิดหลังมากกว่า และมักทำให้เกิดภาวะ congenital pulmonary abnormalities, สำหรับ Morgagni มักพบในผู้ใหญ่

Post-traumatic diaphragmatic hernias

มีสาเหตุจาก penetrating trauma, stab wounds, gunshot wounds, blunt trauma, surgical trauma, empyema, subphrenic abscess, spontaneous rupture with coughing, lifting, twisting

Sliding hiatal hernia

อุบัติการณ์พบ 5 คน ใน 1,000 คน จากการศึกษาผู้ป่วยในสหรัฐอเมริกาของ Mobley พบผู้ป่วยที่เป็น sliding hiatal hernia 153 คนจากประชากร 30,000 คนโดย 32 คน (21%) ไม่มีอาการและอีก 99 คน (65%) มีอาการเพียงเล็กน้อย¹ และพบผู้ป่วย hiatal hernia 600 คน ที่ The Lahey Clinic Medical Center, Burlington, Massachusetts โดยมีเพียง 105 คน (17.5%) ที่มีอาการ²

อาการแสดงและการวินิจฉัย

ผู้ป่วยมีอาการดังต่อไปนี้ epigastric or substernal pain, heartburn, regurgitation, anemia, overt bleeding, nocturnal aspiration, wheezing, exacerbated in slouched position, bending at waist

การวินิจฉัยโดยการตรวจ

Barium esophagography พบ stricture, ulcer, shortening

ตรวจ Endoscopy พบ esophagitis

ตรวจ Esophageal manometry พบ diminish lower esophageal sphincter pressure

ภาวะแทรกซ้อนพบว่าเกิด shortening บ่อยที่สุด, 10-13% เกิด bleeding², 10-15% เกิด stricture, 8.6-46% เกิด carcinoma in Barrett's esophagus^{3,4}, ภาวะ perforation² พบน้อยมาก

การรักษา

จุดประสงค์เพื่อป้องกันภาวะ gastroesophageal reflux, improve esophageal clearance, decrease gastric acid secretion

Medical treatment ได้ผล 85-90% โดยปรับเปลี่ยนท่านอน, ให้นอนหนุนหมอนสูง 6-8 นิ้ว, ลดน้ำหนัก, สวมเสื้อผ้าหลวม, รับประทานอาหารครั้งละน้อยๆ แต่หลายมื้อ, หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมัน, เหล้า, nicotine และยาดังต่อไปนี้ progesterone, theophylline, diazepam, morphine, calcium channel blockers ให้รักษาด้วยยา Antacids, Sucralfate⁵, Histamine 2 receptor antagonists⁶, Omeprazole⁷, Metoclopramide

Surgical treatment เมื่อรักษาด้วย medical treatment ไม่ได้ผล หรือพบ severe dysplasia in Barrett's esophagus โดยผ่าตัดแบบ Antireflux operation (Gastropexy, Nissen Fundoplication)^{8,9}

Mixed and Paraesophageal hiatal hernia

พบ 10-25% , อาการเกิดจากความผิดปกติทาง mechanical ซึ่งแตกต่างจาก Sliding hiatal hernia ที่เกิดจากความผิดปกติทาง physiology

อาการแสดงและการวินิจฉัย

ผู้ป่วยมีอาการดังต่อไปนี้ epigastric or substernal pain, vague symptoms (postprandial indigestion, substernal fullness, nausea, dysphagia, bleeding, anemia), respiratory complications (dyspnea

from mechanical compression, recurrent pneumonia from aspiration)
ตรวจร่างกายพบ decreased breath sounds and dull percussion, bowel sounds over the left lower chest

Chest x-ray, Barium esophagography, Endoscopy พบ air-fluid level in the retrocardiac position

ภาวะแทรกซ้อนพบ 30% เกิด incarceration¹⁰, gastric volvulus, necrosis, perforation และ sepsis ทำให้เกิด mortality rate 50%¹¹, 1 ใน 3 ของผู้ป่วยเกิด recurrent bleeding จาก ulceration หรือ ischemia ของ gastric mucosa¹²

การรักษา

No effective medical treatment, ผู้ป่วยควรได้รับคำแนะนำให้ทำผ่าตัด elective repair

Surgical treatment เพื่อ reduce hernia, remove hernial sac, close the abnormally wide esophageal hiatus โดยผ่าตัดแบบ Transabdominal, Transthoracic, Laparoscopic repair

Congenital Hernias

Hernia of Bochdalek พบในเด็กแรกเกิด 1 คนใน 2000 คน, อุบัติการณ์ประมาณ 30%¹³, พบเพียง 5% ในผู้ใหญ่, เป็นภาวะที่เกิดการเคลื่อนที่ของ bowel ระหว่างช่องอกและช่องท้องอย่างอิสระ, ผู้ป่วยที่เป็น congenital

diaphragmatic hernia อาจจะเคยตรวจ chest x-ray ปกติมาก่อน, ในทารกแรกเกิดจะมีภาวะ respiratory distress, ในผู้ใหญ่จะมีอาการเป็นๆหายๆ โดยเฉพาะช่วงหลังกินอาหาร, ช่วงpostoperative ileus, gastroenteritis, trauma, obesity, pregnancy หรือมีอาการแบบ acute presentation ซึ่งเกิดจาก incarceration, obstruction, strangulation¹⁴

การรักษา

ด้วยการผ่าตัดแบบ Transabdominal, Transthoracic, Laparoscopic

Hernia of Morgagni

อุบัติการณ์ ประมาณ 2-3%^{15,16}, อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยเมื่อวินิจฉัยครั้งแรกคือ 50 ปี¹⁷, ผู้ป่วยอาจไม่มีอาการเลยหรือมีอาการดังต่อไปนี้ upper abdominal or chest fullness, colicky pain, vomiting after meal, volvulus, obstruction, acute respiratory distress¹⁸ หรือเกิดภาวะ sudden herniation จาก trauma, lifting

การรักษา

ด้วยการผ่าตัดแบบ Transabdominal, Transthoracic, Laparoscopic

Post-traumatic diaphragmatic hernia

การเกิดภาวะ diaphragmatic hernia หลังจากอุบัติเหตุรุนแรงทำให้มีอาการทางระบบหายใจหรือทางเดินอาหารจาก obstruction, ischemia, strangulation, พบ 3% เกิดใน pericardial space ทำให้มีภาวะ cardiac tamponad, hypotension

การรักษา

ด้วยการผ่าตัดแบบ Transabdominal, Transthoracic, laparoscopic

References:

1. Mobley JE, Christensen NA. Esophageal hiatal hernia: prevalence, diagnosis and treatment in an American city of 30,000. Gastroenterology 1956; 30(1):1-11
2. Crozier RE, Jonasson H. Symptomatic esophageal hiatus hernias: study of 105 patients. Arch Intern Med 1964; 113(May):737-43
3. Naef AP, Savary M, Ozzello L. Columnar-lined lower esophagus: an acquired lesion with malignant predisposition. Report on 140 cases of Barrett's esophagus with 12 adenocarcinomas. J Thorac Cardiovasc Surg 1975; 70(5):826-35

4. Skinner DB, Walther BC, Riddell RH, et al. Barrett's esophagus: comparison of benign and malignant cases. Ann Surg 1983; 198(4):554-65
5. Tytgat GN. Clinical efficacy of sucralfate in reflux esophagitis: comparison with cimetidine. Am J Med 1987; 83 (3B):38-42
6. Thanik K, Chey WY, Shak A, et al. Bethanechol or cimetidine in the treatment of symptomatic reflux esophagitis: a double-blind control study. Arch Intern Med 1982; 142(8):1479-81
7. Hetzel DJ, Dent J, Reed WD, et al. Healing and relapse of severe peptic esophagitis after treatment with omeprazole. Gastroenterology 1988;95(4):903-12
8. DeMeester TR, Johnson LF, Kent AH. Evaluation of current operations for the prevention of gastroesophageal reflux. Ann Surg 1974;180(4):511-25
9. Leonardi HK, Lee ME, El-Kurd MF, et al. An experimental study of the effectiveness of various antireflux operations. Ann Thorac Surg 1977;24(3):215-22
10. Hill LD, Tobias JA. Paraesophageal hernia. Arch Surg 1968; 96 (5):735-44

11. Hill LD, Incarcerated paraesophageal hernia:a surgical emergency. Am J Surg 1973;126(2):286-91
12. Cameron AJ. Linear gastric erosion: a lesion associated with large diaphragmatic hernia and chronic blood loss anemia. Higgins JA.Gastroenterology 1986;91:338-42
13. Kiesewetter,W.B., Gutierrez, I.Z.and Sieber, W.K. Diaphragmatic hernia in infants under one year age. Arch Surg 1961,83;561-572
14. Mac Donald, J.T., Abbot, A.C. and Goodhand,T.M. Herniation through congenital diaphragmatic defects in adults. J Surg 1963,6:301-316
15. Hartman GE:Diaphragmatic hernia. Nelson Textbook of Pediatrics. Behrman RE, Kliegman RM, Arvin AM(eds). Philadelphia, WB Saunders Co, 15th ED,1996,pp1161-1164
16. Wong NA, Dayan CM, Virjee J,et al: Acute respiratory distress secondary to Morgagni diaphragmatic herniation in an adult. Post grad Med J 1995;71:39-41
17. Ketonen P, Mattila SP,MattilaT, et al. Surgical treatment of hernia through the foramen of Morgagni. Acta Chir Scand 1975;141 (7):633-6

18. Wong NA, Dayan CM, Virgee J, et al. Acute respiratory distress secondary to Morgagni diaphragmatic herniation (non adult), Post grad Med J 1995;71(831):39-41

Interhospital GI Conference

นายแพทย์จิระศักดิ์ อินทรรักษา
หน่วยทางเดินอาหาร ภาควิชาอายุรศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Case 2 ผู้ป่วยหญิงไทยโสดอายุ 19 ปี นักเรียน จ.ลำปาง

CC: ถ่ายเหลวมา 1 เดือน

PI: 1 month PTA เริ่มถ่ายเหลวเป็นน้ำสีเขียว 10 ครั้ง/วัน บางครั้งออกน้อย บางครั้งออกมาก ทั้งกลางวันและกลางคืน ไม่มีมูกหรือเลือดปน ไม่มีไข้ ไอและหายใจหอบเหนื่อย ไปตรวจที่ รพ.ลำปาง admit อยู่ 2 สัปดาห์ ขณะอยู่ รพ. มีไข้ต่ำๆ 38°C ได้ทำ Investigations ดังนี้:

Stool: Negative for parasite, occult blood & culture

CXR: Left pleural effusion

Thoracentesis: (ได้ fluid มีสีออกเหลือง) cell 3320, N 88%, L12%,
sugar 51 mg%, protein 3.0 gm%

CBC: Hct 32.4, WBC 30800, N 44%, Band 4%, L12%, Eo 40%,
Plt 482000

H/C: NG, Anti HIV: negative

ANA: negative, LE cell: negative

US Upper Abdomen: Irregular low density lesion at tip of right

lobe of liver was seen, abscess formation was considered

ได้รับ Rx: Cefotaxime 1 gm IV q 6 hr เป็นเวลา 9 วันอาการทุเลาจึงเปลี่ยนเป็น Cefixime (100 mg) 2 cap PO bid เป็นเวลา 1 สัปดาห์

- 2 wk PTA ปวดบิดที่หัวหน้าท้องด้านซ้าย กดเจ็บ กลับไปตรวจที่ รพ.ลำปาง admit อีก 2 wk ขณะอยู่ รพ ถ่ายเหลว เป็นน้ำสีเขียวคล้ำ บางครั้งมีมูกเลือดปน วันละ 6-8 ครั้ง บางครั้งรู้สึกถ่ายไม่สุด อาเจียน มีผื่นคันขึ้นที่หลัง อาการถ่ายเหลวไม่ดีขึ้นจึง refer มา ช่วงนี้มือและเท้าซ้ายจะชาและอ่อนกำลังกว่าปกติ เวลาเดินจะกระเผลก

PH: - Asthma: 1 ปีก่อน เริ่มหอบเหนื่อย ไปรักษาที่คลินิกเอกชน วินิจฉัยโรคหอบหืด ได้ยามากิน อาการหอบทุเลา และเมื่อครั้งปีก่อนเคยมีอาการรุนแรง respiratory failure

- 2 เดือนก่อนมีจุดแดงขึ้นที่ฝ่ามือ ต่อมาเท้าบวมแดงร้อน ไปรักษาที่ รพ.ลำปาง ซึ่งขณะอยู่ รพ. ไบหน้าบวม หลังกลับจาก รพ. ยุบบวมเอง ไม่ทราบวินิจฉัย

FH: เป็นลูกคนเดียว ปฏิเสธโรคภูมิแพ้ในครอบครัว

PE: VS: T 37.0° C., P 72 /min, BP 120/90 mmHg, R 20 /min

look sick, not pale, no jaundice, no tachypnea, no peripheral lymph node enlargement

Skin: erythematous purpura, non palpable at right hand (Figure 1)

Heart: PMI 5th ICS & MCL, regular rhythm, no murmur

Lungs: normal breath sound, no adventitious sound

Abdomen: - soft and non-distended with increased bowel sound

- mild tenderness to deep palpation at right side of umbilicus and LLQ

- no hepatosplenomegaly

PR: normal

Neurologic examination

Consciousness: Full

Pupils: 2 mm react to light , Full EOM

Cranial nerves: intact

Motor power: Weakness of

- Left upper extremity: finger flex gr 3/5, finger adduct gr 4/5, thumb adduct (APB) gr 3/5

- Left lower extremity: foot dorsiflexor gr 2/5, big toe extensor gr 2/5, Plantar flexor gr 3/5

Deep tendon reflex: 1+ all, Babinski sign: no response

Pinprick sensation : impaired left hand (distribution of radial nerve), left foot

Coordination: intact

Investigation

CBC: Hb 10.1 gm/dl, Hct 32%, WBC 22500 /mm³, PMN 54%, L 8%, Eo 34%, Plt 714000 /mm³

PBS: - normal RBC

- increased WBC, Eosinophil 34%

- adequate platelet

UA: RBC 12-15 /HPF, WBC 1-5 /HPF, pH 7, Specific gravity 1.004,
no organism

BS 57 mg/dl, BUN 7 mg/dl, Cr 0.8 mg/dl,

Na 131 mmol/L, K 3.5 mmol/L, Cl 100 mmol/L, total CO₂ 21 mmol/L

Stool examination: WBC 2-3 /HPF, no parasite, positive occult blood

LFT: albumin 3.0 gm/dl, globulin 2.8 gm/dl, alk.phos 90 U/L (23-98),
cholesterol 76 mg/dl, AST 10 U/L, ALT 4 U/L

ESR: 58 mm/hr

Anti HIV: negative

ANA: negative

Antineutrophil cytoplasmic antibody: negative

Nerve Conduction Study

- Motor NCV showed normal distal latencies, normal velocities and decreased amplitudes of left median, left tibial and right peroneal nerves
- Sensory NCV: left median nerve and left sural nerve cannot be elicited

- Conclusion: This nerve conduction study compatible with mononeuritis multiplex.

Muscle Biopsy (Figure 2):

- mild interstitial infiltration of eosinophils
- neither definite evidence of vasculitis nor granuloma seen

Skin Biopsy (Figure 3a,3b):

perivascular lymphoeosinophilic infiltration

Colonoscopy with Biopsy (Figure 4): The colonoscope was passed up to the cecum. There were scattering areas of ulcerated lesion of various sizes from the rectum up to the hepatic flexure.

Pathological result (Figure 5a,5b):

- massive mucosal hemorrhage with necrotic colonic crypt and submucosal edema
- infiltration of mixed inflammatory cells including eosinophils
- intact mucosal capillary as well as the submucosal vessels with either vasculitis or fibrin thrombi

Discussion ผู้ป่วยรายนี้เป็นผู้หญิงมี underlying asthma (severe) มาด้วยอาการสำคัญดังนี้

1. อาการถ่ายเหลวเรื้อรัง ที่เข้าได้กับ colonic lesion และผลการทำ colonoscopy with biopsy มี vasculitis ร่วมกับ

extravascular eosinophilic infiltration ซึ่งพบอีกแห่งคือจาก skin biopsy

2. Peripheral blood eosinophilia โดยทั่วไปมักเกิดจาก drugs, parasites, collagen vascular diseases, malignancy และ allergy รวมถึง vasculitis
3. Mononeuritis multiplex
4. Asthma

อาการเหล่านี้เป็น typical case ของ Churg-Strauss syndrome ซึ่งต้องวินิจฉัยแยกโรคกับ major vasculitis อื่นที่มีอาการคล้ายกันโดยเฉพาะอย่างยิ่งจากโรค Polyarteritis nodosa (PAN) แต่ PAN จะไม่มีอาการ asthma ไม่มี eosinophilic tissue involvement ร่วมกับ peripheral blood eosinophilia

จาก Classification criteria สำหรับการวินิจฉัย Churg-Strauss syndrome ในผู้ป่วย vasculitis โดย The American College of Rheumatology โดยมีอยู่ 6 ข้อ คือ asthma, eosinophilia, mononeuropathy, pulmonary infiltrates (non-fixed) และ extravascular eosinophils ซึ่งถ้ามีอาการเหล่านี้ตั้งแต่ 4 ข้อขึ้นไปถือว่าเป็น Churg-Strauss syndrome (sensitivity 85% และ specificity 99.7%)

Diagnosis: Churg-Strauss syndrome

Treatment:

- Methylprednisolone 1000 mg IV infusion single dose
- Dexamethasone 5 mg IV Q 6 hr for 12 days and then
- Prednisolone 40 mg/day PO

หลังรักษาผู้ป่วยอาการดีขึ้นจำนวนการถ่ายอุจจาระลดลงและไม่
เหลว (ตารางที่ 1) เจาะ follow up CBC ผล eosinophil count ลดลง
(ตาราง ที่ 2) ดังแสดงในต่อไปนี้

ตารางที่ 1

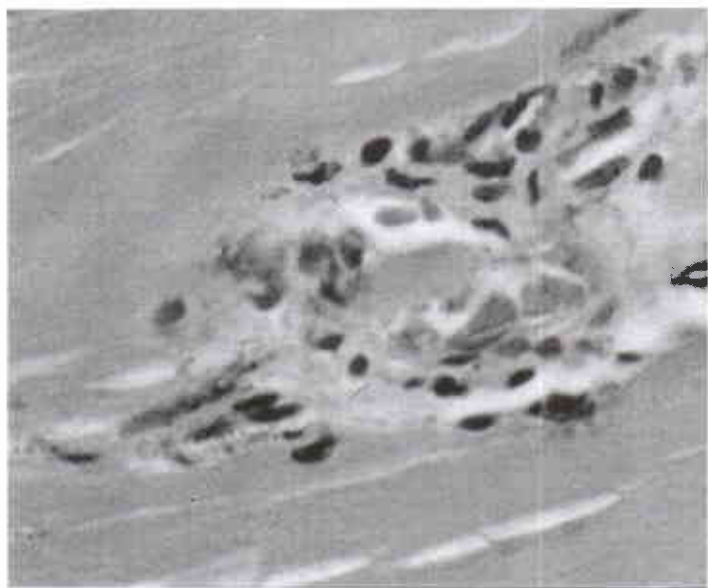
Day	2	4	6	8	10	12	14	16	18	Upto 57
Bowel motion (per day)	5	9	8	5	9	6	3	3	3	1-3

ตาราง ที่ 2

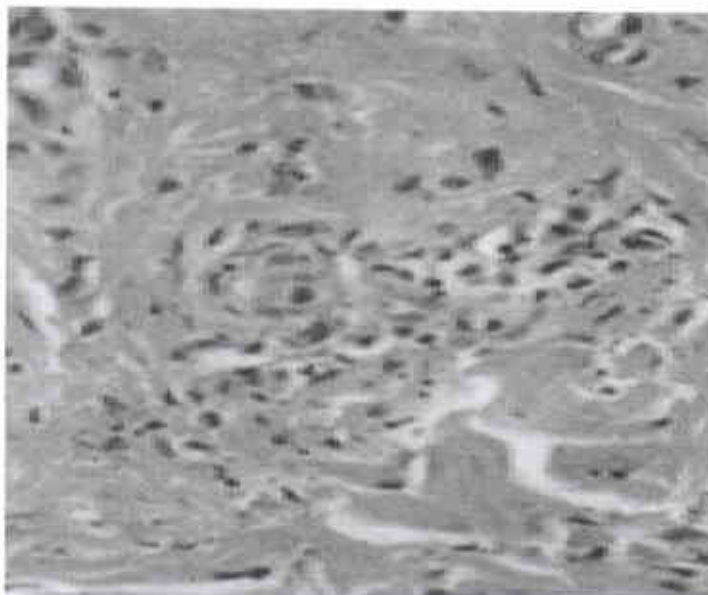
Day	Hb	Hct	WBC	PMN	Eos	Lym	Mon o	Bas O	Plt
1	10.1	32	22500	54	34	8	0	0	714000
7	9.0	27.9	43000	41	47	10	2	0	532000
11	8.4	26.9	34800	95	0	2	3	0	640000
21	9.5	29	27600	86	0	8	6	0	878000
57	11.4	34.1	18400	78.9	0.3	13.9	6.6	0.3	509000
85	11.6	36.3	19100	68.3	0.2	23.9	7.2	0.4	492000



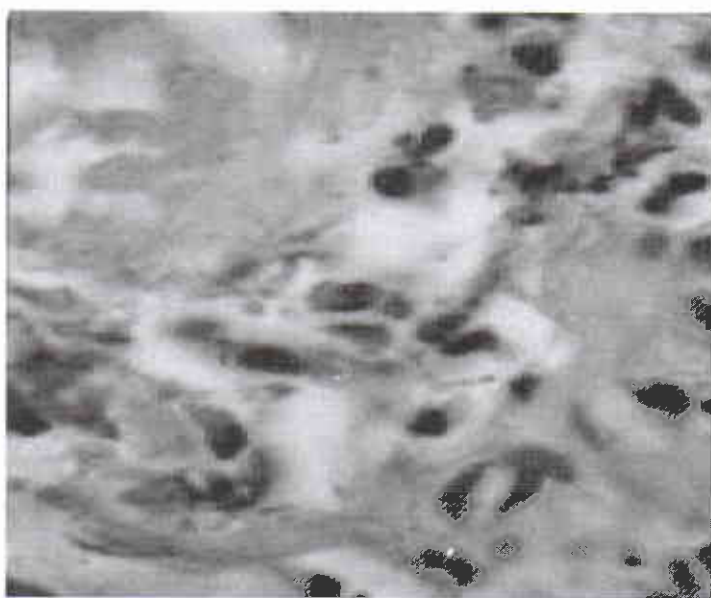
รูปที่ 1



รูปที่ 2



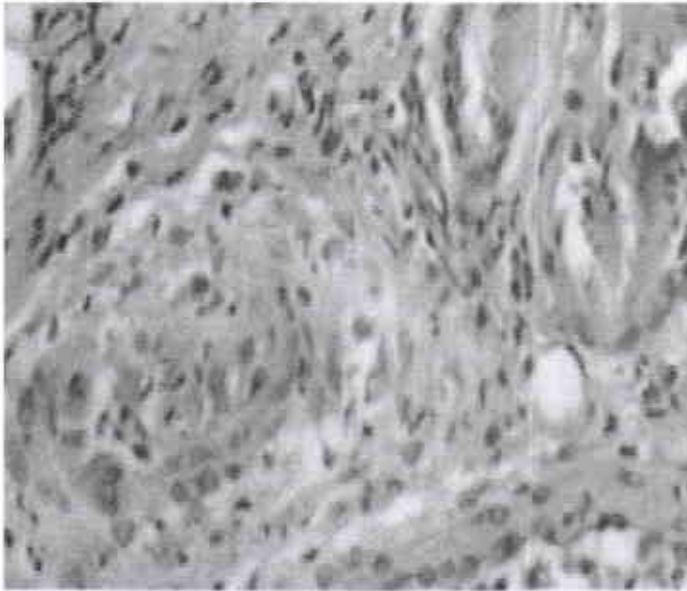
รูปที่ 3a



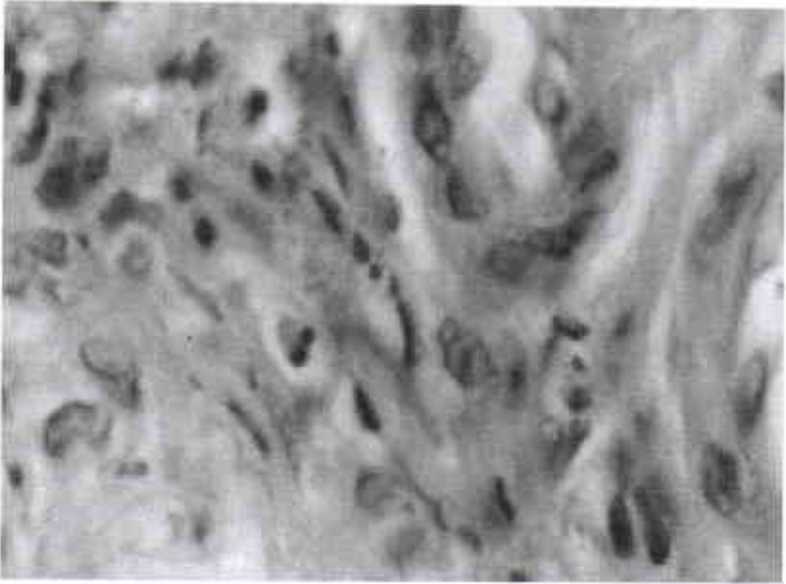
รูปที่ 3b



รูปที่ 4



รูปที่ 5a



รูปที่ 5b

Churg-Strauss syndrome (Allergic granulomatosis and angiitis)



นายแพทย์จิระศักดิ์ อินทรรักษา
หน่วยทางเดินอาหาร ภาควิชาอายุรศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Churg-Strauss syndrome (CSS) เป็นโรคของ systemic necrotizing vasculitis ที่มีลักษณะเฉพาะคือมี granulomatous vasculitis ของอวัยวะระบบต่างๆ โดยเฉพาะที่ปอด

ภาวะ vasculitis จะเกิดทั้งที่ small, medium-sized arteries, veins, capillary และ venules, และมี intra-, extravascular granuloma formation ร่วมกับ eosinophilic tissue infiltration และโรคนี้มีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับภาวะ severe asthma และ peripheral eosinophilia¹

อุบัติการณ์

- ยังไม่ทราบแน่ชัดเนื่องจากความไม่แน่นอนในการวินิจฉัย แต่ประมาณ 10% ของผู้ป่วยในกลุ่ม major vasculitis เป็น CSS

- พบได้ทั้งชายและหญิง ไม่แตกต่างกันอย่างเด่นชัด

สาเหตุ

ยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด แต่น่าจะเป็น autoimmune process เนื่องจากมีหลักฐานดังนี้

- Allergic features ที่เด่นชัด เช่น allergic rhinitis, asthma และ positive skin test
- Heightened T cell immunity (pulmonary angiocentric granulomatosis)
- Altered humoral immunity (hypergammaglobulinemia, especially IgE และ elevated rheumatoid factor)
- Immune complex disease (circulating IgE containing immune complexes และ perinuclear antineutrophil cytoplasmic antibodies)

อาการแสดง

อาการของ CSS เกิดในหลาย phase

1. Prodromal phase atopic disease, allergic rhinitis, asthma (95%)

2. Eosinophilic phase peripheral blood eosinophilia และ eosinophilic infiltration ในอวัยวะต่างๆ โดยเฉพาะปอดและระบบทางเดินอาหาร

3. Vasculitic phase อาจจะมีอาการนำมาก่อนเป็น nonspecific constitutional symptoms ได้แก่ fever, malaise, anorexia, lassitude และ weight loss ตามมาด้วยอาการจาก life-threatening systemic vasculitis ของ small and medium vessels และมักพบร่วมกับ vascular and extravascular granulomatosis³

Asthma

เป็น cardinal feature ของโรค CSS พบได้มากกว่า 95% ของผู้ป่วย และมักเกิดก่อน vasculitic phase ซึ่งระยะเวลาจากอาการ asthma จนกระทั่งเริ่ม vasculitic phase โดยเฉลี่ยประมาณ 8-10 ปี³ ถ้าระยะเวลาดังกล่าวยิ่งสั้นก็แสดงถึงการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี

Nasal and sinus disease

ที่พบบ่อยคือ allergic rhinitis⁴, nasal obstruction, recurrent sinusitis และ nasal polyposis

Skin disease

พบได้ประมาณสองในสามของผู้ป่วย⁵ อาจจะมีลักษณะ

- Palpable purpura

- A macular or papular erythematous rash
- Hemorrhagic lesions (petechiae to extensive ecchymoses)
- Tender cutaneous or subcutaneous nodules

Cardiovascular disease

ได้แก่ acute pericarditis (พบได้ 32%), constrictive pericarditis, heart failure (47%), myocardial infarction⁶ ซึ่ง cardiovascular disease เป็นสาเหตุการตายจำนวนถึงครึ่งหนึ่งของการตายในผู้ป่วย CSS

Neurologic disease

อาการทาง peripheral neuropathy มักจะเป็น mononeuritis multiplex ซึ่งเกิดได้ถึง 75%³ และถ้าไม่ได้รับการรักษาอาจดำเนินไปเป็น polyneuropathy ได้ทั้งแบบ symmetric และ asymmetric⁷ นอกจากนี้ยังอาจเกิด cerebral hemorrhage และ cerebral infarct ได้

Kidney disease

พบได้บ่อย ส่วนใหญ่เป็น focal segmental glomerulonephritis (85%) ส่วน renal failure พบได้น้อยกว่า 10%⁸

Systemic hypertension

พบได้ 29% และถ้ามีอาจบ่งถึงว่ามี renal infarct

Musculoskeletal disease

ได้แก่ myalgia, migratory polyarthralgia และ arthritis แต่พบได้ไม่บ่อย

Gastrointestinal disease

ได้แก่ eosinophilic gastroenteritis มักจะมีอาการ abdominal pain (59%), diarrhea (33%), gastrointestinal bleeding (18%) และ colitis

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- CBC มักจะมี leukocytosis และที่สำคัญคือมี peripheral blood eosinophilia ซึ่งจะอยู่ระหว่าง 5000 ถึง 9000/ μ L และอาจมี normochromic, normocytic anemia ได้
- Erythrocyte sedimentation rate ส่วนใหญ่จะเพิ่มขึ้นมาก
- IgE level มีระดับเพิ่มขึ้น
- Circulating immune complexes
- Hypergammaglobulinemia
- Positive rheumatoid factor พบได้แต่ low titer

Antineutrophil cytoplasmic antibodies, perinuclear staining pattern (p-ANCA) พบได้ประมาณ 70% ของผู้ป่วย CSS

Radiographic features ของผู้ป่วย CSS พบได้หลายแบบ^{9,10,11,12}

ได้แก่

1. Transient and patchy opacities (75%) without lobar or segmental distribution
2. Symmetrical opacities in an axillary and peripheral distribution
3. Opacities radiating from the hilum with hilar adenopathy
4. Diffuse interstitial or miliary opacities
5. Pulmonary hemorrhage causing widespread shadowing
6. Bilateral, nodular disease without cavitation
7. Hilar adenopathy (infrequent)
8. Pleural effusions (30%)

การวินิจฉัย

เมื่อผู้ป่วยมีอาการทางคลินิกที่เข้าได้จะยืนยันการวินิจฉัยโดยการทำ biopsy จากเนื้อเยื่อของอวัยวะที่ถูกกลุกลามโดยเฉพาะจากปอดซึ่งถือว่าเป็น gold standard ในการวินิจฉัยโรค CSS

Classification criteria โดย The American College of Rheumatology¹³ ได้กำหนดเกณฑ์การจัดว่าเป็น CSS ในผู้ป่วยที่มี vasculitis ไว้ 6 ข้อ ดังนี้

Criteria	Definition
Asthma	History of wheezing or diffuse high pitched rales on expiration
Eosinophilia	Eosinophilia > 10% on WBC
Mononeuropathy or polyneuropathy	Development of mononeuropathy, multiple mononeuropathy, or polyneuropathy (i.e. glove/stocking distribution) attributable to a systemic vasculitis
Pulmonary infiltrates, non-fixed	Migratory or transitory pulmonary infiltrates on radiographs (not including fixed infiltrates), attributable to a systemic vasculitis
Paranasal sinus abnormality	History of acute and chronic paranasal sinus pain or tenderness or radiographic opacification of the paranasal sinuses
Extravascular eosinophils	Biopsy including artery, arteriole, or venule, showing accumulations of eosinophils in extravascular areas

ถ้ามี 4 ข้อจากใน 6 ข้อ ถือว่าเป็น Chug-Strauss syndrome ซึ่งมี sensitivity 85% และ specificity 99.7%

การรักษา

Corticosteroid therapy; Prednisolone 0.5-1.5 mg/kg per day เป็นเวลานาน 6-12 สัปดาห์ หรือจนกระทั่งหายจากอาการอย่างสมบูรณ์ อาจจะให้ยานี้ในขนาดที่สูงกว่านี้ในกรณีที่มี neuropathy, หรือมี impairment ของ cardiac function หรือ renal function

การตอบสนองต่อการรักษาและการติดตามภายหลังการรักษาเพื่อ ฝ้าดูการกลับมาเป็นซ้ำดูได้จากค่า eosinophil count และค่า erythrocyte sedimentation rate

กรณีที่รักษาแล้วตอบสนองต่อการรักษาเป็นอย่างดี มักจะไม่ค่อยมี late relapse เพราะฉะนั้นจึงสามารถหยุดการรักษาได้เป็นส่วนใหญ่ แต่การหยุดการรักษาเร็วเกินไปอาจทำให้กลับมาเป็นซ้ำได้

ในกรณีที่เป็นรุนแรง หรือ ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วย corticosteroids ควรพิจารณาให้ cyclophosphamide หรือ high-dose intravenous immune globulin

- Cyclophosphamide 2 mg/kg per day
- Intravenous immune globulin

การพยากรณ์โรค

ในยุคนก่อนการรักษาโดย steroids อัตราตายของผู้ป่วยภายในระยะเวลา 3 เดือนหลังจากเริ่มมี vasculitis สูงถึงร้อยละ 50 ซึ่งในภายหลังผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทำให้เพิ่ม 5-year survival rate สูงมากกว่าร้อยละ 70³

ผู้ป่วยที่เสียชีวิต ส่วนใหญ่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนของ vasculitic phase อันได้แก่

- Cardiac failure or myocardial infarction
- Cerebral hemorrhage
- Renal failure
- Gastrointestinal bleeding
- Status asthmaticus

ลักษณะอาการที่มีแล้วจะสัมพันธ์กับอัตราตายมีอยู่ 5 ข้อ (five-factor score)¹⁴ ได้แก่

1. Cardiac involvement
2. Gastrointestinal disease
3. Renal insufficiency (plasma creatinine concentration > 1.6 mg/dL)
4. Proteinuria (> 1 g/day)
5. Central nervous system involvement

5-year mortality = 12% when none of the five prognostic factors was present.

5-year mortality = 26% when one factor was present.

5-year mortality = 46% when three or more factors were present.

References:

1. Talmadge E, King, Jr, MD. Churg-Strauss syndrome (allergic granulomatosis and angiitis). Uptodate.com Apr 5, 2000
2. Anthony S. Fauci. Vasculitis syndrome. Harrison's principles of internal medicine
3. Guillevin L, Cohen P, Gayraud M, et al. Churg-Strauss syndrome. Clinical study and long-term follow-up of 96 patients. Medicine (Baltimore) 1999;78:26
4. Chumbley LC, Harrison EG Jr, DeRemee RA. Allergic granulomatosis and angiitis (Churg-Strauss syndrome). Report and analysis of 30 cases. Mayo Clin Proc 1977; 52:477
5. Schwartz RA, Churg J. Churg-Strauss syndrome. Br J Dermatol 1992; 127:199
6. Hasley PB, Follansbee WP, Coulehan JL. Cardiac manifestations of Churg-Strauss syndrome: Report of a case and review of the literature. Am Heart J 1990; 120:996

7. Hattori N, Ichimura M, Nagamatsu M, et al. Clinicopathological features of Churg-Strauss syndrome-associated neuropathy. *Brain* 1999; 122 (pt3):427
8. Clutterbuck EJ, Evans DJ, Pusey CD. Renal involvement in Churg-Strauss syndrome. *Nephrol Dial Transplant* 1990; 5:161
9. Choi, YH, Im, JG, Han, BK, et al. Thoracic manifestation of Churg-Strauss Syndrome: Radiologic and clinical findings. *Chest* 2000; 117:117.
10. Erzurum, SC, Underwood, GA, Hamilos, DL, Waldron, JA. Pleural effusion in Churg-Strauss syndrome. *Chest* 1989; 95:1357.
11. Buschman, DL, Waldron, JA Jr, King, TE Jr. Churg-Strauss pulmonary vasculitis. High resolution CT scanning and pathologic findings. *Am Rev Respir Dis* 1990; 142:458.
12. Worthy, SA, Muller, NL, Hansell, DM, Flower, CDR. Churg-Strauss syndrome: The spectrum of pulmonary CT findings in 17 patients. *AJR Am J Roentgenol* 1998; 170:297.
13. Masi, AT, Hunder, GG, Lie, JT, et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of Churg-Strauss syndrome (allergic granulomatosis and angiitis). *Arthritis Rheum* 1990; 33:1094

14. Guillevin L, Lhote F, Gayraud D, et al. Prognostic factors in polyarteritis nodosa and Churg-Strauss syndrome. A prospective study in 342 patients. *Medicine* 1996; 75:17

Toxic Megacolon



นายแพทย์ประเสริฐ แก้วสมนึกสกุล

นายแพทย์สถาวร มานัสสถิตย์

สาขาวิชาโรคระบบทางเดินอาหาร,รพ.ศิริราช

Toxic megacolon เป็นภาวะที่มีผู้รายงานเป็นครั้งแรก เมื่อปีค.ศ. 1950 โดย Marchak และคณะ เป็นภาวะที่แทรกซ้อนของ inflammatory bowel disease (IBD) ที่มีอัตราตายสูงมาก

Definition

Toxic megacolon เป็นภาวะที่มี dilatation จากการที่มีการอักเสบอย่างรุนแรงของลำไส้ใหญ่บางส่วนหรือทั้งหมดจากโดยทั่วไปจะตีกว่าเป็น toxic megacolon เมื่อพบมี \varnothing ของ colon > 6 ซม. จาก plain film X-ray โดยไม่มี colonic obstruction โดยจะต้องมีภาวะ systemic toxicity คือใช้ร่วมด้วย ซึ่งจะต่างจาก congenital megacolon, acquired megacolon และ intestinal pseudo-obstruction

Etiology

สาเหตุของ toxic megacolon สรุปได้ดังตารางที่ 1 Heppell และคณะ¹ รายงานผู้ป่วยที่เป็น toxic megacolon ไว้ 70 ราย ในปีค.ศ. 1970 ถึง 1984 พบว่าสาเหตุส่วนใหญ่คือ ulcerative colitis 47 ราย, granulomatous colitis 15 ราย, undetermined colitis 3 ราย, ischemic colitis 2 ราย และ pseudomembranous colitis 1 ราย

ตารางที่ 1

Disorders associated with toxic megacolon

Inflammatory

- Ulcerative colitis
- Crohn's disease

Infectious

Bacterial

- C. difficile* pseudomembranous colitis
- Salmonella – typhoid and non-typhoid
- Shigella
- Campylobacter
- Yersinia

Parasitic

- Entamoeba histolytica*
- Cryptosporidium

Viral

- Cytomegalovirus colitis
- Self-limited colitis (culture negative)

Other

- Pseudomembranous colitis from chemotherapeutic agents
- Ischemic colitis
- Lymphoma

ผู้ป่วยที่เป็นโรค ulcerative colitis อยู่เดิม แล้วเกิด toxic megacolon พบว่า cytomegalovirus อาจมีบทบาทสำคัญในการเกิด toxic megacolon โดยมีรายงานผู้ป่วย ulcerative colitis 46 ราย โดย Cooper และคณะ² พบ cytomegalovirus จากการตรวจทางพยาธิวิทยา 6 ราย ผู้ป่วย 5 รายที่พบ cytomegalovirus เกิด toxic megacolon ในขณะที่ผู้ป่วยที่ไม่มี cytomegalovirus อีก 40 รายเกิด toxic megacolon เพียง 2 ราย

นอกจากนี้ Cytomegalovirus อาจเป็นสาเหตุของ toxic megacolon ในผู้ป่วยที่ได้ steroid ที่ไม่ได้เป็น IBD ก็ได้³

ในผู้ป่วยที่ติดเชื้อ HIV พบว่า cytomegalovirus เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิด toxic megacolon รองลงมาคือ pseudomembranous colitis ผู้ป่วยที่เกิด toxic megacolon ส่วนใหญ่เป็นในผู้ป่วยเอดส์ระยะท้าย⁴

ในผู้ป่วยที่เป็น GI lymphoma อาจมาด้วยเรื่อง toxic megacolon ได้ แต่พบได้น้อยมาก⁵

Incidence

ในอดีต ผู้ป่วย IBD มีโอกาสเกิด toxic megacolon ประมาณ 1-5% แต่ในปัจจุบันการรักษา IBD ก้าวหน้าขึ้นมาก ทำให้อัตราเสี่ยงต่อการเกิด toxic megacolon ลดลง

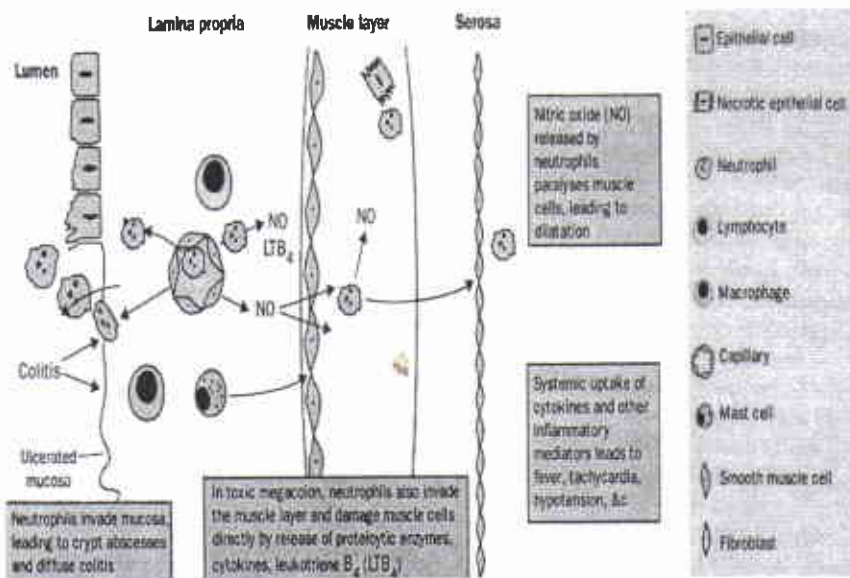
สำหรับผู้ป่วยที่เป็น severe colitis จากสาเหตุอื่นไม่มีรายงานอุบัติการณ์ที่ชัดเจน

Pathogenesis

Toxic megacolon เป็นผลจากการอักเสบที่รุนแรงที่ชั้นกล้ามเนื้อเรียบของลำไส้ใหญ่ ทำให้กล้ามเนื้อเรียบไม่ทำงานและเกิด dilatation ตามมา

ในผู้ป่วย toxic megacolon ที่ได้รับการผ่าตัด พบว่า myenteric plexus ในผู้ป่วยส่วนใหญ่จะปกติเมื่อตรวจทางพยาธิวิทยา แสดงให้เห็นว่า myenteric plexus ไม่ได้มีส่วนทำให้เกิด toxic megacolon

จากการศึกษาโดยพบว่าในลำไส้ใหญ่ของผู้ป่วย toxic megacolon มี nitric oxide synthase เพิ่มขึ้น⁶ ทั้งปริมาณและ activity โดยเฉพาะส่วนที่ dilate มาก ๆ นอกจากนั้นในสัตว์ทดลองยังพบว่าภายหลังการทำ bowel decontamination ด้วย non-absorbable broad-spectrum antibiotics หรือให้ dexamethasone แล้ว ประมาณ inducible nitric oxide synthase จะลดลงและจะไม่สามารถกระตุ้นให้เกิด toxic megacolon ไม่ได้ และเมื่อทดลองให้ nitric oxide synthase inhibitor แล้วพบว่าทำให้ลำไส้ใหญ่บีบตัวเล็กลง contractility และ intracolonic pressure ดีขึ้น ผลการศึกษาเหล่านี้สนับสนุนว่า nitric oxide น่าจะมีส่วนสำคัญในการเกิด toxic megacolon



รูปแสดง pathogenesis ของ toxic megacolon⁷

Pathology

จากการตรวจทางพยาธิวิทยาของลำไส้ใหญ่ส่วนที่เกิด toxic megacolon จะพบว่าถ้าดูด้วยตาเปล่ามี dilatation มาก มีผนังลำไส้บาง และมี deep ulcer กระจายกระจายอยู่ทั่วไป และจากการตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์จะพบลักษณะของ acute inflammation ในทุกชั้นของลำไส้ใหญ่ มี degeneration และ necrosis ของ myocyte และบางส่วนถูกแทนที่ด้วย

granulation tissue มี histiocytes, neutrophils, lymphocytes และ plasma cells แทรกอยู่ ส่วน myenteric plexus จะพบว่าปกติเป็นส่วนใหญ่ สำหรับผู้ป่วยที่เป็น toxic megacolon จาก *Clostridium difficile* เมื่อตรวจทางพยาธิวิทยาจะพบลักษณะที่เป็น characteristic ของ pseudomembranous colitis ร่วมด้วย

ส่วนในรายที่เป็น toxic megacolon จากเชื้อ *Entamoeba histolytica* การตรวจทางพยาธิวิทยาอาจพบลักษณะ "wet-blotting-paper", punch-out ulcer และอาจพบตัว trophozoites ได้

Clinical features

Toxic megacolon เป็นภาวะที่พบได้ทั้งในผู้ชายและผู้หญิง และพบได้ทุกอายุ โดยอาจพบเป็นอาการนำเป็นครั้งแรกในผู้ป่วย IBD ได้ ร้อยละ 30 ของผู้ป่วย IBD มีลักษณะเป็นเพียงมีอาการมูกปน เกิด toxic megacolon ภายใน 3 เดือนและร้อยละ 60 ภายใน 3 ปีหลังได้รับการวินิจฉัยเป็น IBD

ผู้ป่วย toxic megacolon จะมาด้วยอาการและอาการแสดงของ acute colitis กล่าวคือมีอาการถ่ายอุจจาระมากกว่า 6 ครั้งต่อวัน มีอุจจาระปนเลือด และ abdominal cramp ซึ่งดีขึ้นเมื่อถ่ายอุจจาระ อาการเหล่านี้มักเกิดขึ้นก่อนการเกิด toxic megacolon อย่างน้อย 1 สัปดาห์ นอกจากนั้นผู้ป่วยจะมีอาการใจสั่น ไข้สูง อ่อนเพลีย tender guarding abdomen และอาจมีอาการของ hypotension

ภาวะที่เป็นปัญหาเสริมที่สำคัญได้แก่

- Hypokalemia, กับ
- การได้รับยาบางชนิดได้แก่ ยากลุ่ม opioids, anticholinergics, loperamide, psyllium seeds และ antidepressants
- การทำ barium enema,
- การตรวจ colonoscopy,
- การหยุดหรือลดยากลุ่ม corticosteroids, sulphasalazine และ mesalazine อย่างรวดเร็ว

สำหรับ barium enema และ colonoscopy นั้นอธิบายว่าทำให้เกิด dilatation ทำให้ blood supply มาสู่ลำไส้ใหญ่ลดลงและมีการ uptake fecal toxin ผ่าน raw surface ของลำไส้ใหญ่มากขึ้น ทำให้เสี่ยงต่อการเกิด toxic megacolon ได้

การตรวจร่างกายมักพบว่าผู้ป่วยซีด ความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ซีพจรเร็ว มีไข้ และ postural hypotension การตรวจช่องท้องพบว่าท้องอืดและกดเจ็บ เคาะโปร่งที่ mid และ left lower quadrant (ซึ่งเป็นตำแหน่งของ transverse colon) การตรวจช่องท้องพบ loss of hepatic dullness และอาการแสดงของ local หรือ general peritonitis บ่งบอกว่ามีภาวะทะลุของลำไส้ใหญ่เกิดขึ้น

Investigations

การตรวจนับเม็ดเลือดจะพบว่าซีดเนื่องจากการเสียเลือด เม็ดเลือดขาวเพิ่มจำนวนและเป็นตัวอ่อนมากขึ้น ยกเว้นผู้ป่วยที่เป็นโรคเอดส์หรือมีภาวะ sepsis อาจพบเม็ดเลือดขาวไม่สูงมากได้

ถ้าตรวจเลือดจะพบมี electrolyte imbalance ได้แก่ hypokalemia จากการเพิ่มขึ้นของ potassium excretion และมีการดูดกลับของน้ำและ sodium ลดลง ทำให้เกิดภาวะ metabolic alkalosis นอกจากนี้จะพบมี Hypoalbuminemia จากการมี protein loss และการสร้างที่ต่ำลดลง นอกจากนี้จะพบ ESR และ C Reactive Protein เพิ่มขึ้น

การตรวจ plain film abdomen จะพบว่าลำไส้ใหญ่มักจะ dilate มากกว่า 6 ซม. โดยเฉพาะที่ transverse colon ซึ่งอาจ dilate มาก ถึง 15 ซม. ได้ในท่านอนหงาย (ในท่านี้ ลำไส้ใหญ่ส่วนที่ dilate มากที่สุดคือ transverse colon) อาจพบ multiple air-fluid level ในลำไส้ใหญ่ และ haustration ผิดปกติไป และอาจเห็น fissure-like ระหว่าง pseudopolypoid projection ได้

ผู้ป่วยเหล่านี้มักอยู่ในอาการวิกฤติ และไม่ควรรทำ Barium edema เนื่องจากเสี่ยงต่อการทะลุของลำไส้ใหญ่



รูปแสดง colonic dilatation ใน toxic megacolon

Diagnosis

แพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยที่มาด้วยอาการท้องอืด ท้องเสียเฉียบพลันหรือเรื้อรัง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการแสดงถึง systemic toxicity ควรคิดถึง toxic megacolon ไปด้วย

Jalan และคณะ⁸ เสนอเกณฑ์ในการวินิจฉัย toxic megacolon (ตารางที่ 2)

เนื่องจากในอดีตพบว่า toxic megacolon เป็น complication ของ IBD ดังนั้นการรักษาจึงเป็นการรักษาในด้าน IBD เป็นหลัก แต่ปัจจุบันพบว่าสาเหตุของ toxic megacolon มีอีกหลายอย่าง โดยเฉพาะ infectious causes ดังตารางที่ได้กล่าวถึงแล้ว ดังนั้นการหาสาเหตุจะช่วยให้การรักษาประสบความสำเร็จมากขึ้น สิ่งที่จะช่วยในการวินิจฉัย ได้แก่

- ประวัติการรักษาเดิม ถ้าเคยรักษาเรื่อง IBD มาก่อนและแพทย์สามารถหาประวัติเดิมมาได้จะเป็นประโยชน์มาก
- Clinical features ของ IBD เช่น มีประวัติท้องเสียมาก่อน อุจจาระปนเลือด อาการปวดท้องซึ่งดีขึ้นหลังถ่ายอุจจาระ มีรอยโรคที่บริเวณ perianal area และมี extraintestinal manifestation ของ IBD เป็นต้น
- ประวัติการท้องเที่ยวไปในถิ่นที่เกิด infectious diarrhea ได้บ่อย
- การให้ยาต้านจุลชีพและยาเคมีบำบัด
- การใช้ยากลุ่ม antimotility agents
- HIV status

ตารางที่ 2

Diagnostic criteria for toxic megacolon

Radiographic evidence of colonic distension

At least three of the following :

Fever $> 38^{\circ}\text{C}$ (101.5°F)

Heart rate $> 120/\text{min}$

Neutrophilic leucocytosis $> 10.5 \times 10^9/\text{L}$

Anemia

In addition to the above, at least one of the following :

Dehydration

Altered consciousness

Electrolyte disturbances

Hypotension

การทำ endoscopy สามารถช่วยในการหาสาเหตุของ toxic megacolon และช่วยชี้แนวทางในการรักษาได้มาก แต่การตรวจจะต้องทำด้วยความระมัดระวังมาก และอาจทำเพียง 20 ซม. จากทวารหนักก็เพียงพอ การตรวจ full colonoscopy ไม่ควรทำเพราะเสี่ยงต่อการเกิดการทะลุของลำไส้ใหญ่ ซึ่งจะทำให้อาการและการพยากรณ์โรคของผู้ป่วยเลวลงอย่างมาก

Treatment and prognosis

จุดประสงค์หลักของการรักษาเพื่อลดการอักเสบของลำไส้ใหญ่ ทำให้การบีบตัวกลับเป็นปกติ และลดความเสี่ยงต่อการทะลุของลำไส้ใหญ่

การรักษาในช่วงแรกเป็น medical treatment เป็นส่วนใหญ่ โดยจะต้องสังเกตอาการและอาการแสดงที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างใกล้ชิด โดยมากจะ

ดูอาการไม่เกิน 2-3 วัน^{6,10} ถ้าอาการยังไม่ดีขึ้นหรือเลวลงควรใช้ emergency surgical treatment ทั้งนี้เพราะพยาธิกรณโรคของผู้ป่วย toxic megacolon ขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่เกิดโรคนี้เป็นสำคัญ การดูอาการเป็นเวลานานโดยหวังว่าจะดีขึ้นได้เองอาจทำให้ผู้ป่วยอาการเลวลงจนเสียชีวิตได้

Grant CS และ Dozois RR¹¹ จาก Mayo Clinic รายงานผู้ป่วย toxic megacolon จาก IBD ระหว่างปีค.ศ.1954-1975 พบว่าการรักษาด้วย medical treatment อย่างเดียวสำเร็จ 38 ราย (ร้อยละ 29) ผู้ป่วยที่ต้องผ่าตัดรักษา 90 ราย (ร้อยละ 68.7) และผู้ป่วยเสียชีวิตหลังการรักษาด้วย medical treatment 3 ราย (ร้อยละ 2.3) ผู้ป่วย 38 รายที่รักษาด้วย medical treatment แล้วประสบความสำเร็จเป็น ulcerative colitis 32 ราย และ Crohn's disease 6 ราย ซึ่งส่วนใหญ่จะมีการอักเสบของลำไส้ใหญ่ทั้งหมด เมื่อติดตามไป 3-22 ปี (เฉลี่ย 13 ปี) พบว่าในจำนวน 38 รายนี้ ร้อยละ 60 เกิด moderate to severe colitis ขึ้นอีก ร้อยละ 29 เกิด recurrent toxic megacolon หรือ fulminant colitis (ซึ่งต้องรักษาโดย urgent surgery ร้อยละ 73) และร้อยละ 16 อาการดีขึ้นใน 48 ชั่วโมงหลังรักษา toxic megacolon และอาการน้อยเมื่อติดตามไปในช่วงเวลาข้างต้น

จากรายงานของ Heppell J และคณะ¹ ในผู้ป่วยที่เป็น IBD 65 ราย พบว่ารักษาด้วย medical treatment สำเร็จ 9 ราย 36 รายต้องได้รับการผ่าตัดด่วนหลังให้ medical treatment 14 รายอาการดีขึ้นในช่วงแรกแล้วเลวลงอีก และผู้ป่วย 6 รายต้องผ่าตัดด่วนในวันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยที่มีการทะลุของลำไส้ใหญ่มี 15 รายซึ่งมีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 27

(เทียบกับร้อยละ 4 ในรายที่ไม่มีการทะลุของลำไส้ใหญ่) และผู้ป่วยที่มีเลือดออกมากจากลำไส้ใหญ่มี 9 รายซึ่งมีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 33 ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 5 วันนับจากเริ่มเกิด toxic megacolon ไม่มีผู้ใดเสียชีวิต

จะเห็นได้ว่า medical treatment มีความสำคัญในช่วงแรกและผู้ป่วยจำนวนมากต้องได้รับการผ่าตัดอย่างรวดเร็วเมื่ออาการและอาการแสดงไม่ดีขึ้น

ควรรักษาผู้ป่วยใน intensive care unit (ICU) และควรติดตามอาการอย่างใกล้ชิดโดยทีมแพทย์ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ทางอายุรกรรมและศัลยกรรมดูแลร่วมกันตั้งแต่ต้น

ติดตามและให้การรักษากภาวะชืด electrolyte imbalance และภาวะขาดน้ำ มีผู้ศึกษาไว้พบว่าผู้ป่วยที่มี β -globulin ต่ำ หรือ hypokalemia หรือ metabolic alkalosis เป็น predictor ที่บอถึงพยากรณ์โรคที่เลว¹² ดังนั้น การตรวจหาและรักษากภาวะเหล่านี้เป็นสิ่งจำเป็น

- งดการให้ enteral nutrition และอาจให้ parenteral nutrition ได้ตามความจำเป็น
- ควรใส่ NG tube หรือ long intestinal tube เพื่อ decompress ลำไส้
- หยุดยากกลุ่ม antimotility, opioids, anticholinergics และ antidepressants
- ควรให้ยากกลุ่ม H2 blocker ทางเส้นเลือดเพื่อป้องกัน stress ulcer และควรให้ broad-spectrum antibiotics ทางเส้นเลือดเพื่อลด

- septic complication เพราะเกิด bacterial septicemia ได้มาก และผู้ป่วยบางรายอาจมี minute perforation อยู่แล้ว
- ควรให้ hydrocortisone หรือ methylprednisolone หรือ corticotropin ทางเส้นเลือดในผู้ป่วยที่เป็น toxic megacolon จาก IBD อาจใช้ cyclosporin ได้แต่ยังมีรายงานน้อยในผู้ป่วย toxic megacolon ส่วนยากลุ่ม sulphasalazine, mesalazine, 6-mercaptopurine และ azathioprine ไม่มีที่ใช้เพราะออกฤทธิ์ช้า

ลำไส้ใหญ่ส่วนที่ dilate มากที่สุดในผู้ป่วย toxic megacolon มักเป็นที่ transverse colon เพราะเป็นส่วนที่อยู่สูงที่สุดในท่านอนหงาย การพลิกตัวผู้ป่วยเป็นท่านอนคว่ำ 10-15 นาที ทุก 2-3 ชั่วโมงสามารถช่วยระบายลมในลำไส้ได้ดี^{9,13} เป็น bowel decompression วิธีหนึ่ง การจัดให้ออนตะแคงงอตัว¹⁴ และการใส่ long rectal tube¹⁰ ก็สามารถช่วยในกรณีนี้ได้เช่นกัน

การรักษาด้วย medical management จะถือว่าสำเร็จเมื่ออาการแสดงของ systemic toxicity ลดลง ความต้องการสารน้ำและเลือดทางเส้นเลือดลดลง ห้องอืดดีขึ้น colonic dilatation จาก x-ray ลดลง และผลการตรวจเคมีเลือดดีขึ้น ถ้าสิ่งต่าง ๆ ที่กล่าวมานี้ไม่ดีขึ้นหรือเลวลง หรือยังมีไข้อยู่ (ในขณะที่ได้ steroid) เป็นเวลา 48-72 ชั่วโมง ถือว่าเป็น medical failure และเป็นข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด

Summary of management

General/supportive/medical management

- Monitoring in ICU
- Bowel rest/NPO; NG tube
- IV corticosteroids
- IV broad-spectrum antibiotics
- Serial abdominal plain films every 12-24 hours
- Aggressive fluid resuscitation and electrolyte repletion
- Daily CBC and electrolytes
- Discontinuation of antimotility agents
- Blood transfusions for anemia
- TPN if required
- Repositioning maneuvers

Specific therapy for infectious agent identified

- CMV, *C. difficile*, *E. histolytica*

Early surgical intervention for

- Progressive dilatation
- Worsening toxicity
- Failure of medical therapy
- Perforation, hemorrhage

การรักษาโดยการผ่าตัดส่วนมักจะทำ subtotal colectomy with end-ileostomy จะทำให้ morbidity และ mortality rate น้อยกว่าการทำ proctocolectomy

สำหรับ toxic megacolon จาก *C. difficile* colitis ควรหยุดยาที่เป็นสาเหตุและให้ metronidazole ทางเส้นเลือดร่วมกับ vancomycin ทาง NG tube และติดตามอาการเช่นเดียวกับที่กล่าวมาข้างต้น จากรายงานของ Trudel JL และคณะ¹³ พบว่าผู้ป่วย toxic megacolon จาก

pseudomembranous colitis มี 11 คน รักษาด้วย medical treatment ได้ผลดี 3 คน มี 1 คน ที่อาการหนักมากและเสียชีวิตตั้งแต่แรก ผู้ป่วย 1 คน ต้องผ่าตัดด่วน และ 6 คนที่รักษาด้วย medical treatment ไม่ได้ผลหรือได้ผลดีในระยะแรกแล้วเลวลง ซึ่งในจำนวนนี้เสียชีวิต 4 คน

ในผู้ป่วยที่เป็นเอดส์ควรตรวจหาและรักษา infectious causes เป็นสำคัญ

ในผู้ป่วยที่ติ่งครรภ์ การวินิจฉัยและรักษา toxic megacolon เป็นไปได้ยากเพราะต้องระวังรังสี x-ray และค่าปกติของการตรวจเลือดไม่เท่าคนทั่วไป การใช้ steroid ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ทำให้ดีขึ้นได้ร้อยละ 75 ส่วนที่เหลือจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัด

มีรายงานการรักษา toxic megacolon จาก IBD ในผู้ป่วย 1 รายด้วย prednisolone ทางเส้นเลือด ร่วมกับ hyperbaric oxygen 2 atm นาน 60 นาที วันละครั้ง ติดต่อกัน 12 วันโดยไม่ได้ผ่าตัด¹⁶ พบว่า colonic dilatation ลดลงแต่มี recurrence อีกซึ่งเมื่อให้ hyperbaric oxygen แล้วก็ respond จนกลับบ้านได้ แต่การรักษาวิธีนี้ไม่เป็นที่ยอมรับและไม่มีรายงานการรักษาวิธีนี้ในรายอื่นอีก

References:

1. Heppel J, Farkouh E, Dube S, et al. Toxic megacolon. Dis Colon Rectum 1986; 29: 789-92.
2. Cooper HS, Raffensper EC, Jonas L, et al. Cytomegalovirus inclusions in patients with ulcerative colitis and toxic dilatation requireing colonic resection. Gastroenterology 1977; 72: 1253-6.
3. Orloff JJ, Saito R, Lasky S, et al. Toxic megacolon in Cytomegalovirus colitis. Am J Gastroenterol 1989; 84(7): 794-97.
4. Beaugerie L, Ngo Y, Goujard F, et al. Etiology and management of toxic megacolon in patients with human immunodeficiency virus infection. Gastroenterology 1994; 107: 858-63.
5. Sanz AM, Codina JG, Rodriguez MP, et al. Toxic megacolon: a rare presentation of primary lymphoma of the colon. Eur J Gastroenterol Hepatol 2000; 12: 583-86.
6. Mourelle M, Casellas F, Guarner F, et al. Induction of nitric oxide synthase in colonic smooth muscle from patients with toxic megacolon. Gastroenterology 1995; 109: 1497-502.
7. Sheth SG, LaMont JT. Toxic megacolon. Lancet 1998;351: 509-13.
8. Jalan KN, Circus W, Cord WI, et al. An experience with ulcerative colitis: toxic dilatation in 55 cases. Gastroenterology 1969;57:68-82

9. Present DH. Toxic megacolon. Med Clin North Am 1993; 77(5): 1129-48.
10. Hartong WA, Arvanitakis C, Skibba RM, et al. Treatment of toxic megacolon. Am J Dig Dis 1977; 22(3): 195-200.
11. Grant CS, Dozois RR. Toxic megacolon: Ultimate fate of patients after successful medical management. Am J Surg 1984;147:106-9.
12. Caprilli R, Vernia P, Colaneri O, et al. Risk factors in toxic megacolon. Dig Dis Sci 1980; 25(11): 817-21.
13. Grant CS, Dozois RR. Toxic megacolon: Ultimate fate of patients after successful medical management: Discussion. Am J Surg 1984;147:109-10.
14. Panos MZ, Wood MJ, Asquith P. Toxic megacolon: the knee-elbow position relieves bowel distension. Gut 1993;34(12):1726-7.
15. Trudel JL, Deschenes M, Mayrand S. Toxic megacolon complicating pseudomembranous enterocolitis. Dis Colon Rectum 1995;38(10): 1033-8.
16. Kuroki K, Masuda A, Uehara H, et al. A new treatment for toxic megacolon: case report. Lancet 1998; 352: 782.

Journal Watch



นายแพทย์สมชาย ลีลากุลวงศ์
สาขาวิชาโรคระบบทางเดินอาหาร รพ.ศิริราช

Celecoxib และ NSAID ชักนำไปเกิดภาวะแทรกซ้อนทาง GI

NSAIDs เป็นยาที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย ซึ่งผลข้างเคียงที่สำคัญคือเกิดภาวะแทรกซ้อนทางระบบทางเดินอาหาร การวิจัยในสหรัฐอเมริกาและแคนาดา ซึ่งศึกษาในผู้ป่วย 8059 ราย ที่เป็นโรค Osteoarthritis (OA) หรือ Rheumatoid arthritis (RA) โดยสุ่มผู้ป่วยให้ได้รับยา celecoxib 400 mg วันละ 2 ครั้ง หรือไม่ก็ได้รับยา convention NSAIDs โดยมีผู้ป่วย 4573 รายที่ติดตามอยู่ 6 เดือน และ 20 % ได้รับยา low-dose aspirin ร่วมด้วย

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยเกิดแผลที่ทางเดินอาหารส่วนบน 0.76 % ในกลุ่ม celecoxib และ 1.45 % ในกลุ่ม conventional NSAIDs ($P=0.09$) ส่วนผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยา aspirin เกิดแผลที่ทางเดินอาหาร 0.44 % และ 1.27 % ($P=0.04$) ตามลำดับ

สรุปว่า celecoxib ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางระบบทางเดินอาหารน้อยกว่า conventional NSAIDs ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ VIGOR ที่ศึกษายา rofecoxib อย่างไรก็ตาม การวิจัยนี้ก็ไม่กระจ่างชัดว่า ทำไมข้อมูลติดตามผู้ป่วย 6 เดือนติดกัน ที่มาแสดงจึงมีผู้ป่วยจำนวนเพียง 57% ของผู้ป่วยทั้งหมด และการวิจัยชี้แนะว่า การใช้ยา aspirin ร่วมด้วยอาจจะไม่ได้ประโยชน์จากการศึกษาเปรียบเทียบ celecoxib กับ conventional NSAIDs

(ย่อจาก Silverstein FE et al. JAMA 2000 sep 13;284:1247-55)

Doppler Ultrasound and Recurrent Upper GI Bleeding

ปัจจุบันผู้ป่วย bleeding peptic ulcer 20 % เกิด recurrent bleeding หลังการรักษาด้วยวิธี endoscopic therapy การศึกษาก่อนหน้านี้ชี้แนะว่า Doppler ultrasound อาจมีประโยชน์ในการบ่งชี้ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงในการเกิด recurrent bleeding นักวิจัยทำการศึกษาแบบ prospective, double blind, nonrandomized ในผู้ป่วย 52 คนที่เป็น bleeding peptic ulcer โดยใช้ Doppler ultrasound probe ประเมินการไหลเวียนโลหิตบริเวณที่เกิดเลือดออก

การวิจัยพบว่าผู้ป่วย 42% ที่ ได้รับ endoscopic therapy เกิด recurrent bleeding 17% และผู้ป่วย 11% ที่มีผล Doppler ultrasound negative เกิด recurrent bleeding ($P=0.003$)

Doppler ultrasound เป็นเครื่องมือที่มีประโยชน์ในการวัดการไหลเวียนโลหิตบริเวณ mucosa และแผลของกระเพาะอาหารและลำไส้เล็ก แต่เทคนิคนี้ยังไม่ได้นำมาใช้กันอย่างแพร่หลายและมีราคาแพง

(ย่อจาก Wong RCK et al. Gastrointest Endosc. 2000 Sep;52:315-21)

EUS for Evaluating Idiopathic Pancreatitis

ผู้ป่วย acute pancreatitis มากกว่า 30% ที่ไม่ทราบสาเหตุและการประเมินผู้ป่วย Idiopathic pancreatitis ซึ่งยังเป็นปัญหาอยู่ขณะนี้ การศึกษาก่อนหน้านี้ชี้แนะว่าการทำ endoscopy ultrasound (EUS) สามารถหาสาเหตุของโรค Idiopathic pancreatitis เมื่อทำโดยวิธี conventional abdominal ultrasound ให้ผล negative นักวิจัยได้ทำการศึกษาผู้ป่วย acute pancreatitis ทั้งหมด 168 ราย ใช้ EUS ในการวินิจฉัยหาสาเหตุโดยวิธี bile crystal analysis, ERCP , cholecystectomy และ pancreatitis surgery เป็น gold standard

การวิจัยนี้พบว่าวิธี EUS มีความผิดปกติ 135 ราย ตรวจพบสาเหตุของการเกิดโรค pancreatitis ได้ 131 ราย อีก 38 รายวินิจฉัยเป็น Idiopathic pancreatitis เมื่อเปรียบเทียบกับวิธีที่เป็น gold standard พบว่า EUS สามารถตรวจพบสาเหตุของโรคถูกต้องประมาณ 92% หาสาเหตุของ acute pancreatitis ได้ 123 คน จากจำนวนผู้ป่วย 130 คน และ 32 คน ของผู้ป่วย 38 คน ที่วินิจฉัยเป็น Idiopathic pancreatitis

การวิจัยนี้สนับสนุนยืนยันข้อมูลที่ว่าวิธี EUS เป็นเครื่องมือที่ช่วยหาสาเหตุการเกิดโรค Idiopathic pancreatitis, acute pancreatitis ได้ แต่อย่างไรก็ตามวิธีนี้มีราคาแพง จึงนำมาใช้ในบางรายเช่นผู้ป่วยที่ทำ bile crystal analysis ก็ไม่จำเป็นต้องทำ EUS

(ย่อจาก Frossard JL et al. ย่อจาก Med 2000 Aug 15; 109:196-200)

Can Rolling over roll Back GERD

การปรับเปลี่ยนท่าทางมีผลเกี่ยวกับการไหลย้อนกลับของกรดในผู้ป่วย GERD มีการศึกษาผลกระทบของการไหลย้อนกลับของกรดกระเพาะอาหาร ในอาสาสมัครที่มีสุขภาพดี และผู้ป่วย GERD แต่ไม่มีการศึกษากลไกทาง สรีระวิทยาเพื่ออธิบายปรากฏการณ์นี้ การวิจัยนี้ศึกษาในอาสาสมัครจำนวน 10 คน ได้รับการตรวจ 2 อย่างร่วมกันคือ esophageal manometry และ 24 hr. pH monitoring โดยทำ 2 วันแยกกัน โดยสู่มโนนตะแคงด้านขวาหรือด้านซ้ายเป็นเวลา 4 ชั่วโมง โดยที่ตื่นตลอดเวลาที่วัด

พบว่าทั้งช่วงแรก (ชั่วโมงที่ 1-2) และช่วงหลัง (ชั่วโมงที่ 3-4) ท่านอนตะแคงด้านขวา มีระยะเวลาของ esophageal acid exposure , จำนวนครั้งของการเกิด reflux และ จำนวนครั้งของ Transient Lower Esophageal Sphincter Relaxations (TLESRs) สูงกว่า ด้านซ้าย ($P < 0.03$) สรุปว่า การเพิ่มขึ้นของ esophageal acid exposure ของท่าตะแคงด้านขวา เนื่องมาจาก การเพิ่มของ TLESRs ซึ่งเกี่ยวข้องกับ GERD

(ย่อจาก Van Herwaarden MA et al. Am J Gastroenterol. 2000 Oct; 95:2731-6.)

วัตถุประสงค์

สมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย พ.ศ.2538

1. วิทยาการแพทย์และการวิจัยเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร และการแพทย์ทั่วไป
2. เผยแพร่โฆษณาความรู้การแพทย์ระบบทางเดินอาหารแก่ประชาชน
3. ปลุกฝังสามัคคีธรรมจรรยาแพทย์ และสวัสดิการของสมาชิก
4. ความสัมพันธ์ระหว่างการแพทย์กับประชาชนและสมาคมแพทย์ สถาบันการแพทย์ในประเทศไทยและต่างประเทศ

ศูนย์รวมของนักวิชาการ ความรู้ทาง GI

- สมาชิกคือ GI, Internist, Surg. Path. X-ray, GP, นักวิทยาศาสตร์, นักวิจัย
- เพื่อมาแลกเปลี่ยนความรู้ การเรียน การสอน รวมพลังความรู้
- เป็นศูนย์ความรู้ centre of excellence

หน้าที่ของสมาคม

- การเรียน การสอน ระดับ พ.บ. Board Med-Board GI
- การบริการ
- การวิจัย
- การบริหาร
- สร้างความสามัคคี ศิลธรรม จรรยาบรรณ ดูแลสวัสดิการของสมาชิก
- เป็นผู้นำ ชี้นำทาง GI

การเรียนรู้ การสอน - ประชาชน

- ให้ความรู้ตลอดเวลา - แผ่นพับ, โทรทัศน์, วิทยุ, บทความ, บรรยาย, e-mail, website
- ถ้ามีข่าวเกี่ยวกับโรคอกแฉลงข่าวที่เหมาะสมอย่างทันที่
- จัดการประชุมวิชาการที่แพทย์/ประชาชนเข้าฟังได้ เช่นที่ทำใน HIV/AIDS

การเรียนรู้ การสอน - แพทย์

- ให้ความรู้แก่นศพ., แพทย์ประจำบ้าน, Fellows, แพทย์, แพทย์ GI ฯลฯ
- มีส่วนร่วมในการจัดหลักสูตร พ.บ., Board Med, Board GI
- พัฒนาหลักสูตรต่างๆ การฝึกอบรมตลอดเวลา โดยไม่รอคำสั่ง
- ประชุมวิชาการ
 - ทุกเดือน ครึ่งปี ประจำปี บรรยายครั้งคราว short course
 - seminar, Board review
- จุลสารทุกเดือน- วิชาการ ประชาสัมพันธ์
- Journal ทุกเดือน
- มี guidelines ที่ practical, cost effective สำหรับไทยในทุกโรคที่สำคัญ
- พัฒนาการฝึกอบรมและสอบตลอดเวลา
- มีกรรมการที่ดูแลเรื่องนี้ตลอด คอยพัฒนา หาข้อมูลใหม่
- ฝึกอบรมคณาจารย์ กรรมการสอบตลอดให้มีความเป็นครู เป็น medical educationist
- เลือกร case เป็น ทำ slides เป็น

- ออกข้อสอบเป็น ให้คะแนนเป็น
- เน้น clinical, invest, treat, prevention, รู้ basic science
- research เป็น
- evidence based

การบริการ

ต้องทำให้ประเทศไทยมีบริการทาง GI ทุกอย่างในโลกนี้ทำได้ โดย
กระตุ้น สนับสนุน รัฐบาล ทบวง กระทรวง ฯลฯ เช่นเกี่ยวกับ:-

- therapeutic endoscopy, EUS
- motility
- pancreatic function tests
- urea breath test
- transplantation-liver, pancreas, small bowel etc.

การวิจัย

- ปรึกษาศึกษาวิจัยต่างๆไทยและต่างประเทศ จะได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง
- สร้างสายสัมพันธ์กับต่างประเทศ ทำวิจัยร่วม ส่งบุคลากรไปฝึกอบรม
- ให้ Fellows แพทย์ เตรียมและนำผลงานไปเสนอต่างประเทศ เพื่อชิงรางวัล Young Investigator Award, DDW, UEGW, AASLD, IASL, EASL, APDW etc. ทุกครั้งที่มีการประชุม

- จัดอบรมทางด้านวิจัยปีละ 2 ครั้ง อาจจัดรวมกับการประชุมประจำปี-ก่อนหรือหลัง ครั้งละ 50 คน ยิ่งมากยิ่งดี

การบริหาร

- วางระเบียบ ข้อบังคับของสมาคมให้เหมาะสม ทันสมัย
- กฎระเบียบ ถ้าจะเปลี่ยน ต้องเปลี่ยนในที่ประชุมใหญ่ และหรือแจ้งให้สมาชิกทุกคนทราบและลงความเห็นได้ก่อน
- เตรียมบุคลากรให้เป็นผู้บริหาร มีสายสัมพันธ์ในไทยและต่างประเทศ สนับสนุนให้เป็นกรรมการของสมาคมต่างประเทศ
- จัดหา กระตุ้น สนับสนุนให้มีแพทย์ GI ในทุกหัวข้อที่สำคัญ
- ติดต่อต่างประเทศ ส่งบุคลากรไปนอกทางหัวข้อต่างๆ
- จัดประชุมร่วมกับต่างประเทศเป็นระยะๆ หรือจัดเอง เช่น World Congress, Asian Pacific etc.
- หารายได้ตลอดเวลา เพื่อสนับสนุนการบริหารงาน โดยเฉพาะทางด้านวิจัย
- หาที่อยู่ประจำหรือย้ายไปอยู่ จะได้สะดวกในการติดต่อทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ที่อยู่, โทรศัพท์, โทรสาร, e-mail, website
- หา พัฒนา เจ้าหน้าที่ประจำสมาคมให้เป็นระดับ inter, ดูแลกฎระเบียบ การฝึกอบรม สอบ รู้ภาษา computer, e-mail etc.
- มีส่วนร่วมในการวางแผนว่าไทยควรมี GI ก็ติดต่อประชากร? 1:50,000 การกระจายแพทย์ GI, ไม่ต้องรอ RCP, ทบวง, กระทรวง, แพทยสภา, รัฐบาล ต้องมีข้อมูลและเสนอไป

- ควรมีข้อมูลว่า GI Unit ควรมีที่ Unit ที่ไหนบ้าง
- ต้องจัดการให้มีบริการได้ทุกอย่างทาง GI ที่เป็นที่ยอมรับ

สร้างแพทย์ GI/ อาจารย์ GI

- ดูความต้องการของประเทศตลอดเวลา
- ดูว่าต้องการ GI man/อาจารย์ กระจายให้ทั่วประเทศ
- วางระเบียบของการที่จะเป็นแพทย์ GI/ อาจารย์ GI
 - พ.บ. 6 ปี, ไข้ทุน 3 ปี, Board Med 3 ปี, Board GI 2 ปี (3 ปี)
 - แล้วฝึกต่อ GI, Liver, Endoscopy, Research 1-3 ปี
 - ควรแนะนำให้ไปต่างประเทศอย่างน้อย 1 ปี (หรือไปที่อื่นที่ยังไม่ได้ไป)
 - ควรหาที่ลงไป
 - ควรมีระบบ CME, CPD

การสร้างควมสามัคคี

- กระตุ้น สนับสนุนให้แพทย์ GI มีความสามัคคี เป็นคนดี น้ำหนึ่งใจเดียวกัน มีความยุติธรรม โปร่งใสในการบริหารงาน สนับสนุนแพทย์ผู้น้อย มีความสัมพันธ์ที่ดีกับ Industries แพทย์สาขาอื่นๆทั้งในประเทศและต่างประเทศ
- เสริมสร้างศีลธรรม จรรยาบรรณที่ดีในวิชาชีพ
- ดูแลสมาชิกในทุกๆด้านๆ เช่น เรื่องเงินเดือน สำหรับ Board Med, GI, PhD

ผู้นำทาง GI

- จะต้องมีความ vision ที่กว้างไกล มีความเป็นผู้นำ
- จะต้องดี เก่ง รอบรู้ มีความเป็นกลาง เสียสละ มีเวลา มีมนุษยสัมพันธ์ สามารถปลุกระดม ผสมผสาน ผนึกกำลังจากทุกๆฝ่ายเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่สมาคม มีความสัมพันธ์ภายในภายนอกประเทศ และทำให้สมาชิกทุกๆคน ดี เก่ง รอบรู้
- จะต้องทำให้ประเทศไทยสู้กับทุกประเทศได้ เป้าหมายแรกคือ Hong Kong, Australia, Japan etc.

นายแพทย์พินิจ กุลละวณิชย์

หนังสือทางวิชาการ

1. ตำราภาษาไทย Gastrointestinal Motility เล่ม 1

บรรณาธิการ พ.อ.นพ.สุรพล สุรางค์ศรีรัฐ

พญ.เกศรา อิศตามงคล

นพ.สมชาย ลีลากุลสงวงศ์

ติดต่อ ชมรม Motility Club

ตึกผะอบ ชั้น 1 สาขาวิชาโรคระบบทางเดินอาหาร

รพ.ศิริราช บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700

โทร 419-7281-3 ต่อ 117

ราคาเล่มละ 500 บาท

2. เวชปฏิบัติปริทรรศน์ เล่ม 1

บรรณาธิการ นพ.อุดม คชินทร

นพ.จิรายุ เอื้อวรากุล

ติดต่อ งานการศึกษาต่อเนื่อง

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

รพ.ศิริราช บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700

โทร 419-6430

ราคาเล่มละ 250 บาท

3. โรคตับและทางเดินน้ำดี เล่ม 2

บรรณาธิการ	นพ.เต็มชัย ไชยนุวัติ นพ.ไพโรจน์ เหลืองโรจนกุล
ติดต่อ	ชมรมโรคตับแห่งประเทศไทย ตึกผะอบ ชั้น 1 สาขาวิชาโรคระบบทางเดินอาหาร รพ.ศิริราช บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700 โทร 418-1305
ราคาเล่มละ	500 บาท

ปฏิทินการประชุมวิชาการที่น่าสนใจ

**4th International Symposium of Functional
Gastrointestinal Disorders**

March 30-April 2, 2001

Pfister Hotel, Milwaukee, Wisconsin

Information: Cathy Means, CME, 2715 Marshall Court,

Madison, WI 53705

Phone: 608-263-6637

Fax: 608-262-8421

**European Association for the Study of the Liver
(EASL)**

April 18-22, 2001

Prague, Czech Republic

Information: c/o Kenes International, 17 Rue de Cendrier,

P.O.Box 1726, CH-1211 Geneva 1, Switzerland

Phone: 41-22-908-0488

Fax: 41-22-732-2850

บรรณาธิการแถลง

คงไม่ต้องตกใจนะครับ ที่จุดสารของสมาคมเปลี่ยนรูปโฉมไปอย่างมากมาย ก็ไม่มีอะไรหรอกครับ เพียงแต่ว่าเมื่อบรรณาธิการเปลี่ยน ผมก็เลยขออนุญาตเปลี่ยนรูปแบบ และเพิ่มเติมบางสิ่งบางอย่างเสริมเข้าไปในบทความ และเนื้อหาเดิมๆที่อาจารย์อุดม คชินทร ทำคืออยู่แล้วก็เท่านั้นแหละครับ

หน้าปกผมเปลี่ยนใหม่ ทั้งสีสรรค์ และรูปแบบ ผมใส่ Home page ของสมาคมเข้าไปด้วย เพื่อที่จะเป็นตัวคอยเตือนให้พวกเรา จุดเด่นหรือบทความที่น่าสนใจแต่ละฉบับผมก็ยกมาไว้หน้าปก เพื่อความน่าสนใจ, ง่ายต่อการจำและการค้นคว้า

เนื้อหาอย่างที่ผมกล่าวไว้แล้วว่ายังคงมี Case discussion จากการประชุม และสรุปท้ายด้วยการมี Topic review เช่นเคย, ผมใส่ Journal watch เพิ่มเติม เป็นการสรุปบทความจาก articles ที่น่าสนใจมาลงไว้ ส่วนรายงานที่เป็นเนื้อหาของการประชุมยังคงอยู่ครบเช่นเดิม

มากไปกว่านั้น ผมได้ใส่รูปของผู้นิพนธ์หรือรูปของ activity ของสมาคมไว้ด้วยในบางบทความ ในอีกประมาณ 2 สัปดาห์ หลังจากจุดสารฉบับนี้ออก ก็จะปรากฏจุดสารนี้ใน website www.thaigastro.org ของสมาคม ซึ่งจะ เป็น pdf.file จะง่ายต่อการค้นหาและค้นคว้าเพิ่มเติม ซึ่งผมคงขอเวลาอีกสักพัก website ของสมาคมก็คงจะค่อยๆดีขึ้นนะครับ

สมาชิกท่านใดที่สนใจงานส่วนนี้เป็นพิเศษ ต้องการเข้ามาช่วยผมทำ ผมจะยินดีเป็นอย่างยิ่ง

ในฉบับหน้าผมจะเพิ่มเติมเนื้อหาของโรค GI ของเด็กเข้ามาบ้าง เพราะสมาคมเราเริ่มโตมากขึ้นมีแพทย์ทางเด็กเพิ่มขึ้นด้วย ผมจึงคิดว่าคงจะมีประโยชน์ในส่วนนี้ไม่มากนัก

เช่นเดิมครับ ถ้าจุดสารมีส่วนที่น่าจะปรับปรุง ช่วยกรุณาเป็นกระจกสะท้อนให้เราทีมกองบรรณาธิการด้วยนะครับ เพื่อจุดสารของเราจะได้พัฒนาก้าวหน้ายิ่งขึ้น

นายแพทย์สมชาย ติลากุลวงศ์

ผู้สนับสนุนการพิมพ์

ปีที่ 9

ฉบับที่ 37

กุมภาพันธ์ 2544

-
- | | |
|---|-------------------|
| 1. บริษัทแก๊สโซ แวลคัม (ประเทศไทย) จำกัด | จัดทำที่คั่น |
| 2. บริษัทแจนเซ่น-ซีแลก จำกัด | จัดทำปกหน้าด้านใน |
| 3. บริษัท เซอร์ริง-พลาว จำกัด | จัดทำใบแทรก |
| 4. บริษัททาเคดา (ประเทศไทย) จำกัด | จัดทำปกหลังด้านใน |
| 5. บริษัทไทยโอซูก้า จำกัด | จัดทำใบแทรก |
| 6. บริษัทเบอร์ลิน ฟาร์มาซูติคอล อินดัสตรี จำกัด | จัดทำใบแทรก |
| 7. บริษัทสมิทไคลน์ บีแชม (ประเทศไทย) จำกัด | จัดทำใบแทรก |
| 8. บริษัทแอสตราเซนเนก้า (ประเทศไทย) จำกัด | จัดทำปกหลัง |
| 9. บริษัทเอไซ (ประเทศไทย) มาร์เก็ตติ้ง จำกัด | จัดทำใบแทรก |

ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิกตลอดชีพ
สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกตลอดชีพของ “สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย” โดยรับรองว่าจะปฏิบัติตามกฎข้อบังคับและระเบียบของสมาคมฯทุกประการ รายละเอียดของข้าพเจ้ามีดังนี้

(กรุณาเขียนด้วยตัวบรรจง) [] นายแพทย์ [] แพทย์หญิง

1. ชื่อ.....

First Name.....

นามสกุล.....

Last Name.....

ยศ, ตำแหน่งทางวิชาการ.....

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....

คุณวุฒิ.....

2. ทำนปฏิบัติงานด้านโรกระบบทางเดินอาหาร

[] น้อยกว่า 50% ของเวลาทำงาน

[] มากกว่า 50% ของเวลาทำงาน

3. ที่อยู่ปัจจุบัน (ที่สามารถติดต่อและส่งจดหมายถึงได้) บ้านเลขที่.....

ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

4. ที่ทำงาน.....

โทรศัพท์.....

โทรสาร.....E-mail.....

ตำแหน่ง.....

5. การติดต่อทางไปรษณีย์ กรุณาส่งไปที่ [] บ้าน [] ที่ทำงาน

6. ผู้รับรองในการสมัครสมาชิกของสมาคมฯ ครั้งนี้ คือ

1.).....

2.).....

การสมัครสมาชิกสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

1. ใบสมัครสมาชิกฯ

2. ค่าสมัครสมาชิกฯ จำนวน 1,000.00 บาท (ตลอดชีพ)

สถานที่รับสมัคร

สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

ตึกพะออบ ชั้น 1 สาขาวิชาโรคระบบทางเดินอาหาร

โรงพยาบาลศิริราช บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700

หมายเหตุ: ในการสมัครสมาชิกจะสมบูรณ์ต่อได้ผ่านมติที่ประชุมของกรรมการสมาคมฯ แล้วเท่านั้น

พร้อมกันนี้ ข้าพเจ้าได้ชำระเงินเป็นค่าสมัครสมาชิกตลอดชีพแล้ว เป็นจำนวนเงิน 1,000.00 บาท (=หนึ่งพันบาทถ้วน) ซึ่งข้าพเจ้าได้ชำระเป็น

[] เงินสด

[] เช็คธนาคาร.....สาขา.....เลขที่.....ลงวันที่.....

ลงชื่อ.....

(.....)