

จุลสาร

สมาคมแพทย์

ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย



- "สมาคมของเรา...แต่เท่าที่รู้" :
ศูนย์ส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร วิจิช วีรานุกุลดี
- ขวนอ่านหนังสือ "สันโดษ...เคล็ดลับของความสุข" โดย
พระอาจารย์มิตซูโอะ คเวสโก" และ "ผมวาตซ์วิตฝัน"
โดย เฉลิมชัย ไชยมิตาพัฒนา
- ชายไทยคู่ 57 ปี เหมือน เพ็ญย์ ถ่ายคำมากรื่น 1 สัปดาห์
- Topic review : ภาวะ Hyperferritinemia ที่ไม่สัมพันธ์กับโรค
Hemochromatosis (HFE)



<http://www.thaipat.org>

จุดสาร

สมาคมแพทย์ ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย



คณะกรรมการพ่ายจุลสาร
สมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย
วาระ พ.ศ. 2548-2549

- | | |
|---------------------------------|------------------|
| 1. นพ.เกรียงไกร อัครวงศ์ | ที่ปรึกษา |
| 2. นพ.ทองดี ชัยพานิช | ที่ปรึกษา |
| 3. นพ. พินิจ กุลละวณิชย์ | ที่ปรึกษา |
| 4. นพ. สดภาพร มานัสสถิตย์ | ที่ปรึกษา |
| 5. นพ.สมชาย ลีลากุลวงศ์ | ที่ปรึกษา |
| 6. นพ.อุดม คชินทร | ที่ปรึกษา |
| 7. พอ.นพ. อนุชิต จุฑาพุทธิ | ที่ปรึกษา |
| 8. นพ. สมบัติ ตริประเสริฐสุข | ประธานบรรณาธิการ |
| 9. นพ. ถนอม จิวสีบพงษ์ | กองบรรณาธิการ |
| 10. นพ.ธีระพงษ์ สุขไพศาล | กองบรรณาธิการ |
| 11. นพ. นพพร อนุกุลการกุล | กองบรรณาธิการ |
| 12. นพ. พิเศษ พิเศษหงษา | กองบรรณาธิการ |
| 13. นพ. ระพีพันธ์ กัลยาวิწყ | กองบรรณาธิการ |
| 14. นพ. รั้งสรรค์ ฤกษ์นิมิตร | กองบรรณาธิการ |
| 15. นพ. สยาม ศิรินธรปัญญา | กองบรรณาธิการ |
| 16. นพ. สุพจน์ พงศ์ประสพชัย | กองบรรณาธิการ |
| 17. นพ. อภิชาติ แสงจันทร์ | กองบรรณาธิการ |
| 18. นพ. โอฟาร์ วิวัฒนาช่าง | กองบรรณาธิการ |
| 19. นอ. นพ. วิญญู จันทรสุนทรกุล | กองบรรณาธิการ |
| 20. พญ. อากัสณี โสภณสฤษฏ์สุข | กองบรรณาธิการ |

สารบัญ

จุลสารสมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

ปีที่ 14 ฉบับที่ 64 มีนาคม - เมษายน 2549

รายนามคณะกรรมการอำนวยการสมาคมแพทยระบบทางเดินอาหาร	1
สารจากนายกสมาคม	4
รายงานการประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯ ครั้งที่ 2/2549	6
Interhospital conference	
ชายไทยคู่ 57 ปี เหนื่อย เพลีย ถ่ายดำมากขึ้น 1 สัปดาห์	8
Topic review	
ภาวะ Hyperferritinemia ที่ไม่สัมพันธ์กับ ยีน hemochromatosis (HFE)	29
“สมาคมของเรา...” เล่าเท่าที่รู้	
ศูนย์ส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร วีกิจ วีรานูวัตต์	38
ชวนอ่านหนังสือ	
- สันโดษ...เคล็ดลับของความสุข	43
- “ผมवादชีวิตฝัน”	49
ในแวดวง...แพทยระบบทางเดินอาหาร	57
จากบรรณาธิการ	58
ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิกสมาคมฯ	60



คณะกรรมการอำนวยการสมาคมแพทย

ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

วาระ พ.ศ. 2548-2549

- | | |
|---------------------------------|---------------------------------------|
| 1. นพ.สถาพร มานัสสถิตย์ | นายกสมาคม |
| 2. พญ.ชุตินา ประมูลสินทรัพย์ | รั้งตำแหน่งนายก |
| 3. นพ.องอาจ ไพรสถนธรางกูร | อุปนายก |
| 4. นพ.สมชาย ลีลาภุศลวงศ์ | เลขาธิการ |
| 5. นพ.สมบัติ ตริประเสริฐสุข | รองเลขาธิการ |
| 6. นพ.สิริวัฒน์ อนันตพันธุ์พงศ์ | เหรัญญิก |
| 7. นพ.ธีระ พิรัชวิสุทธิ | ปฏิคมและสวัสดิการ |
| 8. นพ.กัธร เผ่าสวัสดิ์ | ประธานฝ่ายวิจัย |
| 9. นพ.ทวีศักดิ์ แทนวันดี | ประธานฝ่ายวิชาการและการศึกษาต่อเนื่อง |
| 10. นพ.รังสรรค์ ฤกษ์นิมิตร | ประธานฝ่ายวารสาร |
| 11. พญ.โสมศรี โฆษิตชัยวัฒน์ | ประธานฝ่ายการศึกษาหลังปริญญา |
| 12. นพ.ทองดี ชัยพานิช | ประธานฝ่ายกิจกรรมสังคม |
| 13. นพ.ศตวรรษ ทองสวัสดิ์ | ประธานฝ่ายสารสนเทศและการสื่อสาร |
| 14. นพ.บัญชา โอวาทพิารพร | ประธานฝ่ายหาทุน |
| 15. พอ.นพ.อนุชิต จุฑาพุทธิ | ประธานฝ่ายจริยธรรม |
| 16. พอ.นพ.สุพล ชื่นรัตนกุล | ผู้แทนชมรมเอ็นโดสโคปี่ |
| 17. พอ.นพ.สุพล สุรางค์ศรีรัฐ | ผู้แทนชมรมโมลิตตีแห่งประเทศไทย |
| 18. นพ.พิศาล ไม้เรียง | ผู้แทนกลุ่มวิจัยโรคกระเพาะอาหาร |
| 19. นพ.พิเศษ พิเศษพงษ์ | ผู้แทนชมรมลำไส้เล็กลำไส้ใหญ่ |

	ผู้แทนชมรมโรคตับแห่งประเทศไทย
20. พญ.จิราภา มหาชัย	
21. นพ.จรินทร์ โรจน์บวรวิทยา	กรรมการกลาง
22. พญ.เจลิยว ประสงค์สุขสันต์	กรรมการกลาง
23. นพ.ดนอม จิวสืบพงษ์	กรรมการกลาง
24. พญ.เนภาพร จำบุญกุล	กรรมการกลาง
25. นพ.ปิยะวัฒน์ โกลมมิศร์	กรรมการกลาง
26. นพ.ทวี รัตนชูเอก	กรรมการกลาง
27. พตอ.นพ.วรพันธ์ุ เสาวรส	กรรมการกลาง
28. พญ.วัฒนา สุชีไพศาลเจริญ	กรรมการกลาง
29. พท.นพ.วานิช ปิยนิรันดร์	กรรมการกลาง
30. นอ.นพ.วิญญู จันทร์สุนทรกุล	กรรมการกลาง
31. นพ.ศรัณย์ วรรณภาสนี	กรรมการกลาง
32. นพ.สุริยะ จักกะพาก	กรรมการกลาง
33. พญ.อรวรรณ ไชยมหาพฤกษ์	กรรมการกลาง
34. พญ.อาภัสณี โสภณสฤษฎ์สุข	กรรมการกลาง
35. นพ.อุดม คชินทร	กรรมการกลาง
36. พญ.กรรณิการ์ พรพัฒน์กุล	ที่ปรึกษา
37. นพ.เกรียงไกร อัครวงค์	ที่ปรึกษา
38. นพ.เต็มชัย ไชยนุวัตติ	ที่ปรึกษา
39. นพ.นุสนธิ์ กัลดัจเจริญ	ที่ปรึกษา
40. นพ.พงษ์พีระ สุวรรณกุล	ที่ปรึกษา
41. นพ.พินิจ กุลละวณิชย์	ที่ปรึกษา
42. นพ.มานิต ลีโทขวลิต	ที่ปรึกษา
43. พล.ต.นพ.วิชัย ชัยประภา	ที่ปรึกษา
44. พญ.วีณา วงศ์พานิช	ที่ปรึกษา

- | | |
|---------------------------------|-----------|
| 45. พญ.ศศิประภา บุญญพิสิฏฐ์ | ที่ปรึกษา |
| 46. นพ.สมหมาย วิไลรัตน์ | ที่ปรึกษา |
| 47. นพ.สวัสดิ์ หิตะนันท์ | ที่ปรึกษา |
| 48. นพ.สัจพันธ์ อิศรเสนา | ที่ปรึกษา |
| 49. นพ.สิน อุนราชฎ์ | ที่ปรึกษา |
| 50. พล.อ.ต.นพ.สุจินต์ จารุจินดา | ที่ปรึกษา |
| 51. นพ.สุชา คุระทอง | ที่ปรึกษา |

สารจากนายกสมาคม



นพ.สถาพร มานัสสติกดิ์

เรียน สมาชิกสมาคมฯ ที่รักทุกท่าน

ขอต้อนรับสู่จุลสารของสมาคมฯ ฉบับเดือนมีนาคม-เมษายน พ.ศ. 2549 กิจกรรมของสมาคมในช่วงนี้ดูจะน้อยหน่อย เพราะเป็นช่วงเตรียมข้อสอบและเตรียมสอบสำหรับ GI fellow ประกอบกับความร้อนแรงของการเมืองและราคาน้ำมัน ทำให้แพทย์เราคงจะอยู่กับปัญหาบ้านเมืองและปัญหาส่วนตัวพอควร อย่างไรก็ตามมีกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสมาคมฯ บ้างคือ ชาวที่มีการเปิดตัวศูนย์ส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร วิกิจ วีรานุกัตติ ณ โรงพยาบาลศิริราช เมื่อวันที่ 20 มีนาคม พ.ศ. 2549 โดยสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาเสด็จเป็นประธานในพิธีเปิด ซึ่งสมาคมฯ ถือว่าศูนย์นี้จะเป็นเสมือนตัวแทนหรือศูนย์กลางของสถาบันต่างๆ ในการฝึกอบรม GI Endoscopy Training ร่วมกับ World Gastroenterology Association (OMGE) โดย Professor Richard

Kozarek และ Professor Douglas R LaBrecque ได้เดินทางมามอบแผ่นป้าย
แต่งตั้งประเทศไทยเป็นศูนย์ endoscopy training สำหรับแถบ Southeast Asia
นี้ นับเป็นความภาคภูมิใจของประเทศไทยอย่างหนึ่ง และเราก็จะต้องช่วย
กันจัดการฝึกอบรมให้แก่ชาวต่างประเทศในละแวกใกล้เคียง เช่น ลาว กัมพูชา
เวียดนาม พม่า เพื่อให้ชื่อเสียงของประเทศไทยเป็นที่ประจักษ์แก่ชาวโลกต่อไป

สำหรับกิจกรรมของสมาคมฯ ในช่วงเดือนกรกฎาคมคือการประชุม
วิชาการกลางปี 2549 วันที่ 13-15 กรกฎาคม พ.ศ. 2549 ณ โรงพยาบาล
สรรพสิทธิประสงค์ จ.อุบลราชธานี และในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2549 จะ
เป็นการประชุมวิชาการประจำปี 2549 โดยร่วมกับการประชุม 6th Western
Pacific Helicobacter pylori Congress 2006 โดยจัด ณ โรงแรมพลาซ่าฮิลัน,
กรุงเทพฯ ในวันที่ 12-16 พฤศจิกายน พ.ศ. 2549 จึงขอเชิญชวนท่านสมาชิก
และแพทย์ผู้สนใจทุกท่านเข้าร่วมกันส่ง abstract งานวิจัยและลงทะเบียน
เข้าร่วมประชุมโดยพร้อมเพรียงกันด้วยนะครับ

นายแพทย์สถาพร มานัสถิตย์

นายกสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย



รายงานการประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯ ครั้งที่ 2/2549

วันศุกร์ที่ 10 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2549

เวลา 10.00-12.00 น.

ณ ห้องประชุมบำรุงเมือง ชั้น 4 โรงแรมเดอะทวินทาวเวอร์, กรุงเทพฯ

วาระที่ 1 เรื่องที่ประธานแจ้งให้ทราบ

ประธานแจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าขณะนี้สำนักงานของสมาคม ณ ซอย
ศูนย์วิจัย ใกล้จะเสร็จสมบูรณ์แล้ว ดังนั้น คาดว่าจะทำบุญสำนักงานของ
สมาคมประมาณปลายเดือนพฤษภาคม นี้

วาระที่ 2 ที่ประชุมมีมติรับรองรายงานการประชุมครั้งที่ 2/2549 โดย
ไม่มีการแก้ไข

วาระที่ 3 เรื่องสืบเนื่องและพิจารณา

1. การจัดเตรียมประชุมวิชาการกลางปี พ.ศ. 2549

1. กำหนดการประชุมวิชาการกลางปี พ.ศ. 2549 คือวันที่ 14-16
กรกฎาคม พ.ศ. 2549
2. สถานที่จัดประชุมอาจจะพิจารณาใช้โรงพยาบาลสรรพสิทธิ-
ประสงค์ จ.อุบลราชธานี
3. Theme ของการประชุมครั้งนี้คือ Emergency Gastroenterology

2. การจัดอบรม GI Fellow Day และสัมมนาความร่วมมือของ
สมาคมกับสมาคมและชมรมต่างๆ

นพ.สมชาย ลีลากุลศลวงศ์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่า จะจัดให้มีการอบรม GI Fellow day และสัมมนาความร่วมมือของสมาคมกับสมาคมและชมรมต่างๆ ในคราวเดียวกัน ซึ่งจะจัดในระหว่างวันที่ 6-7 เมษายน พ.ศ. 2549 หรือระหว่างวันที่ 11-12 พฤษภาคม พ.ศ. 2549 ความคืบหน้าจะแจ้งให้ทราบต่อไป

วาระที่ 4 เรื่องการดำเนินงานของฝ่ายต่างๆ

นพ.สิริวัฒน์ อนันตพันธุ์พงศ์ เภรฎบัญญัติสมาคม ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบเกี่ยวกับรายละเอียดการใช้จ่ายงบประมาณแต่ละฝ่ายของสมาคม ประจำปี พ.ศ. 2548 และขอให้ประธานแต่ละฝ่ายเสนองบประมาณประจำปี พ.ศ. 2549 มายังฝ่ายเลขานุการสมาคม เพื่อดำเนินการรวบรวมส่งประธานพิจารณางบประมาณสมาคมต่อไป และดำเนินการปิดบัญชีเงินออม 2 บัญชี เพื่อนำเงินไปเข้าบัญชีธนาคารธนาชาติ ซึ่งได้ดอกเบี้ยสูงกว่า

วาระที่ 5 เรื่องอื่น ๆ

นพ.สมชาย ลีลากุลศลวงศ์ แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่า ขณะนี้ทางแพทยสภาได้ส่งหนังสืออนุมัติให้แก่คณะอนุกรรมการฝึกอบรมและสอบของสมาคม จำนวน 63 ท่าน ซึ่งจะใช้ทดแทนหนังสืออนุมัติเดิมที่ออกโดยราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ฯ ติดต่อขอรับหนังสืออนุมัติได้ที่ฝ่ายเลขานุการสมาคม

INTERHOSPITAL CONFERENCE

นพ.ภัทรธิดา ไชยสุวรรณรัตน์
อ.นพ.จรินทร์ ไรจนบวรพิทยา
หน่วยโรคระบบทางเดินอาหาร โรงพยาบาลราชวิถี

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 57 ปี อาชีพรับจ้าง ภูมิลำเนา กรุงเทพฯ

อาการสำคัญ : เหนื่อย เพลีย ถ่ายดำมากขึ้น 1 สัปดาห์

ประวัติปัจจุบัน : มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวาน และโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้รับการรักษาโดยต่อหลอดเลือดหัวใจ (CABG) ปี พ.ศ. 2541 หลังจากนั้นได้รับแอสไพรินกินมาโดยตลอด

3 ปีก่อน ชีด เพลีย หายสาเหตุเพิ่มเติมโดยการกลืนแป้ง (upper GI study; figure 1) อยู่ในเกณฑ์ปกติ ได้รับการรักษาโดยให้ H₂ receptor antagonist และกินธาตุเหล็กเสริมตลอด พบว่า ค่าความเข้มข้นของเลือดดีขึ้น

3 เดือนก่อน ถ่ายอุจจาระเป็นมูกดำเทา วันละ 2-5 ครั้ง ปวดท้องบริเวณลิ้นปี่เล็กน้อยหลังกินอาหารอาการดีขึ้น ไม่มีคลื่นไส้อาเจียนน้ำหนักลด 2 กก. ใน 3 เดือน ได้ทำ double contrast barium enema ผลปกติและได้รับการรักษาแบบ IBS มาตลอด 2 เดือนอาการดีขึ้น แต่ตรวจอุจจาระ 3 ครั้งยังพบ occult blood

1 สัปดาห์ก่อน เพลีย ไม่มีแรง ชีตมาก มีถ่ายเป็นมูกดำเทา

ประวัติอดีต : ตี๋มสุรานานกว่า 10 ปี แต่หยุดไปหลังเจ็บป่วยประมาณ 7 ปี

ตรวจร่างกาย

Vital signs : BT 37°C, HR 100 b/min, RR 22 b/min, BP 90/60 mmHg

General appearance : good consciousness, pale conjunctivae, no icteric sclera, no signs of chronic liver disease, no superficial lymphadenopathy

HEENT : no oral thrush, no enlarged thyroid gland

Heart : PMI at 5th ICS, MCL, no heaving, no thrill, normal S1&S2, no murmur

Lung : equal and normal breath sound, no adventitious sounds

Abdomen : soft, not tender, no superficial vein dilatation, liver not enlarged, spleen not palpable, fluid thrill and shifting dullness - negative, normal bowel sound

Extremities : no pitting edema

PR : no rectal shelf, melena was found

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

CBC : Hb 4.7 g/dl, Hct 17%, WBC 2,920 cells/mm³(N 70% L24% M 5% E 1%), platelet 209,000 /mm³, Aniso 2+, Micro 2+, Hypo 1+

U/A : sp.gr. 1010, pH 6, sugar 3+, WBC 0 cell/HPF, RBC 0 cell/HPF

Blood chemistry : FBS 276 mg/dl, BUN 30 mg/dl, Cr 0.8 mg/dl

LFT : TB 0.7 mg/dl, DB 0.3 mg/dl, AST 16 U/L, ALT 18 U/L, albumin



3.2 g/dl, globulin 2.4 g/dl, AP 67 U/L, total cholesterol 120 mg/dl, triglyceride 64 mg/dl, HDL-C 36 mg/dl, LDL-C 79 mg/dl, AFP 1.01, CEA 3.2, CA-19-976.63 (0-37)

Gastroscopy : normal esophagus, food particles in body of stomach, blood oozing from posterior wall of 1st part of duodenum, unable to identify bleeding point.

Duodenoscopy : lesion at posterior wall with blood oozing, compatible with variceal bleeding or AVM .

Treatment : Histoacryl 1 ml. sclerotherapy at lesion, no further bleeding after procedure

Ultrasound of upper abdomen : diffuse enlargement of head of pancreas, fatty liver, no dilatation of CBD. (as figure 2)

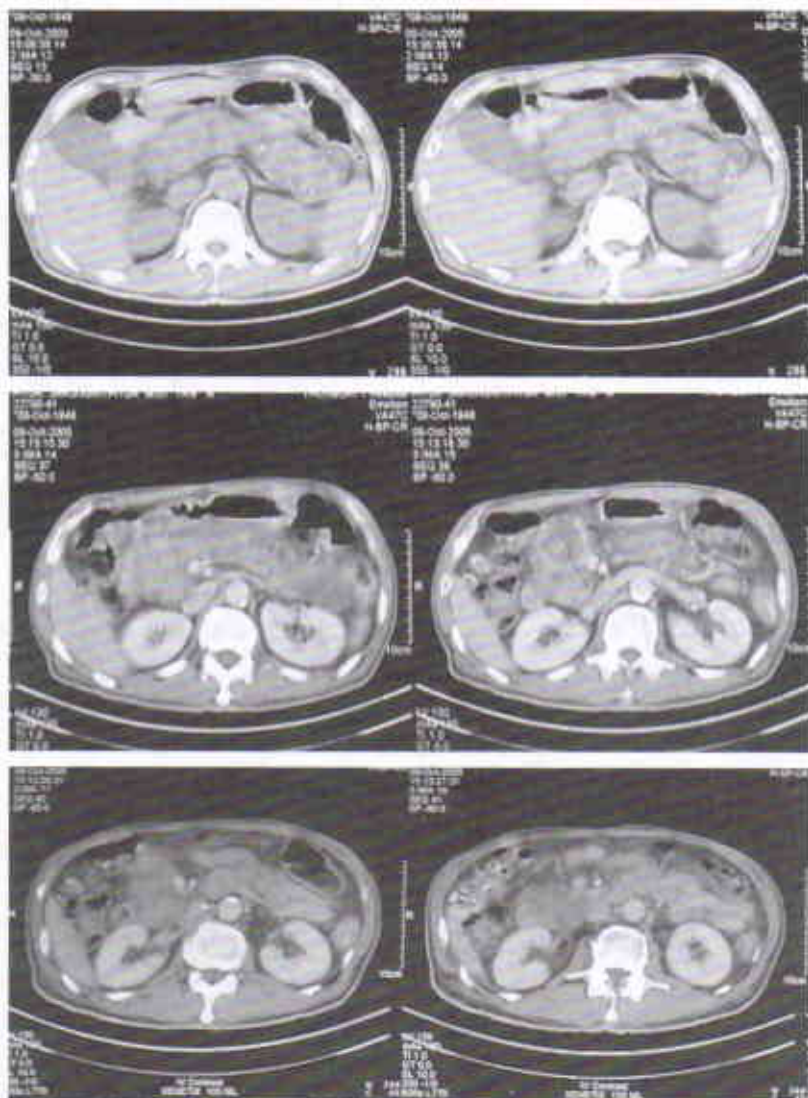
CT upper abdomen : diffuse enlargement of pancreatic head 6x8 cm, no bile duct dilatation. (as figure 3)

Figure 1 : Upper GI study :



Plain film:

Figure 2-3 Ultrasound and CT upper abdomen : diffuse enlargement of head of pancreas, fatty liver, and diffuse enlargement of pancreas head 6x8 cm., no bile duct dilatation.



อภิปรายผล

ผู้ป่วยชายไทยคู่ มาด้วยเลือดมาก เหลือ ถ่ายเป็นมูกสีเทาดำเป็นๆ หายๆ มีประวัติดื่มสุราจัด จากการส่องกล้องทางเดินอาหารตามปกติแล้ว ไม่สามารถบอกสาเหตุได้ชัดเจน ซึ่งเข้าได้กับ obscure overt gastrointestinal bleeding เป็นสาเหตุที่พบในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ ร้อยละ 10-20¹⁻³ ตำแหน่งที่เลือดออกส่วนใหญ่เป็นที่ลำไส้เล็ก โดยพบว่า เป็นเรื่องของเส้นเลือดผิดปกติ โดยเฉพาะ vascular ectasia ส่วนสาเหตุอื่นที่พบรองลงมามี เนื้องอกของลำไส้เล็ก รวมถึง GI stromal tumors (leiomyoma, leiomyosarcoma), adenocarcinoma, lymphoma, carcinoid tumors, Kaposi's sarcoma, metastatic cancers รวมทั้งแผลหรือรอยถลอกเนื่องจาก Crohn's disease หรือการใช้ยา NSAIDs และสาเหตุที่พบน้อย เช่น aortoenteric fistula, Meckel's diverticulum, polyps, small bowel varices⁴

ตารางที่ 1 การวินิจฉัยแยกโรค obscure GI bleeding

Vascular disorders

- Vascular ectasia (any site)*
- Watermelon stomach
- Hemangiomas
- Portal hypertensive gastropathy or enteropathy
- Varices (any site)
- Dieulafoy's vascular malformation

Mass lesion

- Carcinoma (any site) *
- GI stromal tumors (leiomyoma, leiomyosarcoma)
- Large >1.5 cm, adenoma (any site)

Inflammation

- Ulcers (any site)*
- Cameron lesions
- Ulcerative colitis
- Crohn's disease
- Idiopathic cecal ulcers

Others

- Meckel's diverticulum
 - Drugs (NSAIDs)
 - Aortoenteric fistula
 - Hemobilia
 - Hemosuccus pancreaticus
-

*common causes : Modified from Rockey C. Don⁵

แต่เนื่องจากผู้ป่วยมีประวัติดื่มสุราจัด ถ่ายอุจจาระเป็นมูกเทาดำ เป็นเบาหวาน และผลการตรวจทางรังสีพบว่า ตับอ่อนบวมทั่วๆ ไป ซึ่งสนับสนุนว่า ผู้ป่วยน่าจะมีภาวะตับอ่อนอักเสบเรื้อรังร่วมด้วย เมื่อพิจารณาจากข้อมูลทั้งหมดพบว่า ผู้ป่วยที่มาด้วยเรื่องของ ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารอย่างชัดเจนที่การส่องกล้องตามปกติไม่สามารถพบออกสาเหตุได้ ชัดเจนและมีภาวะตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง ควรนึกถึงภาวะเส้นเลือดผิดปกติ (vascular abnormalities) หรือเส้นเลือดดำชอดที่ตำแหน่งอื่นๆ (ectopic varices) และภาวะที่มีเลือดออกในทางท่อนตับอ่อน (Hemosuccus pancreaticus)

ทั้งนี้เราพบว่า ผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบมีความสัมพันธ์กับ varicea bleeding โดยเฉพาะที่ลำไส้เล็กส่วนดูโอดินัม ซึ่งภาวะตับอ่อนอักเสบทำให้เส้นเลือดดำ splenic อุดตันและเส้นเลือดดำชอดที่ลำไส้เล็กส่วนดูโอดินัม^{6,7} ส่วนกลุ่มเส้นเลือดผิดปกติ (vascular abnormalities) พบว่า ไม่มีปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ

เช่น ไตวาย ลิ้นหัวใจผิดปกติ Von Willebrand's disease, CREST syndrome (calcinosis cutis, Raynaud's phenomenon, Esophageal motility disorder, Sclerodactyly, Telangiectasia)⁴ และ ภาวะที่มีเลือดออกในท่อน้ำดีนั้น ในผู้ป่วยรายนี้พบว่าไม่เหมือน เนื่องจากผู้ป่วยไม่เหลืองและจากการส่องกล้อง ไม่พบว่ามีความผิดปกติของรูเปิดร่วมของทางเดินน้ำดี (ampulla of Vater) ในผู้ป่วยรายนี้พบว่า มีเลือดออกจากลำไส้เล็กส่วนดูโอดินัม รักษาโดยฉีด sclerosants หลังจากนั้น เมื่อผู้ป่วยมาตามนัดติดต่อกันเป็นเวลา 6 เดือน ตรวจไม่พบว่าขีดและถ่ายดำอีกเลย แต่ผู้ป่วยปฏิเสธที่จะส่องกล้องซ้ำ.

เส้นเลือดดำขอดที่ลำไส้เล็กส่วน duodenum (Duodenal varices)

นพ.ภัทธรุธ โอสถวรรณรัตน์

อ.นพ.จรินทร์ โรจนบรรพิตยา

หน่วยโรคระบบทางเดินอาหาร โรงพยาบาลราชวิถี

ผู้ป่วยที่มาด้วยเส้นเลือดดำขอดที่ลำไส้เล็กส่วนดูโอดินัม (Duodenal varices) พบได้ค่อนข้างน้อย ถ้าเปรียบเทียบกับผู้ป่วยเส้นเลือดดำขอดที่หลอดอาหาร (Esophageal varices : EV) การวินิจฉัยและการรักษาโดยควบคุมให้เลือดหยุดยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญ⁷ นอกจากนี้เมื่อเปรียบเทียบกับ EV ยังพบว่า มีขนาดสั้นกว่าและเส้นผ่าศูนย์กลางเล็กกว่า⁸⁻¹⁰ พบประมาณร้อยละ 0.4 ในผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มีภาวะความดันพอร์ทัลสูง (portal hypertension)¹¹ โดยเฉพาะสาเหตุที่เป็นนอกตับ (extrahepatic causes) เช่น เส้นเลือดดำพอร์ทัลอุดตัน (portal vein thrombosis) เส้นเลือดดำขอดที่ลำไส้เล็กส่วนดูโอดินัมเป็นได้ตั้งแต่ส่วนที่หนึ่งจนถึงส่วนที่สาม^{7,12,13} และโดยทั่วไปตำแหน่งจะอยู่ลึกและใกล้กับผนังของลำไส้ ดังนั้นจะพบว่า มีเลือดออกได้น้อยมีบางรายงานพบว่า เส้นเลือดดำขอดอยู่ใต้ชั้นเยื่อบุ (submucosa)¹⁴⁻¹⁶ แต่เพราะเลือดที่ไหลผ่านเร็ว ดังนั้นขณะเลือดออกจะพุ่งแรง

เส้นเลือดดำขอดที่ลำไส้เล็กส่วนดูโอดินัมเป็นส่วนหนึ่งของเส้นเลือดดำขอดตำแหน่งอื่นๆ (ectopic varices) ซึ่งพบร้อยละ 5 ของการมีเลือดออกจากเส้นเลือดดำขอดทั้งหมด (EV รวมกับ ectopic varices)¹⁷ เส้นเลือดดำ

ชนิดที่ตำแหน่งอื่นๆ แสดงไว้ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงเส้นเลือดดำชนิดที่ตำแหน่งอื่นๆ

Isolated gastric fundal varices

Isolated body/antrum gastric varices

Duodenal varices

Biliary varices

Stromal and small bowel varices

Colonic varices

Anorectal varices

Intraperitoneal varices

Vesical / Vaginal varices

เส้นเลือดดำชนิดในลำไส้เล็กส่วนดูโอดินัมและจากตำแหน่งที่มีการผ่าตัดกระเพาะ, ลำไส้ พบว่าเป็นตำแหน่งที่มีเลือดออกได้บ่อยที่สุดในกลุ่มเส้นเลือดดำชนิดที่ตำแหน่งอื่นๆ จากรายงานในประเทศมิสซูรี 169 คน ที่มีเลือดออกจากเส้นเลือดดำชนิดที่ตำแหน่งอื่นๆ พบว่า ร้อยละ 17 พบในลำไส้เล็กส่วนดูโอดินัม ร้อยละ 17 พบในลำไส้ส่วนเจจุนัมและไอลีียม ร้อยละ 14 พบในลำไส้ใหญ่ ร้อยละ 8 พบในลำไส้ส่วนใหญ่ส่วนเร็กตัม ร้อยละ 9 พบที่เยื่อช่องท้อง (peritoneum)¹⁸ และจากรายงานของโรงพยาบาลในเมืองริยาด จำนวนผู้ที่ได้รับการส่องกล้อง 5,664 คน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2522-2526 พบผู้ป่วยเส้นเลือดดำชนิดในลำไส้เล็กส่วนดูโอดินัม 13 คน และอัตราส่วนของเส้นเลือดดำชนิดในลำไส้เล็กส่วนดูโอดินัมต่อเส้นเลือดดำชนิดที่หลอดเลือดอาหารเป็นจำนวน 1:46 ความชุกของเส้นเลือดดำชนิดในลำไส้เล็กส่วนดูโอดินัม 1:435¹⁹

สาเหตุและกลไกการเกิดโรค

เส้นเลือดดำขอดในลำไส้เล็กส่วนดูโอดินัม เป็นผลจากความดันพอร์ทัลที่สูง ซึ่งอาจจะมีการอุดตันของเส้นเลือดดำพอร์ทัลหรือเส้นเลือดดำ splenic ซึ่งการอุดตันของเส้นเลือดดำพอร์ทัลเป็นได้ทั้งในและนอกตับ (intrahepatic and extrahepatic) ทั้งนี้ผลจากในตับเป็นสาเหตุทำให้เลือดจากระบบพอร์ทัลไปรวมอยู่ในระบบเลือดในส่วนหลังเยื่อช่องท้อง (retroperitonium) โดยมีทั้ง afferent vessel คือ superior หรือ inferior pancreatic duodenal vein ซึ่งมาจาก portal vein trunk หรือ superior mesenteric vein และ efferent vein ซึ่งจะเทเข้า IVC จากการทบทวนบทความที่ได้รวบรวมผู้ป่วยทั่วโลกพบเส้นเลือดดำขอดในลำไส้เล็กส่วนดูโอดินัม 56 คน โดยพบร้อยละ 30 เกิดจากความดันพอร์ทัลสูงจากในตับ ซึ่งมีสาเหตุจากตับแข็ง (cirrhosis) ร้อยละ 25 เกิดจากเส้นเลือดดำ splenic อุดตันซึ่งมีสาเหตุจากตับอ่อนอักเสบ ก้อนเนื้องอก หรือ ก้อนเลือดอุดตัน ร้อยละ 25 เกิดจากเส้นเลือดดำพอร์ทัลอุดตันซึ่งสาเหตุเกิดจากก้อนเลือดอุดตัน การติดเชื้อ, ก้อนเนื้องอก⁶

ตารางที่ 3 สาเหตุของเส้นเลือดดำขอดในลำไส้เล็กส่วนดูโอดินัม รวบรวมผู้ป่วย 56 ราย

สาเหตุของเส้นเลือดดำขอด	จำนวนผู้ป่วย
Related with portal circulation	
Post hepatic Venooclusive disease	3
Probable	1
Intrahepatic Cirrhosis	18
Prehepatic Portal vein obstruction	
-Thrombosis	8
- Infection from omphalitis	4

	- Tumor	2
	- Congenital Atresia	0
	Splenic vein obstruction	
	- Thrombosis	2
	- Tumor (pancreatic/renalcarcinoma)	4
	- Pancreatitis, Pancreatic pseudocyst with splenic vein obstruction	9*
	Splenic and portal vein thrombosis	1
	Postoperative shunt	2
	Localized increase in portal hypertension	
	Fistula between aneurysm of hepatic artery and portal vein	1
Parasitic	Schistosomiasis	1
Systemic	Inferior vena cava obstruction	1
Total		56

*เป็นผู้ป่วยตับแข็ง 1 คน

กลไกการแตกของเส้นเลือดดำขอดในลำไส้เล็กส่วนดูโอดินัม ยังไม่รู้ชัดเจนแต่จากการตรวจทางพยาธิพบว่ามี inflammatory cell กระจายตัวอยู่รอบๆ ตำแหน่งที่มีเลือดออก นอกจากนี้ยังพบว่าการเพิ่มขึ้นของความดันในเส้นเลือดดำขอดมีผลต่อ erosive process ของผิวเส้นเลือดที่โป่งพอง⁶

อาการและอาการแสดง

ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมาด้วยเลือดออกมากในทางเดินอาหาร (massive

gastrointestinal hemorrhage) จากรายงานผู้ป่วยในสวีเดนพบ 35 คนใน 112 คนที่เป็นเส้นเลือดโป่งพองในลำไส้เล็กส่วนดูโอดินัม ทั้งนี้มีสาเหตุจากตับแข็ง 26 คน²⁰ ส่วนน้อยอาจมาด้วยเลือดออกทางเดินอาหารอย่างชัดเจนที่ส่องกล้องตามปกติไม่สามารถบอกสาเหตุได้ (obscure overt gastrointestinal bleeding) จากการทบทวนรายงานผู้ป่วยในประเทศเกาหลี 41 คน ตั้งแต่เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2539 ถึง กรกฎาคม พ.ศ. 2545 ที่มาด้วยเลือดออกทางเดินอาหารอย่างชัดเจนที่ส่องกล้อง ตามปกติไม่สามารถบอกสาเหตุได้ พบ 1 คนที่เลือดออกจากเส้นเลือดดำชอดในลำไส้เล็กส่วนดูโอดินัม²¹ duodenal bulb เป็นตำแหน่งที่พบได้บ่อยของเส้นเลือดดำชอดในลำไส้เล็กส่วนดูโอดินัม และตำแหน่งที่พบรองลงมาคือ ลำไส้เล็กดูโอดินัม ส่วนที่²² ส่วนใหญ่พบในผู้ป่วยตับแข็ง ตับอ่อนอักเสบ ความผิดปกติกลไกการแข็งตัวของเลือด และพบได้น้อยจากพยาธิ เช่น schistosomiasis บางรายงานพบว่า มีเลือดออกจากเส้นเลือดดำชอดในลำไส้เล็กส่วนดูโอดินัม หลังจากทำ endoscopic band ligation ของเส้นเลือดดำชอดที่หลอดอาหาร^{12,23}

การตรวจวินิจฉัย

1. การตรวจด้วยวิธีทางรังสีโดยการกลืนแป้งพบเป็น filling defects ลักษณะขอบคม วงแหวนเกือบดำ วงแหวนที่ตรงกลางใส²⁴⁻²⁶ ขอบคมและมีรอยเว้าเข้าในหน้าตัดลำไส้เล็กส่วนดูโอดินัม ในผู้ป่วยที่เป็นแบบฉบับพบว่า เป็นแทบขวางตลอด duodenal bulb บางส่วนที่เป็นขอบคมหรือเป็นขอบเขตต่อไปถึงด้านข้างของเส้นเลือดดำชอดในลำไส้เล็กส่วนดูโอดินัม²⁷

2. Color Doppler sonography ปัจจุบันนำมาเป็นตัววินิจฉัยเพิ่มเติมที่ใช้กันมากขึ้น แต่มีรายงานน้อยในผู้ป่วยเส้นเลือดดำชอดในกระเพาะและลำไส้ (gastric or intestinal varices) ซึ่งเราจะพบว่า การไหลเวียนเลือดจะช้า โดยมีงานวิจัยในญี่ปุ่นซึ่งการไหลเวียนของเลือดเทียบกับ

ความหนาของกระเพาะและลำไส้โดยพบ 15/24 (ร้อยละ 62.5) คนเป็นเส้นเลือดโป่งพองในกระเพาะ และ 4/4 (ร้อยละ100) คน เป็นเส้นเลือดโป่งพองในลำไส้เล็กส่วนดูโอดินัม²⁸

3. Multislice Helical CT การใช้ conventional contrast enhanced CT เป็นอีกทางเลือกที่ประเมิน portosystemic vessels ในผู้ป่วยที่ความดันพอร์ทัลสูง ซึ่งจะประเมินได้ค่อนข้างเร็วและเหนือกว่า angiography ในการบอก paraumbilical และ retroperitoneal varices ปัจจุบันได้มีการพัฒนาเป็น multislice helical CT ซึ่งเป็นการเพิ่มความเร็วของการ scanning และการปรับตำแหน่งภาพที่ต้องการให้แคบลงทำให้เพิ่มความคมชัด และประเมินเส้นเลือด (mesenteric, retroperitoneal และ portal) ได้ง่ายขึ้น^{29,30}

4. Labeled RBC scanning เป็นการตรวจในภาวะที่มีเลือดออกอยู่ (active bleeding) ในผู้ป่วยเลือดออกไม่ต่อเนื่อง (intermittent bleeding) อาจตรวจได้ผลลบ โดยการใช้สาร Technetium 99^m หรือ sulfur colloid อย่างไรก็ดีตาม ความไวของการตรวจในภาวะ overt bleeding อยู่ที่ร้อยละ15 ถึง 70³¹⁻³⁶ แต่ผลบวกลงจากการบอกตำแหน่งผิดพลาดสูงถึงร้อยละ 60³⁷⁻³⁹

5. Endoscopy และ Endoscopic ultrasound (EUS) จากการส่องกล้องทางเดินอาหารจะพบว่า มีลักษณะ fold ที่คดเคี้ยวหรือเห็นเป็นเส้นเลือดสีน้ำเงินใช้ความดันกดจะยุบลงรวมทั้งมีผิวลักษณะสะท้อนแสง⁴⁰ ส่วน EUS คือการใช้ ultrasound ติดที่ endoscope โดยในทางเดินอาหารจะใช้ความถี่ตั้งแต่ 12-30 MHz และใช้ balloon ใส่น้ำเป็นตัวนำแทนเจล⁴¹ ซึ่งเราจะเห็นเส้นเลือดดำชัดเจนเป็น ลักษณะ anechoic lesion รอบๆ ผนังลำไส้ชั้น submucosa⁴²

6. Selective mesenteric angiography และ splenoportography ซึ่งเป็นการฉีดสารทึบแสงเข้าเส้นเลือดเพื่อดูลักษณะทางกายวิภาค โดยจะพบเส้นเลือดดำชัดเจนเป็นลักษณะคดเคี้ยวอาจมาจาก superior mesenteric vein, splenic vein, portal vein หรือ IVC^{7,22}

แนวทางการรักษา

1. การฉีดสาร sclerosants โดยการส่องกล้องในผู้ป่วยเส้นเลือดดำขอดในลำไส้เล็ก ส่วนดูโอดินัมควรเลือกเป็นวิธีแรกในการรักษา ซึ่งสารที่ใช้ในการรักษามีหลายอย่าง เช่น polidocanol, Ethanolamine oleate, Sodium tetradecyl sulfate, Sodium morrhuate นอกจากนี้ยังมี thrombin ซึ่งการรักษาโดยยาชนิดต่างๆ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันทั้งผลและภาวะแทรกซ้อน^{43,44}

2. การฉีด vasopressin เข้าในเส้นเลือดเพื่ออุดเส้นเลือดที่ต้องการ เช่น superior mesenteric ซึ่งผลที่ได้ในแต่ละรายงานแตกต่างกัน Salem และคณะรายงานว่าสามารถหยุดเลือดได้⁴⁵ แต่ Khouqeer และคณะพยายามใช้ systemic vasopressin แต่ไม่ได้ผล⁴⁶

3. การรัดเส้นเลือดดำขอด (Endoscopic band ligation) ในลำไส้เล็กส่วนดูโอดินัมก็เป็นอีกวิธีหนึ่งซึ่งมีการรายงานไว้ 2 รายที่ประสบความสำเร็จในการหยุดเลือดโดย Tazawa และคณะ แต่ 2 วันต่อมาผู้ป่วยเสียชีวิตจากตับวาย⁴⁷ นอกจากนี้ก็มีรายงานที่ประเทศสิงคโปร์อีก 1 ราย⁴⁸ ขนาดของเส้นเลือดขอดก็มีผลต่อความสำเร็จในการหยุดเลือด โดยจากรายงานส่วนใหญ่เส้นเลือดขอดขนาดประมาณ 1.5 ซม.^{49,50} ซึ่งพบว่าวิธีนี้ไม่เพียงพอในการหยุดเลือดที่จะเกิดได้อีกในอนาคต

4. Balloon-Occluded Retrograde Transvenous Obliteration (BRTO) เป็นวิธีการรักษาเส้นเลือดขอดที่ตำแหน่งอื่นๆ ด้วย หลักการคือ obliterates ทางออกเส้นเลือดดำของเส้นเลือดขอดและทำให้เกิดลิ่มเลือดภายใน วิธีการคือ ก่อนทำ BRTO จะให้ haptoglobin ก่อนการทำเพื่อป้องกันไตวายจากสาร ethanolamine oleate จากนั้นจะใส่ catheter เข้าไปทางเส้นเลือดดำ femoral ผ่าน IVC จนถึง right renal vein และกาง balloon พร้อมฉีดสาร ethanolamine oleate with iopamidol⁵¹ นอกจากนี้ยังมีรายงานผู้ป่วยที่เข้าร่วมกับการรัดเส้นเลือดดำขอดพบว่าประสบผลสำเร็จ⁵²

5. Transjugular Intrahepatic Portosystemic Shunt (TIPS)

คือ การลดความดันใน hepatic sinusoid โดยการใส่ stent ระหว่าง hepatic กับ portal vein เป็นหัตถการที่ค่อนข้างปลอดภัยเมื่อเทียบกับ surgical shunt (portocaval, mesocaval)⁵³ มีรายงานผู้ป่วยซึ่งล้มเหลวจากฉีดยาสclerosants และ vasopressin พบว่าการทำ TIPS ประสบผลสำเร็จผู้ป่วยเลือดหยุด⁵⁴ Haskal และคณะยังรายงานว่า TIPS เป็นการรักษาลำดับแรกของเส้นเลือดขอดในลำไส้⁵⁵ นอกจากนี้ยังมีรายงานการใช้ TIPS ร่วมกับ embolization สามารถหยุดเลือดออกจากผู้ป่วยที่ติดต่อการฉีดยาสclerosants โดยการส่องกล้อง⁵⁶

6. การผ่าตัด ที่มีรายงาน เช่น duodenal dearterization and stapling (การผูก gastroduodenal artery และ splenic artery ร่วมกับการตัดม้าม เย็บ duodenum และ gastroenterostomy) สำหรับผู้ป่วยติดต่อการรักษาอื่นๆ หรือผู้ป่วยที่ยังไม่คงที่ (unstable)⁵⁷ นอกจากนี้ก็ยังมี การตัดเฉพาะเส้นเลือดขอด การผูกเส้นเลือดขอด surgical shunt ซึ่งอัตราการตายโดยรวมอยู่ที่ร้อยละ 30⁴⁶

ภาวะแทรกซ้อน

1. การแตกหรือทะลุต่อผนังลำไส้ อาจเกิดได้จากการฉีดยาสclerosants โดยการส่องกล้องแต่ยังไม่มีรายงานชัดเจน ดังนั้นการป้องกันเลือดออกจากเส้นเลือดขอดโดยการฉีดยาสclerosants ยังไม่เป็นที่ยอมรับ⁴³
2. ไตวาย ซึ่งนอกจากการเสียเลือดมากแล้วยังเกิดจากได้รับ ethanolamine oleate ซึ่งทำให้เกิด hemoglobinuria⁵¹
3. Pulmonary embolism จากการฉีดยาสclerosants หรือ isobutyl-cyanoacrylate ผสม iodized oil⁴³
4. ภาวะแทรกซ้อนจาก TIPS แสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ภาวะแทรกซ้อนจากการทำ TIPS

ภาวะแทรกซ้อน	ความถี่ (%)
TIPS dysfunction	
Thrombosis	10-15
Occlusion/stenosis	18-78
Transcapsular puncture	33
Intraperitoneal bleeding	1-2
Hepatic infarction	~1
Fistula	Rare
Hemobilia	<5
Sepsis	2-10
Infection of TIPS	Rare
Hemolysis	10-15
Encephalopathy	
New/Worse	10-44
Chronic	5-20
Stent migration or placement into IVC or too far into portal vein	10-20

การพยากรณ์โรค

อัตราการตายจากเลือดออกจากเส้นเลือดหลอดลำไส้เล็กส่วนดูโอ-
 ดินัมร้อยละ 40^{46,54} ส่วนอัตราการตายจากการผ่าตัดโดยรวมร้อยละ 30 ใน
 กรณีที่มีตับแข็งร่วมด้วยถ้า child's class A และ B มีอัตราการตายร้อยละ 12
 ส่วน child's class C มีอัตราการตายร้อยละ 100⁴⁶

เอกสารอ้างอิง

1. AGA. American Gastroenterological association medical positional statement evaluation and management of occult and obscure gastrointestinal bleeding, Gastroenterology 2000;118:197.
2. Spiller RC, Parkins RA. Recurrent gastrointestinal bleeding of obscure origin: report of 17 cases and a guide to logical management. Br J Surg 1983;70:489.
3. Thompson JN, Salem RR, Hamingway AP, et al. Specialist investigation of obscure gastrointestinal bleeding. Gut 1987;28:47.
4. Gralnek IM, Obscure-overt gastrointestinal bleeding. Gastroenterology 2005; 128:1424-30.
5. Lin S, Rockey DC. Obscure gastrointestinal bleeding. Gastroenterol Clin N. Am 2005;34:679-98.
6. Amin R, Alexis R, Korzis J. Fatal ruptured duodenal varix: case report and review of literature, Am J Gastroenterol;1985;80:13-8.
7. Hashizume M, Tanoue K, Sueishi K. Vascular anatomy of duodenal varices: Angiographic and histopathological assessments. Am J Gastroenterol 1993;88:1942-5.
8. Swart VB. Zur Entwicklungssystematik von oesophagus-,magenund duodenalvarizen bei portaler hypertension. Forsch Geb Rontgenstr Nuklearmed 1968;108:184-97.
9. Stephan G, Miething R. Rontgendiagnostik varicoser Duodenalveranderungern bei Portaler hypertension. Radiologe 1968;8:90-5.
10. Rousselot LM, Moreno AH, Panke WF. Studies on portal hypertension IV. The clinical and physiologic significance of self-established (non surgical) portal systemic venous shunts. Ann Surg 1959;150:384-8.
11. Itzchak Y, Glickman MG. Duodenal varices in extrahepatic portal obstruction. Radiology 1977;124:619-24.
12. Wu WC, Wang LY, YU FJ, et al. Bleeding duodenal varices after gastroesophageal varices ligation: a case report. Kaohsiung J Med Sci 2002;18:578-81.
13. Khouqeer F, Morrow C, Jordan P. Duodenal varices as a cause of massive upper gastrointestinal bleeding. Surgery 1987;102:548-52.
14. Shearburn EW, Cooper DR. Duodenal varices treated by portocaval shunt. Arch Surg 1966;93:425-7.

15. Grosdidier J. Hemorragies digestives graves par rupture de varices duodenales dues a un faux kyste de la tete du pancreas ayant provoque une hypertension portale localisee. In: Guy A, Poilieux F, eds. Duodenum et pancreas. Paris: Mason 1957:259-60.
16. Vachon A, Marion P, et al. Hemorragies Intestinales recidivantes par Varices de l'intestin grele avec hypotension portale et splenomegalie type banti. Archives des Maladies de l'appareil digestif et des maladies de nutrition 1954;43:747-50.
17. Greg Van Stiegmann. Diagnosis and management of ectopic varices. J gastro Hepatology 2004;19,S168-173
18. Jonnalagadda SS, Quiason S, Smith OJ. Successful Therapy of bleeding Duodenal varices by Tips after failure of Sclerotherapy. Am J Gastroenterol 1998;93:272-4.
19. AL-Mofarreh M, AL-Moagel-Alfarag M, Shadoochy F, et al. Duodenal varices. Report of 13 cases. Z Gastroenterol 1986;24:673-80.
20. Linder S, Wiechel KL. Duodenal varicose veins. Surg Endosc 1991;5:31-5.
21. Kim JP, Han DS, Hahm JS, et al. Clinical features of obscure overt gastrointestinal bleeding. Korean J Gastroenterol 2003 ;42:27-34.
22. Tanaka T, Kato K, Kitazawa Y, et al. A case of ruptured duodenal varices and review of the literature. Jpn J Surg.1988 ;18:595-600.
23. Mashida T, Sato K, Mori M. Rupture duodenal varices after endoscopy ligation of esophageal varices: an autopsy. Gastrointest Endos 2006;63:352-4.
24. Alberti W. Uber den roentgenologischen nachweis von varizen in bulbus duodeni. Fortschr Geb Rontgenstr 1931;43:60-5.
25. Alberti W. Uber der roentgenologischen nachweis von varizen in bulbus duodeni. Fortschr Geb Rontgenstr 1933;47:467-9.
26. Itzchak Y, Glickman MG. Duodenal varices in extrahepatic portal obstruction. Diagn Radiol 1977;124:619-24.
27. Knetsch A. Das roentgenbild der varicen in bulbus duodeni. Radiologe 1970;10:323-6.
28. Komatsuda T, Ishida H, Masamune O, et al. Color Doppler finding of gastrointestinal varices. Abdom Imaging 1998;23:45-50.
29. Norton ID, Andrews JC, Kamath PC. Management of ectopic varices. Hepatology 1998;28:1154-8.



30. Ibukuro K, Tsukiyama T, Mori K, Inoue Y. Veins of Retzius at CT during arterial portography: anatomy and clinical importance. *Radiology* 1998;209:793-800.
31. Howarth DM, Tang K, Lees W. The clinical utility of nuclear medicine imaging for the detection of occult gastrointestinal hemorrhage. *Nucl Med(Stuttg)* 2002;23:591.
32. McKusick KA, Froelich J, Callahan RJ, et al. 99mTc red blood cell for detection of gastrointestinal bleeding: experience with 80 patients. *Am J Roentgenol* 1981;137:1113.
33. Ohri SK, Desa LA, Lee H, et al. Value of scintigraphic localization of obscure gastrointestinal bleeding. *J R Coll Surg Edinb* 1992;37:328.
34. Szasa IJ, Morrison RT, Lyster DM. Technetium-99m-labelled red blood cell scanning to diagnose occult gastrointestinal bleeding. *Can J Surg* 1985;28:512.
35. Voeller GR, Bunch G, Britt LG. Use of technetium-labeled red blood cell scintigraphy in the detection and management of gastrointestinal hemorrhage. *Surg* 1991;110:799.
36. Wang CS, Tzen KY, Huang MJ, et al. Localization of obscure gastrointestinal bleeding by technetium 99m-labelled red blood cell scintigraphy. *J Formos Med Assoc* 1992;91:63.
37. Fuaki B. Endovascular intervention for the treatment of acute arterial gastrointestinal bleeding. *Gastroenterol Clin North Am* 2002;31:701.
38. Rosch J, Kozak BE, Keller FS, et al. Interventional angiography in the diagnosis of acute lower gastrointestinal bleeding. *Eur J Radiol* 1986;6:136.
39. Junquera F, Quiroga S, Saperas E, et al. Accuracy of helical computer tomographic angiography for diagnosis of colonic angiodysplasia. *Gastroenterology* 2000;119:293.
40. Tang SJ, Zanati S, Dubcenco E, et al. Diagnosis of small bowel varices by capsule endoscopy. *Gastroenterology* 2004;60:129-35.
41. Tamerisa R, Irisawa A, Bhutani MS. Endoscopic ultrasound in the diagnosis, staging, and management of gastrointestinal and adjacent malignancies. *Med Clin N Am* 2005;89:139-58.
42. Akazawa Y, Murata I, Kohno S, et al. Successful management of bleeding duodenal varices by endoscopic variceal ligation and balloon-occluded retrograde transvenous obliteration. *Gastrointest Endos* 2003;58:794-7.

43. Barbish AW, Ehrinpreis MN. Successful endoscopic injection sclerotherapy of a bleeding duodenal varix. *Am J Gastroenterol* 1993;88:90-3.
44. Rai R, Panzer SW, Thuluvath PJ. Thrombin injection for bleeding duodenal varices. *Am J Gastroenterol* 1994;89:1871-3.
45. Salam AA, Goldman M, Smith D, et al. Gastric, intestinal and gallbladder varices: Hemodynamic and therapeutic considerations. *South Med J* 1979;72:402-8.
46. Khouqeer F, Morrow C, Jordan P. Duodenal varices as a cause of massive upper gastrointestinal bleeding. *Surgery* 1987;102:548-52.
47. Tazawa J, Sakai Y, Koizumi K, et al. Endoscopic ligation for ruptured duodenal varices. *Am J Gastroenterol*.1995;90:677-8.
48. Tan NC, Ibrahim S, Tay KH. Successful management of bleeding duodenal varix by endoscopic banding. *Singapore Med J* 2005;46:723-5.
49. Yeh YY, Hou Mc, Lin HC, et al. Case report. successful obliteration of a bleeding duodenal varix using endoscopic ligation. *J Gastroenterol Hepatol* 1998 ;13:591-3.
50. Shiraishi M, Hiruyasu S, Higa T, et al. Successful management of rupture duodenal varices by means of endoscopic variceal ligation: report of case. *Gastrointest Endos*.1999;49:255-7.
51. Haruta I, Isobe Y, Hayashi N, et al. Balloon-Occluded Retrograde Transvenous Obliteration (BRTO),a promising Nonsurgical Therapy for Ectopic Varices: A case Report of Successful Treatment of Duodenal Varices by BRTO. *Am J Gastroenterol* 1996;91:2594-7.
52. Akazawa Y, Murata I, Kohno S, et al. Successful management of bleeding duodenal varices by endoscopic variceal ligation and balloon occluded retrograde transvenous obliteration. *Gastrointest Endos* 2003;58:794-7.
53. Rossle M, Haag K, Ochs A, et al. The transjugular intrahepatic portosystemic stent-shunt procedure for variceal bleeding. *N Engl J Med* 1994;330:165-71.
54. Jonnalagadda SS, Quiason S, Smith OJ. Successful therapy of bleeding duodenal varices by TIPS after failure of sclerotherapy. *Am J Gastroenterol* 1998;93:272-4.
55. Haskal ZJ, Scott M, Rubin RA, et al. Intestinal varices treatment with transjugular intrahepatic portosystemic shunt. *Radiol* 1994;191:183-7.
56. Illuminati G, Smail A, Bismuth H, et al. Association of Transjugular Intrahepatic Portosystemic Shunt with Embolization in the Treatment of bleeding duodenal varix Refractory to Sclerotherapy. *Dig Surg* 2000;17:398-400.



57. Vivian C, Noha A , Al-Saleh A, Duodenal dearterization and stapling for severe hemorrhage from duodenal varices with portal vein thrombosis. Am J Surg 2005;189:49-52.

ภาวะ Hyperferritinemia ที่ไม่สัมพันธ์กับ ยีน Hemochromatosis (HFE)

ผศ. นพ. สมบัติ ตริประเสริฐสุข
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เป็นที่ทราบกันดีว่าภาวะที่มีการดูดซึมธาตุเหล็กผ่านทางระบบทางเดินอาหารมากผิดปกติและมีความสัมพันธ์กับภาวะทางพันธุกรรมที่ผิดปกติของ HFE gene นั้นเรียกว่า hemochromatosis โดยในส่วนของความผิดปกติของยีน HFE ที่ค้นพบนั้นมี 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ

- C282 Y (มีการเปลี่ยนจาก cysteine ไปเป็น tyrosine ที่ตำแหน่ง amino acid 282)
- H63 D (มีการเปลี่ยนจาก histidine ไปเป็น aspartate ที่ตำแหน่ง amino acid 63)

อย่างไรก็ตามยังมีภาวะธาตุเหล็กสูงผิดปกติที่เกิดจากสาเหตุอื่นๆ ได้ ซึ่งต้องเข้าใจพื้นฐานเกี่ยวกับการดูดซึมธาตุเหล็กดังต่อไปนี้ ในคนทั่วไปมีการดูดซึมธาตุเหล็กจากอาหารประมาณ 1 มก./วัน หรือร้อยละ 10 ของปริมาณเหล็กในอาหาร ส่วนปริมาณธาตุเหล็กในร่างกายโดยเฉลี่ยอยู่ที่ 4,000 มก. ซึ่งแตกต่างกันไปตามอายุ เพศ เช่น ในผู้หญิงที่ยังมีประจำเดือนอยู่อาจมีปริมาณธาตุเหล็กในตับอยู่ที่ 300 มก. ส่วนในผู้ป่วย hemochromatosis อาจมีปริมาณธาตุเหล็กในตับถึง 25-30 กรัม

ส่วนการกำจัดธาตุเหล็กจากร่างกาย โดยทั่วไปมีข้อจำกัดอยู่มาก ยกเว้นกรณีมีภาวะเสียเลือด อวัยวะหลักส่วนที่ควบคุม iron metabolism คือ ลำไส้เล็ก เพราะเป็นที่ดูดซึมธาตุเหล็กและสามารถเก็บส่วนเกินเข้ามา

สะสมในตับได้ตลอดเวลา โดยประมาณ 1 ใน 3 ของธาตุเหล็กจะเก็บอยู่ที่ตับ และ 2 ใน 3 จะ recycle ในระหว่างเซลล์ macrophages, circulating serum transferrin และไขกระดูก

ภาวะธาตุเหล็กที่มีมากเกินไปในตับ จะมีผลให้เกิดการสร้าง reactive oxygen species (ROS) ซึ่งนำไปสู่ oxidative damage โดยตำแหน่งการกระจายของธาตุเหล็ก ระดับการสะสม อายุ พันธุกรรม รวมทั้งระยะเวลาที่เกิดการสะสมธาตุเหล็กจะส่งผลต่อการทำลายเซลล์ตับ, organelle compartment ได้แก่ lysosomes, microsomes และ mitochondria ก็จะเป็นเป้าหมายที่สำคัญในการถูกทำลาย อาจส่งผลให้เกิด lipid peroxidation, free radical toxicity และเร่งการสร้าง anti-oxidation หรือ superoxide ions, ROS อื่นๆ ตามลำดับ

การตรวจหาความผิดปกติดังกล่าวนอกจากการซักประวัติและการตรวจร่างกายแล้วก็ยังใช้การตรวจเลือดหา Transferrin Saturation (TS) และ ferritin โดยค่า TS ซึ่งคิดจากค่า serum iron หารด้วย TIBC คำนวณเป็นเปอร์เซ็นต์นั้น จำเป็นต้องทำการตรวจในช่วงอดอาหาร เพราะว่า serum iron จะมีค่าเปลี่ยนแปลงตามเวลาโดยเฉพาะหลังอาหาร ส่วน ferritin พบว่ามีค่าผิดปกติได้ในหลายกรณี เช่น โรคไวรัสตับอักเสบเรื้อรัง ภาวะไขมันเกาะตับตับอักเสบจาก แอลกอฮอล์ (พบ ferritin สูงได้ถึงร้อยละ 40-50) นอกจากนี้ ferritin ยังจัดเป็น acute phase reactant ในกระบวนการอักเสบ จึงมีค่าสูงขึ้นโดยที่ไม่มีภาวะ iron overload ก็ได้ นอกจากนี้ ค่า TS ยังเปลี่ยนแปลงได้เร็วกว่าค่า ferritin ในกรณีของโรค hemochromatosis

ปัญหาในทางคลินิก เมื่อตรวจพบว่ามีภาวะ hyperferritinemia และมีอาการทางคลินิกที่สงสัยโรค hemochromatosis แต่เมื่อค้นหาสาเหตุดังกล่าวแล้วและรวมถึงการตรวจทางพันธุกรรม เช่น การตรวจหา Transferrin Saturation (TS) ให้ผลปกติหรือตรวจว่าไม่มี C282Y, H36D mutation ของยีน HFE ดังในแผนภูมิที่ 1 อาจทำให้เกิดคำถามว่าสาเหตุอื่นๆ ของ hyperferritinemia

ในผู้ป่วยรายนั้นๆ เกิดจากสาเหตุใดและจะสืบค้นได้อย่างไร

สิ่งที่ควรคำนึงถึงในการสืบค้นสาเหตุดังกล่าว มีดังนี้

1. ระดับของ ferritin ที่สูงขึ้น นั้นต้องพิจารณาพร้อมกับ อายุ เพศ เผ่าพันธุ์ ปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ที่ทำให้มีภาวะดังกล่าว โดยแบ่งระดับ ferritin ในเลือดที่สูงได้ 3 ช่วง ดังนี้

- mild elevation (ferritin < 1,000 $\mu\text{g/L}$ แต่สูงกว่าค่าปกติ)
- moderate elevation (ferritin 1,000-5,000 $\mu\text{g/L}$)
- extreme elevation (ferritin > 50,000 $\mu\text{g/L}$)

2. หาข้อมูลทางคลินิกอื่นๆ เพื่อช่วยแยกสาเหตุหลักๆ 2 กลุ่มของภาวะ hyperferritinemia นั่นคือ ภาวะเหล็กเกินจริง หรือเป็นผลที่เกิดจากกระบวนการอักเสบ ข้อมูลทางคลินิกที่ควรมองหา มีดังนี้

- น้ำหนักหรือดัชนีมวลกาย (body mass index) เพราะภาวะ mild hyperferritinemia มักพบได้ในคนอ้วน คนที่ดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ ซึ่งส่งผลให้มีการอักเสบเรื้อรังของตับได้ เช่น alcoholic hepatitis, NASH และอาจเชื่อมโยงไปถึงภาวะ insulin resistance กับ iron overload ได้
- ประวัติโรคไวรัสตับอักเสบบีหรือไวรัสตับอักเสบซี มักพบว่าเมื่อค่า ferritin สูงขึ้นได้ การตรวจพบ ESR และ/หรือค่า c-reactive protein ที่สูงก็เป็นประโยชน์ในการประเมินภาวะอักเสบในร่างกาย การตรวจหา TS ที่ต่ำลงก็บ่งชี้ภาวะ chronic inflammation
- ข้อมูลอื่นๆ เช่น ความเข้มข้นเลือด blood smear จะช่วยแยกโรคอื่นๆ ที่สำคัญ เช่น ธาลัสซีเมีย เป็นต้น นอกจากนี้ ลักษณะทางคลินิก เช่น การตรวจพบหัวใจล้มเหลว hypogonadism ในผู้ป่วยอายุน้อยๆ ก็อาจทำให้คิดถึงภาวะ juvenile hemochromatosis มากขึ้น (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 สาเหตุของภาวะ non-HFE iron overload-สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับพันธุกรรม

Juvenile hemochromatosis
Hepcidin mutation
Ferroportin mutation
Transferrin receptor 2 mutation
Aceruloplasminemia
Polynesian iron overload
African iron overload
Neonatal iron overload

- สาเหตุอื่นๆ

Non-alcoholic steatohepatitis
Alcoholic siderosis
Hepatitis C
Hepatitis B
End stage cirrhosis
Insulin resistance related iron overload
Post-portacaval shunt
Porphyria cutanea tarda

โรคเลือดที่มีภาวะเหล็กเกิน

Thalassemia
Hereditary spherocytosis
Chronic hemolytic anemia
Hyperferritinemia without iron overload

Chronic inflammation including hepatitis
Steatohepatitis

Diabetes

Obesity

Chronic alcohol consumption

Still's disease

Histiocytic neoplasms

Hyperferritinemia-cataract syndrome

โดยสรุป ภาวะ hyperferritinemia จึงไม่ได้มีความหมายตรงกันกับภาวะ iron overload เสมอไป และถ้าลักษณะทางคลินิกร่วมกับผลการตรวจเลือดทาง biochemical profile ยังไม่สามารถสรุปได้ ก็จำเป็นที่จะต้องสืบค้นหาสาเหตุอื่นๆ ต่อไปหากพิจารณาว่าสาเหตุของ hyperferritinemia นั้นมีความจำเป็นและมีผลเปลี่ยนแปลงวิธีการรักษาผู้ป่วย ก็อาจพิจารณาทำการตรวจเพิ่มเติม เช่น การทำการเจาะตับเพื่อตรวจทางพยาธิวิทยา และหาปริมาณความเข้มข้นของสารเหล็กในเนื้อตับ, การทำ MRI, empirical phlebotomy หรือแม้แต่การเฝ้าติดตามอาการผู้ป่วยเป็นระยะอย่างต่อเนื่องก็เป็นสิ่งจำเป็น

- ในทางพยาธิวิทยาของเนื้อตับนั้น รูปแบบของเหล็กที่สะสมอยู่จะมีประโยชน์ต่อการวินิจฉัยโรค เช่น ถ้าเหล็กสะสมมากในบริเวณ reticuloendothelial cells บ่งชี้ไปทางโรคเลือด และภาวะ ferroportin mutation และประเด็นสำคัญอีกประการหนึ่งก็คือ ระดับ ferritin ที่สูงขึ้น หากเป็นแค่ mild elevation (ferritin < 1,000 µg/L) มักไม่พบว่ามีเซลล์ตับถูกทำลาย
- MRI Liver เป็นอีกเทคโนโลยีที่ช่วยค้นหาภาวะ iron overload ได้ โดยเฉพาะกรณีที่สำคัญ hemochromatosis เพื่อจะช่วยลดการทำ empirical phlebotomy ลง เพราะการทำ phlebotomy มีผลเสียต่อผู้ป่วยในกรณีที่ไม่มี iron overload โดยส่งผลให้เกิดภาวะซีดได้ก่อนที่ค่า ferritin จะลดลง

การดูแลรักษาภาวะ secondary iron overload

1. เมื่อแยกสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับทางพันธุกรรมแล้ว ควรจะมาทบทวนและค้นหาสาเหตุอื่นๆ ของโรคตับที่พบได้บ่อย เช่น NASH แอลกอฮอล์ ดับอีกเสบเรื้อรังจากไวรัสบี ไวรัสซี และถ้ายังไม่พบสาเหตุให้พิจารณาทำ liver biopsy โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มี ferritin สูงมากๆ และมี progressive rising

2. ดูว่าผู้ป่วยมีภาวะซีดร่วมด้วยหรือไม่ เพราะ iron absorption จะเพิ่มขึ้นได้ในภาวะซีด โดยเฉพาะ Hb < 10 g/dl ซึ่งควรดู blood smear ร่วมด้วยและทำการสืบค้นทางโรคเลือดอื่นๆ ตามความเหมาะสมของลักษณะทางคลินิกในผู้ป่วยแต่ละราย

3. Hepatic iron index (HII) เคยมีการใช้เพื่อช่วยแยกภาวะเหล็กเกินจากภาวะดับอีกเสบจากแอลกอฮอล์ (HII < 1.9) ออกจาก genetic hemochromatosis (HII > 1.9) แต่ปัจจุบันมีการตรวจทางพันธุกรรมได้แล้ว ซึ่งมีความแม่นยำมากกว่า การหา HII จึงลดความจำเป็นลง

$$\text{Hepatic iron index} = \frac{\text{Hepatic iron concentration } (\mu\text{mol/gm dry weight})}{\text{อายุของผู้ป่วย (ปี)}}$$

4. ค้นหาภาวะ chronic inflammation อื่นๆ เช่น SLE, โรคข้ออักเสบ, HIV infection, inflammatory bowel disease กลุ่มนี้จะมีเพียง hyperferritinemia โดยไม่มี iron overload และมักมี low transferrin saturation

5. ควรนำญาติพี่น้องสายตรงมาตรวจหา ferritin เพื่อค้นหา non HFE-familial iron overload syndrome ซึ่งอาจสัมพันธ์กับยีนตัวอื่นๆ ดังในตารางที่ 3

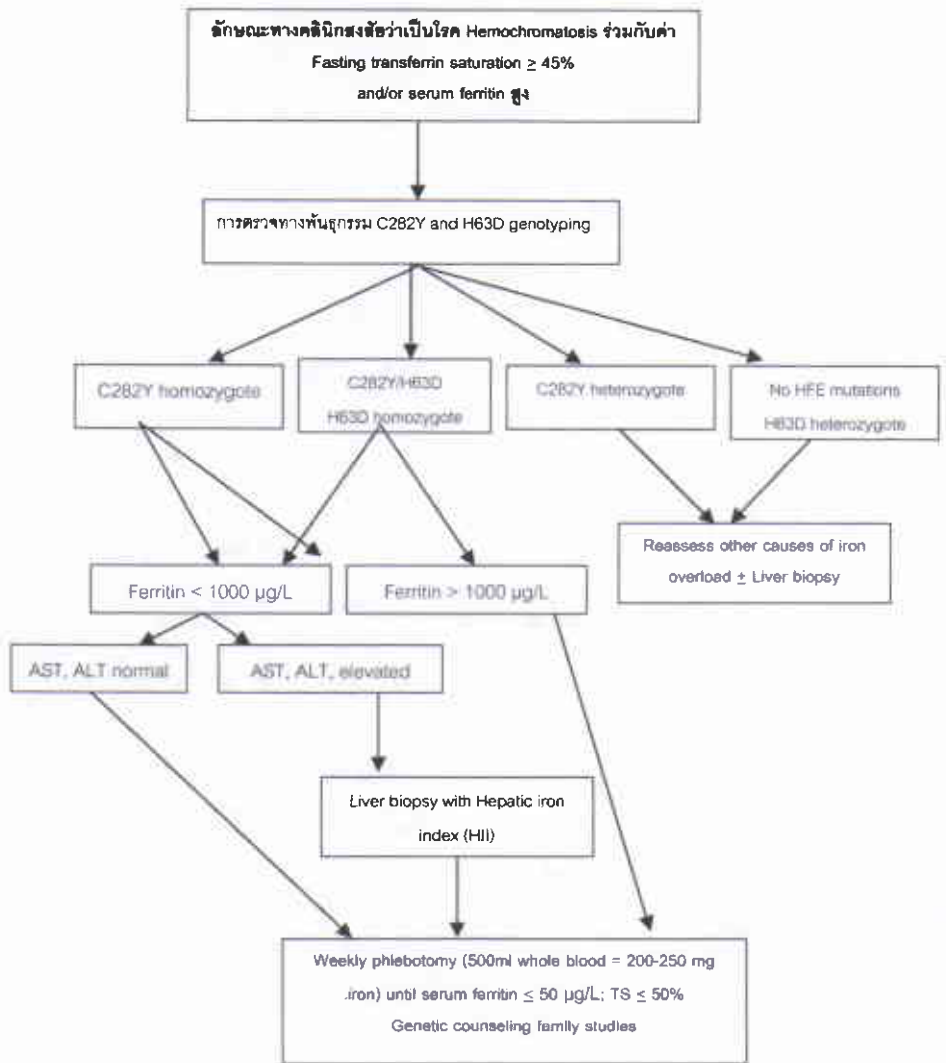
เมื่อทำการสืบค้นทั้ง 5 ขั้นตอน ร่วมกับวิธีการสืบค้นที่ทำได้ทางคลินิกดังสรุปในตารางที่ 2 จะช่วยกำหนดวิธีการดูแลรักษาซึ่งจะไปตามสาเหตุที่ตรวจพบนั้นๆ

ตารางที่ 2 การสืบค้นหาของ hyperferritinemia ในผู้ป่วยที่มีค่า HFE genotyping ปกติ

Hemoglobin, Blood smear
Hemoglobin electrophoresis
Reticulocyte count
Bone marrow examination
AST, ALT, GGT
Ceruloplasmin
Transferrin saturation
ESR, C-reactive protein
HBsAg, Anti-HCV
Blood or DNA sample for storage

ตารางที่ 3 Human iron overload disorders

Primary iron overload	Secondary iron overload	Miscellaneous
Hereditary hemochromatosis (HFE, TfR2, HJV, HAMP)	Dietary iron overload Parental iron overload	Neonatal hemochromatosis
Ferroportin disease (FPN)	Long-term hemodialysis	African siderosis
Aceruloplasminemia (CP)	Chronic liver disease	
Atransferrinemia (TF)	Hepatitis C and B Alcoholic cirrhosis NASH Porphyria cutanea tarda Postportacaval shunting Dysmetabolic iron overload syndrome	



แผนภูมิที่ 1 แสดงแนวทางการสืบค้นกรณีสงสัยว่าผู้ป่วยมีโรค Hemochromatosis. (AST aspartate transminase; ALT, alanine transminase)

เอกสารอ้างอิง

1. Adams PC. Non-HFE-Linked Iron overload, In Liver disease in the 21st century: clinico-pathologic correlates. Barcon BR, Goodman ZP, Brunt EM, (editors), 2003: Boston Massachusetts, p 59-62.
2. Barton JC, McDonnell SM, Adams PC, Brissot P, Powell LW, Edwards CQ, et al. Management of hemochromatosis. Hemochromatosis Management Working Group. Ann Intern Med 1998;129:932-9.
3. Fargion S, Mattioli M, Fracanzani AL, Sampietro M, Tavazzi D, Fociani P, et al. Hyperferritinemia, iron overload and multiple metabolic alterations identify patients at risk for nonalcoholic steatohepatitis. Am J Gastroenterol 2001;96:2448-55.
4. Aguilar-Martinez P, Schved JF, Brissot P. The evaluation of hyperferritinemia: an updated strategy based on advances in detecting genetic abnormalities. Am J Gastroenterol 2005;100:1185-94.
5. Bertola F, Veneri D, Bosio S, Battaglia P, Disperati A, Schiavon R. Hyperferritinaemia without iron overload: pathogenic and therapeutic implications. Curr Drug Targets Immune Endocr Metabol Disord 2004;4:93-105.
6. Bugianesi E, Manzini P, Antico S, Vanni E, Longo F, Leone N, et al. Relative contribution of iron burden, HFE mutations, and insulin resistance to fibrosis in nonalcoholic fatty liver. Hepatology 2004;39:179-87.
7. Yamanishi H, Iyama S, Yamaguchi Y, Kanakura Y, Iwatani Y. Relation between iron content of serum ferritin and clinical status factors extracted by factor analysis in patients with hyperferritinemia. Clin Biochem 2002;35:523-9.
8. Chitturi S, Weltman M, Farrell GC, McDonald D, Kench J, Liddle C, et al. HFE mutations, hepatic iron, and fibrosis: ethnic-specific association of NASH with C282Y but not with fibrotic severity. Hepatology 2002;36:142-9.
9. Sunder-Plassmann G, Patruta SI, Horl WH. Pathobiology of the role of iron in infection. Am J Kidney Dis 1999;34 (Suppl 2):S25-9.
10. Weiss G. Iron and anemia of chronic disease. Kidney Int Suppl 1999;69:S12-7.

สมาคมฯ ของเรา...เล่าเท่าที่รู้

ศูนย์ส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร วิกิจ วีรานูวัตต์

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล และ

ศูนย์ฝึกอบรมการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารระหว่างประเทศ
(Endoscopy training center of World Gastroenterology
Organization : OMGE)



วันที่ 20 มีนาคม พ.ศ. 2549
สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ
สยามบรมราชกุมารี เสด็จ
พระราชดำเนินมาทรงเปิด
ศูนย์ส่องกล้องระบบทางเดิน
อาหาร วิกิจ วีรานูวัตต์

ศูนย์ส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร วิกิจ วีรานูวัตดี แห่งใหม่ ณ ตึก 84 ปี ชั้น 3 ด้านตะวันออก เป็นการรวมศูนย์ส่องกล้อง 2 แห่งเข้าด้วยกัน ได้แก่ ศูนย์ส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร วิกิจ วีรานูวัตดี เดิมของสาขาวิชาโรคระบบทางเดินอาหาร ภาควิชาอายุรศาสตร์ ซึ่งตั้งอยู่ที่ตึกปาวา ชั้น 1 กับศูนย์ส่องกล้องของภาควิชาศัลยศาสตร์ ซึ่งตั้งอยู่ที่ตึก 84 ปี ชั้น 2 มารวมกันโดยใช้สถานที่ตั้งใหม่เป็นที่ ตึก 84 ปี ชั้น 3 ด้านทิศตะวันออก และบางส่วนของตึกสยามินทร์ โดยยังคงใช้ชื่อเดิมคือ “ศูนย์ส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร วิกิจ วีรานูวัตดี” (Siriraj GI Endoscopy Center In The Honor of Professor Vikit Viranuvatti) เพื่อเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการให้การรักษาผู้ป่วยโรคระบบทางเดินอาหาร โดยผู้ป่วยจะได้รับการรักษาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคระบบทางเดินอาหารทั้งอายุรแพทย์และศัลยแพทย์ในครั้งเดียวกันและเพิ่มศักยภาพการแข่งขันในด้านการรักษาพยาบาลกับนานาชาติ รวมทั้งได้รับเกียรติให้เป็นศูนย์ฝึกอบรมการส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร (Endoscopy training center) ระหว่างประเทศ ของ World Gastroenterology Organization (OMGE)

ลักษณะงานจะครอบคลุมทั้งในด้านการบริการ การวิจัย และการเรียนการสอนในลักษณะสหวิทยาการ และแต่งตั้งคณะทำงานโครงการจัดตั้ง Combined GI Endoscopy Center เมื่อวันที่ 15 มกราคม พ.ศ. 2547 โดยมีรองศาสตราจารย์นายแพทย์อุดม คชินทร เป็นประธานคณะทำงาน ได้ดำเนินการปรับปรุงพื้นที่ ตกแต่งภายใน รวมทั้งจัดหาอุปกรณ์และเครื่องมือต่างๆ เสร็จสมบูรณ์ในเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2548

วันที่ 31 ตุลาคม พ.ศ. 2548 ศูนย์ส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร วิกิจ วีรานูวัตดี เปิดให้บริการเป็นครั้งแรกโดยเป็นการทำงานร่วมกันของแพทย์จากภาควิชาอายุรศาสตร์ ภาควิชาศัลยศาสตร์ และภาควิชาวิสัญญีวิทยา

วันที่ 20 มีนาคม พ.ศ. 2549 สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี เสด็จพระราชดำเนินมาทรงเปิดศูนย์ส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร วิกิจ วีรานูวัตดี เวลา 09.00 น.



ที่พักนั่งรอของญาติในบริเวณศูนย์ฯ ด้านหน้า



ห้องส่องกล้องท่อน้ำดีและตับอ่อน (ERCP Room)



ห้องควบคุมบริหารจัดการ ติดตามภาพจากห้องส่องกล้องทั้ง 9 ห้อง



หนึ่งในห้องส่องกล้องจำนวน 9 ห้อง

ศูนย์ส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร วิกิจ ภิรมานวัตต์ มีพื้นที่ใช้สอยรวม 980 ตารางเมตร ใช้งบประมาณในการปรับปรุงอาคารเดิม ตกแต่งภายในรวมเครื่องมือและอุปกรณ์ต่างๆ เป็นจำนวนเงิน 120 ล้านบาท ใช้งบประมาณเงินรายได้คณะฯ 60 ล้านบาท ที่เหลือขอสนับสนุนจากงบประมาณแผ่นดิน โดยภายในประกอบด้วย

- | | |
|--|--------|
| 1. ห้องส่องกล้องตรวจทางเดินอาหาร (Gastroscopy/Colonoscopy) | 7 ห้อง |
| 2. ห้องส่องกล้องตรวจทางเดินน้ำดี (ERCP) | 2 ห้อง |
| 3. ห้องส่องกล้องตรวจอัลตราซาวด์ทางเดินอาหาร | 1 ห้อง |
| 4. ห้องประชุมขนาด 25 คน | 1 ห้อง |
| 5. ห้องรอฟักฟื้นขนาด 15 คน | 1 ห้อง |
| 6. ห้องเปลี่ยนเสื้อผ้าผู้ป่วยและห้องน้ำ ชาย/หญิง | 2 ห้อง |
| 7. ห้องเตรียมความพร้อมผู้ป่วย | 1 ห้อง |
| 8. ห้องพักนั่งรอของญาติขนาด 30 คน | 1 ห้อง |
| 9. ห้องซักประวัติและตรวจร่างกายผู้ป่วย | 3 ห้อง |
| 10. ห้องรับรองพิเศษ | 1 ห้อง |
| 11. ห้องพักแพทย์ วิชาญแพทย์และพยาบาล | 2 ห้อง |
| 12. ห้อง common room | 1 ห้อง |

โดยสามารถรองรับบริการได้สูงสุดถึง 150 คน/วัน ทั้งนี้ศูนย์สามารถให้บริการการตรวจด้วยการส่องกล้องซึ่งสามารถให้บริการได้ครอบคลุม เช่น การส่องกล้องตรวจระบบทางเดินอาหารส่วนบน การส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนล่างใหญ่ การส่องกล้องตรวจระบบทางเดินน้ำดี การส่องกล้องตรวจลำไส้เล็ก การส่องกล้องตรวจโดยใช้คลื่นสะท้อน การส่องกล้องบริเวณทวารหนัก นอกจากนี้ยังมีการส่องกล้องตรวจโดยใช้เครื่องมือพิเศษที่มีประสิทธิภาพสูงซึ่งประกอบไปด้วยการส่องกล้องโดยใช้กล้องขยาย (Zoom Endoscopy) ซึ่งสามารถดูรายละเอียดของเยื่อบุผิวของลำไส้ได้มากกว่าการส่องโดยใช้กล้องปกติได้สูงถึง 200-220 เท่า การส่องกล้องเพื่อดูรายละเอียดของเนื้อเยื่อโดยใช้แถบแสงแบบแคบ (Narrow Band Imaging Endoscopy) การผ่าตัดมะเร็งระยะเริ่มแรกด้วยกล้องทั้งการตัดเยื่อบุผิวแบบตื้น (Endoscopic Mucosal Resection, EMR) หรือแบบลึก Endoscopic Submucosal Resection, ESD) เป็นต้น ซึ่งจะทำให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการรักษาผู้ป่วยโรคระบบทางเดินอาหาร รวมทั้งจะเป็นศูนย์ฝึกอบรมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคระบบทางเดินอาหารด้านการส่องกล้องชั้นนำของประเทศและเอเชียอาคเนย์อีกด้วย

ชวนอ่านหนังสือ (1)

สันโดษ ... เกียรติลับของความสุภาพ

เขียนโดย พระภิกษุชาวญี่ปุ่น ชื่อ พระอาจารย์มิตซึโอะ คเวสโก

เจ้าอาวาส วัดสุนันทวนาราม บ้านท่าเตียน ตำบลไทรโยค อ.ไทรโยค จ.กาญจนบุรี
วัดสาขาที่ 117 ของวัดหนองป่าพง จ.อุบลราชธานี

เป็น 1 ในหนังสือธรรมะหลายๆ เล่มของ พระอาจารย์มิตซึโอะ คเวสโก โดยธรรมบรรยาย ของพระอาจารย์มิตซึโอะ คเวสโก ที่น่าสนใจก็มี พลิกนิดเดียว, ทุกข์เพราะคิดผิด, ธรรมไหลไปสู่ธรรม, เหตุสมควรโกรธ... ไม่มีในโลก, ผิดก่อน-ผิดมาก, จับลมบ่อยๆ, สอนคนขี้บ่น, ทุกขเวทนา, ทำใจเป็นธรรม, ปีกะต่ายของสวัสดี, ความสุขสูงสุด (ฉบับปีมะเส็ง), ปีมะโรง ของจงมีความสุข, สาระแห่งชีวิต คือรักและเมตตา, ปัญหา 108 (1), (2), (3), อานาปานสติ 1, 2, 3, ชั่วโมงแห่งความคิดดี เป็นต้น

ท่านอธิบายคำว่า “สันโดษ” ว่านำมาจากภาษาบาลีที่ว่า สันโตสะ โดย “สัน” แปลว่า ตน “โตสะ” แปลว่า ยินดี “สันโดษ” จึงแปลว่า ยินดีพอใจ อิ่มใจ สุขใจ กับของของตน

ท่านกล่าวด้วยว่า “สันโดษ” คือ การให้รู้จักพอ ให้รู้จักประมาณตน ลักษณะของสันโดษ มี 3 ประการ คือ ยินดีตามมี ยินดีตามได้ และยินดีตามควร ซึ่งได้แก่ ควรแก่ฐานะ ควรแก่ความสามารถ และควรแก่ศีลธรรม หนังสือเล่มนี้ ท่านยังได้ชี้ให้เห็นถึงศัตรูของความสันโดษว่ามีอยู่ 4 ประการ คือ

1. คนมักไม่รู้จักพอ ไม่รู้จักประมาณ ในอำนาจยศและตำแหน่ง ได้เท่าใดก็ไม่รู้จักพอ อยากให้ได้เพิ่มในอำนาจในยศในตำแหน่งอีกไม่รู้จบ
2. คนมักไม่รู้จักพอ ไม่รู้จักประมาณ ในเรื่องทรัพย์สินสมบัติ ยังมีมาก

เท่าใด ยิ่งต้องการให้ความมั่งคั่งได้เพิ่มพูนขึ้นมาอีกอย่างไม่รู้จบ

3. คนมักไม่มีความพอประมาณ ไม่รู้จักพอ ในการเสพกามคุณ มักแสวงหาความพอใจในรูป เสียง กลิ่น รส และสัมผัสทางกาย ไม่รู้จักไม่รู้จักสิ้น และประการสุดท้ายคือ

4. คนมักไม่รู้พอ ไม่รู้จักการพอประมาณในการบริโภคอาหาร ซึ่งผู้อ่านอาจลองนำมาตั้งคำถามกับตัวเองว่ามีศัตรูของความสันโดษ ทั้ง 4 ประการหรือไม่ หากได้ลองทำดูก็น่าจะเป็นประโยชน์ต่อทั้งตนเองและสังคมรอบข้าง หรือหากมองไกลไปอีกนิด หากผู้บริหารบ้านเมืองในทุกระดับได้นำข้อคิดนี้มาประยุกต์ใช้ ก็จะก่อให้เกิดความสุขสงบ ไม่สับสนวุ่นวายเหมือนเหตุการณ์ทางการเมืองของบ้านเราในขณะนี้

คุณเกษม ศิริสัมพันธ์ ก็ได้แสดงความชื่นชมต่อหนังสือเล่มนี้ในหนังสือพิมพ์ ผู้จัดการ เมื่อ 13 มิถุนายน พ.ศ. 2548 (<http://www.manager.co.th/Daily/ViewNews.aspx?NewsID=9480000078934>) และยังได้ให้ความคิดเห็นเพิ่มเติมอีกว่า ...

“...อันที่จริงในบ้านเรา เคยมีความเข้าใจผิด คิดว่า ความสันโดษเป็นศัตรูที่ขัดขวางความเจริญก้าวหน้าของบ้านเมือง ไปคิดกันเสียว่าสันโดษเป็นหลักธรรมที่สอนให้เป็นคนที่ไม่มีความรู้สึกกระตือรือร้น ทำให้คนเฉื่อยชาสมัยหนึ่งในยุคพัฒนาของ จอมพลสฤษดิ์ ธนะรัชต์ ถึงกับมีการห้ามมิให้พระเทศนาสั่งสอนเรื่องสันโดษ เพราะยุคนั้นเชื่อว่า ‘งานคือเงิน เงินคืองาน บันดาลสุข’ ครั้งนั้นเชื่อกันว่า การสอนหลักธรรมเรื่องสันโดษ จะทำให้คนไทยเป็นคนเฉื่อยชา ไม่มีแรงผลักดันในการพัฒนาประเทศ!”

ในเรื่องนี้พระอาจารย์มิตซูโอะ ได้ชี้ให้เห็นว่า “คำสอนของพระพุทธเจ้าเรื่องสันโดษ ไม่ได้สอนให้คนเกียจคร้านทอดทิ้ง ไม่ขยันหมั่นเพียรในการทำหน้าที่การงาน ซึ่งเป็นอุปสรรคขวางกั้นความเจริญอย่างที่มีการเข้าใจผิดกัน” ตรงกันข้ามพระพุทธศาสนามีหลักคำสอนเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตด้วยความมุ่งมั่น ทุ่มเทเอาจริงเอาจังกับกิจการต่างๆ ของชีวิต

ทุกด้าน คือหลักอิทธิบาท 4

หลักอิทธิบาท 4 มีองค์ประกอบ 4 ประการ ประการแรกเรียกว่า จันทะ คือ มีความพอใจในสิ่งที่ทำ ประการที่สอง คือ วิริยะ คือ ความเพียรพยายามตั้งใจทำ ประการที่สาม คือ จิตตะ คือ ความเอาใจใส่กับสิ่งที่ทำอยู่ และประการสุดท้าย คือ วิมังสา คือ การใช้ปัญญาใคร่ครวญหาช่องทางพัฒนาให้สิ่งที่ทำดียิ่งขึ้น

ท่านที่สนใจหนังสือ สันโดษ ... เคล็ดลับของความสุข อาจลองฟังได้ที่ สถานีวิทยุ FM. 91.0 MHz ช่วงเช้าประมาณ 6.50-7.00 น. ผมนขอยกตัวอย่าง ธรรมบรรยาย ของพระอาจารย์มิตซูโอะ คเวสโก ที่น่าสนใจมาให้ได้อ่านกันดู

“ดูลิงป่าเล่นกัน (เมื่อใจฟุ้งซ่านก็ให้ปฏิบัติถูกต้อง)”

โดย “พระอาจารย์มิตซูโอะ คเวสโก” วัดป่าสุนันทวราราม



นึกมโนภาพ เราทำสังนั้งอยู่ในป่า
มีต้นไม้ใหญ่ต้นหนึ่ง มีลิงป่าหลายตัว
กระโดดไปมาระหว่างกิ่งไม้ถึงกิ่งไม้ สนุกสนาน

ตามประสาสัตว์ป่า
เราก็นั่งฟังโคนไม้ นั่งอยู่
ดูลิงป่าเล่น ด้วยความสบายอารมณ์
ระวัง อย่าเป็นลิงเสียเองนะ

ลิง คือ ความคิดฟุ้งซ่าน
เรา คือ สติ

ต้นไม้ ลมหายใจ คือ อารมณ์กรรรมฐาน

เมื่อจิตใจไม่สงบมากๆ
ก็ให้ปฏิบัติถูกต้องกับความไม่สงบ
บางครั้งจิตใจของเราไม่ต้องการสงบ
ฟุ้งซ่านมากๆ ยิ่งพยายามหยุดคิด
ทำให้ไม่สงบ ก็ยิ่งรำคาญมากขึ้น
เมื่อเป็นเช่นนั้น ตั้งหลักใหม่
ไม่ต้องตั้งใจจะหยุดคิดให้สงบ
ศึกษาความไม่สงบ
เสียใจเพราะจิตไม่สงบ ก็ผิด
ดีใจเพราะจิตสงบ ก็ผิดเหมือนกัน
เราต้องไม่ยินดี ยินร้าย
ด้วยจิตใจเป็นกลางๆ
สงบๆ สบายๆ
เรา ความรู้สึกตัวก็มีอยู่
รู้ยู่ว่าไม่สงบ
หายใจเข้าลึกๆ หายใจออกยาวๆ สบายๆ
รู้ลมหายใจออก ลมหายใจเข้า
พร้อมกับรู้ยู่ว่าใจไม่สงบ
แต่พยายาม รู้เฉยๆ รู้ยู่เฉยๆ
ไม่สงบ ไม่เป็นไร
รู้เฉยๆ รู้เฉยๆ
อย่ายินดี...
อย่ายินร้าย...
อย่ายึดมั่นถือมั่น...
สิ่งที่เราพยายาม คือ ระวังรู้ลมหายใจ
รู้เฉยๆ
ด้วยใจดี ใจเมตตา
เอาระบบ ดูเล่นๆ ดูลิงป่า
หายใจเข้าลึกๆ หายใจออกยาวๆ
หน้าที่คือการเจริญสติ
ไม่ต้องทำอะไรกับจิตไม่สงบ
วางเฉยกับความไม่สงบ
สติเกิดเมื่อไร ความไม่สงบก็หายไปเอง



ประวัติโดยย่อ ของ พระอาจารย์มิตซูโอะ กเวสโก

ท่านเป็นชาวญี่ปุ่น เป็นลัทธิวิहारิก่อนแรกของพระโพธิญาณเถร (หลวงพ่อบุชา สุภัทโท) ท่านบวชมาได้ 19 พรรษา ได้จำพรรษาที่วัดหนองป่าพง จังหวัดอุบลราชธานี ได้อุปฐากดูแลหลวงพ่อบุชาอย่างใกล้ชิดเป็นเวลานานด้วยความเคารพบูชาอย่างสูง ท่านอยู่ในคณะผู้บุกเบิกวัดป่านานาชาติซึ่งมี พระอาจารย์สุเมธ (ปัจจุบันคือพระสุเมธาจารย์) เป็นหัวหน้าคณะ ท่านบำเพ็ญเพียรมาหลายรูปแบบ และรุดงค์มาแล้วหลายแห่ง ทั้งในประเทศและต่างประเทศ ทั้งที่อุคมสมบูรณ์และที่ทุรกันดาร์ ปัจจุบันท่านเป็นเจ้าของวัดป่าสุนันทวนาราม บ้านท่าเตียน ตำบลไทรโยค อำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี ซึ่งเป็นวัดสาขา ของวัดหนองป่าพง จังหวัดอุบลราชธานี

การที่ท่านพระอาจารย์ได้มาประเทศไทย และได้บวชเป็นศิษย์ต่างชาติท่านหนึ่งของหลวงพ่อบุชาโพธิญาณเถร (ชา สุภัทโท) นั้น เป็นเรื่องที่ "เป็นไปเอง" ตั้งแต่เด็กๆ ท่านคิดเสมอว่า "ชีวิตนี้น่าจะมีอะไรดีกว่านี้" ในที่สุดก็ได้ออกเดินทางท่องเที่ยวไปประเทศต่างๆ วันหนึ่งไปถึงพุทธคยา เมื่อเห็นพระพุทธรูปที่พุทธคยาก็นึกว่า "นี่แหละคือสิ่งที่เราแสวงหา" จากนั้นท่านก็ได้ไปฝึกโยคะอยู่ที่สำนักโยคีแห่งหนึ่ง ในประเทศอินเดียนั่นเอง และก็เริ่มมีประสบการณ์โยคะบ้าง ท่านเกิดความพอใจ คิดว่าจะเป็นโยคีอยู่ที่อินเดียตลอดชีวิต แต่บังเอิญวิชาหมอดู มีคนแนะนำให้เดินทางมากรุงเทพฯ ต่อมาก็มีผู้แนะนำท่านให้ไปกราบหลวงพ่อบุชา สุภัทโท ที่จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งท่านก็เป็นลูกศิษย์ของหลวงพ่อบุชา ตั้งแต่บัดนั้น ท่านริเริ่มก่อตั้งมูลนิธิมาโยไตรมขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2533 เพื่อช่วยเหลือให้ทุนการศึกษาและจัดอบรมจริยธรรม ให้เด็กและครู อาจารย์ เป็นการตอบแทนบุญคุณคนไทย ท่านพระอาจารย์

ได้เริ่มจัดอบรมอานาปานสติที่วัดป่าสุนันทวนารามเป็นครั้งแรก เมื่อ 19-27 ตุลาคม พ.ศ. 2539 และได้มีการจัดอบรมเป็นระยะๆ ตั้งแต่นั้นมา และยังได้บรรยายในอีกหลายแห่ง ดังตัวอย่างที่นำมาประกอบนี้

มูลนิธิมาयाโคตรมิ ปัจจุบันมีที่ทำการตั้งอยู่ ณ เลขที่ 378 อาคารสงเคราะห์ สาย 20 ก. เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120 โทรศัพท์ 0 2676 3453 โทรสาร 0 2286 8690 E-Mail address : mayagotami@watpahsunun.org

**สถานที่ วัชรธรรมสถาน มูลนิธิดวงแก้ว ในพระสังฆราชูปถัมภ์
ตารางอบรมปฏิบัติธรรมประจำปี 2549**

เดือน	วันที่	กิจกรรม
เมษายน	6-22	บวชพระ (อ.สุรศักดิ์, อ.มานพ, อ.วัลลภ, อ.ปริญญา)
พฤษภาคม	5-7	พระอาจารย์บุญผู้/พระอาจารย์ปริญญา
พฤษภาคม	19-21	พระอาจารย์मितซูโอะ คเวสโก
มิถุนายน	2-4	อ.อมรา มลิลลา
มิถุนายน	16-18	เจ้าคุณพระภาวนาโพธิคุณ
กรกฎาคม	30 มิ.ย.-2 ก.ค.	อ.อมรา มลิลลา
กรกฎาคม	14-16	พระอาจารย์บุญผู้/พระอาจารย์ปริญญา
สิงหาคม	11-13	เจ้าคุณพระภาวนาโพธิคุณ (ภาษาอังกฤษ)
สิงหาคม	18-20	พระอาจารย์मितซูโอะ คเวสโก
กันยายน	1-3	พระอาจารย์มานพ/พระอาจารย์ปริญญา
กันยายน	15-17	พระอาจารย์มานพ
กันยายน	22-24	พระอาจารย์คำเขียน
ตุลาคม	6-8	พระอาจารย์คำเขียน
ตุลาคม	13-15	พระครูเกษมธรรมทัต
พฤศจิกายน	3-5	อ.อมรา มลิลลา
พฤศจิกายน	17-19	พระอาจารย์มานพ/พระอาจารย์ปริญญา
ธันวาคม	1-3	พระอาจารย์मितซูโอะ คเวสโก (ภาษาญี่ปุ่น)

ผู้สนใจติดต่อขอเข้าอบรมที่ โทร./โทรสาร 0 2876 5399

e-mail = forhap_thailand@yahoo.com

โดย ตติสุชา

“หมवादชีวิตผัน”



หนังสือ “หมवादชีวิตผัน”
โดย คุณเฉลิมชัย โฆษิตพิพัฒน์

...ปลายปี พ.ศ. 2549 เฉลิมชัย โฆษิตพิพัฒน์ กลับบ้านเกิดที่
จ. เชียงรายเพื่อทำคำสาบานของเขาให้เป็นความจริง นั่นคือ การสร้างโบสถ์
วัดร่องขุ่น วัดบ้านเกิด ในจังหวัดเชียงราย นี่เป็นคำบอกเล่าบางส่วนในหนังสือ
“หมवादชีวิตผัน” โดย คุณ เฉลิมชัย โฆษิตพิพัฒน์ ผู้สร้างฝันให้เป็น
รูปธรรมในเชิงพุทธศิลป์ จนเป็นที่ปรากฏและเป็นที่ประทับใจต่อผู้ที่ได้มี
โอกาสไปเยี่ยมชมวัดร่องขุ่น ซึ่งตั้งอยู่บริเวณก่อนเข้าเมืองเชียงรายประมาณ
13 กิโลเมตร ตรงสามแยกไฟแดงทางเข้าน้ำตกขุนกรณ์ ห่างถนนใหญ่
ประมาณ 100 เมตร ในท้องที่ตำบลอ้อดอนชัย อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย
หนังสือเล่มนี้ สะท้อนให้เห็นความมุ่งมั่นของเด็กต่างจังหวัดที่รักในงานศิลป์
แต่ไม่ยอมแพ้ต่ออุปสรรคน้อยใหญ่จนก้าวขึ้นเป็นศิลปินเอกของไทย จุด
เปลี่ยนที่สำคัญของชีวิต เฉลิมชัย โฆษิตพิพัฒน์ เกิดในช่วงปี พ.ศ. 2523
ที่เขาและปัญญา วิจิตรนสาร, วิชาวี บริบูรณ์, ประกิตศิลป์ วรมิตร, หทัย
บุญนาค และประวัตติ ปัญญาธรรมาศ ได้ร่วมกันจัดตั้งกลุ่ม “ศิลป์ไทย 23”
แสดงผลงานแนวไทยประเพณี (ผสมรูปแบบสมัยใหม่) ที่หอศิลป์พระศรี
โดยหวังที่จะพัฒนาฟื้นฟูศิลปะไทยไปสู่แนวทางร่วมสมัย และต่อต้าน
กระแสวัฒนธรรมต่างชาติ ต่อมาในปี พ.ศ. 2527 เฉลิมชัย โฆษิตพิพัฒน์,

ปัญญา วิจิตรนสารและสมภพ บุตรราช และคณะจิตรกรอีกหลายคน เดินทางไปเขียนจิตรกรรมฝาผนังที่วัดพุทธทิพย์ ตำบลวิมเบิลดัน พาร์คไซด์ Wimbledon Parkside ประเทศอังกฤษ เมื่อเสร็จสิ้นจากงานที่วัดพุทธทิพย์ ที่เสร็จโดยรวมเมื่อปี พ.ศ. 2530 ศิลปินแกนนำทั้งสองก็ได้ก้าวขึ้นสู่ความเป็นศิลปินระดับแนวหน้าของไทย ตั้งแต่ในราวกลางทศวรรษ 2530 เป็นต้นมา เฉลิมชัยกลายเป็นศิลปินในแบบคนดังเสมือนตัวแทนหรือโฆษกของวงการศิลปะ จึงขอคัดข้อความบางตอนจากหนังสือเล่มนี้อันสะท้อนให้เห็นมุมมองที่น่าสนใจและความตั้งใจอันแรงกล้าเพื่อการถวายเป็นพุทธบูชาแด่พระพุทธรเจ้า



...ในขณะนี้สร้างพระอุโบสถแล้วเสร็จไปแล้วบางส่วน ภายในพระอุโบสถอยู่ระหว่างการวาดภาพจิตรกรรมฝาผนังและปั้นพระประธาน นอกจากนี้ยังมีห้องแสดงภาพพิมพ์จากงานเขียนของ เฉลิมชัย โฆษิตพิพัฒน์ มีโปสเตอร์สมุดภาพ และเสื้อยืดจำหน่ายแก่ผู้ที่ประสงค์จะร่วมทำบุญสร้างวัด

“ความต้องการอย่างแรกก็คือ เราอยากจะให้วัดนี้เป็นสัญลักษณ์ของคนที่ศรัทธาต่อพระพุทธศาสนา ต่อพระพุทธรเจ้าอย่างแท้จริง คือต้องการทำถวายพระพุทธรูชาแด่พระพุทธรเจ้า อย่างที่สองก็คือ พี่ต้องการให้มีวัดที่เป็นศิลปะประจำรัชการที่ 9 เพราะในหลวงท่านตรัสเสมอว่า วัดวาอารามที่มีอยู่ล้วนมีเอกลักษณ์ บ่งบอกถึงศิลปะประจำรัชกาลนั้นๆ พี่จึงอยากจะทำให้เป็นงานศิลปะประจำรัชกาลที่ 9 ของภาคเหนือ ที่มีเอกลักษณ์เฉพาะตน ไม่เหมือนใครในโลก และถวายพระองค์ให้ทันฉลองครบ 80 พรรษา อย่างที่สามต้องการสร้างงานศิลปะเพื่อแผ่นดินไว้เป็นศิลปสมบัติ เป็นมรดกของชาติต่อไป”

วัดนี้จึงเป็นวัดที่สร้างเพื่อแสดงศรัทธาทุกอย่างของตัวเอง เฉลิมชัยตั้งใจเอาเงินทุกบาททุกสตางค์ที่หาได้ในชีวิตมาทำวัดนี้ให้สำเร็จ จะเป็นผล

งานที่สมบูรณ์แบบที่สุดในชีวิต ทั้งด้านสถาปัตยกรรม
ประติมากรรม และจิตรกรรม เป็นงานชิ้นสุดท้ายของ
ชีวิตที่จะอุทิศทำไว้ให้แก่แผ่นดิน



แนวคิดของวัดนี้ก็คือ เขาต้องการสร้างแดนพุทธภูมิ เป็นเสมือน
วิมานบนสวรรค์ขององค์สมเด็จพระสัมมาสัมพุทธเจ้า เป็นงานศิลปะที่ไม่มี
ใครเคยคิดมาก่อน ไม่ว่าจะป็นรูปทรง ลวดลายปูนปั้น ความหมายและ
เทคนิคการทำ สีฉลน บรรยากาศ ซึ่งใครที่ได้เห็นก็อดจะนึกถึงภาพวาดใน
บางช่วงที่แสนจะวิจิตรซึ่งเขาเองเคยทำได้ แต่บัดนี้มันกลายเป็นรูปร่าง เป็น
ของจริงที่ทุกคนต้องชื่นชม

“อยากจะให้คนมองเห็นแล้วรู้สึกว้าโบสถ์หลังนี้ลอยได้เหมือน
กับอยู่บนสวรรค์อยู่บนปุยมเมธ อีกหน่อยเมื่อเสร็จ ใครที่จะเข้าโบสถ์
ก็จะต้องผ่านพญายมและสุวรรณที่เฝ้าชี้หน้าให้ปลดความชั่วของ
ตนเองออกวางไว้ตรงพื้น ก่อนจะก้าวขึ้นสะพานมุ่งสู่พุทธภูมิ ซึ่ง
หมายถึงการเข้าวัฏสงสาร บรรยากาศภายนอกทั้งหมดของอุโบสถก็
จะเป็นสีขาวและประดับด้วยกระจกขาว เมื่อเจอ
กับแสงก็จะส่องประกายเป็นสีเงินซึ่งเป็นสีที่บริสุทธิ์
สีทองอะไรไม่เอาเลย”



ศิลปินผู้ศรัทธาต่อพระพุทธศาสนามากล่าวว่า ที่ไม่เลือกสีทองก็เพราะ
ไม่อยากจะให้ความร่ำรวยเปล่งปลั่งของแผ่นดินทองนั้น มาทำลายความ
หมายของศรัทธานี้ไป เพราะเขาเห็นว่า คนอุปโลกน์ให้โบสถ์ต้องทองเยอะๆ
ก็เพราะเขาคิดว่า การถวายสิ่งมีค่ามากที่สุดแก่พระพุทธเจ้านั้นจะทำให้
ตนเองร่ำรวย มีทองเยอะในชาติหน้า แต่ความจริงแล้วพระพุทธเจ้านี้จาก
ลาภสักการะเหล่านี้มาตั้งแต่ยังเป็นเจ้าชายสิทธัตถะ พระองค์ออกบวชเพื่อ
การหลุดพ้นไปสู่ความว่างเปล่า ความไม่ต้องการ ความไม่ต้องการความไม่
ต้องมีความ ความไม่ต้องเกิด

แต่เมื่อลงมือก่อสร้างประดับตกแต่งภายนอกไปแล้ว 3 ปี มีสิ่ง

อัศจรรย์เกิดขึ้นกับโบสถ์อยู่เสมอ โดยที่เขาเองก็ไม่นึกมาว่าจะมี

“คือต้องบอกก่อนว่า ที่โบสถ์นี้สร้างด้วยนิมิต ไม่ใช่สร้างด้วยองค์ความรู้แบบโลก คือ ร่างแบบทุกอย่างให้เสร็จสมบูรณ์ตามจินตนาการภายใน 1 เดือน หรือ 1 ปี จากนั้นก็แบ่งงานจัดจ้างเป็นช่วงๆ ตามแบบ ขณะที่การสร้างตามนิมิตนั้นไม่มีแบบแปลน ใช้วิธีที่เขาเพิ่มขึ้นทีละอย่างตามความรู้สึก เหมือนมีคนบอกให้ทำทั้งๆ ที่ยังไม่รู้ความหมาย”

“แรกๆ ที่สร้างตัวโบสถ์ก่อน บันไดขึ้นยังไม่มีด้วยซ้ำ มีความรู้สึกว่าจะประตูทางเข้าน่าจะต้องเจาะเป็นสามเหลี่ยม ต้องมีช่องให้เห็นเราก็ไม่รู้ทำไมต้องเป็นอย่างนี้ รู้แต่ว่าต้องทำ”

“พอทำเข้าไปแล้ว 2 ปีก็ว่า สร้างสะพานข้ามแม่น้ำ และร่างภาพฝาผนังด้านหลังพระประธาน ถึงรู้ว่าอ้อ นี่เองที่ต้องทำช่อง เพราะเมื่อเดินมายืนกลางสะพาน ขณะกำลังจะเดินลงสู่โบสถ์ หากแหงนหน้าขึ้นมองไปที่ช่องสามเหลี่ยม ก็จะได้เห็นพระพักตร์ของพระพุทธเจ้าที่เป็นรูปเขียนเต็มกรอบพอดี สวยงามมาก”



“หรืออย่างปีกซ้ายขวาของอุโบสถเกิดนิมิตเป็นรูปขุ่มเปลวรัศมี 4 ขุ่ม ข้างละสองขุ่ม ตรงกลางมีรู พีกี่สั่งสร้างไปโดยใช้ไม้ไผ่ให้คนเอาไปปักเพื่อบอกความสูง โดยเอาข้อไม้ไผ่

เป็นเกณฑ์ ร่างเป็นกระดาดขี้เหล็กๆ แล้วคุมการก่อสร้างตลอด ทั้งๆ ที่ไม่รู้ว่าทำอะไร เป็นการขยายจากตัวโบสถ์มาเป็นขุ่มซ้ายขวา มีบันไดลง หลังสร้างตัวโบสถ์ 1 ปี นับเป็นการขยายครั้งที่หนึ่ง”

“หลังจากนั้นอีก 1 ปีเกิดนิมิตให้ขุดสระน้ำหน้าโบสถ์ผากเสาไว้ 6 ต้นกลางสระน้ำ แล้วสร้างสะพานข้าม ที่คุมการขุดสระเองโดยไม่มีแบบ เข็เอาว่า เอาเท่านี้ลึกเท่านี้ จนรู้สึกว่ใช้ก็หยุด สร้างสะพานก็ใช้ไม้ไผ่ปักกำหนดเอาความสูงที่ขื่อนั้นขื่อนี้ ส่วนความกว้าง ก็เข็เอาด้วย

ความรู้สึก เมื่อทุกอย่างเสร็จสิ้น วันหนึ่งเกิดอัศจรรย์ให้ตื่นตื่น”

ขณะที่ที่ปล่อยน้ำเข้าสระแล้วนั่งมองดูน้ำในตอเน้นกับลูกศิษย์ปรากฏพระอาทิตย์ตกส่องผ่านรูสองรูหน้าหลังของซุ้มด้านขวาของพระอุโบสถสะท้อนกลับลงไปใต้น้ำตรงกลางเป๊ะพอดีเพียงชั่วไม่กี่นาที เหมือนพระอาทิตย์ตกที่ปราสาทเขาพนมรุ้งซึ่ง 1 ปีมีให้เห็นแค่วันเดียวเช่นกัน เกิดเป็นอัศจรรย์เกิดเป็นปิติสุขแก่ผู้ที่ได้พบเห็นอย่างยิ่ง”

อีกสิ่งที่น่าสนใจไม่แพ้กันนั่นคือ พระมหาธาตุเจดีย์ ผุดขึ้นกลางหน้าบันโบสถ์ทุกเช้า เมื่อแสงอาทิตย์ขึ้นประมาณ 9 โมงครึ่งถึง 10 โมงครึ่งเดือนที่เห็นตรงกลางหน้าบันเป๊ะต้องเดือนเมษายน ความอัศจรรย์เกิดจากลายปั้นลมหรือนาคสะดุ้งบนหน้าจั่วของโบสถ์ที่ปั้นด้วยลวดลายซับซ้อนแปลกวิจิตร

“วันหนึ่งเมื่อขึ้นไปติดตั้งปั้นลมตัวหน้าเสร็จ พี่สั่งให้รอนั่งร้านออกเพื่อสำรวจงานรับสงกรานต์ ขณะกำลังสอนลูกศิษย์ปั้นอยู่ มีเสียงลูกศิษย์คนหนึ่งตะโกนบอก อาจารย์ฯ พระธาตุมาๆ เราก็ถามไถนวะ พระธาตุของมึง มันก็ชี้ไปที่หน้าบัน พี่ชี้ขลุ่ยไปทั่วร่าง พุดได้ประโยคเดียว.....อัศจรรย์อีกแล้ว..... แสงอาทิตย์ที่กระทบปั้นลมเกิดแสงและเงาที่สวยงามมาก ปานประหนึ่งเป็นแสงของมหาจุฬามณีธาตุบนสวรรค์ส่องกระทบลงมาที่หน้าบันโบสถ์หลังนี้ ช่างเป็นความบังเอิญที่คาดไม่ถึงจริงๆ”

“สิ่งอัศจรรย์ 3 สิ่งนี้ทำให้พี่เชื่อในสิ่งที่อยู่เบื้องหลังการสร้างโบสถ์ครั้งนี้ และมั่นใจว่าจะต้องสร้างสำเร็จด้วยตนเองอย่างแน่นอน”

“ถ้ามาทำบุญเพราะพี่ พี่ไม่รับ บางคนเดินกร่าง ทำเป็นขยับพัดโชว์เพชรที่นิ้วมาก่อนเลยบอกว่าอาจารย์คะอยากจะช่วยอาจารย์สร้างวัด พี่ก็ต้องบอกว่า อย่าเลยครับ ไม่ต้องช่วยผม เพราะเงินผมมี อย่างไรผมก็



สร้างเสร็จ แต่ถ้าอยากจะทำบุญกับพระพุทธเจ้าเอาเลย ไปดูที่วัดก่อน ถ้าศรัทธาแล้วค่อยทำบุญ ดังนั้น วัดนี้จะไม่มีการทอดกฐิน ทอดผ้าป่าให้ทุกพรรษากับใครๆ ที่ต้องการปัจจัยอันบริสุทธิ์จากศรัทธาของพุทธศาสนิกชนที่มีต่อพระพุทธศาสนาและงานพุทธศิลป์ของชาติเท่านั้น มากน้อยไม่สำคัญ บุญอยู่ที่จิตที่ตั้งไว้ โดยไม่หวังผลตอบแทนใดๆ”

“แต่บางคนก็ตี อย่างผู้หลักผู้ใหญ่ของบ้านเมืองหลายๆ ท่าน คุณหญิงหลายคน รวมทั้งเศรษฐีผู้มีธรรมะมาขึ้นชมกันอย่างเรียงบ่าย ไม่มีการไขว่คว้าครอบครอง มาร่วมทำบุญร่วมอนุโมทนาด้วยใจศรัทธาต่อพระพุทธศาสนาก็มีเยอะแยะ”

เฉลิมชัยตั้งเป้าไว้ว่า 10 ปี งานสร้างโบสถ์หลังนี้ต้องเสร็จ ซึ่งเมื่อเสร็จแล้ว เขาก็จะย้ายไปอยู่เชียงใหม่กับครอบครัว เป็นตาแก่เฒ่าวัดที่เขาสร้างพร้อมกับวาดรูปไปจนตาย

ชีวิตของเฉลิมชัยในวันนี้และที่เหลืออยู่...เขาต้องการอะไร?

อย่างแรก ตลอดนี้เป็นต้นไป เขาต้องการคืนสิ่งที่เขาได้รับมาโดยตลอดกับแผ่นดิน กับบ้านเกิด กับสังคม กับพระพุทธเจ้าและพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวที่เขารัก

“สร้างงานศิลป์เพื่อแผ่นดิน ทำตัวดีเพื่อสังคม อย่างการสร้างวัดนั้นนอกจากจะทำถวายพระพุทธเจ้าแล้ว อีกอย่างก็คือหวังกระตุ้นให้พื้นที่ท้องถิ่นของที่เป็นสถานที่ท่องเที่ยวของเชียงใหม่ต่อไป มันจะได้ช่วยให้หมู่บ้านมีฐานะความเป็นอยู่ดีขึ้นจากที่กระจุกองก่งอวยยากจนก็อาจจะมีความคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น”



“อย่างวงการศิลปะนั้น ตอนนี่ก็คิดว่า บางส่วนก็ได้คืนไปแล้ว เพราะเดี๋ยวนี้ศิลปินรุ่นน้องๆ ส่วนใหญ่ก็ยอมรับกันว่า ที่ทำให้ภาพวาดมีราคาแพงขึ้น มีหน้ามีตามีศักดิ์ศรีมากขึ้น เพื่อนก็บอกว่าการ

**ศิลปะเติบโตขึ้น ที่สามารถจะเป็นตัวแทนของศิลปินที่จะออกไปยืน
แทนคนวาดรูปต่อหน้าคนนานาอาชีพได้อย่างสง่างาม”...และนี่คือบาง
ช่วงบางตอนของคนที่มีชื่อ เจลิมชัย โฆษิตพิพัฒน์**

หากท่านมีโอกาสดูได้ไปเที่ยวเชียงใหม่ช่วงสงกรานต์นี้ก็อย่าลืมแวะไป
เที่ยวชมความวิจิตรของอุโบสถวัดร่องขุน ไปให้การสนับสนุนเพื่อสร้างวัด
ร่องขุนนี้กับอาจารย์เจลิมชัย โดยไม่มีของกรฐินผ้าป่ามาเรียไรแต่อย่างใด
ท่านสามารถบริจาคเงินได้ด้วยการซื้อหนังสือ **“ผมวาดชีวิตฝัน”** หรือ ภาพ
วาด ภาพพิมพ์ การ์ดอวยพรและเสื้อผ้า ซึ่งมาจากผล
งานของอาจารย์ เรียกว่าได้ทั้งทำบุญและได้ของที่ระลึก
ที่มีคุณค่ากลับบ้านไปฝากญาติมิตรหรือตัวท่านเองอีก
ด้วย



**ร่วมพลังศรัทธาของพุทธศาสนิกชนที่มีต่อพระพุทธศาสนาและงาน
พุทธศิลป์ของชาติได้โดยติดต่อที่**

พระครูชาคะรียานุกุต (ท่านใสว) เจ้าอาวาส
วัดร่องขุน ตำบลป่าอ้อดอนชัย อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 57000
โทร. 0 5367 3579

เจลิมชัย โฆษิตพิพัฒน์
36 ซอยอารีสัมพันธ์ 3 ถนนพหลโยธิน เขตพญาไท
กรุงเทพฯ 10400
โทร. 0 2279 2044, 0 2278 1302, 162 เรียกร 136-188

หรือ โอนเงินเข้าบัญชี “วัดร่องขุน”
บัญชีออมทรัพย์ เลขที่บัญชี 747-100677-0
ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน)
สาขาสี่แยกแม่กรณ์ จังหวัดเชียงใหม่

ขอขอบคุณข้อมูลบางส่วนจาก website

<http://www.dhammadharmathai.org/watthai/north/watrongkhun.php>

http://www.geocities.com/lek41_plus/watrongkhun.html

<http://www.chalermchai.com/>

<http://www.tkc.go.th:8080/tvm/contemart/book.jsp?chapter=8§ion=4>

โดย ตติสุข

ในแควดวง...แพทย์ระบบทางเดินอาหาร

ในวันที่ 10 มีนาคม พ.ศ. 2549 ได้มีการจัดประชุมพิจารณางานวิจัยของแพทย์ผู้ช่วยอาจารย์สาขาโรคระบบทางเดินอาหาร ณ โรงพยาบาลวิชัยยุทธ โดยมี อาจารย์กัมกร เผ่าสวัสดิ์ ประธานฝ่ายวิจัยและคณะกรรมการฝ่ายวิจัยเข้าร่วมประชุมให้คำแนะนำอย่างพร้อมเพรียงดังภาพบรรยากาศที่นำมาให้ชมกัน



จากบรรณาธิการ

สวัสดิ์ศรีรับ ท่านผู้อ่านทุกท่าน

ขอส่งความสวัสดีมายังผู้อ่านในช่วงอากาศร้อนๆ ด้อนรับสงกรานต์ ในช่วงนี้ ผู้อ่านหลายท่านอาจหาเวลาพักผ่อนไปกับครอบครัว ก็ขอให้ รมัดระวังในเรื่องการเดินทาง ตรวจสอบสภาพของรถที่ใช้ให้พร้อม สำหรับ บทความในจุลสารก็ยังคงไว้ซึ่งบทความหลักๆ เช่นเดิม ในส่วน สมาคมของเรา...เล่าเท่าที่รู้ ก็ขอแนะนำสมาชิกให้รู้จักกับศูนย์ส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร วิกิจ วิจารณ์วัตต์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งยังเป็นศูนย์ฝึกอบรมการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารระหว่างประเทศ (Endoscopy training center of World Gastroenterology Organization : OMGE) ที่ผลักดันโดยคณะกรรมการของสมาคมในอดีตอีกด้วยและเมื่อวันที่ 20 มีนาคม พ.ศ. 2549 สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี เสด็จพระราชดำเนินมาทรงเปิดศูนย์ดังกล่าว ขวนอ่านหนังสือโดย ดติสุข ขอนำเสนอหนังสือ 2 เล่ม เล่มแรก คือ “สันโดษ ... เคล็ดลับของความสุข” ธรรมบรรยาย ของพระอาจารย์มิตซูโอะ คเวสโก ที่ขอแนะนำให้อ่านกันเพื่อฝึกจิตใจให้สงบ ให้รู้จักพอ รู้จักประมาณตน ก็น่าจะเหมาะกับหลายๆ ท่านในสถานการณ์ปัจจุบัน ส่วนอีกเล่มหนึ่งก็คือ “ผมवादชีวิตฝัน” โดย คุณ เฉลิมชัย โฆษิตพิพัฒน์ ศิลปินผู้มีเอกลักษณ์ที่ได้สะท้อนให้เห็นแนวคิดอันมุ่งมั่นและชัดเจนในการสร้างงานศิลป์เพื่อเป็นพุทธบูชา...หวังว่าผู้อ่านจะได้รับ

ประโยชน์กันพอสมควร

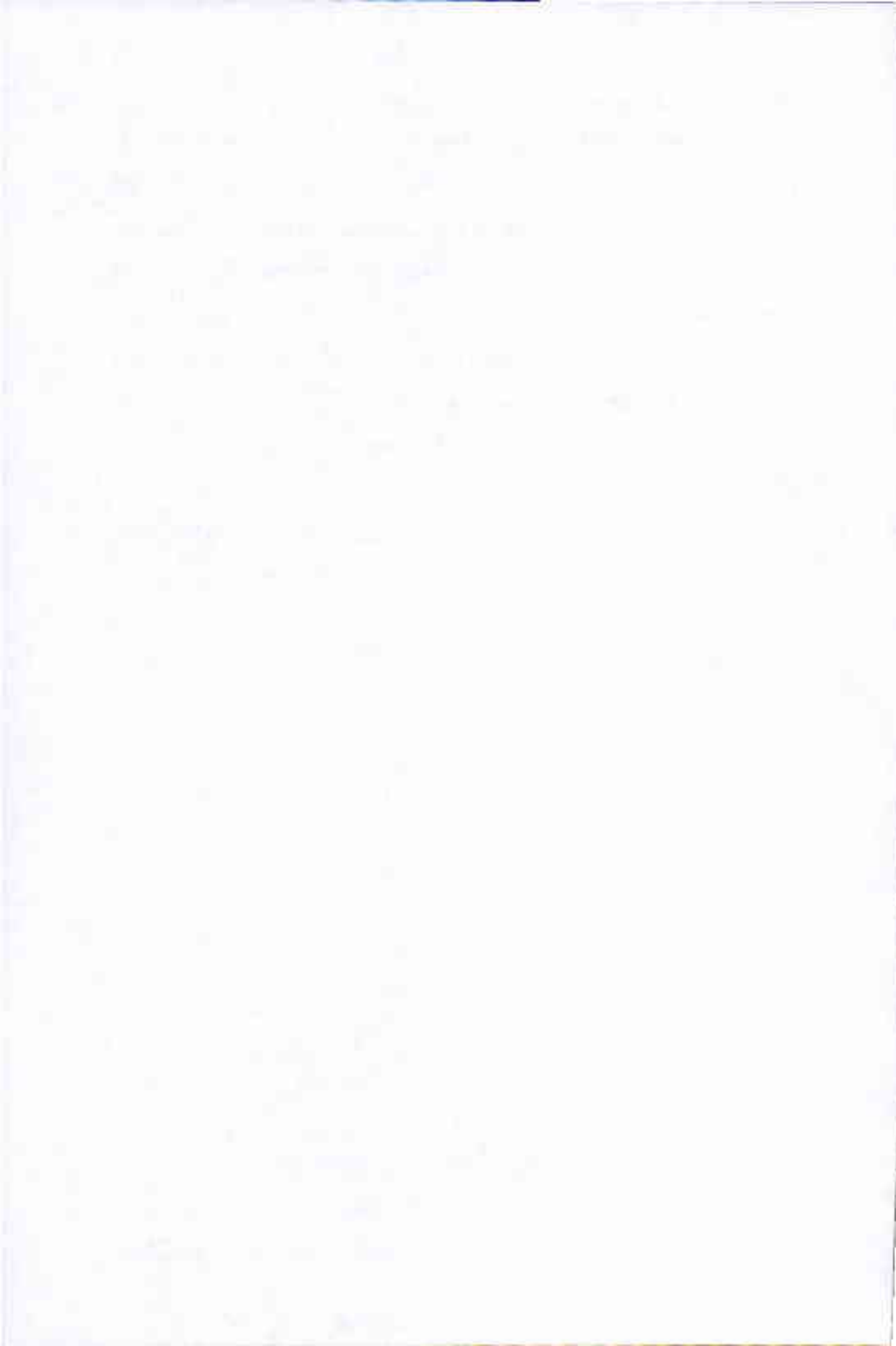
และสุดท้ายก็ขอเชิญชวนสมาชิกสมาคมและผู้สนใจสมัครเข้าร่วมการประชุมวิชาการกลางปี 2549 ซึ่งกำหนดไว้ในช่วง 13-15 กรกฎาคม พ.ศ. 2549 ที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จ.อุบลราชธานี หวังว่าจะได้พบกันนะคะ

ทางคณะบรรณาธิการยังรอข้อคิดเห็นและบทความหรือรูปสถานที่ท่องเที่ยวที่น่าสนใจที่ผู้อ่านได้ไปเขียนมาในวงหน้าร้อนนี้ ลองเขียนมาแนะนำกันได้นะคะ สุดท้ายขอฝากไว้กับผู้อ่านที่ยังติดตามข่าวสารของบ้านเมืองที่เข้มข้นอยู่ในขณะนี้ว่า ... หากสติเกิดเมื่อไร ความไม่สงบก็หายไปเอง...ขอเชิญทุกท่านติดตามข่าวสารได้โดยพลัน

สมบัติ ตรีประเสริฐสุข

battan5410@yahoo.com

battan5410@hotmail.com



ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิกตลอดชีพ สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

วันที่เดือนพ.ศ.

ข้าพเจ้าขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกตลอดชีพของ “สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย”

โดยรับรองว่าจะปฏิบัติตามกฎข้อบังคับและระเบียบของสมาคมฯ ทุกประการ รายละเอียดของข้าพเจ้ามีดังนี้

กรุณาเขียนด้วยตัวบรรจง [] นายแพทย์ [] แพทย์หญิง

1. ชื่อ-สกุล

First Name/Last Name

ตำแหน่งทางวิชาการ.....

เกิดวันที่ เดือน พ.ศ. เชื้อชาติ สัญชาติ

คุณวุฒิ

2. ท่านปฏิบัติงานด้านโรกระบบทางเดินอาหาร

[] น้อยกว่า 50% ของเวลาทำงาน [] มากกว่า 50% ของเวลาทำงาน

3. ที่อยู่ปัจจุบัน (ที่สามารถติดต่อและส่งจดหมายถึงได้)

บ้านเลขที่ ตรอก/ซอย ถนน

ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด

โทรศัพท์ E-mail

4. ที่ทำงาน.....

..... โทรศัพท์ โทรสาร

5. การติดต่อทางไปรษณีย์ กรุณาส่งไปที่ [] บ้าน [] ที่ทำงาน

6. ผู้รับรองในการสมัครสมาชิกของสมาคมฯ ครั้งนี้ คือ

1.)

2.)

การสมัครสมาชิกสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

1. ใบสมัครสมาชิก

2. ค่าสมัครสมาชิก จำนวน 1,000.00 บาท (ตลอดชีพ)

สถานที่รับสมัคร

สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

ตึกผะอบ ชั้น 1 สาขาวิชาโรคระบบทางเดินอาหาร

โรงพยาบาลศิริราช บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700 โทร. 0-2419-7283 ต่อ 104

โทรสาร 0-2412-0586

หมายเหตุ : ในการสมัครสมาชิกจะสมบูรณ์ต่อเมื่อได้ผ่านมติที่ประชุมของกรรมการสมาคมฯ แล้วเท่านั้น

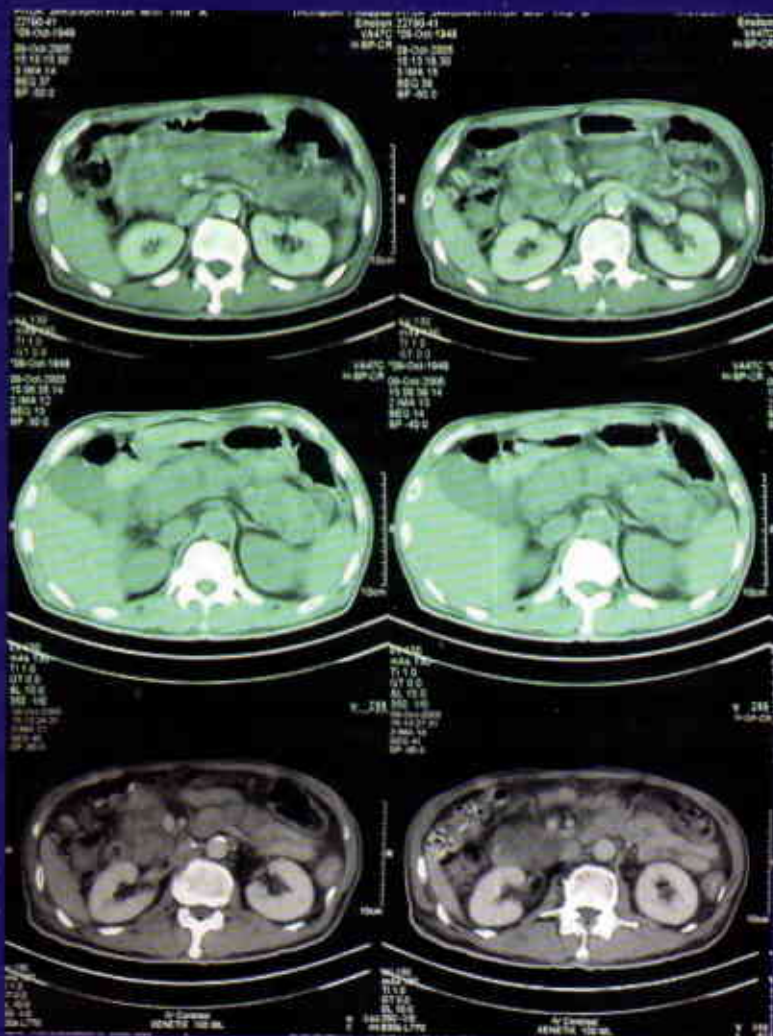
พร้อมกันนี้ ข้าพเจ้าได้ชำระเงินเป็นค่าสมัครสมาชิกตลอดชีพแล้ว เป็นเงิน 1,000.00 บาท (=หนึ่งพันบาทถ้วน=) ซึ่งข้าพเจ้า ได้ชำระเป็น

[] เงินสด [] เช็คธนาคาร สาขา

เลขที่ ลงวันที่

ลงชื่อ

(.....)



CT upper abdomen: diffuse enlargement of head of pancreas, fatty liver and diffuse enlargement of pancreas head 6x8 cm, no bile duct dilatation.

(จากหน้า 13-19)