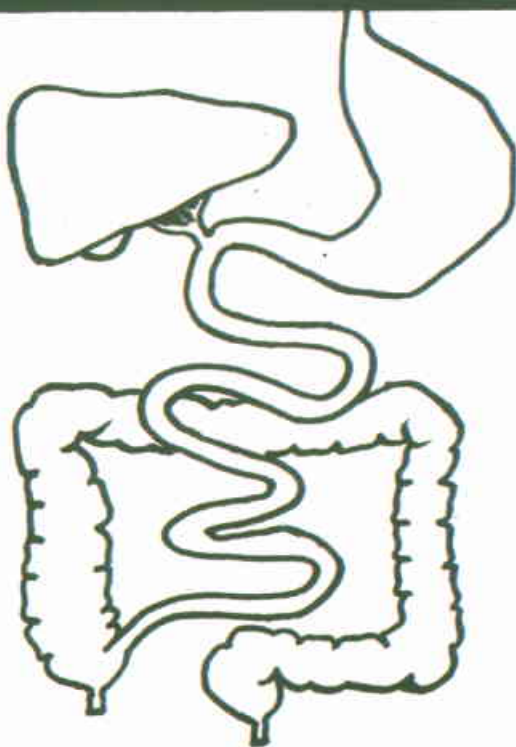


จุลสาร

สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหาร
แห่งประเทศไทย

ฉบับที่ 28 ธันวาคม 2541

ISSN 085





สมาคมแพทยระบบทางเดินอาหาร แห่งประเทศไทย

จุลสารสมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย จัดพิมพ์ โดยอนุมัติของคณะกรรมการอำนวยการสมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย กำหนดออกทุก 2 เดือน แจกจ่ายโดยไม่คิดมูลค่าแก่สมาชิกของสมาคมฯ ตลอดจนห้องสมุดโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลประจำจังหวัดทั่วประเทศ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมความรู้โรคระบบทางเดินอาหาร และประชาสัมพันธ์กิจกรรมของสมาคมฯ

สำนักงาน:-

หน่วยทางเดินอาหาร

ตึกอายุรกรรม 3

รพ.พระมงกุฎเกล้า

ถ.ราชวิถี

ราชเทวี

กรุงเทพฯ 10400

โทร/โทรสาร 644-7113

สมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

ปีที่ 6 ฉบับที่ 28

พฤศจิกายน 2541

ISSN 0857-6351

จุลสารสมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

ปีที่ 6 ฉบับที่ 28

ธันวาคม 2541

สารบัญ

รายนามคณะผู้จัดทำจุลสารฯ

หน้า

รายนามคณะกรรมการอำนวยการ

สมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย	4
สารจากนายกสมาคมฯ	9
รายงานการประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯครั้งที่7/2541	40
รายงานการประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯครั้งที่8/2541	51
Interhospital GI Conference	62
BUDD-CHIARI Syndrome (BCS)	67
Primary splenic lymphoma (PSL)	78
ตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน (Acute pancreatitis)	94
Current Management of Diverticulitis	109
บรรณาธิการแถลง	117

ที่ปรึกษา	นพ.สวัสดิ์	หิตะนันท์
บรรณาธิการที่ปรึกษา	นพ.สิน	อนุราษฎร์
บรรณาธิการ	พ.อ.นพ.อนุชิต	จุฑะพุทธิ
กองบรรณาธิการ	พ.อ.นพ.สุวัฒน์	เลขาชานนท์
	น.อ.นพ.บรรเจิดศักดิ์	อากาศาศิ
	นพ.มานิต	สีโทชวลิต
	นพ.นุสนธิ์	กัตติเจริญ
	นพ.ศตวรรษ	ทองสวัสดิ์
	นพ.สิริวัฒน์	อนันต์พันธุ์พงษ์ศรี
	นพ.ทศศักดิ์	เทพวันดี
	นพ.ธีระ	พิรัชวิสุทธิ์
	พญ.โณมนศรี	โณมนิษฐ์วัฒน์
ปก	นายเอมก	เกตุสมพร
พิมพ์ที่	ศุภานิช การพิมพ์	
จำนวน	2,000 เล่ม	

รายงานคณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯ

วาระปี 2540-2541

1. นพ.สวัสดิ์ หิตะนันท์ นายกสมทมนฯ
2. นพ.ประวิทย์ เลิศวีระศิริกุล อุปนายก
3. พ.อ. นพ.อนุชิต จุฑะพุทธิ เลขานุการ
4. พญ.วิณา วงศ์พานิช เภรัญญิก
5. พ.อ. นพ.สุรพล ชันรัตน์กุล ปฏิคม
6. นพ.กำธร เผ่าสวัสดิ์ ประธานฝ่ายวิจัย
7. พญ.วโรชา มหัชช ประธานฝ่ายวิชาการ
8. นพ.เดิมีชัย ไชยอนุวัต ประธานฝ่ายโรคตับ
9. นพ.บัญญัติ โอวาทพารพร ประธานฝ่ายเอ็นโคสโตปีซี่
10. นพ.สิน อนุราษฎร์ ประธานฝ่ายวารสาร
11. นพ.ศอาดพร มานัสสถิตย์ ประธานฝ่ายการศึกษา
หลังปริญญา
12. นพ.ไพโรจน์ เหลืองโรจนกุล ประธานฝ่ายวิเทศ
สัมพันธ์
13. พญ.กรรณิการ์ พรพัฒน์กุล กรรมการกลาง
14. นพ.จรินทร์ โรจน์บัววิทยา กรรมการกลาง
15. พญ.ชุติมา ประมุขสินทรัพย์ กรรมการกลาง
16. น.อ. นพ.ทศพร วิเศษรจนา ร.น. กรรมการกลาง

17. นพ.ทองดี ชัยพานิช กรรมการกลาง
18. พญ.เนญต ศรีสฐาพรรณ ฮาร์โกรฟ กรรมการกลาง
19. น.อ. นพ.บรรเจิดศักดิ์ อากาศบติ กรรมการกลาง
20. นพ.พงษ์พีระ สุวรรณกุล กรรมการกลาง
21. นพ.พิศาล ไพบรียง กรรมการกลาง
22. นพ.มานิต ตีโทชาลิต กรรมการกลาง
23. พ.ต.อ. นพ. วรพันธุ์ เสาวรส กรรมการกลาง
24. นพ.วิทยา วัฒนโนภาส กรรมการกลาง
25. นพ.วิกิจ วิราวุธดี กรรมการกลาง
26. พญ.ศศิประภา บุญยพิสิญธุ์ กรรมการกลาง
27. พ.อ. นพ.สุรพล สุรางค์ศรีรัฐ กรรมการกลางและ
รองประธานฝ่าย
การศึกษาหลังปริญญา
28. นพ.เกรียงไกร อัครวงค์ ที่ปรึกษา
29. นพ.จินดา สุวรรณรักษ์ ที่ปรึกษา
30. นพ.พินิจ กุลละวณิชช์ ที่ปรึกษา
31. พล.ต. นพ.วิชัย ชัยประภา ที่ปรึกษา
32. นพ.สมหมาย วัลโลรัตน์ ที่ปรึกษา
33. นพ.สังพันธ์ อิศรเสนา ที่ปรึกษา
34. พล.อ.ต. นพ.สุจินต์ จารุจินดา ที่ปรึกษา
35. นพ.สุชา จุระทอง ที่ปรึกษา

รายนามคณะอนุกรรมการฝ่ายต่างๆของ

สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

รายนามคณะอนุกรรมการฝ่ายวิจัย

- | | | | |
|-----|------------------|-----------------|------------|
| 1. | นพ.กำจร | ฝ่ายวัสดุ | ประธาน |
| 2. | นพ.สมพนธ์ | บุญยกูปต์ | อนุกรรมการ |
| 3. | นพ.อมร | ลีลาศรีณี | อนุกรรมการ |
| 4. | นพ.พิศาล | ไม่เรียง | อนุกรรมการ |
| 5. | พญ.ชุติมา | ประมุขสินทรัพย์ | อนุกรรมการ |
| 6. | นพ.พลรัตน์ | วิไลรัตน์ | อนุกรรมการ |
| 7. | พ.อ.นพ.อนุชิต | อุษะพุทธิ | อนุกรรมการ |
| 8. | นพ.สถาพร | มานัสลลิตย์ | อนุกรรมการ |
| 9. | น.พ.มานิต | สีโทชวลิต | อนุกรรมการ |
| 10. | นพ.อนุพันธ์ | กัตติเจริญ | อนุกรรมการ |
| 11. | พ.ต.อ.นพ.วรินทร์ | เสาวรส | อนุกรรมการ |
| 12. | นพ.จรินทร์ | โรจนบัววิทยา | อนุกรรมการ |
| 13. | นพ.บัญชา | โอวาทพารพร | อนุกรรมการ |
| 14. | นพ.อุดม | กชินทร | อนุกรรมการ |
| 15. | นพ.ศวรรรม | ทองสวัสดิ์ | อนุกรรมการ |

รายนามคณะอนุกรรมการฝ่ายโรคตับ

- | | | | |
|----|---------------|-----------------|-------------|
| 1. | นพ.เต็มชัย | ไชยญาติ | ประธาน |
| 2. | นพ.ไพโรจน์ | เหลือองโรจนกุล | รองประธาน |
| 3. | พ.อ.นพ.อนุชิต | อุษะพุทธิ | เลขาธิการ |
| 4. | นพ.ทวิศักดิ์ | แทนวันดี | เหรัญญิก |
| 5. | พญ.วโรชา | มหาชัย | กรรมการกลาง |
| 6. | พญ.ชุติมา | ประมุขสินทรัพย์ | กรรมการกลาง |
| 7. | นพ.ธีระ | พิริชวิสุทธิ | กรรมการกลาง |

รายนามคณะอนุกรรมการฝ่ายวิชาการ

- | | | | |
|----|-------------|-----------------|------------|
| 1. | พญ.วโรชา | มหาชัย | ประธาน |
| 2. | นพ.อำนาจ | ศรีรัตนบัลล์ | อนุกรรมการ |
| 3. | นพ.มานิต | สีโทชวลิต | อนุกรรมการ |
| 4. | พญ.เพ็ญเพชร | เกียรติเสวี | อนุกรรมการ |
| 5. | พญ.ชุติมา | ประมุขสินทรัพย์ | อนุกรรมการ |
| 6. | นพ.ไพโรจน์ | เหลือองโรจนกุล | อนุกรรมการ |
| 7. | นพ.องอาจ | ไพรรสขารางกูร | อนุกรรมการ |
| 8. | นพ.ธีระ | พิริชวิสุทธิ | อนุกรรมการ |
| 9. | นพ.สังพันธ์ | อิศรเสนา | ที่ปรึกษา |

รายนามคณะอนุกรรมการฝ่ายการศึกษาหลังปริญญา

- | | | | |
|-----|--------------|------------------|------------|
| 1. | นพ.สถาพร | มานัสลลิตย์ | ประธาน |
| 2. | พ.อ.นพ.สุรพล | ศุรางค์ศรีรัฐ | รองประธาน |
| 3. | นพ.สิริวัฒน์ | อนันต์พันธุ์พงษ์ | อนุกรรมการ |
| 4. | นพ.ประวิทย์ | เลิศวิระศิริกุล | อนุกรรมการ |
| 5. | นพ.กำจร | เผ่าสวัสดิ์ | อนุกรรมการ |
| 6. | พญ.วโรชา | มหาชัย | อนุกรรมการ |
| 7. | นพ.พิณิจ | กุลละวณิชย์ | อนุกรรมการ |
| 8. | พญ.ศศิประภา | บุญญพิสิญธุ์ | อนุกรรมการ |
| 9. | นพ.องอาจ | ไพรรสขารางกูร | อนุกรรมการ |
| 10. | นพ.เกรียงไกร | อัครวางศ์ | อนุกรรมการ |

รายนามคณะอนุกรรมการฝ่ายวารสาร

1.	นพ.สิน	อนุชาญูร์	ประธาน
2.	นพ.ไพโรจน์	เหลือองโรจนกุล	อนุกรรมการ
3.	นพ.เสถียร	เดชะไพฑูรย์	อนุกรรมการ
4.	นพ.เติมชัย	ไชยญาติ	อนุกรรมการ
5.	นพ.วีระศักดิ์	ว่องไพฑูรย์	อนุกรรมการ
6.	นพ.สถาพร	มานัสสถิตย์	อนุกรรมการ
7.	นพ.บัญญัติ	โสภาทพารพร	อนุกรรมการ
8.	นพ.นุชนธิ	กัลลเดจริญ	อนุกรรมการ
9.	นพ.พิศาล	ไม่เรียง	อนุกรรมการ
10.	พญ.วโรชา	มหาชัย	อนุกรรมการ
11.	พญ.กรรณิการ์	พรพัฒน์กุล	อนุกรรมการ
12.	นพ.สุชา	จตุรทอง	อนุกรรมการ
13.	พ.อ.นพ.สุรพล	ชั้นรัตน์กุล	อนุกรรมการ
14.	นพ.สุริยะ	จกกะพาก	อนุกรรมการ
15.	พ.อ.นพ.อนุชิต	จตุระพุทธิ	อนุกรรมการ
16.	นพ.กำธร	เผ่าสวัสดิ์	อนุกรรมการ
17.	นพ.ทองดี	ชัยพานิช	อนุกรรมการ

สารจากนายกลสมาคมฯ

สวัสดิ์พิพัฒน์ พ.ศ. 2542 แต่ท่านสมาชิกและเพื่อนแพทย์ที่เคารพรัก

1. การเลี้ยงและมอบโล่ที่ระลึก

-นับเป็นปีสุดท้ายของคณะกรรมการอำนวยการสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย ประจำปี 2540-2541

-การประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯ ครั้งที่ 8/2541 เป็นวาระการประชุมครั้งสุดท้ายของกรรมการชุดนี้ เมื่อวันที่ 25 ธันวาคม 2541 ณ โรงแรมสยามซิตี ในโอกาสนี้คณะกรรมการ Bidding และสมาคมฯ ได้เชิญผู้ให้การสนับสนุน, เสียสละและให้การช่วยเหลืออย่างดียิ่งแก่สมาคมฯ ที่ได้เป็นเจ้าภาพจัดการประชุม World Congresses of Gastroenterology ปี พ.ศ. 2545 ที่ BITTEC (ศูนย์การประชุมนานาชาติที่บางนา กม.ที่ 1 กรุงเทพฯ) มาร่วมรับประทานอาหาร (โต๊ะจีน) กับคณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯ และรับโล่เกียรติยศจากนายกลสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย ระหว่างรับประทานอาหารได้ฉาย Video เกี่ยวกับ Thai Orchid Night ณ กรุงเวียนนา และสไลด์ multivisions ของขั้นตอนการ Bidding จนไปถึงการไว้อาลัยประเทศไทยเป็นเจ้าภาพจัดการประชุมดังกล่าว

อนึ่งสไลด์ multivisions นี้ผมได้ใช้เวลา 2 วันอัดเสียงผมเองพร้อมสไลด์สนับสนุน ต้องขอบคุณนายแพทย์ศุภชัย รัตนมณีเลิศ และเจ้าหน้าที่หน่วยภาพการแพทย์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ไร่ ณ โอภาสนิ์ด้วย หลังจาก

นั้น ได้มอบโล่เกียรติยศแก่ผู้สนับสนุนตั้งกล่าวและถ่าาภาพกรรมการสมาคมฯ
รวมกันเป็นที่ระลึก

2. สรุปงานต่างๆของสมาคมฯในปี 2540-2541

- 2.1 สนับสนุนการวิจัยด้วยการให้มีการประกวดผลงานวิจัยในระดับ
Fellow GI เป็น Fellow Research Awards ปีละ 2 ทุน เพื่อให้ Fellow ได้มี
โอกาสไปเพิ่มความรู้และประสบการณ์ในการประชุมAGA Digestive Disease
Week เมื่อปี 2540 ผู้ได้รับทุนมี 2 ท่านคือ นายแพทย์ธเนศ ชิตาพนาภักย์ และ
แพทย์หญิงฐิติมา วุฒิวัดมนกุล ไปประชุมที่ New Orleans, U.S.A. ส่วนทุน
ในปี 2541 นี้จะไปประชุม AGA ที่ Orlando, Florida, U.S.A. 15-21
พฤษภาคม 2542 ผู้ได้รับรางวัลผลงานวิจัยจากสมาคมฯ มี 3 ท่านคือนายแพทย์
สุรพงษ์ รัชตภูษิต จากโรงพยาบาลรามาริบัติ, แพทย์หญิงพนิตา ทองอุทัยศรี
จากโรงพยาบาลรามาริบัติ และนายแพทย์จรัสสิทธิ พงศ์ประสพชัย จาก
โรงพยาบาลศิริราช ส่วนผลการตัดสินว่า 2 คนจะไป AGA นั้นต้องรอผล
การตัดสินอีกครั้งหนึ่ง โดยถือหลักเกณฑ์ตามลักษณะอนุกรรมการฝ่ายวิจัย โดย
มีอาจารย์นายแพทย์ภัทร เผ่าสวัสดิ์ เป็นประธานคณะกรรมการฝ่ายวิจัย
3. ดำเนินการ จัดทำจุลสารทุก 2 เดือนและการประชุมต่างๆ ตามที่นายแพทย์
พินิจ กุลละวณิชช์ นายกสมภคณฯ และนายแพทย์ชอุดม ศชินทร เลขานุการฯ
ประจำปี 2539-2540 ได้เริ่มดำเนินงานด้วยดี
4. การประชุม International Symposium on Viral Hepatitis ระหว่าง
วันที่ 10-12 กันยายน 2540 ที่โรงแรมแซงกรี-ล่า โดยมีนายแพทย์เด็มชัย

ไพษณุวีดี เป็นประธาน Organizing Committee ประสานความสำเร็อย่างดียิ่ง
ทำให้คณะกรรมการจัดประชุมและสมาคมฯ ได้มีรายได้ไปเป็นทุนสำรองการ
ประชุมครั้งต่อไป

5. แต่งตั้งให้อาจารย์นายแพทย์พินิจ กุลละวณิชช์ เป็นประธานเพื่อจัดการ
เกี่ยวกับการประชุม Digestive Disease Week ที่เชียงใหม่ ระหว่างวันที่ 12-16
ธันวาคม พ.ศ. 2542 นับเป็นการประชุมระดับนานาชาติที่สำคัญอันหนึ่งซึ่งจะ
มีผู้เข้าร่วมประชุมประมาณ 800-1,000 คน โดยความร่วมมือและสนับสนุน
จาก American Gastroenterological Association, Asian Pacific Association
of Gastroenterology, Asean Federation, International Symposium on Viral
Hepatitis, Gastroenterological Association of Thailand and AsiaHep Forum.
6. แต่งตั้งให้อาจารย์นายแพทย์เด็มชัย ไพษณุวีดี เป็นประธาน Bidding for
the World Congresses of Gastroenterology ปี ค.ศ. 2002 และมีขั้นตอนต่างๆ
เช่น

- 6.1 ได้แต่งตั้งกรรมการและที่ปรึกษา รวม 14 ท่านแล้วส่งไปยัง
OMGE
- 6.2 ได้ต้อนรับคณะกรรมการ OMGE เมื่อมาสู่สถานที่ประชุม
BITEC, โรงแรมต่างๆ ตลอดจนได้เชิญผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร ดร.พิจิตต์
รัตกุล มากกล่าวต้อนรับคณะกรรมการ OMGE
- 6.3 เล็งรับรองคณะ OMGE ซึ่งประกอบด้วย Professor Ian AD
Bouchier, Miss Sylvia van Laar, Miss Sachet ที่โรงแรมแซงกรี-ล่า โดยผู้ว่า

ทพท. คุณเสรี วังสไพจิตร กล่าวต้อนรับและเป็นเจ้าภาพเลี้ยงอาหารเย็นและมีการแสดงฟ็อน 4 ภาค

6.4 ก่อนการประชุมลงคะแนน เพื่อให้ได้เป็นเจ้าภาพจัดการประชุม WCOG 2002 ได้มีการต้อนรับแขกสมาคมฯ จากประเทศต่างๆ มาแสดงผลงานวิจัยของแต่ละประเทศและมาเที่ยวประเทศไทยจัดเป็น Familialization Trips 2 กลุ่ม, กลุ่มแรกเดือนกรกฎาคม 2541 มี 9 ประเทศ จำนวน 20 ท่าน กลุ่มสองเดือนสิงหาคม มี 22 ประเทศ จำนวน 30 กว่าท่าน มีการนำชม BITEC ซึ่งเป็นสถานที่จัดประชุม, วัดพระแก้ว, พระบรมมหาราชวัง, สุโขทัย, หัวหิน โดยคณะกรรมการ Bidding ได้แบ่งงานต้อนรับและจัดงานเลี้ยงรับรองของ ทพท. โดยผู้ว่าทพท. คุณเสรี วังสไพจิตร และคณะกรรมการการท่องเที่ยวสภาผู้แทนราษฎร ก่อนการเลี้ยงลูกกมลทิพย์ (กรรยาพม) ได้ร่วมสอนวิ่งวงโยโย่ แก่นาอกสมาคมฯ และกรรยาทั่วประเทศต่างๆ เพื่อเวลาในงานที่เวียนนา Thai Orchid Night จะได้ลงมาร่วมวิ่งส่วนอาจารย์นายแพทย์วิกิจ วิราญวัติ ได้พาไปชมโรงพยาบาลศิริราช

7. การอบรมเชิงปฏิบัติการระยะสั้น เรื่อง “ Advances in Endoscopic Ultrasonography and Therapeutic Endoscopy” ประกอบด้วยการบรรยายและ Live Demonstration แก่แพทย์ทั่วไป เมื่อวันที่ 15 มิถุนายน 2541 ที่ห้องประชุมโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ ด้วยความร่วมมือของประธานฝ่ายเอ็นโดสโคปี่ของสมาคมฯ คือ อาจารย์นายแพทย์บัญชา โอวาทพารพร, อาจารย์นายแพทย์สิน อนุราษฎร์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลฯ และอาจารย์แพทย์หญิง วโรชา มหาชัย ประธานฝ่ายวิชาการ โดยได้การสนับสนุนอย่างยิ่ง จาก

บริษัทเบอร์ลินฟาร์มาซูติคอลอินดีสตรี้ จำกัด และบริษัทเคเพอร์เฟอร์แมนซ์ จำกัด ผู้แทนจำหน่าย PENTAX มีวิทยากรที่มีชื่อเสียงของโลกคือ Dr. Peter Vilmann จากเดนมาร์ก และ Prof. Dr. Hans Jouchim Schulz จากเยอรมัน

8. ด้านวิจัย นายแพทย์ภัทร เศ่าสวัสดิ์ เป็นประธาน ได้จัดการหลายประการเช่น

7.1 การอบรมการวิจัยแก่ GI Fellow

7.2 กัดเลือกและคัดเลือกให้ทุนต่างๆ แก่ Fellow

7.3 ประกาศผลของการคัดเลือก Fellow Research Awards

7.4 ให้ทุน Fellow 2 ทุน ไปประชุม AGA ที่สหรัฐอเมริกา

และอาจารย์ภัทรต้องทำงานเป็นเลขาธิการของ World Congresses of Gastroenterology ที่กรุงเทพฯ ปี 2545

9. ด้านวิชาการ โดยอาจารย์แพทย์หญิงวโรชา มหาชัย ได้จัดการประชุม อนุกรรมการต่างๆ เพื่อจัด Tropics, Guest Speakers และ Program ต่างๆ เพื่อการประชุมวิชาการต่างๆ เช่น Annual Scientific Meeting ของสมาคมฯ ปี 2540 ที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้าและปี 2541 ที่พิษณุโลก เป็นต้น และทำงานด้านการต้อนรับของประชุม WCOG 2002 ที่กรุงเทพฯ

10. งานทางด้าน Endoscopy ที่มีอาจารย์นายแพทย์บัญชา โอวาทพารพร เป็นประธาน

ได้จัดการเกี่ยวกับข้อสอบทาง endoscopy สำหรับสอบ GI Fellow ในการสอบ GI Fellow 2 ปีที่ผ่านมา การจัดประชุม Endoscopy ที่โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ โดยมี อาจารย์สิน อนุราษฎร์ และอาจารย์วโรชา

มหาชัย เป็นผู้ดำเนินการ เมื่อเดือนมิถุนายน 2541 เป็นการประชุมเกี่ยวกับ Endosonographic guide needle aspiration, therapeutic ERCP stent insertion, stone removal และ polypectomy โดยใช้ Bipolar snare ซึ่งเป็นการบรรยาย และ live demonstration โดยวิทยากรต่างประเทศ Dr. Peter Vilmann ซึ่งเป็น ผู้เชี่ยวชาญทาง Endosonographic ชนิด Curve Array คนหนึ่งของโลก

ประชุมใน OMEED เมื่อเดือนกุมภาพันธ์ 2541 ในการประชุม World Congresses of Gastroenterology ที่เวียนนา ประเทศออสเตรียในการประชุม ของ OMEED ซึ่งได้มีการส่งงานและแถลงนโยบายโดย President ของ OMEED คนใหม่ คือ Professor Glaciomar Machado แห่งประเทศ Brasil ได้มีการ รายงานผลการปฏิบัติงานและแนะนำกรรมการท่านต่างๆของ OMEED board และนโยบายของ OMEED ในวาระหน้า ซึ่งรายละเอียดอยู่ใน Bulletin ของ OMEED No. 6

ส่วนงานที่กำลังดำเนินการได้แก่การวางแนวทางปรับปรุงมาตรฐาน ของการทำ endoscopy ให้ดีขึ้น โดยสมาคมแพทย์โรกระบบทางเดินอาหาร แห่งประเทศไทยจะออก certificate รับรอง competency ของ endoscopist ซึ่ง อยู่ในระหว่างการดำเนินการ

11. ประธานฝ่ายการศึกษาหลังปริญญา โดยมีอาจารย์นายแพทย์ศตภาพร มานัสสถิตย์ เป็นประธานฯ ได้มีงานต่างๆ มากมายเช่น

11.1 เข้าร่วมสัมมนาฝึกอบรมและสอบวุฒิบัตรและอนุบัตร สาขาอายุรศาสตร์ทั่วไปของราชวิทยาลัยฯและได้รับแต่งตั้งเป็นอนุกรรมการ

ฝึกอบรมและสอบปี 2540-2542 ในนามของสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

11.2 ได้มีการสัมมนาออกข้อสอบที่ชะอำตลอดจนจัดการสอบ เฟลด์ได้ประจำปีได้เป็นอย่างดี

12. ประธานฝ่ายวารสาร เนื่องจากประธานคืออาจารย์นายแพทย์สิน อนุราษฎร์ ไปต่างประเทศ ขาดการติดต่อจึงทำให้วารสารของสมาคมฯ ขาด ตอนไปหวังว่านายกสมาคมฯ และคณะอำนาจการชุดใหม่จะได้แต่งตั้ง ประธานฝ่ายวารสารต่อไปเพราะยังมีปัญหาต่างๆ อีกหลายประการที่จะต้อง ปรึกษากัน

13. ประธานฝ่ายปฏิบัติการ อาจารย์นายแพทย์สุรพล ชื่นรัตน์กุลได้ร่วมกับกับ อาจารย์นายแพทย์อนุชิต จุฑะพุทธิ ในการดำเนินงานการจัดหาสถานที่ ประชุมตลอดจนกิจการจัดเลี้ยงและทัศนศึกษาต่างๆโดยเฉพาะการแสดงแสง- สี-เสียง ในบริเวณอุทยานประวัติศาสตร์สุโขทัย ทั้งอาหารแบบขันโตกและ การแสดงเมื่อวันที่ 19 พฤศจิกายน 2541 แม้ว่าจะอยู่ในยุคไอเอ็มพี

14. ฝ่ายเลขานุการ อาจารย์นายแพทย์อนุชิต ได้ดำเนินการต่างๆ ได้เป็นอย่างดี การประชุมวิชาการประจำเดือนของคณะอำนาจการสมาคมฯ การจัด Case Presentation ทุก 2 เดือน รายงานการประชุม ตลอดจนการดำเนินงาน ทั้งจุลสารและเอกสารประชุม การคิดค่าธรรมเนียมของสมาคมฯ ในกิจกรรมพระบารมี ในหอชุมชนวิจัยและกิจกรรมอื่นๆ อีกมากมาย ทำให้ สมาคมฯ มีสมาชิกเพิ่มขึ้นอีกประมาณ 200 คน และจะมีงานหนักใน 3 ปีข้างหน้า

หน้า คือ ประธานฝ่าย Scientific Committee ของ World Congresses of Gastroenterology ปี 2545 ที่กรุงเทพฯ

15. อุปนายกสมาคมฯ อาจารย์นายแพทย์ประวิทย์ เลิศวีระศิริกุล เป็นผู้รับผิดชอบไม่เพียงแต่กิจการต่างๆ ของสมาคม เช่น การเรียบเรียงกฎข้อบังคับให้รัดกุมได้เป็นอย่างดี ยังมีข้อคิดเห็นต่างๆ เสนอแนะแก่สมาคมฯ นอกจากนี้ยังมีภาระงานอื่นๆ อีกมากมาย เช่น การจัดประชุมในการทำหน้าที่สื่อเกี่ยวกับการสูญเสียสมรรถภาพของอวัยวะในการปฏิบัติงานของกระทรวงมหาดไทย ผู้ช่วยงานที่สำคัญ โดยเฉพาะด้านเหรียญทองของ World Congresses of Gastroenterology ปี 2545 ซึ่งเป็นงานที่สำคัญตลอดเวลา 3 ปี ช่วงหน้านั้น เป็นต้น

16. เหรียญอุก อาจารย์แพทย์หญิงวิภา วงศ์พานิช มีความคล่องตัวทางด้านการเงินของสมาคมฯ ทั้งรายได้และรายจ่ายซึ่งมีมากมายในระยะปี 2540-2541 เช่นการได้รับเงินจากการประชุมโรคตับที่อาจารย์นายแพทย์ติမ်ชัย ฟูชนวีรัตน์ เป็นต้น และรายจ่ายที่สำคัญในการจ่ายสำรองการจัดประชุมระดับนานาชาติ และทำให้คอกกบของสมาคมฯ เพิ่มขึ้น นับว่าได้ทำงานบรรลุไปได้อย่างรอบคอบ

17. ประธานฝ่ายวิเทศสัมพันธ์ อาจารย์นายแพทย์ไพโรจน์ เหลืองโรจนกุล นอกจากรวบรวมข้อมูลเรื่องการประชุมวิชาการของต่างประเทศซึ่งเป็นที่ปรึกษาด้านการจัด Live Demonstration และงานสำคัญคือ เป็นประธานฝ่าย Endoscope ของ WCOG 2002 ที่กรุงเทพฯ ด้วย

18. ตำแหน่งงานเลขธิการ แม้ว่าจะตั้งอยู่ที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าฯ แต่คุณพรทิพย์ จินแพทย์ ซึ่งเป็นเลขานุการในการทำงานร่วมกับคุณชุดิภาคุณน์ เอี่ยมสมบูรณ์ ซึ่งเป็นผู้ช่วยเลขานุการได้ดำเนินงานต่างๆ ทั้งในตึกสำนักงานสมาคมฯ และในหน่วยงานทางคลินิกอาหารโรงพยาบาลศิริราชในการทำวารสารและอื่นๆ อีกมากมายแก่ทั้งวันหยุดและทำงานนอกค่าๆ

ผมในฐานะนายกสมาคมฯ ได้ไปประชุมระดับนานาชาติอีกหลายครั้ง เช่น การประชุม AGA ที่วอชิงตัน ดีซี ในเดือนพฤษภาคม 2540 และการประชุม Sixth United European Gastroenterology Week ระหว่างวันที่ 18-22 ตุลาคม 2540 ที่ Birmingham U.K.

17 ธันวาคม 2540 - Alimentary Week ของ AGA ร่วมกับของฮ่องกง ระหว่างวันที่ 12-14 ธันวาคม 2540 - World Congresses of Gastroenterology ที่เวียนนา ระหว่างวันที่ 6-12 กันยายน 2541 โดยเฉพาะร่วมกับ Bidding เพื่อให้ได้เป็นเจ้าภาพจัดการประชุมดังกล่าว

- และครั้งสุดท้ายเมื่อวันที่ 23-26 พฤศจิกายน 2541 ใน Alimentary Week ร่วมกับ AGA ที่มะนิลา ประเทศฟิลิปปินส์ ทั้งในด้านเป็น Chair ที่ประชุมฯ และการแสดงการร้องเพลง เค็นร่า และร่าวงใน Fellowship Night (Farewel Party) ทำให้บรรยากาศของงานสนุกสนานและเพลิดเพลิน

19. ได้ร่วมกับราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย จัดการอบรมซึ่งปฏิบัติการระยะสั้น 1 วัน ก่อนการประชุมของราชวิทยาลัยฯ ที่โรงแรมริชมอนด์ ชะอำ เมื่อวันที่ 20-21 เมษายน พ.ศ. 2541

หัวข้อ 1. Pharmaceutical Organized Satellite Symposium. Hepatitis

2. Pharmaceutical Organized Luncheon Symposium Asia Pacific Consensus of the Management of H.pylori

20. การประชุมวิชาการของกลุ่มโรคระเพาะอาหาร จัดประชุมที่ระยะของ รุสเซิร์ท ในหัวข้อ Workshop on Therapeutic Upper GI Disorder ระหว่าง วันที่ 12-14 สิงหาคม 2541 หลังการประชุมได้มีโอกาสนำสมาชิกและผู้เข้าร่วมประชุมไปทัศนศึกษาเยี่ยมชมที่ประธานอาหารกลางวันรับมาหา ทุกท่านได้สนุกสนานพอควรมีกรรมการเช่นนายแพทย์อุดม คชินทร, แพทย์หญิงโรชา มหาชัย, พ.อ.นพ.สุรพล ชื่นรัตน์กุล, นายแพทย์บัญชา โอวาทพารพ. นายแพทย์พิศาล ไนริยง และ แพทย์หญิงโณมศรี โณมิตชัยวัฒน์

21. ชุดต้อนรับผู้เชี่ยวชาญจากต่างประเทศมาปฐกฐา เช่น Prof. Williams Lee นายบรรายหรือ Acute Hepatic Failure ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยมี บริษัททวชภณชแกล็กโซ แวลลิม (ประเทศไทย) จำกัด ให้การสนับสนุน

22. เรื่องกลุ่ม Motility Club

ชมรม Motility ได้เริ่มก่อตั้งขึ้นตั้งแต่วันที่ 2538 โดยการเริ่มของ อาจารย์นายแพทย์พินิจ กุลละวณิชย์ นายกสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหาร แห่งประเทศไทยในขณะนั้นและได้รับการสนับสนุนต่อเนื่องจากศ.นพ.สวัสดิ์ หิตะนันท์ นายกสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารคนต่อมา วัตถุประสงค์ในการตั้งชมรม 3 ข้อ ได้แก่

1. ส่งเสริมการวิจัย

2. ส่งเสริมการศึกษา

3. ส่งเสริมความร่วมมือของแพทย์จากสถาบันต่างๆ

โดยมี นพ.สิน	อนุราษฎร์	เป็นประธานชมรม
นพ.สุริยะ	จักกะพาก	เป็นเลขานุการ
นพ.คณิต	อธิสุข	เป็นประธานการวิจัย
นพ.อุดม	คชินทร	เป็นเหรียญก
นพ.ประพันธ์	อานปรื่อง	เป็นปฏิคม

กิจกรรมของชมรมมีดังนี้

1. จัดการประชุมวิชาการและวิชาการทุก 2 เดือน โดยมีหัวข้อวิชาการที่ผ่านมามีดังนี้

- 1.1 Dyspepsia and management guide line
- 1.2 Case discussion เรื่อง Pseudointestinal obstruction
- 1.3 24 hrs.pH monitoring study
- 1.4 Scintigraphy, และ gastric motility study
- 1.5 Constipation

2. การจัด GI motility course ร่วมกับการประชุมใหญ่ประจำปีของสมาคมโรคระบบทางเดินอาหารเมื่อเดือนมกราคม 2540 ณ โรงแรมสยามซิตี้
3. พันทูงานของบริษัท JANSSEN สนับสนุนแพทย์ไทยไปอบรมดูงาน 2 เดือนกับ Prof. Horowitz ที่ Adelaide ประเทศ Australia ทุกปี ปีละหนึ่งท่าน โดยมีแพทย์ที่ไปดูงานแล้ว 3 ท่านคือ นพ.อุทธรมา ศตวรรษธำรง, พญ.โณมศรี โณมิตชัยวัฒน์ และพ.อ.นพ.สุรพล สุรางค์ศิริรัฐ

4. การจัดทำตำรา motility ภาษาไทย เพื่อใช้เป็นแนวทางการศึกษาสำหรับแพทย์ไทยกำลังดำเนินการอยู่

เนื่องจากนายแพทย์สิน อนุราษฎร์ ได้เดินทางกลับไปประเทศสหรัฐอเมริกาชั่วคราวทางชมรมจึงแต่งตั้งให้นายแพทย์สุริยะ จักกะพาก รักษาการเป็นประธานชมรม และให้นายแพทย์ศตวรรษ ทองสวัสดิ์ เป็นประธานวิชาการงานกว่าจะมีการเลือกตั้งใหม่ในต้นเดือนมีนาคม 2542 แผนการดำเนินงานของชมรมในขณะนั้นดังนี้

1. จัดพิมพ์ตำรา motility ภาษาไทยให้สำเร็จภายในปีนี้
 2. จัดการอบรม Hand on เรื่อง motility testing เป็นระยะๆ โดยในระยะแรกจะเน้นสำหรับ fellow ของสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารและแพทย์ผู้สนใจทั่วไป
 3. จัดการประชุมวิชาการด้าน motility ทั้งในกรุงเทพฯ และต่างจังหวัดเพื่อให้แพทย์ทั่วไปได้รู้จักโรคทางเดินระบบ gastrointestinal motility disorders ให้แพร่หลายต่อไป
 4. สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทยตนามได้เชิญ นพ.ศตวรรษ ทองสวัสดิ์ ไปบรรยายเรื่อง Motility Study in Thailand เมื่อปี 2540 โดยทางบริษัทแจนเซน ฟาร์มาซูติคัล จำกัด ออกค่าใช้จ่ายให้ทั้งหมด รวมทั้งนำเอกสารมา
- สำหรับห้อง motility Lab ที่มีอยู่ในปัจจุบันได้แก่ โรงพยาบาลรามธิบดี โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลวชิรพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น โรงพยาบาลมหาสารนครเชียงใหม่

ทั้งนี้เนื่องจากเครื่องมือทาง motility มีราคาสูงและแพทย์ทั่วไปยังรู้จักโรค GI motility disorders น้อย จึงทำให้ความก้าวหน้าทางด้านนี้ดำเนินไปช้าหากได้รับการสนับสนุนต่อเนื่องจากทางสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย ทางชมรม motility จะพยายามเผยแพร่ความรู้ทางด้านนี้ให้กับแพทย์ทั่วไปมากขึ้น

ขณะนี้ทางรพ.รามธิบดี ได้มีการทำการตรวจและวินิจฉัยผู้ป่วยที่เป็นโรคทางระบบนี้อย่างต่อเนื่อง อาทิเช่น โรค Esophageal motility disorders, gastroesophageal reflux, dyspepsia, constipation, non-cadiac chestpain, pseudointestinal obstruction, Hirschprung's disease และโรคอื่นๆ ที่สงสัยว่าเป็นโรค GI motility disorders ทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ ถ้ามีผู้ป่วยที่สงสัยว่าเป็นโรคทาง GI motility disorders สามารถส่งผู้ป่วยมาปรึกษา และรับการตรวจที่ห้องตรวจทางเดินอาหารชั้น 5 โดยพบนายแพทย์สุริยะ จักกะพาก ในวันจันทร์ และวันพุธในเวลา 13.00-15.00 น. และคลินิกลพิเศษเวลา 17.00-20.00 น. หรือโทรศัพทหมายเลข 201-1530 ติดต่อกุมภ์ ไข่มุกต์ เพชรศรีกุล ได้ในเวลาราชการทุกวัน

อ.นพ.สิน อนุราษฎร์ เป็นประธานกลุ่ม

1. ได้ดำเนินการประชุมทั้งวิชาการและธุรการเสมอ ประมาณ 2 เดือนต่อครั้ง แม้ว่าจะะยะปลายปี 2541 อ.นพ.สิน ไม่อยู่สมาชิกของกลุ่มที่มีผู้

รักษาการประธานกลุ่ม คือ นายแพทย์สุริยะ จั๊กกะพาก ได้ดำเนินการต่างๆ มาด้วยดี

2. ได้คัดเลือก young staff ส่งไปอบรมปีละ 1-2 รุ่น แต่ละครั้งจะให้ทุนไปดูงาน Motility

23. สมาชิกใหม่

ในวาระปีพ.ศ. 2540-2541 ได้มีสมาชิกใหม่เพิ่มขึ้นประมาณเกือบ 200 คน ทุกคนได้รับประโยชน์มากจากจุลสารของสมาคมฯ ที่แจกทุก 2 เดือน และทราบข่าวต่างๆ ของสมาคมฯ เช่นการประชุมวิชาการต่างๆ ของสมาคมฯ ทั้งในประเทศและต่างประเทศ

24. สมัยในฐานะนายกสมาคมฯ ได้รับเชิญไปประชุมประเทศต่างๆ ดังนี้

24.1 การประชุมวิชาการประจำปีร่วมกับนานาชาติ ณ เมืองวี (Hue) เวียดนาม 27-28 มิถุนายน 2540 มีอาจารย์นายแพทย์ศววรรษ ทองสวัสดิ์ ได้บรรยาย Motility Study in Thailand, Dr. Sakai บรรยายเรื่อง Colonoscopy and Polypectomy, Dr. Thomas J. Barody จาก Australia เรื่อง Triple and Quad Therapies in the Treatment of Peptic Ulcer เป็นต้น ผมได้ดูงานโรงพยาบาลและโรงเรียนแพทย์ในเวียดนาม ได้พบ Prof.HA.Van Mao, Prof. Vu Van Khien บริษัทแจนเซนประเทศไทย จำกัด ออกค่าใช้จ่ายทั้งหมด

24.2 ประชุม Asia Pacific Consensus for the Management of H.pylori ที่สิงคโปร์เมื่อ 29-31 ธันวาคม 2540 ร่วมกับอาจารย์นายแพทย์อุจ. อาจารย์นายแพทย์ทินิจ, อาจารย์แพทย์หญิงวาโรชา และอาจารย์นายแพทย์อุคม โดยทางบริษัท Abbott ออกค่าใช้จ่ายทั้งหมด

24.3 Penang International Teaching Course in Gastroenterology, Rasa Sayung Resort, Penang, Malaysia 23-26 กรกฎาคม 2540 ได้มีการดำเนินงานของ Penang Medical Practitioners' Society, Malaysia Society of Gastroenterology and Hepatology. ซึ่งนำโดยนายกสมาคมฯ Prof. R. Hermon Dowling มาเป็น guest speaker ร่วมกับ Prof. A. Axon, Prof. J. Rhodes จาก United Kingdom John Dent, John Lambert จาก Australia, Prof. K. Huijbrege จาก The Netherlands และ Prof. N. Soehendra จากเยอรมันเป็นต้น ที่พัก, อาหารและค่าลงทะเบียนทางมาเลเซียออกให้ ผมจ่ายค่าเครื่องบินเอง

25. การประชุมใหญ่สามัญประจำปีที่ยิบฮอล ระหว่างวันที่ 19-21 พฤศจิกายน 2541 มีชั้นโตกมือน้อยและชมการแสดงแสง-สี-เสียง บริเวณอุทยานประวัติศาสตร์สุโขทัยมีผู้เข้าชมประมาณ 220 คน

25.1 Guest Honours ที่สำคัญคือ ศ.นพ.บุญสม มาร์ติน ผู้แนะนำอาจารย์วิกิจ วิรานุวัต แต่ผู้เข้าประชุม

25.2 Prof. Guido N.J. Tytgat จาก Netherlands ผู้เชี่ยวชาญที่มีชื่อเสียงของโลกคนหนึ่งเกี่ยวกับ Dyspepsia, H.pylori, Peptic Ulcer, Reflux Esophagitis เป็นต้น ท่านมาบรรยาย 2 Sessions ได้แก่

ก. 3rd Vikiat Viranuvarti Lecture เรื่อง Introduce by Professor Bunsom Martin.

ข. Lunch Symposium โดยการประชุมของบริษัทยาตลาดา (ประเทศไทย) จัดถึ เรื่อง Current Concepts in Dyspepsia: My approach how to test, treat, or investigate.

25.3 อาจารย์นายแพทย์วิชัย เอกทักษิณ จากประเทศญี่ปุ่น อาจารย์นายแพทย์วิชัย ได้ทุนการศึกษาแพทยศาสตรจากระทรวงศึกษาธิการ ไปศึกษาที่มหาวิทยาลัยคณะแพทยศาสตร์และทันตแพทยศาสตร์แห่งกรุงโตเกียว จบแพทยศาสตรบัณฑิตและการวิจัยทาง Vascular Structure ของ liver จนได้ Ph.D. และเป็นหัวหน้าวิจัย ณ สำนักคิม อยู่ประเทศญี่ปุ่นประมาณ 20 ปี ได้เคยรับเชิญเป็นวิทยากรต่างประเทศหลายแห่งรวมทั้งมีผลงานวิจัยลงในวารสาร Hepatology เรื่งๆ นี้ และได้เขียนลงใน Text Book หลายเล่มและยังมีการติดต่อกับคณะวิทยาศาสตร์และกระทรวงอุตสาหกรรม จัดฝึกอบรมวิทยาศาสตร์ไทย เกี่ยวกับภาควิทยทั้งในประเทศไทยและในญี่ปุ่น

25.4 อาจารย์นายแพทย์สมพนธ์ บุญยุปต์ ท่านเป็นคครูโรงเรียนแพทย์ และหัวหน้าสาขาระบบทางเดินอาหารคนแรกของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี และอดีตคนาชกสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทยและนามชกสมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย ปัจจุบันเป็นประธานกรรมการโรงพยาบาลวิชัยยุทธ และยังเป็นควำวิจัยต่างๆ มากมายโดยเฉพาะ Hepatitis C และ B และโรคติดเชื้อ โดยเฉพาะพยาธิต่างๆ เช่น ตัวจี๊ด และ Meleoidosis ท่านได้รับเชิญปาฐกถาใน State of The Art Lecture หัวข้อเรื่อง Abdominal pains and Eosinophilia

26. การประชุม Alimentary Disease Week 1998 ระหว่างวันที่ 22-25 พฤศจิกายน ณ กรุงมะนิลา ประเทศฟิลิปปินส์ มีผู้เข้าประชุมประมาณ 670 คน เป็นชาวต่างประเทศประมาณ 200 คน คณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯ ได้รับเชิญให้ไปช่วยกันหลายท่าน เช่น อาจารย์นายแพทย์วิกิจ วีราวุฒิต อาจารย์นายแพทย์ติမ်ชัย ไชยบุวิต, อาจารย์นายแพทย์พินิจ กุลละวณิชช์, อาจารย์แพทย์หญิงวโรชา มหาศัย, อาจารย์นายแพทย์สถาพร มานัสสิถิตย์ และอาจารย์นายแพทย์สวัสดิ์ หิตะนันท์ นายกสมาคมฯ

26.1 คำนวิชาการ อาจารย์นายแพทย์ติမ်ชัย ได้เป็น Co-Chair ในเรื่อง Natural History of Chronic Hepatitis B Infection in AsiaHep Member Countries อาจารย์นายแพทย์พินิจ กุลละวณิชช์ เป็น Chair ของ Inflammatory Bowel Disease อาจารย์นายแพทย์สถาพร มานัสสิถิตย์ เป็น Discussant ใน Case Presentation ร่วมกับ K.M. Fock จากสิงคโปร์ และ S.K. Lam จากฮ่องกง อาจารย์นายแพทย์สวัสดิ์ หิตะนันท์ เป็น Chair ใน Issues on Gastroesophageal Reflux Disease

26.2 งานคำนประชุมวิชาการของกรมการต่างๆ เช่น Asian Pacific Association
- อาจารย์นายแพทย์วิกิจ วีราวุฒิต ได้รับเชิญให้เข้าประชุมด้วย
- อาจารย์นายแพทย์พินิจ กุลละวณิชช์ พูดเกี่ยวกับการเตรียมงานประชุม 5th Asian Pacific American Gastroenterological Association Conference ร่วมกับ 43rd Annual Meeting of Gastroenterological

Association of Thailand ที่จัดขึ้นที่เชียงใหม่ ระหว่างวันที่ 12-16 ธันวาคม 2542

- อาจารย์นายแพทย์เดวิดชัย ไชยวุฒิกุล ได้กล่าวถึงการ Bidding World Congresses of Gastroenterology การเตรียมงานประชุม WCOG 2002 ที่กรุงเทพฯ ณ ศูนย์ประชุม BITEC

- อาจารย์นายแพทย์สวัสดิ์ หิคนันท์ ได้ประชุม Ascan Federation ได้พูดถึงทางอินโดนีเซียเสนอตัวเป็นศูนย์อบรมทางอินโดนีเซีย แถบประเทศในย่านนี้และคิดค่าอบรมค่อนข้างแพง สำหรับในย่านนี้คือ 1,500 เหรียญสหรัฐ กรรมการขอให้ลดลงมาและหาที่พักผู้เข้าอบรมซึ่งอาจจะบีบๆ, ลาว, เขมร, เวียดนาม

- ส่วนผมเสนอให้มีการประกวดผลงานวิจัยดีเด่นในย่านนี้
- ทางฟิลิปปินส์เสนอให้ Young Staff มา Conference, Symposium ในฟิลิปปินส์ ที่ประชุมยังไม่ได้ตกลงแต่ประการใด

26.3 การประชุมทั่วไปของ APAGE GOVERNING COUNCIL เมื่อ 24 พฤศจิกายน 1998 ที่มะนิลา ฟิลิปปินส์ นอกจากรายงานบางส่วนไปแล้ว ยังมีหัวข้ออื่นๆ เช่น

ก. China entry to the OMGE
ประเทศจีนเดิมเป็นสมาชิกก็ขอได้หัววันและฮ่องกง ต่อมาได้ยอมรับอีกสมาคมหนึ่งคือ China (จากฝิ่นแผ่นดินใหญ่ประชากร 1,000 ล้านคน) และจะให้เข้ามาเป็นสมาชิก APAGE ในปี 2000
ข. Ethic Committee

Dr. K.M. Fock (จากสิงคโปร์) กล่าวถึงผลสำเร็จของการประชุม Ethics Symposium ระหว่างการประชุม WCOG ที่เวียดนามเมื่อเดือนกันยายน 2541 และจะมีประชุมอีกครั้งที่กรุงเทพฯ ปี ค.ศ. 2002

ก. Asian Pacific Gastroenterological Week from Year 2001

โดยปกติจะมีประชุม APAGE (Asian Pacific Gastroenterology and Endoscopy) ทุก 4 ปี คราวหน้าจะเป็นประมาณเดือนมีนาคมปี ค.ศ. 2000 ที่ฮ่องกงและ Alimentary Disease Week จะมีประชุมทุกปี โดยร่วมกับ AGA (American Gastroenterological Association) จัดครั้งที่ 3 ที่ฮ่องกงปี ค.ศ. 1997 และครั้งที่ 4 ที่มะนิลา ฟิลิปปินส์ เมื่อ 22-26 พ.ย. 2541 และครั้งที่ 5 จะจัดที่เชียงใหม่ 12-16 ธันวาคม 2542 และจะเป็นครั้งสุดท้ายที่ร่วมกับ AGA คราวต่อไปจะตั้งชื่อใหม่ว่า "Asian Pacific Digestive Disease Week" โดยร่วมกับ Asian Pacific Endoscopy Society, Asian Pacific Digestive Surgery Society จะจัดทุกปีโดยเริ่มปี 2001 ที่ประเทศออสเตรเลีย โดยไม่มี APAGE ซึ่งเคยประชุมทุก 4 ปี และเนื่องจากปี 2002 จะมีการประชุม WCOG ที่กรุงเทพฯ จึงงดประชุม Asian Pacific Digestive Week ในปีนั้น ส่วนประเทศเจ้าภาพในปี ค.ศ. 2003 ยังไม่ได้ตกลง

ข. APAGE Council Meeting in Cheingmai 1999 จะมีประชุมข้อเสนอนะต่างๆ เพื่อเอาเข้าไปใน General Assembly in 2000 (ที่ฮ่องกง) ซึ่งมีหลายหัวข้อที่จะพิจารณา เช่น

- A New Constitution
- Profit share arrangements of regional meetings

- Entry of China in APAGE

- Other member countries in APAGE

จ. จะมีการเปลี่ยน Logo ใหม่ จะใช้ครั้งแรกในปี ค.ศ. 2001 ที่ประเทศออสเตรเลีย

น. Journal of Gastroenterology & Hepatology พยายามส่งเสริมให้เป็นการसारของประเทศในย่านนี้และสิ่งสำคัญอย่างยิ่งคือจะพิมพ์ Activities ต่างๆ ของ WCOG 2002

26.4 ในด้าน Social Action จัดงานก่อนวันเปิดประชุมหนึ่งวัน งานนี้เรียกว่า Fellowship Night เป็นงานคล้าย Farewell Party ประกอบด้วย Sit-down Diner, Shows การเต้นรำจังหวะต่างๆ, ดนตรีโซ่ผูกพรณพ่นเมืองร่วมด้วย การร่วมร้องเพลงนานาชาติ เช่นเพลงจีน, เพลงญี่ปุ่น, เพลงมาเลเซีย, เพลงไทยเป็นเพลงรางวัลออกกระทาง ผมนั้นไปร้องกับนักร้อง และ อาจารย์เต็มชัย และคุณกมลทิพย์ (ภรรยาผม) ไปรางวัลด้วย นอกจากนี้มีการโชว์วัดต้นร้างหระต่างๆ ทำให้งานสนุกสนานประทับใจมาก ทางฟิลิปปินส์โดย Dr. Sollano ได้ขึ้นมาทักกล่าวเพื่อต้อนรับประเทศไทยจะเป็นเจ้าภาพจัด 5th Asia Pacific Digestive Disease Week ระหว่างวันที่ 12-16 ธันวาคม 2542 ที่เชียงใหม่ ผมได้กล่าวแนะนำ President World Congresses of Gastroenterology ปี ค.ศ. 2002 ศาสตราจารย์นายแพทย์เต็มชัย ไชยวัฒน์ และผู้ก่อตั้งสมาคมฯ คือ ศาสตราจารย์นายแพทย์วิจิตร วิราญวัตต์ ซึ่งทั้งสองท่านได้ถูกขึ้นชั้นแนะนำตัว ส่วนผมกล่าววามวิวัฒนาการประเพณีที่สวนขางาน

งานช่างโซ่ว และเราจะเอาช่างไปปรับท่านผู้เข้าประชุมที่สนามบินเชียงใหม่ทำ
ให้ที่ประชุมพอใจอย่างยิ่ง

เนื่องจากนายแพทย์เสถียร เศชะไพฑูรย์ ได้รางวัล Young Investigator Award จึงขอลงประวัติดังนี้

นายแพทย์เสถียร เศชะไพฑูรย์ ได้รางวัล Young Investigators Award

ในการประชุม Alimentary Disease Week 1998 ระหว่างวันที่ 22-25 พฤศจิกายน 2541 ที่มีอภินันดา ประเทศฟิลิปปินส์ การประชุมนี้นี้ Oral presentations ที่ได้รับรางวัล 15 papers นอกนั้นอีก 150 papers เป็น Poster Sessions ประมาณ 50% หรือ 80 เรื่อง เป็นของฟิลิปปินส์ จากประเทศอื่นๆ อีก 80 เรื่อง มาตามลำดับ ดังนี้ สาธารรัฐประชาชนจีน, ญี่ปุ่น, อินเดีย, อินโดนีเซีย, มาเลเซีย, ใต้หวัน,ฮ่องกง, สิงคโปร์, สหรัฐอเมริกา และอื่นๆ อีก 1-3 ประเทศ ของไทยมี paper เดียวของ นายแพทย์เสถียร เศชะไพฑูรย์ ซึ่งจะนำลงใน Journal Gastroenterology and Hepatology 1999;14(3) เรื่อง Efficacy of High Dose Interferon Alpha Treatment of Cirrhotic Hepatitis B ส่วนรางวัล ประกอบด้วย

1. Certificate Young Investigator Award
2. ยกวันค่าลงทะเบียน (15,000 บาท)
3. จัดเลี้ยงรับรองไปเที่ยว 1 วัน

ประวัติของนายแพทย์เสถียร เทชะไพฑูรย์

นายแพทย์เสถียร เทชะไพฑูรย์ อายุ 48 ปี

ตำแหน่ง 1. นายแพทย์ระดับ 9 กลุ่มงานอายุรกรรม ร.พ. ราชวิถี

2. อาจารย์คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

สมรสกับ พญ. สุวิภา เทชะไพฑูรย์

บุตร-ธิดา 3 คน

งานอดิเรก 1. รังระยะ 10 + 21 กม.

2. วาดน้ำ

3. ตีกอล์ฟ

การศึกษา 1. ยุคศึกษา ในมหาวิทยาลัยมหิดล ตั้งแต่คณะวิทยาศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ รพ. รามาธิบดีจนจบแพทยศาสตร์

2. ไปศึกษาอบรมที่คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลจนจบเป็น

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาอายุรศาสตร์ระบบทางเดินอาหาร

3. ผ่านการฝึกอบรมเรื่อง Early Gastric Cancer Detection

และ Fiberoptic Endoscope Training จากประเทศญี่ปุ่น

การทำงาน 1. ศตจ.ลำปาง (ร.พ.อำเภอห้างฉัตร และ ร.พ.อำเภอแจ้ห่ม)

2. ร.พ.สมุทรปราการ

3. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

4. ร.พ.ราชวิถี สังกัดกรมการแพทย์จนถึงปัจจุบันนี้

5. อาจารย์คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

การประชุมต่างประเทศ

1. เคยไปรายงานผลงานวิจัยในการประชุม 4th Asian Pacific

Congress of Digestive Endoscopy and 7th Asian Pacific Congress of

Gastroenterology ณ ประเทศอินโดนีเซีย

2. 5th Biennial Scientific Meeting of The Asian Pacific

Association for The Study of The Liver ณ ประเทศสิงคโปร์

ผลงานตีพิมพ์ 12 เรื่อง

1. Hepatic Malignant Hemangioendothelioma with Cardiac

Tamponade : พฤษภาคม 2527 วารสาร จ.พ.ศ.ท.

2. Hepatitis-B Virus carriers: มกราคม 2528 วารสารกรมการแพทย์

3. Hepatitis-B Virus Infection in Hospital Personnel: an

Epidemiological Study: สิงหาคม 2529 วารสาร จ.พ.ศ.ท.

4. Gastroinestinochromoscopy : กรกฎาคม 2530 วารสารกรมการ

แพทย์

5. Cholerae: กันยายน 2527 วารสารกรมการแพทย์

6. Alleged toxicity of durian and alcohol : กันยายน 2516 Asian

Journal of Medicine

7. Primary carcinoma of the liver with hypoglycemia : กันยายน

2525 วารสารกรมการแพทย์

8. Cavemous sinus thrombophlebitis : สิงหาคม 2526 วารสาร
กรมการแพทย์

9. Diarrhea in adults in Samutprakarn Hospital: กรกฎาคม 2525
วารสารกรมการแพทย์

10. Outbreak of cholera epidemic in Samutprakarn Hospital:
สิงหาคม 2526 วารสารกรมการแพทย์

11. Helicobacter pylori in peptic ulcer diseases in Thais: สิงหาคม
2537 วารสาร รพ.ราชวิถี

12. การศึกษาผลของการใช้ยาปฏิชีวนะ 2 กลุ่มในการกำจัดเชื้อ
Helicobacter pylori วารสารโรงพยาบาลราชวิถี ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 เม.ย. 2538

บันทึกการประชุมของ OMGE และถาวรโวลเพื่อหาประเทศที่จะเป็นเจ้าภาพ

เพื่อเป็นประโยชน์แก่คณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯ และสมาชิก
สมาคมฯ ที่สนใจ จึงขอบันทึก การประชุมที่กรุงเทพมหานครเมื่อวันที่ 9 กันยายน
2541 ไว้พระราชนิพนธ์ ค.ศ. 2002 หรือ พ.ศ. 2545 ประเทศไทยโดยสมาคม
แพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทยจะเป็นเจ้าภาพจัดการประชุม
สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งโลกครั้งที่ 12 หรือ 12th World
Congress of Gastroenterology จะมีการจัดห้องประชุม General Assembly
ของ OMGE สำหรับสมาชิกสมาคมของประเทศต่างๆ ประมาณ 70-90
ประเทศ มีวาระต่างๆ รวมทั้งการลงคะแนนเลือกประเทศที่จะได้เป็นเจ้าภาพ
ของการประชุมในคราวต่อไปด้วย
ขั้นตอนต่างๆ มีดังนี้

1. ก่อนการประชุม 1-2 เดือน ทาง OMGE จะแจ้งมายังนายกสมา
คมฯ ของประเทศต่างๆที่เป็นสมาชิกให้ทราบว่าจะมีการโวลลงคะแนน ที่ห้อง
โวล เวลา และวันที่แน่นอนแก่ผู้มีสิทธิเข้าประชุม 2 ท่าน แต่ออกเสียงให้ได้
เสียงเดียว

OMGE คืออะไร? ใครเป็นประธาน?

OMGE ย่อจาก Organization Mondiale de Gastro-Enterologie
(World Organization of Gastroenterology) เป็นองค์กรที่ตั้งขึ้นมาเพื่อจัดการ
เรื่องต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการประชุม World Congresses of Gastroenterology

(WCOG) ซึ่งจัดขึ้นทุก 4 ปี หมุนเวียนประเทศต่างๆ เป็นเจ้าภาพ องค์กรนี้ประกอบด้วย

- ประธาน หรือนายกสมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งโลก คือ Professor Ian A. D. Bouchier ซึ่งอยู่มาครบ 2 สมัยหรือ 8 ปีปัจจุบัน Prof. Meinhard Classen ซึ่งเป็นเลขาธิการ ได้ขึ้นมาเป็น President คนใหม่อยู่ในวาระ 4 ปี

2. 2 วันก่อนลงคะแนนเสียง (มักจะเป็นวันจันทร์แรกของการประชุม WCOG) ทาง OMGE ก็จะแนะนำให้สมาคมฯ ของประเทศ ที่เสนอตัวเป็นเจ้าภาพได้มีการจัดเลี้ยงและการแสดงขึ้นในวันเดียวกัน

3. วันลงคะแนนเสียงอาจจะเป็น 2 วันภายหลังการเลี้ยง (มักจะเป็นวันพุธ) เป็นภาคบ่ายมีขั้นตอนดังนี้

3.1 มีการตรวจรายชื่อผู้สิทธิลงคะแนนเสียงของสมาคมฯ แต่ละประเทศและเข้าประชุมได้ประเทศละ 2 คนแต่มีสิทธิลงคะแนนเสียงได้ 1 เสียงเท่านั้น

3.2 เอกสารอื่นๆ ก็จะเป็น Agenda ของการประชุม ซึ่งตามแผนผังมีเบอร์ที่นั่นเฉพาะ, ใบลงคะแนน, เอกสารรายงานของแต่ละฝ่ายรวมทั้งรายชื่อสมาชิกสมาคมฯ

3.3 ประธานที่ประชุมคือ President ของ OMGE ที่กรุงเวียนนาคือ Prof. Ian A.D. Bouchier จาก Scotland กล่าวเปิดการประชุมจากนั้นเลขาธิการของสมาคมฯ Prof. Meinhard Classen และประธานของแต่ละฝ่ายกล่าวรายงานย่อๆ

3.4 ผู้แทนแต่ละสมาคมฯของประเทศที่เสนอตัวเป็นเจ้าภาพได้ยื่นพูดองจะมี Slides หรือ Video แสดงประมาณ 15 นาที หลังจากนั้นให้สมาชิกของแต่ละประเทศซักถามแล้วจึงลงคะแนนลับ และประกาศผลของการลงคะแนน

3.5 เมื่อเลิกการประชุมแต่ละประเทศก็แสดงความยินดีกับตัวแทนของประเทศที่ได้เป็นเจ้าภาพ คือ ศ.นพ.วิกิจ วิจารณ์วาศิต ที่ปรึกษา, ศ.นพ.สวัสดิ์ หิตะนันท์ ซึ่งเป็นนายกสมาคมฯ และตัวแทนของสมาคมฯ ในการลงคะแนนสำหรับประเทศไทย และศ.นพ.เติมชัย ไชยมุวัติ ประธาน Bidding เป็นผู้แสดงหรือพูดบนเวทีการประชุมครั้งนี้

คณะกรรมการของ World Congresses of Gastroenterology ปี 2545 ในประเทศไทยมีดังนี้

President 1. ประธาน ศ.นพ.เติมชัย ไชยมุวัติ, President, The 12th World

Congress of Gastroenterology

1. เลขานุการ, นายแพทย์กำธร เผ่าสวัสดิ์
2. เภรัชญูติก, นายแพทย์ประวิทย์ เลิศวิระศิริกุล
3. ประธานฝ่ายวิชาการ, พ.อ.นพ. อนุชิต จุฑะพุทธิ
4. ประธานฝ่ายต้อนรับ, รศ. พญ. วโรชา มหาชัย
5. กรรมการประกอบด้วย

ศ.นพ. วิกิจ วิจารณ์วาศิต
ศ.นพ. สวัสดิ์ หิตะนันท์

ร.ศ.นพ. ทิพนิจ กุลละวณิชย์
ศ.นพ. สีน อุนราชกูร์
ร.ศ.นพ.สถาพร มานัสสดีติชัย
คุณรัตนา ทร์พย์ประคิษฐ์ (ททท.)
คุณวารลักษ์ณ์ ศยามานนท์ (การนิคมไทย)
คุณประสาร ภิรัชบุรี (BITEC)
คุณอนุชาติ ชายูฉกรรจ์ (สมาคมส่งเสริมการประชุม
นานาชาติ TICCA)

จุฬาสารฉบับนี้เป็นของเดือนธันวาคม พ.ศ. 2541 และเป็นวารสารที่คณะกรรมการอำนวยการและคณะกรรมการต่างจาวาระปี 2540-2541 หมดวาระลง ผมขอถือโอกาสนี้กล่าวขอบคุณและสวัสดีปีใหม่อีกครั้งหนึ่งแก่ทุกท่านที่ได้เสียสละเวลาอันมีค่าเพื่อร่วมกันและสนับสนุนให้การดำเนินการต่างๆของสมาคม ฯ บรรลุจุดมุ่งหมายของทุกท่านที่ปรารถนาทุกประการ

ศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์สวัสดิ์ หิตะนันท์
นายกสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย
พ.ศ. 2540-2541

การประชุมวิชาการที่สำคัญ

1. การประชุมวิชาการของกลุ่มวิจัยโรคกระเพาะอาหาร “Thailand Consensus for the Management of Dyspepsia and Helicobacter pylori วันที่ 27 - 29 มกราคม 2542 ณ ศูนย์ฝึกอบรมนานาชาติ ทยพลาญชัย, จังหวัดเชียงใหม่
2. IBC's 5th Annual Conference on Hepatitis
January 25-26, 1999 ณ Don Cesar Beach Resort and Spa
St. Pete Beach, Florida. U.S.A. Register on-line
<http://www.ibcusa.com/conf/Hepatitis>
3. International Congress Biliopancreatic Cancer: From Gene to Cure
February 4-5, 1999, Academic Medical Center, The University of amsterdam
Contact Address: European Cancer Center P.O.Box 9236
1006 AE Amsterdam, the Netherlands
Phone: 3120 617 5429 Fax: 3120 617 5491
e-mail: ecc@euronet.nl
4. 3rd International Gastric Cancer Congress
April 27-30, 1999 Seoul, Korea
Congress Secretariat
Tel: 52-2 818-6676 Fax 82-2-837-0815
E-mail: igcc@nusi.net

5. AGA Digestive Disease Week. ที่เมือง Orlando, นลรัฐ Florida ระหว่างวันที่ 15-21 พฤษภาคม 2542

6. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นร่วมกับ International Gastro-Surgical Club Thai Chapter กลุ่มศิษย์แพทย์ทั่วไป ราชวิทยาลัย ศัลยแพทย์ แห่งประเทศไทยจะจัดการประชุม 2nd International Postgraduate Course ในหัวข้อเรื่อง New Frontier in Gastric and Pancreatic Diseases ณ อาคารเฉลิมพระบารมี 50 ปี ซอยสุขุมวิทชั้น ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ กรุงเทพฯ ในวันที่ 13-15 มกราคม 2542 ติดต่อได้ที่ นพ.นพดล วรอุไร กอง ศัลยกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ โทรศัพท 245-8155 โทรสาร 247-5389

7. 26th Panamerican Congress of Digestive Diseases, 30 August-2 September 1999, Vancouver, Canada.

8. 7th United European Gastroenterology Week, 13-18 November 1999 Rome, Italy.

9. International Conference in Gastroenterology, 23-25 July 1999 Awana Kijal, Terengganu, Malaysia.

10. Digestive Disease Week Thailand 1999 : The 5th Asia-Pacific AGA conference and the 43rd Annual Gastroenterological Association of Thailand Conference 12-16 ธันวาคม 2542 ที่เชียงใหม่ คาดว่าจะมีผู้มาประชุมทั้งในและต่างประเทศประมาณ 1,000 คน

โดยเข้าร่วมกันกับ

- American Gastroenterological Association
- Asian Pacific Association of Gastroenterology
- Asian Federation of Gastroenterology
- International Symposium on Viral Hepatitis
- Gastroenterological Association of Thailand
- AsiaHep Foun

ขอให้ช่วยส่ง papers เติมนำขึ้นนี้ๆ เพื่อศึกษาศึกษาของวงการแพทย์
ไทย ติดต่อได้ที่ Secretariat Office : The Digestive Disease Week 1999

Incentive Design Co., Ltd. 7th Floor, TRS Building, 21/7 Vibhavadee-Rangsit Road, Lardyao, Chaluachak, Bangkok 10900, Thailand

Tel 617-8113-4, 272-3924-7 Fax 272-3928 E-mail : idx@loxinfo.co.th

For further & update information, please refer to: <http://lox1/loxinfo.co.th/~idx/agathailand/>

รายงานการประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯ
ครั้งที่ 7/2541 ณ โรงแรมโซลทิวินทาวเวอร์, กรุงเทพฯ

เวลา 10.00-12.00 น. วันศุกร์ที่ 30 ตุลาคม 2541

รายงานผู้เข้าร่วมประชุม

1. นพ.สวัสดิ์ หิตะนันท์ นายกตสมาคมฯ
2. นพ.ประวิทย์ เลิศวีระศิริกุล อุปนายก
3. พ.อ.นพ.อนุชิต กุฑะพุทธิ เดชอธิการ
4. พญ.วีณา วงศ์พานิช เหมัญญิก
5. พ.อ.นพ.สุรพล ชันรัตน์กุล ปฏิคม
6. นพ.กำธร เผ่าสวัสดิ์ ประธานฝ่ายวิจัย
7. พญ.วโรชา มหาวชัย ประธานฝ่ายวิชาการ
8. นพ.เต็มชัย ไชยบุวัตติ์ ประธานฝ่ายโรคตับ
9. นพ.บัญญัติ โอวาทพารพร ประธานฝ่ายเอ็นโดไครน์
10. นพ.สถาพร มานัสสถิตย์ ประธานฝ่ายการศึกษา
หลังปริญญา
11. พญ.กรรณิการ์ พรพัฒน์กุล กรรมการกลาง
12. น.อ.นพ.ทศพร วิเศษรจนา ร.น. กรรมการกลาง
13. น.อ.นพ.บรรเจิดศักดิ์ อากาศบดินทร์ กรรมการกลาง
14. นพ.พงษ์พีระ สุวรรณกุล กรรมการกลาง
15. พ.ศ.อ.นพ.วราพันธ์ เสาวรส กรรมการกลาง

16. นพ.เกียรติพงษ์ ไกร อัครวงศ์ ที่ปรึกษา
17. นพ.จินดา สุวรรณรักษ์ ที่ปรึกษา
18. นพ.สมหมาย วิไลรัตน์ ที่ปรึกษา
19. นพ.สังพันธ์ อิศรเสนา ที่ปรึกษา
20. พล.อ.ต.นพ.สุจินต์ จารุจินดา ที่ปรึกษา

รายงานผู้ไม่สามารถเข้าร่วมประชุม

1. นพ.สิน อุนรายฤทธิ์ ประธานฝ่ายวารสาร
2. นพ.ไพโรจน์ เหลืองโรจนกุล ประธานฝ่ายวิเทศสัมพันธ์
3. นพ.จรินทร์ โรจน์บวรวิทยา กรรมการกลาง
4. พญ.ชุติมา ประมุขสินทรัพย์ กรรมการกลาง
5. นพ.ทองดี ชัยพานิช กรรมการกลาง
6. พญ.นฤมล ศรีสุชาพรรณ ฮาร์โกรพ กรรมการกลาง
7. นพ.พิศาล ไข่มเรียง กรรมการกลาง
8. นพ.มานิต ติโทชวลิต กรรมการกลาง
9. นพ.วิทยา วัฒนโมกาศ กรรมการกลาง
10. นพ.วิจิตร วีรานุกัตติ์ กรรมการกลาง
11. พญ.ศศิประภา บุญญพิสิฐ กรรมการกลาง
12. พ.อ.นพ.สุรพล สุรางค์ศรีรัฐ รองประธานฝ่าย
การศึกษาหลังปริญญา

13. นพ.พินิจ กุลละวณิชช์ ที่ปรึกษา
14. พต.ต.นพ.วิชัย ชัยประกาศา ที่ปรึกษา
15. นพ.สุชา จุระทอง ที่ปรึกษา

เปิดประชุมเวลา 10.05 น. นายแพทย์สวัสดิ์ ทิตะนันท์ เป็นประธานในพิธี

วาระที่ 1 เรื่องที่ประธานแจ้งให้ทราบ

1.1 Professor G.N.J. Tytgat จะเดินทางมาเป็นวิทยากรในการประชุมวิชาการประจำปี 2541 ของสมาคมฯ นั้น จะเดินทางมาถึงคอนเมืองในวันพฤหัสบดีที่ 19 พฤศจิกายน 2541 และหลังจากนั้นจะต่อเครื่องบินเพื่อนไปที่พิษณุโลก คาดว่าจะเดินทางไปถึงพิษณุโลกประมาณ 18.30 น.

1.2 นายแพทย์วิรัช เอกทักษิณ ชั้นชั้นที่จะเดินทางมาเป็นวิทยากรในการประชุมวิชาการประจำปี 2541 พร้อมด้วยภรรยา

วาระที่ 2 รับรองรายงานการประชุมครั้งที่ 6/2541

ที่ประชุมมีมติแก้ไขรายงานการประชุมดังนี้

ข้อ 3.2.4 แก้จาก คณะกรรมการของ Organizing Committee

แก้เป็น คณะกรรมการของ Organizing Committee

ข้อ 3.3.2 แก้จาก Familiarization Trip

แก้เป็น Familiarization Trip

ข้อ 3.4.1 แก้จาก จากการศึกษาการบินไทย ได้ขอขัมของสมาคมฯ เพื่อออกตัวเครื่องบิน

แก้เป็น จากการศึกษาการบินไทย ได้ขอขัมเงินของสมาคมฯ เพื่อออกตัวเครื่องบิน

ข้อ 3.4.2 แก้จาก Prof. Tytgat

แก้เป็น Prof. Tytgat

ข้อ 3.5 แก้จาก ในการเตรียมจัดประชุม GA ระหว่างวันที่ 12-16

ธันวาคม 2542

แก้เป็น ในการเตรียมจัดประชุมร่วมกับ AGA ระหว่างวันที่

12-16 ธันวาคม 2542

ข้อ 3.7 แก้จาก มินติให้นายแพทย์สุริยยะ จักกะพาก ให้เป็น

ประธานรักภักยาการไปก่อน

แก้เป็น มินติให้นายแพทย์สุริยยะ จักกะพาก ให้เป็นรักภักยาการ

ประธานไปก่อน

ข้อ 3.8 แก้จาก Postgraduate course

แก้เป็น Postgraduate course

ข้อ 4.1 แก้จาก ที่ประชุมเสนอให้โต้วคำ 3 คน และมอบหมายให้

เลขาธิการ AGA เป็นผู้พิจารณาเสนอชื่อไป

แก้เป็น ที่ประชุมเสนอให้โต้วคำ 3 คน และมอบหมายให้

เลขาธิการการประชุมร่วม AGA เป็นผู้พิจารณา

เสนอชื่อไป และที่ประชุมมีมติให้นายแพทย์วิกิจ

วีรานูวัตต์ ไปประชุม The Asia Pacific Association

of Gastroenterology (APAGE) ที่มะนิลา ประเทศ

ฟิลิปโปนส์ ในฐานะ council member รวมทั้งนายก
สมาคมฯด้วย

ข้อ 4.3.3 แก๊งจาก มีผู้สมัครสมาชิกสมาคมฯใหม่ จำนวน 2 ท่านคือ

นายแพทย์อลงกรณ์ เจริญพันธ์ และนายแพทย์
มิ่งเมือง วรวัฒนะกุล

แก๊งเป็น มีผู้สมัครสมาชิกสมาคมฯใหม่ จำนวน 2 ท่านคือ
นายแพทย์อลงกรณ์ เจริญพันธ์ และนายแพทย์
มิ่งเมือง วรวัฒนะกุล

ที่ประชุมมีมติรับรองเป็นสมาชิกใหม่ทั้ง 2 ท่าน

หลังจากแก้ไขรายงานการประชุมแล้ว ที่ประชุมมีมติรับรองรายงาน

การประชุมครั้งที่ 6/2541

วาระที่ 8 เรื่องสืบเนื่องและการดำเนินงานฝ่ายต่างๆ

3.1 พันเอกนายแพทย์สุรพล ชื่นรัตนกุล ประธานฝ่ายปฏิคม ได้
แจ้งให้ที่ประชุมทราบเกี่ยวกับความคืบหน้าในการเตรียมจัดประชุมวิชาการ
ประจำปี 2541 ดังนี้

3.1.1 ได้เดินทางพร้อมด้วยนายแพทย์สวัสดิ์ หิตะนันท์
และพันเอกนายแพทย์อนุชิต จุฑะพุทธิ ไปดูสถานที่
จัดการประชุมวิชาการประจำปี 2541 ที่จังหวัด
พิษณุโลกซึ่งครั้งแรกได้กำหนดที่จะจัดงาน Dinner
Reception ในคืนวันพฤหัสบดีที่ 19 พฤศจิกายน

2541 แต่เนื่องในวันพฤหัสบดีจะมีผู้เข้าร่วมประชุม
จำนวนมาก จึงเปลี่ยนการจัดงาน Dinner Reception
ดังกล่าว เป็นพาไปชม Light and Sound ที่อุทยาน
ประวัติศาสตร์สุโขทัย แทน

3.1.2 ในคืนวันพุธที่ 18 พฤศจิกายน 2541 จะมีละคร
กรรมการอำนวยความสะดวกเดินทางไปจำนวนมาก
ดังนั้นในคืนวันดังกล่าวสมาคมฯจะจัดให้มีการเลี้ยง
ขอบคุณบริษัทยาที่ได้สนับสนุนกิจกรรมของสมา
คมฯตลอด 2 ปีที่ผ่านมา โดยเลี้ยงที่ห้องอาหารกัก
มั่ง และขอเรียนเชิญคณะกรรมการอำนวยความสะดวก
คนๆทุกท่านร่วมงานเลี้ยงในคืนวันดังกล่าวด้วย

3.1.3 จากกรรณการเปลี่ยนแปลงโปรแกรมดังกล่าว อาจจะทำ
ให้โปรแกรมการประชุมต้องเปลี่ยนแปลงไปด้วย

ที่ประชุมมีการอภิปรายกันอย่างกว้างและเสนอแนะให้
ช่วงเวลาของ Coffee break นั้น ควรนำไปเล่นที่ห้องประชุม, ช่วง
เวลาเสนอ free paper ควรแยกออกเป็น 2 ห้อง และให้แพทย์หญิง
วโรชา มหัทธัย พิจารณาแก้ไขเปลี่ยนแปลงโปรแกรมการประชุม
ตามความเหมาะสม

3.2 นายแพทย์ประวิทย์ เลิศวีระศิริกุล ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้
3.2.1 จากกรรณการที่ ได้รับมอบหมายจากที่ประชุมให้ เป็น
ประธานในการเขียนปรับปรุงคู่มือการประชุมเป็นการ

สูญเสียสมรรถภาพระบบทางเดินอาหาร โดยได้รับงบประมาณจำนวน 50,000 บาทจากกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม นั้น ขณะนี้กำลังดำเนินการเขียนอย่างเร่งด่วน และไม่ทราบว่าทางற்றுถูกสมาคมฯ ได้รับเงินจำนวนดังกล่าวแล้วหรือยัง ถ้ารับมาแล้ว จะได้ทำการเบิกเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายต่อไป

แพทย์หญิงวิภา วงศ์พานิช ற்றுถูก ได้แจ้งว่าได้รับเงินจำนวน 50,000 บาท เรียบร้อย แล้ว และจะทำการจ่ายให้ นายแพทย์ประวิทย์ เลิศวิระศิริกุล ต่อไป

3.2.1 จากการที่การบินไทยได้ขอขมเงินของสมาคมฯ เพื่อออกตั๋วเครื่องบินให้แก่สมาชิกสมาคมแพทย์ทางเดินอาหารประเทศอาร์เจนตินาไปก่อน จำนวน 3 แแสนกว่าบาท นั้น ขณะนี้การบินไทยได้จ่ายเงินจำนวนดังกล่าวแล้ว และได้ส่งมอบเช็คให้แก่ற்றுถูกของสมาคมฯ เรียบร้อยแล้ว

3.2.2 ขอเสนอที่ประชุมเพื่อขอเปิดบัญชีเงินฝากในบัญชีของ AGA และบัญชีของ World Congresses of Gastroenterology

ที่ประชุมมีมติอนุมัติให้เปิดบัญชีสำหรับเงินฝากของ AGA ژیร้อยัญชิ DDW Thailand 1999 และ World Congresses of Gastroenterology ژیร้อยัญชิ WCOG 2002

3.3 พันเอกนายแพทย์อนุชิต จูชะพุทธิ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

3.3.1 ขณะนี้มีผู้ลงทะเบียนการประชุมวิชาการประจำปี 2541 จำนวน 80 ท่าน ไม่รวมคณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯ และวิทยากรรับเชิญอีก 40 ท่าน

3.3.2 สำหรับ Honorarium ของ Professor G.N.J. Tytgat นั้น สมาคมฯ ควรจะให้เท่าไร

ที่ประชุมได้มีมติให้จ่าย Honorarium แก่ Professor G.N.J. Tytgat จำนวน 500 US\$ และนายแพทย์เกียรติกร อัครวงศ์ เสมอแนะสำหรับในอนาคคนั้นสมาคมฯ ควรมีมาตรฐานและหลักเกณฑ์การพิจารณาให้ Honorarium แก่ Guest Speaker

3.4 นายแพทย์บัญญัติ โอวาทพพร ประธานฝ่ายเอ็นโคสโตปีได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบเกี่ยวกับความคืบหน้าในการออกใบ Certificate ของแพทย์ที่ทำ GI Endoscopy (เอกสารประกอบการประชุมหมายเลข 1)

ที่ประชุมได้มีมติการยกย่องอย่างกว้างขวาง และมีมติให้นายแพทย์บัญญัติ โอวาทพพร ไปดำเนินการจัดตั้งกลุ่มหรือคณะกรรมการเพื่อพิจารณาถึงความจำเป็นไปในการดำเนินการออกใบ Certificate

3.5 นายแพทย์สถาวร มานัสสถิตย์ ประธานฝ่ายการศึกษาได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าได้รับจดหมายจากแพทย์เอกชนท่านหนึ่งเพื่อขอสอบใบอนุมัติบัตรจากสมาคมฯ โดยแพทย์ท่านนี้ได้ส่งใบอบรบต่างๆ มามากมาย ดังนั้นจึงจะขอความเห็นจากที่ประชุมเพื่อเป็นแนวทางและวางกฎเกณฑ์ในการขอสอบใบอนุมัติบัตรต่อไป

ที่ประชุมเสนอให้นายแพทย์สาพร มานัสสฤษดิ์ ไปดำเนินการตั้งคณะกรรมการดำเนินการพิจารณาและร่างกฎหมายเพื่อนำเสนอในการประชุมครั้งต่อไป

3.6 นายแพทย์กำธร เผ่าสวัสดิ์ ประธานฝ่ายวิจัย ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

3.6.1 ขณะนี้ผลงานของ GI Fellow ปี 2 ที่ส่งมาน้อยมาก

3.6.2 ผลงานของ GI Fellow ปี 2 ที่จะเสนอในการประชุมวิชาการประจำปี 2541 นั้น จะมีรางวัลสำหรับรางวัลเสนอผลงานดีเด่นจำนวน 3 รางวัล และสมาคมฯจะจัดหาทุน จำนวน 2 ทุนจากบริษัทฯ ส่งผู้ที่ได้รับรางวัลดีเด่นไปร่วมประชุม AGA 1999 ที่สหรัฐอเมริกา ในเดือนพฤษภาคม 2542

3.6.3 ผลงานของ GI Fellow ปี 1 นั้น จะพิจารณาให้ทุนในเดือนธันวาคมหรือเดือนมกราคม เนื่องจาก Fellow ยังส่งผลงานไม่ทัน

3.7 พันเอกนายแพทย์อนุชิต จุฑะพุทธิ เลขาธิการสมาคมฯ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบถึงการที่ได้รับมอบหมายจากที่ประชุมให้ไปหาจำนวนผู้เข้าร่วมประชุมลงคะแนนเสียงเลือกตั้งนายกสมาคมฯควรมีจำนวนเท่าใดจึงจะถือว่าครบองค์ประชุม โดยพิจารณาจากการเลือกตั้ง 3 สมัยที่ผ่านมา และไม่สามารถหาตัวเลขสรุปได้

ที่ประชุมได้พิจารณาตัวเลขที่พันเอกนายแพทย์อนุชิต จุฑะพุทธิ เสนอนั้น ว่าคงยังไม่มีความชัดเจนกับแน่นอน

วาระที่ 4 เรื่องอื่นๆ

4.1 นายแพทย์สวัสดิ์ ทิศะนันท์ นายกสมาคมฯได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบเกี่ยวกับกาได้รับจดหมายจากกลุ่มวิจัยโรคกระเพาะอาหาร ซึ่งจะจัดการประชุม Thailand Consensus for the Management of Dyspepsia and Helicobacter pylori ในวันที่ 27-29 มกราคม 2542 โดยเชิญผู้เข้าร่วมประชุมในครั้งนี้อย่างน้อย 70 ท่าน

4.2 นายแพทย์กรีขงไกร อัครวงศ์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบเกี่ยวกับ การที่จะมีการพิจารณาระเบียบสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย ว่าด้วยการเก็บรักษาและใช้จ่ายเงินของสมาคมฯ ในการประชุมใหญ่สามัญประจำปี 2541 วันพฤหัสบดีที่ 19 พฤศจิกายน 2541 ณ จังหวัดพิษณุโลก จึงจะเพิ่มมติส่วนต่อเนื่องจากข้อ 23 เพิ่มเป็นข้อ 24 และ เปลี่ยนจากข้อ 24 เป็น 25 ตามลำดับ (เอกสารประกอบการประชุม หมายเลข 2/2541)

ที่ประชุมให้นำข้อที่เพิ่มเติมเสนอในที่ประชุมใหญ่สามัญประจำปี 2541 นี้ด้วย

4.3 พันเอกนายแพทย์อนุชิต จุฑะพุทธิ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

4.3.1 มีผู้สมัครสมาชิกสมาคมฯใหม่ จำนวน 8 ท่านคือ พญ.เกตุสุตา สุวรรณเทศ, พญ.พิทยา ตัณฑุจิตตานนท์, นพ.ชินคันย์ เชาวศิริกุล,

นพ.นฤพนธ์ วุฒิเดชะกำจร, นพ.ยืนยง เจริญวิริชัยกูร, นพ.ยศพร โสภณ ธนะศิริ, นพ.รังสรรค์ วิสุร, นพ.สมภพ เปล่งขำ

ที่ประชุมมีมติรับรองสมาชิกใหม่ทั้ง 8 ท่าน

4.3.2 ประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯ
ครั้งต่อไปวันศุกร์ที่ 25 ธันวาคม 2541

ปีประชุมเวลา 12.25 น.
พ.อ.นพ.อนุชิต กุชะพური
เลขาธิการสมาคมฯ
บันทึกการประชุม

รายงานการประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯ

ครั้งที่ 8/2541 ณ ห้องกลมสุต, โรงแรมสยามซิตี้, กรุงเทพมหานคร

เวลา 09.30-11.30 น. วันศุกร์ที่ 25 ธันวาคม 2541

ชื่อนามผู้เข้าร่วมประชุม

- | | | |
|------------------|-----------------|----------------------------|
| 1. นพ.สวัสดิ์ | หิตะนันท์ | นายกสมาคมฯ |
| 2. นพ.ประวิทย์ | เลิศวีระศิริกุล | อุปนายก |
| 3. พ.อ.นพ.อนุชิต | กุชะพური | เลขาธิการ |
| 4. พญ.วีณา | วงศ์พานิช | เหรียญก |
| 5. พ.อ.นพ.สุรพล | ชั้นรัตน์กุล | ปลัด |
| 6. นพ.กำธร | เผ่าสวัสดิ์ | ประธานฝ่ายวิจัย |
| 7. พญ.วโรชา | มหาชัย | ประธานฝ่ายวิชาการ |
| 8. นพ.สถาพร | มานัสดีติย์ | ประธานฝ่ายการศึกษา |
| 9. นพ.ไพโรจน์ | เหลือองโรจนกุล | หลังปริญญา |
| 10. พญ.กรรณิการ์ | พรพัฒน์กุล | ประธานฝ่ายจิตสังคมสัมพันธ์ |
| 11. พญ.ชุติมา | ประมูลสินทรัพย์ | กรรมการกลาง |
| 12. น.อ.นพ.ทศพร | วิเศษรจนาร.ม. | กรรมการกลาง |
| 13. นพ.ทองดี | ชัยพานิช | กรรมการกลาง |
| 14. นพ.พงษ์พีระ | สุวรรณกุล | กรรมการกลาง |
| 15. นพ.มานิต | ดีโทชวลิต | กรรมการกลาง |

16. พ.ศ.อ.นพ.วรินทร์ เสาวรส กรรมการกลาง
17. นพ.วิกิจ ธีรานุวัตต์ กรรมการกลาง
18. พญ.ศศิประภา บุญญพิสิฏฐ์ กรรมการกลาง
19. นพ.เกรียงไกร อัครวงศ์ ที่ปรึกษา
20. พล.ต.นพ.วิชัย ชัยประภา ที่ปรึกษา
21. นพ.สมหมาย วิไลรัตน์ ที่ปรึกษา
22. พล.อ.ต.นพ.สุจินต์ จารุจินดา ที่ปรึกษา
23. นพ.ศตวรรษ ทองสวัสดิ์

รายการผู้ไม่สามารถเข้าร่วมประชุม

1. นพ.เคิมชัย ไชยหนูดี ประธานฝ่ายโรคตับ
2. นพ.บัญญัติ โอวาทพารพร ประธานฝ่ายเอ็นโคโนสโตปีย์
3. นพ.สิน อุนรายณ์ ประธานฝ่ายวารสาร
4. นพ.จรินทร์ โรจน์บรรวิทย์ กรรมการกลาง
5. พญ.นฤมล ศรีสุชาพรรณ ฮาร์โกรพ กรรมการกลาง
6. น.อ.นพ.มรรเจิดศักดิ์ อากาศาศิ กรรมการกลาง
7. นพ.พิศาล ไพบรียง กรรมการกลาง
8. นพ.วิฑูยา วัฒนโกวิท กรรมการกลาง
9. พ.อ.นพ.สุรพล สุรางค์ศรีรัฐ กรรมการกลางและ
รองประธานฝ่ายการศึกษา
หลังปริญญา

10. นพ.จินดา สุวรรณรักษ์ ที่ปรึกษา
11. นพ.พินิจ กุลละวณิชย์ ที่ปรึกษา
12. นพ.ศักดิ์พันธ์ อิศรเสนา ที่ปรึกษา
13. นพ.สุชา สุระทอง ที่ปรึกษา

เปิดประชุมเวลา 10.05 น. นายแพทย์สวัสดิ์ หิตะนันท์

เป็นประธานในที่ประชุม

วาระที่ 1 เรื่องที่ประธานแจ้งให้ทราบ

- 1.1 ขอขอบคุณคณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯทุกท่านที่ได้ร่วมใจ
ในการดำเนินงานให้สมาคมฯจนประสบความสำเร็จ
 - 1.2 การประชุมวิชาการประจำปี 2541 เมื่อวันที่ 19-20 พฤศจิกายน
2541 ที่จังหวัดพิษณุโลก นั้นประสบความสำเร็จ และขอขอบคุณ
นายแพทย์ไพฑูรณา ศตวรรษรัง ที่ได้ช่วยประสานงานระหว่าง
Professor G.N.J. Tytgat กับสมาคมฯ และทางสมาคมฯได้จ่าย
เงินค่า Honorarium แก่ Professor G.N.J. Tytgat จำนวน 500 US\$
 - 1.3 จาการที่ได้เชิญนพ.วิชัย เอกทักษิณ มาร่วมเป็นวิทยากรรับเชิญ
ในการประชุมวิชาการประจำปี 2541 เมื่อวันที่ 19-20 พฤศจิกายน
2541 ที่จังหวัดพิษณุโลก นั้น ทางสมาคมฯได้จ่ายค่า Honorarium
ให้แก่ นพ.วิชัย เอกทักษิณ จำนวน 18,000 บาท
- วาระที่ 2 รับรองรายงานการประชุมครั้งที่ 7/2541**
- ที่ประชุมมีมติแก้ไขรายงานการประชุมดังนี้**

หน้า 5 บรรทัดที่ 2 แก่จาก พฤษภาคม แต่เป็น พฤษภาคม

หลังจากแก้ไขรายงานการประชุมแล้ว ที่ประชุมมีมติรับรองรายงานการประชุมครั้งที่ 7/2541

วาระที่ 3 เรื่องสืบเนื่องและการดำเนินงานฝ่ายต่างๆ

3.1 นายแพทย์ภัทร เผ่าสวัสดิ์ ประธานฝ่ายวิจัย ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

3.1.1 ในวันที่ 7-8 มกราคม 2542 จะจัดให้มีการอบรมการวิจัยให้แก่ GI Fellow ปีที่ 1 ที่ รพ.วิชัยยุทธ โดยวันที่ 7 มกราคม 2542 จะเป็นทฤษฎี และในวันที่ 8 มกราคม 2542 จะให้ GI Fellow ปีที่ 1 ซึ่งมีจำนวน 17 คน นำผลงานมาเสนอเพื่อจะได้แก้ไข และจะใช้เวลา 1 เดือน เพื่อส่งกลับมาพิจารณาขอทุนอีกครั้ง อีกหนึ่ง

3.1.2 ได้ขอรับการสนับสนุนจากบริษัทยาเพื่อนำมาเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับจัดการอบรม ระหว่างวันที่ 7-8 มกราคม 2542 ซึ่งขณะนี้ได้รับการสนับสนุนจากบริษัท ทาเคคา จำกัด จำนวน 20,000 บาท

3.1.3 จากการศึกษาการสอบ GI Fellow ปีที่ 2 ประมาณเดือนพฤษภาคม 2542 นั้น GI Fellow ปีที่ 2 บางท่านยังไม่ได้ส่งผลงานความคืบหน้ามายังฝ่ายวิจัย

3.1.4 จากเดิมที่นายแพทย์สวัสดิ์ หิศะนันท์ ได้ขอรับการ

สนับสนุนจากบริษัทยา เพื่อส่ง GI Fellow ที่ขณะการศึกษาจะแสดงผลงานวิจัยในการประชุมวิชาการประจำปี 2541 ไปร่วมประชุม AGA 1999 ที่สหรัฐอเมริกา ในเดือนพฤษภาคม 2542 จำนวน 2 ทุนๆ ละ 100,000 บาท นั้น ขณะนี้ปีงบประมาณ 1 ทุน คืบหน้ายังขาดอีก 1 ทุน จึงขอความเห็นจากคณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯว่าจะดำเนินการอย่างไร

ที่ประชุมเสนอแนะให้พยายามหาทุนก่อนและมีมติให้สมาคมฯจ่ายให้ 1 ทุน กรณีที่เงินสามารถหาทุนได้ แต่ไม่เกิน 100,000 บาท หรือตามที่ยอมรับ

3.1.5 เดิมพยายามให้ GI Fellow ที่จบการ training ไปแล้ว ให้มีการตีพิมพ์ผลงานวิจัยที่เสร็จไปแล้ว ขณะนี้ยังไม่เห็นผลงานจาก GI Fellow ท่านใดเลย และได้ให้พยายามบอก ผู้ที่รับทุนไปจากสมาคมฯให้พยายามเขียนผลงานของตนเองให้จบด้วย จึงขอความคิดเห็นจากกรรมการอำนวยการสมาคมฯจะดำเนินการต่อไปอย่างไร

ที่ประชุมมีเสนอให้คณะกรรมการฝ่ายวิจัยพิจารณาว่าจะคัดเลือกนักศึกษายังไง ในกรณีที่ paper ของ GI Fellow ที่จบไปแล้วได้รับการตีพิมพ์ จะให้รางวัล

คော် และ Young staff ที่มีผลงานเสนอในที่ประชุมต่าง
ประเภท จะมีการส่งเสริมอย่างไร หาก Young staff ไม่มีเงิน
สนับสนุน

3.2 นายแพทย์ศัลยาพร มานัสสถิตย์ ประธานการศึกษาหลังปริญญา
แจ้งว่าที่ผ่านมายังไม่มีการ revise ข้อสอบใหม่ และจะต้องส่งข้อสอบให้กับ
ทางราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย และในที่ประชุมคณะกรรมการ
ฝ่ายการศึกษาหลังปริญญาเสนอให้มีการจัดพิจารณาข้อสอบทุกๆ 2 เดือน โดย
อาจจะพิจารณาข้อสอบที่ต่างจังหวัด และต้องขอฝากไว้กับประธานฝ่ายการศึกษา
หลังปริญญาท่านใหม่

3.3 พันเอกนายแพทย์อนุชิต อุจะพุทธิ เลขธิการ ได้แจ้งให้ที่ประชุม
ทราบดังนี้

3.3.1 ได้รับเชิญจากมูลนิธิชีวชีวะราชวิทยาลัย ซึ่งดูแลอาศาร
เฉลิมพระบรมมี ๕๐ ปี เข้าร่วมประชุมปรึกษาหารือ
กับราชวิทยาลัยและสมาคมฯอื่น เมื่อวันที่อาทิตย์ที่ 29
พฤศจิกายน 2541 เกี่ยวกับการขอปรับราคาดูแลทำ
ความสะอาดภายในสำนักงาน สำหรับพื้นที่สำนัก
งานที่ยังไม่ย้ายเข้ามาอยู่ในอาคารตารางนครละ 5
บาท โดยทำความสะอาดให้เดือนละ 1 ครั้ง แต่ถ้าใช้
พื้นที่จะคิดค่าทำความสะอาด 2,400 บาท บาทต่อ
เดือน จะเริ่มจัดเก็บตั้งแต่เดือนธันวาคม 2541
เป็นต้นไป และในฐานะสมาคมฯ มีพื้นที่ใช้สอยที่

ชั้น 7 จำนวน 190 ตารางเมตร คั้งนั้นสมาคมฯจะ
ต้องบริจาคให้กับมูลนิธิดังกล่าวเดือนละ 950 บาท
3.3.2 ทางมูลนิธิชีวชีวะราชวิทยาลัย ได้ขอเชิญชวนให้เจ้าของ
พื้นที่อาคาร จัดประชุมสัมมนา ณ อาคารเฉลิมพระ
บรมมี ๕๐ ปี เพื่อให้มูลนิธิฯมีรายได้มาใช้หนี้ที่มีอยู่
ด้วย ซึ่งทางมูลนิธิชีวชีวะราชวิทยาลัยได้มีการติดต่อ
ประสานงานในเรื่องของอาหารกับทางโรงแรม
ตะวันออกมาตา ในส่วนพื้นที่ของสมาคมฯนั้น นำ
จะคัดแปลงตกแต่งและใช้เป็นห้องประชุมคณะ
กรรมการอำนวยการสมาคมฯได้

**ที่ประชุมพิจารณาเห็นว่าได้มีการสรุปเรื่องนั้นมาแล้ว
ครั้งหนึ่ง และเห็นว่ายังมีปัญหาเรื่องการเดินทาง และราคาค่า
รถแท็กซี่เป็นห้องประชุมนั้นค่อนข้างแพง ดังนั้นจึงขอให้
โรงแรมโรดทิววัน ทาวเวอร์ ไปก่อน**

3.3.3 ได้เดินทางไปประชุม International Gastro-Surgical
Club (IGSC) เมื่อวันที่ 10-11 ธันวาคม 2541 ณ เมือง
เอเธนส์ ประเทศกรีซ และจะมีการประชุม IGSC ที่
ประเทศไทย ในวันที่ 14-15 มกราคม 2542 ณ
อาคารเฉลิมพระบรมมี ๕๐ ปี จึงขอเชิญชวน
กรรมการสมาคมฯ และสนับสนุนให้ GI Fellow ใน

สถาบันของท่านที่มีความสนใจเข้าร่วมการประชุม
ในครั้งนี้ด้วย

3.4 นายแพทย์สตาฟร มานัสสถิตย์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบ
เกี่ยวกับ การได้เดินทางไปประชุม AGA ที่ฟิลิปปินส์ เมื่อวันที่ 22-25 พฤศจิกายน
2541 นั้น มีผู้เข้าร่วมประชุมครั้งนี้ไม่มากเท่าที่ควร ดังนั้นคาดว่าในการประชุม
AGA ที่เชียงใหม่ จำนวนผู้เข้าร่วมประชุมคงจะไม่มากนัก รวมทั้งผู้
สนับสนุนก็คงจะน้อย ส่วนรายละเอียดของ sponsorship นั้น ได้มอบหมาย
ให้นายแพทย์จรัสมิตร โรจน์บัววิทยา ดำเนินการพิจารณาแก้ไขต่อไป

3.5 พันเอกนายแพทย์สุรพล ชันรัตนกุล ประธานฝ่ายปฎิคม ได้แจ้ง
ให้ที่ประชุมทราบเกี่ยวกับผลการประชุมวิชาการประจำปี 2541 เมื่อวันที่ 19-
20 พฤศจิกายน 2541 ที่จังหวัดพิษณุโลก ดังนี้

3.5.1 อากการประชุมนครั้งนี้ มีรายงานมากกว่าร้อยละ
เอกสารประกอบการประชุมหมายเลข 1/2541

3.5.2 รายได้จากการจัดประชุมครั้งนี้จำนวนลดลงเนื่องจาก
จากปัญหาภาวะเศรษฐกิจ

3.5.2 มีปัญหาเรื่องห้องพักรวมที่โรงแรมรัตนโกสินทร์ และ
ทางโรงแรมได้ส่งจดหมายมาขอโทษต่อนายอ
สมาคมฯ

ที่ประชุมเสนอคณะกรรมการตั้งงบประมาณรายรับ-รายจ่าย

สำหรับเตรียมการจัดประชุมปีล่วงหน้า

3.6 นายแพทย์กัศกร เผ่าสวรรค์ แจ้งให้ที่ประชุมทราบเกี่ยวกับความ
คืบหน้าในการเตรียมจัดประชุม World Congresses of Gastroenterology 2002
ดังนี้

3.6.1 นายแพทย์เต็มชัย یشยบุญวัต ได้เดินทางไปประชุม
Business Meeting ของ OMGE ที่นิวยอร์ก

3.6.2 จะพยายามประชาสัมพันธ์ในต่างประเทศให้มากขึ้น
โดยจะพิจารณาให้มีการออกบูธในการประชุมวิชาการ
ประจำปีของสมาคมโรคระบบทางเดินอาหาร
ของประเทศญี่ปุ่น และของประเทศจีน ซึ่งเป็นกลุ่ม
ประเทศที่คาดว่าจะมาร่วมประชุมได้มาก

3.6.3 กำลังดำเนินการติดต่อกับทาง ททท.และการบินไทย
เพื่อทำแผนรับความช่วยเหลือในการประชาสัมพันธ์
และจัดการประชุม

3.6.4 ในส่วนของวันประชุมครั้งนี้ไม่ได้กำหนด
วาระที่ 4 เร็วเกินไป

4.1 นายแพทย์สวัสดิ์ศัล ฑิตะนันท์ นายกสมาคมฯ ได้แจ้งให้ที่ประชุม
ทราบดังนี้

4.1.1 อากการที่ได้เดินทางไปร่วมประชุม AGA เมื่อวันที่
22-25 พฤศจิกายน 2541 ที่ฟิลิปปินส์ นั้น ในการ
ประชุมดังกล่าวได้มีการประกวดผลงาน Young
Investigators Award และมีผลงานของไทยเพียง

paper เดียวคือของนายแพทย์เสถียร เตชะไพฑูริย์ จากโรงพยาบาลราชวิถี ที่ได้รับรางวัลดังกล่าวด้วย

4.1.2 ได้รับจดหมายจากราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ช่วยให้พิจารณาตำแหน่งคณบดีรักษาพยาบาล ซึ่งส่วนใหญ่แล้วเป็นเรื่องของการทำ Scope และของทราบภายในวันที่ 30 มกราคม 2542 ที่ประชุมเสนอให้นายกสมาคมฯคนใหม่ช่วยพิจารณาและดำเนินการต่อไป

4.2 นายแพทย์วิฑูริย์ วิจารณ์วัตติ์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบเกี่ยวกับภารกิจที่ได้รับหมายเชิญจากประเทศญี่ปุ่น ให้ไปร่วมการประชุมครบ 100 ปี ของสมาคมโรคทางเดินอาหารของประเทศญี่ปุ่น ระหว่างวันที่ 26-31 ตุลาคม 2541 และได้รับการอนุมัติการเดินทางไปร่วมประชุมจากสมาคมฯนั้น ได้สรุปการไปร่วมประชุมดังกล่าวลงในหนังสือสารสมาคมฯฉบับที่ 27 เดือนตุลาคม 2541

4.3 พันเอกนายแพทย์อนุชิต อุชะพุทธิ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

4.3.1 ในนามของคณะกรรมการอำนาจการสมาคมฯขอแสดงความยินดีต่อนายแพทย์สวัสดิ์ หิตะนันท์ นายกสมาคมฯที่ได้รับเลือกจากมูลนิธิเพื่อสังคมไทย ให้เป็นบุคคลตัวอย่างประจำปี 2541 สาขานักวิชาการระบบทางเดินอาหาร

4.3.2 ช่วงเวลา 12.00 น.จะมีการมอบโล่ให้แก่ผู้ช่วยเหลือในการ Bidding World Congresses of Gastroenterology 2002 จำนวน 5 ท่าน ดังนี้

4.3.2.1 คุณวรลักษณ์ ศยามานนท์ จากการบินไทย

4.3.2.2 คุณชายชวลี วรรณพฤกษ์ จาก ททท.

4.3.2.3 คุณสุชาดา ชูบุญณ์ จาก TICA

4.3.2.4 คุณสรศักดิ์ งามพิชัยชู ประธานคณะกรรมการบริการสภาผู้แทนราษฎร ฝ่ายกิจการการท่องเที่ยว

4.3.2.5 ดร.พิจิตร รัตนกุล ผู้ว่าการการกรุงเทพฯ

4.3.3 มีผู้สมัครสมาชิกสมาคมฯใหม่ จำนวน 2 ท่านคือ

นพ.สมเกียรติ สรรพวิรวงศ์ และ นพ.พิเศษ พิเศษพวงษา

ที่ประชุมมีมติรับรองสมาชิกใหม่ทั้ง 2 ท่าน

ปิดประชุมเวลา 12.25 น.
พ.อ.นพ.อนุชิต อุชะพุทธิ
เลขานุการสมาคมฯ
บันทึกการประชุม

Interhospital GI Conference

นพ. สุพงษ์ ตันติพานิชศิริระกุล
แผนกทางเดินอาหาร, รพ.ราชวิถี

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 52 ปี กทม.

CC: ท้องโตขึ้น 2 เดือน PTA

PI: 3 เดือน PTA ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด Cholecystectomy เนื่องจากตรวจพบว่ามี gall stone ผลการผ่าตัดพบว่ามี chronic cholecystitis และ Liver cirrhosis (จากการทำ Liver biopsy)

2 เดือน PTA ผู้ป่วยเริ่มมีอาการแน่นท้อง ท้องโตขึ้นเรื่อยๆ ไม่มีน้ำหนัก
นอกรายได้ ไม่เหนื่อยหอบ ไม่มีบวม มีสภาวะปกติ เมื่ออาหาร ไม่มี Weight loss แต่ผอมลง

1 เดือน PTA ผู้ป่วย Admitted และตรวจน้ำในท้อง แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น Cirrhosis with ascites ผู้ป่วยได้รับการรักษา Lasix(40 mg) 1 tab OD Aldactone (100 mg) 1tab OD ท้องยุบลงเล็กน้อย

1 wk. ท้องโตขึ้นมากกว่า อีต้อชัดเจนท้อง จึงมารพ.

PH: - Known case DM. (not well controlled)

ปฏิกิริยา HD, KD, TB, โรคเลือดในครอบครัว

PE - ไม่มีประวัติตีตบหน้า ไม่มีตับบวม

V/S BP 120/80 mmHg PR 80 /min , BT 37 C, RR 20 min

GA: thin man, good consciousness, afebrile, not pale, no jaundice,

no dysnea No tachynea, Spider nevi+ ve

HEENT: neck vein not engorged

HEART: PMI 5th ICS, regular, normal S1,S2 no murmur

LUNG: clear

ABDOMEN: distension with marked ascites 4+, not tender, liver and spleen not palpable, no abdominal mass no superficial vein dilatation

midline surgical scar

EXT: no edema

LAB:

CBC: Hct: 37% WBC 6700, PMN42% L 54% BAND4% plt:adequate

UA: normal

BUN: 12, Cr 1.0, Na 147, K4.3, Cl 100, HCO3 31 , FBS:123

LFT: albumin : 3.8 , globulin 2.4 , SGOT 38, SGPT 34 , alkaline phosphatase

80 TB 0.6 , DB 0.2

HBsAg : positive, PT 12.2, INR 1.06 , PTT 33 , AFP 4, CEA8.9

Ascites tapping : clear yellow fluid , cell count WBC: 520/ml , L 97% ,

PMN 3% , spgr 1.030 , protein 4.3 gm, albumin 2.4 gm/dl , LDH 312 ,

amylase 35, Gram stained no organism

Problem Lists:

-Uncontrolled ascites

-Liver Cirrhosis, HBsAS+

- Diabetes mellitus

Ultrasound Liver:

Liver is small with increased echogenicity of liver parenchyma, no evidence of abnormal mass or space occupying lesion. No evidence of intrahepatic duct dilatation. Marked ascites and splenomegaly. Pancreas was not seen.

Finding suggestive of liver cirrhosis

Celiac and SMA Angiography:

Minimal stenosis of proximal part of common hepatic artery. Right portal vein is normal but the main trunk and left portal vein as well as SMV were not visualized.

Impression: No evidence of portal vein obstruction

Stenosis of common hepatic artery

Hepatic venography and Pressure measurement:

IVC below the hepatic vein (T11 Level)	14 mm.Hg.
Right hepatic vein	12 mm.Hg.
Common trunk of middle and left hepatic vein	12 mm.Hg.
Right atrium	1 mm.Hg.
Right ventricle	26(systolic) 4 (diastolic)

Indicative of IVC obstruction above hepatic vein level. Middle and left hepatic venography shows indentation at the opening of the vein into IVC.

Impression: The studies are indicative of IVC web

Hepatic Venography and Inferior Vena-Cavography

The right hepatic vein is normal. The left and middle hepatic vein join to form a common trunk and there was line of sharp demarcation at the proximal part of this common trunk with some filling defect beneath this line. The contrast media could flow into IVC and right atrium. Injection of contrast media in the lower part of IVC shows no abnormality.

Impression: Web at the hepatic portion of IVC with partial obstruction of middle and left hepatic veins.

Evidence of thrombus beneath the web was also demonstrated

CT Upper Abdomen:

The study reveals massive amount of ascites. Liver is small with surface irregularity. The parenchyma is homogenous in density. The spleen is enlarged. The aorta, IVC, portal vein and splenic vein are opacified. No intrinsic thrombus is demonstrated. The pancreas and both kidneys are unremarkable. No abnormal mass in peritoneal cavity.

Impression: Massive ascites

Suggestive of cirrhotic liver

Patency of portal vein and IVC

Discussion

ผู้ป่วยรายนี้มี Underlying Liver Cirrhosis (Compensate) หลังผ่าตัด Cholecystectomy เกิดภาวะ Ascites อย่างรวดเร็ว ภาวะที่ควรคำนึงถึงเช่น SBP, Hepatoma on top, Portal Vein thrombosis, Hepatic Vein thrombosis, Peritoneal disease เช่น TB, CA จาก Ascites profile เป็นลักษณะ High gradient+ High protein content ทำให้คิดถึงภาวะ Post sinusoidal block จาก Hepatic Venous Thrombosis ถึงแม้ว่า Mix ascites จาก Peritoneal disease เช่น TB, CA จะให้ Profile เช่นนี้ได้ แต่น้องจาก Cell count ค่อนข้างต่ำจาก Hx+PE ไม่มี evidence support เช่นไข้, ปวดท้อง, Weightloss จึงคิดถึงน้อย

ในรายนี้ได้ทำ Cavography พบว่ามี IVC web (MOVE) + clot บริเวณเหนือจุดเปิดของ Lt. Hepatic vein และ partial obstruction Lt. Hepatic vein IVC web ในผู้ป่วยรายนี้จะเป็น Congenital (Hiruka classification type 1A) ที่เกิดจาก remnant ของการ Obliterate ductus venosus vein ในระยะ embryonic แต่อาการ Ascites ที่พัฒนา develop เนื่องจากมี clot precipitate ซึ่งสาเหตุของ clot น่าจะเกิดจาก vascular injury or stasis จากผลการกระทำ Cholecystectomy

ได้ทำการรักษาโดยการทำ Balloon dilatation หลังจากทำผู้ป่วยเริ่มมี Ascites ลดลงภายใน 3 วัน และคืนแขนขาในที่สุด

BUDD - CHIARI Syndromes (BCS)

นพ. สุพจน์ ตันติพิทักษ์ศิริระกุล
แผนกทางเดินอาหาร, รพ. ราชวิถี

หมายถึงกลุ่มอาการที่เกิดจากมีการ Obstruction ของ Hepatic Venous outflow tract any site ตั้งแต่ efferent hepatic v. จนถึง Right atrium

Review History

- พ.ศ. 1845 George Budd 1st report
- พ.ศ. 1899 Hans Chiari report Veno Occlusive Disease (VOD)
- พ.ศ. 1962 side to side portocaval shunt
- พ.ศ. 1974 transluminal balloon dilatation
- พ.ศ. 1976 liver transplantation
- พ.ศ. 1978 mesoatrial shunt
- พ.ศ. 1992 intraluminal stent

Etiology

Western : myeloproliferative disorder, hypercoagulable state, contraceptives, pill tumor

Eastern : Membranous Occlusion of Vena Cava (MOVOC), infection,

Pregnancy

Incidence ⁽¹⁾

East Asia > Western countries

China 1000 cases, Japan 200 cases, India 177 cases

Classification	No of case	%
Web	185	43
Localise fibrotic occlusion	51	11.9
Thrombosis	93	21.6
Vasculitis	22	5.1
Liver cirrhosis	4	0.9
Malignancy	4	0.9
External compression	3	0.9
Behcet	3	0.9
Pregnancy	1	0.2
Inflamed IVC	1	0.2
Unknowned	60	14

Prospective epidemiologic study from China 1988

- prevalence of BCS : 0.012% , age 21-57 yr. (mean 38.5)

- male: female 2:1

Autopsy rate 0.047%(Simson, South africa)

Clinical Manifestation

Presentation	day to week
- Fulminant	day to week
- Acute	< 6 month

- Chronic > 6 month

1. Fulminant BCS

- มักพบใน pregnancy related BCS

- มักด้วย severe pain , hepatomegaly, jaundice, ascites ที่อนันน์ rapid

deterioration of hepatic function (hepatic encephalopathy)

- LFT: severe hepatocellular injury

2. Acute BCS

- 1/3 of BCS

- tender hepatomegaly, abdominal pain, ascites

- LFT: variable hepatocellular > cholestasis

- cause: thrombosis hypercoagulable state

- Involve hepatic vein lead to acute BCS

3. Chronic BCS

- 2/3 of BCS

- symptom and signs of PHT : ascites,

hepatosplenomegaly variceal bleeding, distended vein at back

and flank cirrhosis

- well preserved liver function

Diagnosis

- Radiologic study

- USG: nonvisualisation of hepatic vein, comma shape intrahepatic collateral vein abnormal thicked or irregularity of hepatic vein thrombus or membrane in IVC

: acute: hypoechogenicity
: chronic: hyperechogenicity

- Doppler USG

- detect flow : absent reverse turbulent, continuous

- Non invasive accuracy > 95%

- determine site and etiology

CT

- enlargement of liver with diffuse hypodensity of what before and patchy enhancement after contrast

- unenhance: increase density at caudate lobe surrounding under

perfuse parenchyma

- clot in IVC and hepatic vein

Vena Cavography

- gold standard

- MOVIC: sharply demarcated obstruction

- clot : filling defect

Histology

- acute: centrizonal congestion sinusoidal dilatation, necrosis, hemorrhage

- late: cirrhosis

Natural histology

- untreat: 90% dead in 3.5 yr. (Tavill et al 1975)

- most death from sequale of disease eg esophageal varices bleeding, end stage liver failure

Grading of BCS

- determine prognosis and surgical outcome

Stage	1	2	3	4
Life quality	Good	Fair	Poor	Very poor
Ascites	None	Moderate	Severe	Extreme, uncontrol
EV	Once	Moderate	Severe	Acute hematemesis
Albumin	>3.5	3.4-3.0	2.9-2.5	<2.4
Bilirubin	<1.2	1.3-2.4	2.5-2.9	>3.0
Nutrition	Good	Fair	Poor	Very poor
Op.Risk	Good	Moderate	Poor	Very poor

Wang et al BCS 143 cases 1989³

Treatment

- Decompress intrahepatic and portal pressure as early as possible

- depend on etiology ,hepatic reserve function ,location, and extension of stenosis

- 1 Medical
- 2 Radio-intervention
- 3 Surgery

Medication

- Diuretic thrombolytic therapy
- ineffective except thrombolytic therapy in PNH (acute thrombosis)⁴

Radio-intervention

- Percutaneous transluminal angioplasty(PTA) or balloon dilatation

PTA

- effective and Rx of choice for membranous or segmental obstruction of IVC or hepatic vein
- in experience hand: no mortality and morbidity eg pul embolism,

IVC rupture

- can be repeated without increase risk but equally success rate
- decompress portal pressure and correct etiology
- balloon dilatation with metallic stent: massive thrombosis in IVC

1987 Sparano 14 BCS Rx by PTA F/U 3 yr.⁵

- All successful reocclusion 6 cases no serious complication
- reocclusion : repeat angioplasty success except one

Shunt surgery

- decompress of the obstructed hepatic vascular bed
- hepatic damage is reversible if perform early
- method-side to side porto-caval shunt
 - mesocaval shunt
 - meso-atrial shunt

1992 Marshall et al: long term result of Rx BCS with portal decompression⁶

- thrombosis of hepatic vein:side to side portocaval shunt ,95% operation survival, 90% long term survival and shunt patency(F/U 19 yr.)
- IVC occlusion: mesoatrial shunt , effectiveness and patency 38%, survival rate 62% : PCS+CAS :100% effectiveness and survival(F/U 8yr.)

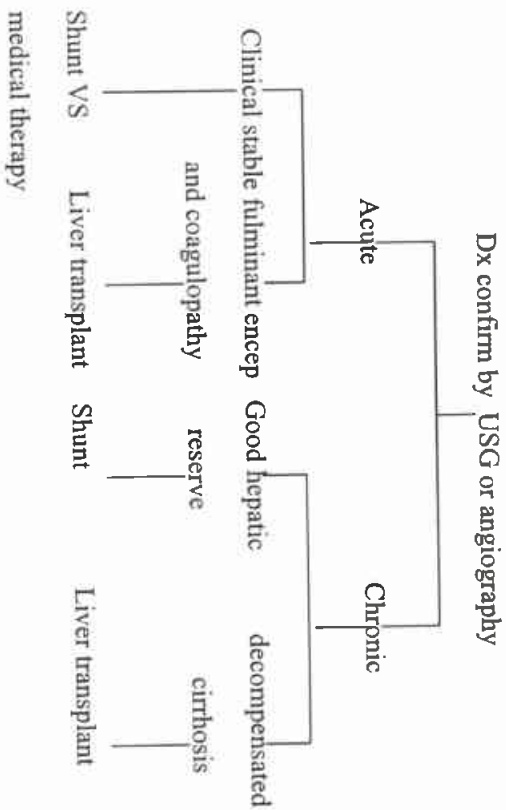
Liver Transplantation

- in acute fulminant BCS or end stage liver failure
- Glenn Half retrospective study 23 cases F/U 14 yr.⁷ 1,3, and 5 yr. Survival : 68,8,44.7 and 44.7%

Treatment in BCS⁸

Region	Extension of obstruction	
	short segment	long segment
Hepatic vein	Radiological intervention portocaval or mesocaval	portocaval or mesocaval shunt
IVC	- Radiological intervention - Transcatheter membranotomy - cavo-atrial shunt	mesoatrial shunt
Both	- Radiological intervention - portocaval or mesocaval with cavo-atrial shunt	mesoatrial shunt

BUDD-Chiari syndrome



Membranous obstruction of IVC(MOVIC)⁹

- Etiology: controversy congenital VS acquire
- Support congenital
 - abnormal eustachian valve
 - malignant of IVC
 - hypoplasia of entire vena cava
- Support acquired
 - epidemiologic preference
 - familial case
 - Support acquired
 - peak incidence in the forth decade
 - anatomical variability, variable thickness
 - histologic study
 - Hidatka 1986 report case thrombosis turn to membrane
- Characteristic of web: thin membrane to thick fibrous band
- Histology: multiple layers of collagenous fiber with mucous degeneration covered by endothelium, usually contain elastic fiber, no muscular element
- Location: level 8 th-9th thoracic vertebra
- Presentation: chronic BCS, acute in 18.5% with clot formation
- common in Asia, south africa, india, rare in USA
- Treatment: PTA, Surgical membranotomy

References:

1. Wang ZG. Budd-chiari syndrome. *Modern vascular Surgery* vol. 5 New York:Springer-Verlag 1992;464-506
2. Wang ZG. Budd-chiari syndrome 430 cases experience. *Asian Journal of Surgery* 1996;19:23-30
3. Wang ZG. Experience on management of Budd-chiari Syndrome in 143 cases. *Angio Arch* 1989;17:147-52
4. Memulin et al. Rt PA for hepatic vein thrombosis in PNH *Journal of internal medicine* 1994;235:85-89
5. Joseph Sparano MD. Treatment of the Budd-chiari syndrome with Percutaneous Transluminal Angioplasty. *AJM* 1987. April;82:821-826
6. Marshall MD. Long-term Results of Treatment of Budd-chiari syndrome with Portal Decompression. *Arch Surg* 1992;127:1182-1188
7. Glenn Half MD. Liver Transplantation for the Budd-chiari syndrome. *Ann Surg* 1990 Jan;43-49
8. Jang B. Dilawari et al. Hepatic Outflow obstruction. Experience with 177 patients and a review of the literature. *Medicine* 1994 vol 73 no.1:21-36
9. Zhong-Gao Wang MD. Budd-chiari syndrome: Current Problem *Surg*: Feb 1996;86-211
10. Hidetaka Terabayashi, et al. Transformation of inferior. Vena Cava Thrombosis to Membranous obstruction in a patient with the Lupus Anticoagulant: *Gastroenterology* 1998;91:219-24
11. Hirooka M, Kimura C. Membranous obstruction of the hepatic portion of the inferior Vena cava. Surgical correction and etiological study, *Arch Surg* 1970; 100:656

Primary splenic lymphoma (PSL)

นพ ศิริบูรณ์ อัครพันธ์

สาขาวิชาโรคระบบทางเดินอาหาร, รพ ศิริราช

คำนิยาม มีการใช้แตกต่างกันในแต่ละการศึกษา Gupta et al¹ ได้เสนอเกณฑ์วินิจฉัย PSL เป็นครั้งแรกในปีคศ. 1965 ดังนี้

1. a presenting symptoms of splenomegaly
2. absence of lymphoma in extrasplenic site
3. negative laparotomy of liver, mesenteric and paraaortic lymph nodes biopsies
4. a post-splenectomy disease-free interval of 6 months

จากเกณฑ์ของ Gupta ดังกล่าวจะต้องมีการผ่าตัดเพื่อยืนยันว่าโรคนั้นไม่ใช่มะเร็งในขณะที่ยังคงเหลือข้างพบบว่า PSL ที่จำกัดอยู่ที่ม้าม มักจะไม่มีอาการ จนกว่าโรคจะแพร่กระจาย^{2,3,4} ทำให้โอกาสที่จะวินิจฉัย PSL ได้ตามกฎเกณฑ์ดังกล่าว อาจต่ำกว่าความเป็นจริง จึงมีบางท่านยอมรับการกระจายของโรคจากม้ามไปสู่ตับ, ต่อมน้ำเหลืองอื่นๆ⁵ ซึ่งกระดูก⁶ ร่วมด้วยเป็นการเพิ่มเติมจาก Ahmann et al⁷ ที่ตีเสนอ staging ของ PSL ในปีคศ. 1966 ว่าเป็น 3 ระยะ คือ

- Stage I - tumor was limited to the spleen
- Stage II - tumor involved nodes in splenic hilum
- Stage III- tumor involved liver or lymph nodes beyond the splenic hilum

จะเห็นได้ว่า Stage I, II ของ Ahmann เท่านั้นที่ตรงกับกฎเกณฑ์ของ Gupta, ในขณะที่ Stage III อาจแยกออกจาก HD และ NHL ทั่วไปที่สามารถมี splenic involvement ได้ถึงร้อยละ 50 และ 30 ตามลำดับ⁴ จึงมีข้อเสนอให้ใช้คำ "malignant lymphoma with primary splenic presentation"⁸ แทน Stage III disease^{9,10} ในขณะที่บางท่านไม่ทำให้ความสำคัญกับตำแหน่งม้ามนี้ เนื่องจากมีความเห็นว่า PSL ไม่น่าเป็น specific disease entity แต่น่าจะเป็นเพียง unusual manifestation ของ malignant lymphoma เท่านั้น⁹

อุบัติการณ์

มีรายงานไว้ว่าพบได้ร้อยละ 0.5-3.4 ของ malignant lymphoma ทั้งหมด^{2,10,11} ขึ้นกับเกณฑ์ที่ใช้ในการวินิจฉัยโรค โดยรวมแล้วถือเป็นโรคที่พบบ่อยน้อยมาก โดยเฉพาะหากจำกัดตามคำนิยามโดยเคร่งครัดของ Gupta หรือ Stage I, II ของ Ahmann ส่วนหนึ่งอาจเนื่องจากการวินิจฉัยได้ต่ำกว่าความเป็นจริงเนื่องจากม้ามเป็นอวัยวะที่ตรวจได้ยากและมักไม่มีอาการจนกว่าโรคนั้นเป็นมาแล้ว¹² บางทฤษฎีเสนอว่า ม้ามมี tumoricidal T lymphocyte และ macrophage จำนวนมากคอยป้องกันการแบ่งตัวของเซลล์มะเร็ง¹³

แม้จะพบได้น้อย แต่โรคนี้นับอยู่จริง การให้การวินิจฉัยโรคนั้นได้ในระยะแรกและให้การรักษาที่เหมาะสมสามารถมี long term remission^{6,10,11,12,13} ได้นอกจากนี้ lymphoma ยังเป็นโรคที่พบได้บ่อยที่สุดจากการผ่าตัดม้าม ในผู้ป่วยที่ม้ามโตโดยไม่ทราบสาเหตุ^{14,15}

ในระยะหลังนี้ มีรายงานผู้ป่วย PSL พบร่วมกับผู้ป่วย chronic hepatitis C ที่บ่อยขึ้น^{3,16} แต่ยังไม่สามารถสรุปได้แน่นอนกว่า เป็นเหตุและผลต่อกันหรือไม่

อาการและอาการแสดง พอสรุปได้ดังในตารางที่ 1

ตารางที่ 1

Study	Gupta et al ¹ 1965	Ahman et al ⁷ 1966	Spier et al ⁸ 1985	Kehoc et al ⁹ 1988	Brox et al ¹⁰ 1991	Dachman et al ¹⁷ 1998
N	9	49	20	21	9	21
Age	29-69	56(med)	39-74	57 (m)	51 (m)	56 (m)
M:F	3.5:1	1.4:1	2.3:1	1.3:1	1.2:1	4.2:1
Onset (mo.)	3-18	NM	2-12	1-48	5.1 (m)	2.1 (m)
"B symptoms"	2	54	16	NM	8	16
LUQ pain	4	28	2	NM	6	12
LUQ mass	3	-	-	NM	4	-
ATP	-	-	1	NM	-	-
Asymptomatic	1	-	1	NM	-	1
Palpable Splen	9 (100%)	44 (90%)	18 (90%)	NM	9 (100%)	9 (43%)

หมายเหตุ

med = median, m = mean, NM = not mentioned, * = exclude stage III disease

จากรายงานการศึกษาต่างๆดังในตารางพบว่า PSL มักพบในผู้ป่วยอายุเฉลี่ยวัยกลางคน เพศชายพบได้มากกว่าเพศหญิงเล็กน้อย มีอาการมานาน

เป็นเดือนๆก่อนมาพบแพทย์และได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้อง อาการที่พบได้บ่อยมักเป็น nonspecific symptoms, รองลงมาได้แก่ เจ็บแน่นท้องชายโครงซ้าย ตรวจร่างกายพบว่ามีเม็ดโตได้ร้อยละ 43 ถึง 100

นอกจากนี้ ยังมีรายงานโรคแทรกที่พบได้ไม่น้อย ซึ่งเป็นผลจาก local invasion ได้แก่ Splenogastropulmonary fistula¹, Splenogastric fistula¹⁷, splenic flexure of colon involvement¹³, Splenic V. thrombosis¹⁷, invasion of pancreas, diaphragm, abdominal wall โดยเฉพาะใน intermediate grade lymphoma⁹, rupture of spleen¹⁸

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

1. การตรวจนับเม็ดเลือด (CBC)

ไม่มีความจำเพาะ และแตกต่างกันไปในแต่ละการศึกษา เนื่องจากบางการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มี Bone marrow involvement ไปด้วย รวมทั้งมีปัจจัยภายนอกอื่นๆ มีส่วนเกี่ยวข้องกับ malnutrition, anemia of chronic disease, hypersplenism

นอกจากนี้ พบว่า degree ของ cytopenia ไม่มีความสัมพันธ์กับขนาดเม็ดเลือดแดง¹⁰ บางรายงานพบภาวะซีด (รวม Autoimmune hemolytic anemia), เกล็ดเลือดต่ำได้ราวครึ่งหนึ่งของผู้ป่วย¹²

2. การตรวจทางรังสีวิทยา

2.1 Ultrasound

การศึกษามาก่อนที่รวบรวมผู้ป่วย PSL จำนวนมาก ยังไม่มีการตรวจด้วย Ultrasound มีกวีนิพนธ์โรคจากการติดเชื้อมา คั้งนั้นข้อมูลส่วนใหญ่

ทางรังสีวิทยา ได้จากการศึกษาผู้ป่วย malignant lymphoma ที่พบว่ามี splenic involvement อันเป็นส่วนหนึ่งของ staging และพบว่าหลังการรักษา splenic lesion ดังกล่าวดีขึ้นชัดเจน

2.1.1 Pattern of parenchymal lesions

Gorg และคณะ²⁰ ได้รวบรวมรายงานผู้ป่วยและ

Ultrasonographic splenic finding ในผู้ป่วย malignant lymphoma 101 ราย ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2

Diagnosis	Focal lesion (s)	Diffuse inhomogeneity
HD	< 3 cm 14	> 3 cm 3
Ig NHL	15	3
ig-hg NHL	10	19
Total	39	25
		37

หมายเหตุ Ig NHL = low grade NHL, ig-hg NHL = intermediate-high grade NHL, HD = Hodgkin's disease

จะเห็นว่า HD และ Ig-NHL พบน้อยที่เป็น focal lesions ที่มีขนาดใหญ่มากกว่า 3 ซม. ในขณะที่ hg-NHL ทั้งหมดพบเป็น focal lesions โดยไม่พบเป็น diffuse lesions เลย

2.1.1 ขนาดของม้าม

Gorg และคณะ ได้รวบรวมรายงานการศึกษาในช่วงต่างๆ

^{19,20,21} พบว่าผู้ป่วย malignant lymphoma with splenic involvement พบมี normal splenic size จากการศึกษาด้วย Ultrasound ได้ถึงร้อยละ 23-30. ในขณะที่ร้อยละ 30 ของผู้ป่วย malignant lymphoma with splenomegaly ไม่มีความ splenic involvement แต่มีพบที่โตเป็นผลจาก congestion, hyperplasia²²

ในการศึกษาของ PSL เอง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ มากกว่าร้อยละ 90 ตรวจพบว่าม้ามโตจากการตรวจร่างกาย และ/หรืออัลตราซาวด์^{8,10,17} แม้จะมีจำนวนที่รายงานผู้ป่วยบางรายขนาดม้ามปกติ^{12,13}

2.1.3 Echogenicity

จาก รายงานการศึกษาต่างๆ^{17,20,23,24} ที่มีจำนวนผู้ป่วย 176 ราย พบว่า splenic parenchymal involvement เป็นแบบ hypoechoogenicity ถึง 171 ราย (ร้อยละ 97.2) และเป็น hyperechoogenicity น้อยมากเพียง 5 ราย (ร้อยละ 2.8) โดย 3 ใน 5 รายนี้มีลักษณะเป็น target lesions (Central echogenic with a peri-hypodensity halo) ส่วน calcification พบได้น้อยมาก¹⁷

ดังนั้น การตรวจพบ hyperechoogenic splenic lesions ควรหาสาเหตุอื่นๆไว้ก่อนเสมอ

2.2 CT scan

พบเป็น focal หรือ diffuse infiltrative hypoaenuation ได้เช่นเดียวกับอัลตราซาวด์^{20,23} โดยมีความไวในการตรวจพบ splenic involvement ถึงร้อยละ 80-90²⁶ นอกจากนี้ CT scan สามารถตรวจพบ splenic hilar nodes,

retroperitoneal nodes involvement หรือ contiguous invasion ๒๓๕ ซึ่งการตรวจพบลักษณะต่างๆดังกล่าวทำให้นึกถึง malignant lymphoma มากขึ้น^{9,17,25}

กล่าวโดยสรุป การตรวจทางรังสีวิทยา แม้จะสามารถตรวจพบ splenic lesions ๒๓๕ แต่ไม่สามารถวินิจฉัยโรคแน่นอนได้²¹ นอกจากนี้การตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยาโดยตรง

3. Histopathologic study

3.1 การตรวจชิ้นเนื้อจากม้าม

การศึกษาทั้งหมดเกี่ยวกับ histology ของ PSL ๒๓๕ จากการตรวจชิ้นเนื้อหลังจากตัดม้าม ในระยะหลังพบว่าสามารถวินิจฉัยโรค โดย cytologic study จากการทำ Fine-needle guided biopsy under ultrasound หรือ CT guidance ๒๓๕ และแทบไม่มีภาวะแทรกซ้อน^{13,27,28} แต่ข้อดีของการตรวจวิธีนี้ คือ แยก well differentiated lymphocytic lymphoma ออกจาก normal splenic lymphocyte ๒๓๕ ยก แม้โดยผู้ชำนาญ⁴ จึงมีผู้ใช้ percutaneous core biopsy พบว่าบอก histology ๒๓๕ดีกว่า เนื่องจากได้ปริมาณชิ้นเนื้อมากกว่า²⁹ ทั้งสองวิธีนี้ถือเป็นการตรวจที่สนใจ เนื่องจากอาจทำให้วินิจฉัยภาวะ PSL ๒๓๕ ตั้งแต่ระยะแรกๆ

3.2 Type of histologic involvement

PSL สามารถพบได้ทั้ง low-intermediate-high grade malignant lymphoma(จัดแสดงในตารางที่ 3), แต่ที่พบได้บ่อยคือ small lymphocytic

lymphoma small cleaved lymphoma, large cell และ immunoblastic lymphoma ส่วน HD พบได้น้อยมาก

3.3 ความสัมพันธ์ระหว่าง gross pathology และ histopathology (ตารางที่ 3)

พบว่า low grade lymphoma มักมี gross pathology เป็น homogeneous หรือ miliary pattern ซึ่งสอดคล้องกับ ultrasound finding ที่พบว่าปกติ หรือ diffuse inhomogeneous echogenicity, ส่วน high grade lymphoma มักพบเป็นก้อนขนาดต่างๆ อาจก้อนเดี่ยวหรือหลายก้อน ในขณะที่ intermediate grade lymphoma สามารถพบ gross pathology ได้ทุกแบบ

Gross Pathology	Ahmann 1966 ⁷		Frederick 1973 ³⁰		Kraemer 1984 ⁵		Brox 1991 ¹⁰		Dachman 1998 ¹⁷	
	Histo	N	Histo	N	Histo	N	Histo	N	Histo	N
Homogenous	all but LC	17	SL, SC	4	-	-	-	-	-	-
Miliary (1-5 mm Ø)	all follicular cell type	18	-	-	SL (20) DSC, FSC FMSL, HD	31	SL, SC	5	-	-
Multiple masses (1-10 cm Ø)	LC & HD	9	SL, SC	6	DL, DLI	16	LC	4	DL DLI	4
Solitary (up to 14 cm Ø)	LC & HD	4	Mixed	1	-	-	-	-	DMSL	17
Total		48		11		47		9		21

หมายเหตุ คำย่อ SL = small lymphocyte, SC = small cleaved, LC = large cell, DSC = Diffuse small cleaved, FSC = follicular small cleaved, FMSL = follicular mixed small and large cell, DL = Diffuse large cell, DLI = Diffuse large cell, immunoblastic DMSL = Diffuse mixed small and large cell, HD = Hodgkin's disease

Staging of Primary Splenic Lymphoma (PSL)

จากการรวบรวมการศึกษาที่แบ่งระยะของโรคไว้ชัดเจน รวมจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 136 ราย พอสรุปได้ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนผู้ป่วย PSL ในระยะต่างๆ ของโรค

Stage	Ahmann et al ⁷ (N = 49)	Kraemer et al ⁵ (N = 46)	Spier et al ¹⁰ (N = 20)	Keheo et al ⁶ (N = 21)	Total (%)
I	8	2	6	4	20 (14.7)
II	9	44	1	3	116 (85.3)
III	32		13	14	

จะเห็นว่าผู้ป่วย PSL ที่เป็น stage I จริงๆ พบได้น้อย โดยมากมักอยู่ใน stage II และ III ตามลำดับ ซึ่งถือเป็นข้อควรระวังในการวินิจฉัยภาวะ PSL นี้โดยเฉพาะครีค โดยเฉพาะการทำการสปีคขึ้นให้แน่ใจว่าไม่ใช่ stage III disease เนื่องจากระยะนี้สามารถให้การวินิจฉัยได้ (เช่นการทำ Bone marrow study) โดยไม่จำเป็นต้องทำการตัดชิ้นเนื้อออกาวินิจฉัย¹⁰

มีข้อที่น่าสังเกตคือ ไม่มีรายงานการศึกษาใดที่แสดงความสัมพันธ์ระหว่างระยะของโรคระยะใดระยะหนึ่งกับความสัมพันธ์กับ histologic cell type ใดหรือไม่ ซึ่งอาจเนื่องมาจากจำนวนผู้ป่วยโดยเฉพาะใน stage I, II PSL มีน้อยเกินไปที่จะนำมาวิเคราะห์ได้

การรักษา

โดยทั่วไป เป็นที่ยอมรับกันว่า การตัดม้ามเป็นวิธีที่จำเป็นในการรักษา PSL⁴ โดยเฉพาะใน stage I PSL อาจทำเพียง splenectomy และ/หรือ radiation therapy¹⁷ อย่างไรก็ตาม มีผู้เสนอว่าในกรณีที่สามารถให้การวินิจฉัย stage I PSL ได้โดยไม่ต้องทำการตัดม้าม (เช่น ทาง Fine-needle aspiration) อาจพิจารณาเลือกให้ chemotherapy และ/หรือ radiation therapy แทนการตัดม้าม¹³

ส่วนบทบาทของ chemotherapy นั้น อาจพิจารณาให้เป็น adjuvant therapy ในกรณีต่อไปนี้¹²

1. histology เป็น intermediate-high grade lymphoma เพื่อให้มีโอกาสดังจะหายขาดได้
2. กรณีมี residual disease หลังการทำหัตถ์ตัดม้าม (เช่น stage III PSL หรือมี local invasion ที่ไม่สามารถตัดออกได้หมด)
3. ไม่ตอบสนองต่อการทำ splenectomy

การตอบสนองต่อการรักษา (treatment response)

เป็นการยากที่จะบอกถึงผลการรักษาในแต่ละวิธีว่าให้ผลต่างกันอย่างไร เนื่องจากทุกการศึกษาเป็นแบบ retrospective study, ไม่มีสูตรการรักษา (treatment protocol) ที่แน่นอน นอกเหนือจากการตัดม้ามเป็นการรักษาพื้นฐานแล้ว ผู้ป่วยอาจได้รับการรักษาอื่นๆ ที่แตกต่างกัน เช่น chemotherapy, radiation therapy ร่วมด้วย นอกจากนี้ ยังใช้ระยะเวลาในการติดตามผู้ป่วยไม่เท่ากัน และจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในแต่ละวิธีมีน้อยเกินไป

การพยากรณ์โรค พอสรุปได้ดังนี้

1. ผู้ที่เป็น stage I, II PSL มีการพยากรณ์โรคดีกว่า stage III PSL โดยมี 2 การศึกษา พบว่า 2 year Survival ของ stage I และ II PSL เท่ากับร้อยละ 70 ในขณะที่ stage III PSL พบเพียงร้อยละ 24-31^{6,7} นอกจากนี้มี 2 การศึกษาที่คัดเลือกเฉพาะผู้ป่วยที่เป็น stage I และ II พบว่ามี Median Survival ถึง 7.4 ปี¹⁰ และ 5 year survival ถึงร้อยละ 91¹²
2. Ahmann และคณะ⁷ พบว่า histologic cell type มีความสำคัญต่ออัตราการรอด โดย Lymphocytic lymphoma มีการพยากรณ์โรคดีที่สุด (3 year survival ร้อยละ 75) ในขณะที่ lymphoblastic lymphoma มี 3 year survival เพียงร้อยละ 20
3. ไม่สามารถสรุปว่า การรักษาแต่ละวิธีมีผลต่ออัตราการรอดหรือไม่ จากเหตุผลที่กล่าวมาแล้ว

สรุป Primary splenic lymphoma ถือเป็นโรคที่พบได้น้อยมาก แต่

มีอยู่จริง ควรนึกถึงภาวะนี้อยู่ในกรณีวินิจฉัยแยกโรคในผู้ป่วยอายุค่อนข้างมากที่มาด้วยอ่อนเพลีย ผอมลงหรือไข้เรื้อรัง ม้ามโต มานานโดยไม่ทราบสาเหตุ การทำอัลตราซาวด์หรือ CT scan สามารถช่วยบอกร่องรอยของโรคที่ม้ามได้ การวินิจฉัยที่แน่นอน ทำได้โดยการตัดตรวจชิ้นเนื้อจากม้าม และควรให้ความสำคัญในการแบ่งระยะของโรคที่ถูกต้อง เนื่องจากมีผลต่อการเลือกวิธีการรักษาและพยากรณ์โรค

References:

1. Gupta TD, Coombes B, Brasfield RD. Primary malignant neoplasms of the spleen. *Surgery, Gynecology & Obstetrics* 1965; 120:947-960.
2. Falk S, Stutte HI. Primary malignant lymphoma of the spleen. *Cancer* 1990; 66:2612-2619.
3. Satoh T, et al. The relationship between primary splenic malignant lymphoma and chronic liver disease associated with hepatitis C virus infection. *Cancer* 1997; 80:1981-1988.
4. Gobbi PG, et al. Primary splenic lymphoma : Does it exist? *Hematologica* 1994; 79:286-293.
5. Kraemer BB, Osborne BM, Butler J. Primary splenic presentation of malignant lymphoma and related disorders. *Cancer* 1984; 54:1606-1619.
6. Kehoe J, Straus DJ. Primary lymphoma of spleen. *Cancer* 1988; 62:1433-1438.
7. Ahmann DL, Killy JM, Harrison EG, Payne WS. Malignant lymphoma of the spleen : A review of 49 cases in which the diagnosis was made at splenectomy. *Cancer* 1966; 19:461-469.
8. Spier CM, et al. Malignant lymphoma with primary presentation in the spleen. *Arch Patho Lab Med* 1985; 109:1076-1080.
9. Harris NL, et al. Diffuse large cell (Histiocytic) lymphoma of the spleen : Clinical and Pathological characteristics of ten cases. *Cancer* 1984; 54:2460-2467.
10. Brox A, et al. Primary Non-Hodgkin lymphoma of the spleen. *Am J of Hematol* 1991; 38:95-100.
11. Chen HP, et al. Primary lymphoma of the spleen. *Int Surg* 1992, 77:125-127.
12. Brox A, et al. Non-Hodgkins lymphoma of the spleen. *Leukemia and Lymphoma* 1993; 11:165-177.
13. Cavanna L, et al. Primary lymphoma of the spleen : Report of A case with diagnosis by fine-needle guided biopsy. *Haematologica* 1995; 80:241-243.
14. Boskit WL. Primary splenic neoplasms. *Am J pathol* 1945; 21:1143-1165.
15. DasGupta T, Coombes B, Brasfield RD. Primary malignant neoplasms of the spleen. *Surg Gynecol Obstet* 1965; 120:947-960.
16. Fukutomi T, et al. Case report : Primary splenic non-Hodgkin's B cell lymphoma in a patient with chronic hepatitis C. *J of Gastroenterology and Hepatology* 1996; 11:724-727.
17. Dachman AH, Buck JL, Krishnan J, Aguilera NS, Buetow PC. Primary Non-Hodgkin's splenic lymphoma. *Clinical Radiology* 1998; 53:137-142.

18. Suresh UR, Eyden BP, Banerjee SS, Reeve NL. Primary Splenic lymphoma with filiform structure. *Journal of Clinical Pathology* 1993; 46:570-572.
19. Goerg C, Schwertk WB, Goerg K, Havemann K. Sonographic patterns of the affected spleen in malignant lymphoma. *J Clinical Ultrasound* 1990; 18:569-574.
20. Gorg C, Weide R, Schwertk WB. Malignant splenic lymphoma : Sonographic Pattern, Diagnosis and Follow-up. *Clinical Radiology* 1997; 52:535-540.
21. Goerg C, Schwertk WB, Goerg K. Splenic lesions : Sonographic patterns, follow-up, differential diagnosis. *European J. of Radiology* 1991; 13:59-66.
22. Taylor AJ, Dodds WJ, Erickson SJ, Stewart ET. CT of Acquired Abnormalities of the spleen. *AJR* 1991; 157:1213-1219.
23. Wennecke K, Peters PE, Krüger KG. Ultrasonographic patterns of focal hepatic and splenic lesions in Hodgkin's and non-Hodgkin's lymphoma. *The British Journal of Radiology* 1987; 60:655-660.
24. Goerg C, Schwertk WB, Goerg K. Sonography of focal lesions of the spleen. *AJR* 1991; 156:949-953.
25. NG LS. Malignant large-cell non-Hodgkin's lymphoma of the spleen. *Australasian Radiology* 1993;

26. Pickarski T, Federle MP, Moss AA. Computed tomography of the spleen. *Radiology* 1980; 135:683.
27. Silverman JF, Geisinger KR, Raab SS, Stanley MW. Fine needle aspiration biopsy of the spleen in the evaluation of Neoplastic Disorders. *Acta cytologica* 1993; 37:158-162.
28. Moriarty AT, Schwenk GR, Chua G. Splenic fine needle aspiration biopsy in the diagnosis of lympho reticular disease. *Acta cytologica* 1993; 37:191-196.
29. Suzuki T, Shibuya H, Yoshimatsu S, Suzuki S, Suzuki S. Ultrasonically guided staging splenic tissue core biopsy in patients with Non-Hodgkin's Lymphoma. *Cancer* 1987; 60:879-882.
30. Davey FR, Skarin AT, Moloney WC. Pathology of splenic lymphoma. *A.J.C.P.* 1973; 59:95-103.

ตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน (Acute pancreatitis)

พ.ท.พ. วาณิช ปิยะนันต์

พ.อ.พ. สุรพล ชีร์ตนะกุล

แผนกทางเดินอาหาร, รพ. พระมงกุฎเกล้า

ตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน เป็นภาวะที่เกิดการอักเสบของเนื้อตับอ่อน ซึ่งมีความรุนแรงของโรคแตกต่างกันได้อย่างมาก จากอาการปวดท้องที่ไม่รุนแรงมากจนถึงภาวะ Multiple organ failure และ sepsis ซึ่งมีโอกาสเสียชีวิตสูง นอกจากนี้บางรายยังมีภาวะแทรกซ้อนตามมาได้อีก ดังนั้นแพทย์จึงควรคิดถึงโรคนี้อีกในผู้ป่วยโรคที่อาจเฉียบพลันที่มารับการตรวจรักษา ในบทความนี้จะกล่าวเฉพาะ การวินิจฉัยการประเมินสภาวะความรุนแรงของโรค รวมทั้งการรักษาเบื้องต้นเท่านั้น

คำนิยาม

Acute pancreatitis หมายถึงภาวะอักเสบเฉียบพลันในท่อน้ำดีตับอ่อน ปกติ หน้าที่การทำงานของ cell ของตับอ่อนทั้ง endocrine และ exocrine จะสามารถกลับมามีการทำงานได้เหมือนเดิม

Interstitial pancreatitis หมายถึงการอักเสบของตับอ่อนที่มี edema และ inflammation ของ cells แต่ structure ของ gland ยังปกติ

Necrotizing pancreatitis หมายถึงการมี necrosis และ destruction ของ acinar cells ของตับอ่อนซึ่งมักมี poor tissue perfusion

Infected necrotizing pancreatitis คือการติดเชื้อซ้ำซ้อนใน necrotizing pancreatitis ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยแย่ลงและโอกาสเสียชีวิตสูงมากขึ้น

Acute fluid collection คือการมี fluid ระบาย ตับอ่อนที่อักเสบในระยะแรก

Pancreatic pseudocyst คือการมี collection ของ pancreatic juice ซึ่งล้อมรอบด้วย fibrous หรือ granulation tissue มักเกิด 4-6 สัปดาห์ หลังการอักเสบ

Pancreatic abscess เกิดจาก liquefaction ของ pancreatic necrosis แล้วกลายเป็น collection ของ pus ต่อมา หรือเกิดจาก secondary infection ต่อ pseudocyst

สาเหตุ(ตารางที่ 1)

สาเหตุที่พบส่วนใหญ่คือการตีบอุดตันและน้ำในท่อน้ำดี (gallstones) นอกจากนี้สาเหตุอื่นๆได้แก่ยาบางชนิด (ตารางที่ 2), ภาวะทาง metabolic disorder ต่างๆ เช่น hypercalcemia, hypertyriglyceridemia virus, ภาวะภายหลังการทำ endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP), trauma ตับอ่อน, vasculitis, การอุดตันจากพยาธิบางตัวเช่น ascaris, หรือภาวะ congenital anomaly บางอย่างของท่อน้ำดีและตับอ่อน เป็นต้น

การวินิจฉัย

ประวัติ ผู้ป่วยเกือบทั้งหมดมาด้วยปวดท้อง บางรายมีแน่นท้องหรือคลื่นไส้อาเจียน ลักษณะการปวดเป็น severe abdominal pain ที่ epigastrium หรือ umbilicus อาจร้าวไปกลางหลัง มักจะตื่นขึ้นเมื่อตื่นตัวและเวลากลางดึกรับประทานอาหาร ควรทราบประวัติการดื่มเหล้า, นิ่วถุงน้ำดี, ยาที่รับประทานหรือโรคประจำตัวอื่นๆของผู้ป่วย

การตรวจร่างกาย อาจมีไข้, กดเจ็บบริเวณ upper abdomen ถ้าได้พบตัวลดลง อาจพบคีชานใต้ตักการกดท้องน้ำดีโดยคียบอ่อนที่บริเวณอาจเกิดในรายที่มีนิ่วในท่อน้ำดีหรือทานเหล้ามานาน Visual disturbances ที่เกิดจาก Purtscher's retinopathy นั้นพบได้บ่อย ในรายที่มี retroperitoneal hemorrhage มากๆ อาจพบ ecchymosis ที่ flanks (Grey - Turner's sign) หรือบริเวณสะดือ (Cullen's sign) ซึ่งแสดงถึง poor prognosis และอัตราการตาย 35% ผู้ป่วยที่รุนแรงอาจพบ cyanosis บางคราวอาจพบ Subcutaneous fat necrosis ตามแขนขาหรือลำตัว การตรวจปอดอาจพบ pleural effusion หรือความผิดปกติของ diaphragm ๒๕

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- Serum amylase มี half-life ประมาณ 10 ชั่วโมง ถ้าไม่มีการอักเสบต่อไประดับจะลดลงอย่างรวดเร็ว อาจสูงได้ตั้งแต่อ่อน, ต่อมาน้ำลาย, gut infarction และอวัยวะอื่นๆ ความไวของการตรวจด้วย serum amylase ประมาณ 81% ถึง 89% แต่ถ้าจะตรวจซ้ำความไวที่พบจะลดลงซึ่งอาจได้ระดับปกติ นอกจากนี้ serum amylase อาจไม่เกี่ยวข้องในภาวะ severe

neotizing pancreatitis, hypertiglyceridemia และ relapsing chronic pancreatitis จาก alcohol อย่างไรก็ตาม serum amylase เป็นตัววัดติดตามการอักเสบของตับอ่อนได้ค่อนข้างดี

- Serum lipase มากกว่า 3 เท่าปกตินั้นมีความไว 100% และความจำเพาะ 99% พบว่า serum lipase to amylase ratio > 2 บ่งบอกว่าตับอ่อนอักเสบนำเกิดจาก alcohol มากกว่านิ่วถุงน้ำดี อย่างไรก็ตามในการศึกษาต่อๆ มาไม่ยืนยันชัดเจนถึงประโยชน์ของอัตราส่วนนี้แพทย์ควรตรวจทั้ง amylase และ lipase เนื่องจาก amylase นั้น correlate ได้ดีกับการตรวจทางคลินิก
- มีการศึกษาพบว่า urine trypsinogen-2 มีความไวมากในการตรวจพบภาวะ acute pancreatitis ดังนั้นถ้าผลลบอาจหมายถึงผู้ป่วยไม่น่าเป็นโรคนี้น (rule out)
- ในรายที่มี common bile duct stone อาจพบมีการเพิ่มขึ้นของ bilirubin, AST, ALT และ alkaline phosphatase ได้
- ผลตรวจอื่นๆ ที่พบได้คือ leukocytosis, hypertiglyceridemia, pseudo-hypotremia, hypocalcemia, hemococoncentration จาก volume deficit, hypoxemia, renal impairment หรือ coagulopathy
- C-reactive protein, trypsinogen activation peptides และ leukocyte elastase ถ้าพบสูงขึ้นใน 2-3 วันแรกอาจเป็นเครื่องบ่งชี้ว่าผู้ป่วยน่าจะมีภาวะของโรคที่รุนแรง

Imaging Studies

- ภาพรังสี plain abdomen มักมี ileus ของลำไส้บางรายมี ileus จนถึงสอง loops ของ jejunum หรือ Second part of duodenum (Sentinel loop) colon cut-off sign หมายถึงการหดตัว (spasm) ของลำไส้ใหญ่บางบริเวณทำให้เกิด dilatation ของลำไส้ใหญ่ส่วนต้นกว่า บางครั้งอาจพบ calcified gallstones ถ้าพบ calcification ที่ตับอ่อนบ่งบอกว่าน่าจะเป็นการอักเสบซ้ำซ้อนของ chronic pancreatitis มากกว่า
- ภาพรังสีพรังอก สามารถพบการยกขึ้นสูงของ diaphragms, plate-like atelectasis, pleural effusion ซึ่งมักเป็นข้างซ้ายมากกว่าข้างขวา, congestive heart failure หรือ acute respiratory distress syndrome (ARDS)
- Abdominal Ultrasound ควรทำในระยะ 24 ชม.แรก สามารถตรวจพบตับอ่อนบวม fluid น้ำรอบๆ ตับอ่อนหรือในระยะหลังพบ pseudocyst ได้ นอกจากนี้อาจพบ gallstones หรือ common bile duct dilatation ใต้ ส่วนในรายที่มี ileus การใช้ ultrasound อาจมีความยากลำบากในการตรวจดูสิ่งดังกล่าวและไม่สามารถใช้เป็นตัวบ่งบอกความรุนแรงของโรคได้
- Computed Tomography (CT Scan)
 - มีประโยชน์มากใช้ในการวินิจฉัยใน
 1. รายที่ไม่แน่ใจในการวินิจฉัย
 2. จำนวนระดับความรุนแรงของโรค
 3. ใช้ guide การเจาะดูดหนองและ necrotic tissue

4. ค้นหาภาวะแทรกซ้อน และ

5. ติดตามผลการรักษาได้ CT Scan เหมาะที่จะใช้ดู grading ความรุนแรงของตับอ่อนอักเสบ เช่น edema หรือ fluid collections ส่วน dynamic contrast-enhanced CT สามารถแยก interstitial และ necrotizing pancreatitis ได้ ซึ่งการทำ CT ทั้ง 2 อย่างนี้สามารถบอกถึงความเสียหายของอัตราการเสียชีวิตได้ (ตารางที่ 3) ตัวอย่างเช่น grade E มักมี necrosis มากอาจมีโอกาสติดเชื้อสูง หรือเกิด infected necrosis ได้มาก สิ่งเหล่านี้เพิ่มอัตราการตาย เช่น อัตราตายใน sterile necrosis 10% ในขณะที่ infected necrosis มีอัตราตายสูงถึง 30% CT Scan ถ้าพบ gass บ่งบอกว่าน่าจะมี infection แต่อย่างไรก็ตาม pancreatic infection ส่วนใหญ่ไม่จำเป็นต้องพบ gass

การพยากรณ์โรคในระยะต้น (Early Prognostic Signs)

- Ranson's criteria (ตารางที่ 4) เป็นการประเมินที่นิยมใช้กันทั่วไป โดยถ้า positive ≤ 2 ข้อมี อัตราตาย $\leq 5\%$, 3-5 ข้อ ประมาณ 10% และ ≥ 6 ข้อ อัตราตาย $\geq 60\%$ ความแม่นยำจะน้อยลงถ้า evaluate ผู้ป่วยถึง 48 ชม. ของการมีอาการ หรือบางรายจะต่างๆ ยังไม่คิดใน 48 ชม. แรก ทำให้แพทย์ไม่คิดว่าผู้ป่วยจะมีอาการรุนแรง
- Modified Glasgow Scores (ตารางที่ 5) และ Imrie's prognostic scores (ตารางที่ 6) ก็สามารถใช้พยากรณ์ได้คล้ายๆ parameters น้อยลงได้ผลใกล้เคียงกับ Ranson's score

- APACHE-II scores ใช้ physiologic variables 12 ตัว อายุ และ Chronic health status รวมพิจารณาด้วย นอกจากนี้ในผู้ป่วยที่อ่านพบว่ามียึดตายสูงขึ้น

- Clinical scoring system ดู hypovolemia, hypoxemia ($PaO_2 \leq 60$ mmHg) และ disorientation จนถึง coma มีความไว <40% แต่ความจำเพาะสูง สำหรับภาวะ severe pancreatitis ขณะแรกเริ่ม และมีความไวและความจำเพาะใกล้เคียงกับ Ranson's และ Imrie's scoring system ที่ 48 ซม.

Organ Failure หมายถึง

- Shock : systolic BP <90 mmHg
- Pulmonary insufficiency: $PaO_2 < 60$ mmHg
- Renal failure: CR >2 mg/dl
- Gastrointestinal bleeding: >500 ml/24 hr.
- ในรายที่ไม่มี organ failure อัตราตายน้อยมาก ในขณะที่อัตราตาย 10-60% ในรายที่มี organ failure ร่วมด้วย ซึ่งถึงเป็น score pancreatitis

Mortality พบว่า 80% เกิดจาก infection เช่น infection necrosis ส่วนภาวะอื่นที่เกี่ยวข้องกับ mortality คือ systemic complication และ multiorgan failure

Complication

ในระยะ Acute อาจมี fluid collection, necrotizing pancreatitis infected necrosis สามารถเกิดได้ภายใน 7 วันหลังมีอาการ ส่วน systemic complication ที่พบได้คือ ARDS, renal failure, gastrointestinal bleeding, cardiovascular decompensation, DIC

infected necrosis พบ E.coli 26% Pseudomonas sp. 16% การให้ imipenem อาจป้องกันการเกิดติดเชื้อใน sterile necrosis ขนาดใหญ่จาก CT scan ได้ เนื่องจากเข้าสู่ tissue ได้ดี อย่างไรก็ตามจำเป็นต้องมีข้อมูลมากกว่านี้ในการยืนยันว่ามีประโยชน์จริง

การรักษา

มีการศึกษามากมายในการรักษาทาง medical ซึ่งผลที่ได้ยังไม่ชัดเจนว่าขึ้นอยู่กับผลแน่นอนเช่น H2-receptor antagonist, somatostatin และ gabexate เป็นต้น นอกจากนี้มีการศึกษาพบว่าการทำ early sphincterotomy and stone extraction ในผู้ป่วย gallstone induced pancreatitis สามารถลด biliary sepsis, morbidity และ mortality ได้สำหรับการรักษาที่เป็นที่ยอมรับและทำได้ในโรงพยาบาลทั่วไปคือ

1. Supportive care ต้องให้ volume replacement ให้มี adequate urine output venous monitoring ควร replace calcium และ magnesium ถ้าพบว่าระดับต่ำลง การ "พัก" ดับอ่อนโดยการงดอาหารและน้ำทางปากมีความจำเป็น และจะเริ่มให้อาหารเหลวเมื่อผู้ป่วยหายปวดท้อง ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน และเริ่มมีเสียงของลำไส้บีบตัว โดยไม่ต้องจนกระทั่ง serum amylase ปกติจริงๆ ได้ Nasogastric tube จะทำในเฉพาะรายที่คลื่นไส้ อาเจียนหรือ ileus มากๆ เท่านั้น การให้ total parenteral nutrition สามารถลดความรุนแรงของโรคได้ สำหรับอาการปวดท้องนั้นควรใช้ meperidine ซึ่งได้ผลดีและมีผลต่อ sphincter of Oddi น้อยกว่า morphine ภายหลัง supportive treatment พบว่า 80% ของผู้ป่วยสามารถหายดีและไม่มีภาวะแทรกซ้อน

2. Severe pancreatitis ในรายที่อาการไม่ดีขึ้นภายใน 5-7 วัน, แม้จะมี systemic complication, หรือ multorgan failure ควรรับผู้ป่วยไว้ใน ICU เพื่อให้ intensive care ในเรื่อง hemodynamic, cardiopulmonary และ renal function เป็นต้น ผู้ป่วยควรได้รับสารทรวง CT scan และ dynamic contrast-enhanced CT ซึ่งบางรายมี necrosis ขนาดใหญ่ ซึ่งอาจเสียชีวิตจาก systemic complication และ infected necrotizing pancreatitis ในรายที่สงสัย ควรทำ CT scan และ dynamic contrast-enhanced CT ซึ่งบางรายมี necrosis ขนาดใหญ่ ซึ่งอาจเสียชีวิตจาก systemic complication และ infected necrotizing pancreatitis ในรายที่สงสัย ควรทำ CT scan ในรายที่สงสัยควรทำ CT-guided aspiration เพื่อพิสูจน์ว่ามี infection จริงหรือไม่และสามารถ identify เชื้อได้ ในรายที่พิสูจน์ว่าไม่ติดเชื้อ ให้ intensive care อย่างดีที่สุดต่อไป ส่วนในรายคิดเชื้อมีการทำ surgical necrosectomy and drainage ซึ่งมีหลายวิธีตามแต่ศัลยแพทย์ชำนาญหรือเห็นสมควร

3. Late complication ซึ่งมักเกิดภายหลัง 4-6 สัปดาห์ได้แก่ pseudocyst นั้นพบว่า 40-50% สามารถ resolve ได้เองภายใน 6 สัปดาห์ต่อมา ถ้าขนาดใหญ่หรือมี complication หรือไม่ resolve ใน 6 สัปดาห์ต้องพิจารณา drainage ซึ่งมีหลายวิธี ส่วน pancreatic abscess นั้นการทำ percutaneous or surgical drainage เป็นการรักษาที่จำเป็น

ตารางที่ 1 Causes of acute pancreatitis

Biliary tract disease
Alcohol
Hypertlipidemia
Hypercalcemia
Familial
Trauma
External
Operative
Retrograde pancreatography
Ischemia
Hypotension
Cardiopulmonary bypass
Atheroembolism
Vasculitis
Pancreatic duct obstruction
Tumor
Pancreas divisum
Ampullary stenosis
Ascariis infestation
Duodenal obstruction
Viral infections
Scorpion venom
Idiopathic
Drugs

ตารางที่ 2 Drug implicated in the initiation of acute pancreatitis

Definite association
Azathioprine
6-Mercaptopurine
Estrogens
Probable association
Thiazide diuretics
Furosemide
Sulphonamides
Tetracycline
L-asparaginase
Corticosteroids
Ethacrynic acid
Phenformin
Procainamide
Valproic acid
Clonidine
Pentamidine
Dideoxyinosine

ตารางที่ 3 CT grading of acute pancreatitis according to Balthazar et al., slightly modified

Staging	Score
A. Normal pancreas	0
B. Focal or diffuse enlargement of the pancreas, including contour irregularities, nonhomogenous attenuation of the gland, dilatation of pancreatic duct, foci of small fluid collections within the gland	1
C. Same as B plus involvement of peripancreatic fat	2
D. Same as B and C plus single, ill-defined fluid collection	3
E. Same as B and C plus >ill-defined fluid collections and/or intra-/peripancreatic gas	4
Necrosis (%)	
0	0
<33	2
33-<50	4
>50	6
Maximum	10

ตารางที่ 4 Ranson's criteria. Early objective prognostic signs used to estimate the risk of death or major complications for acute pancreatitis according to Ranson et al. (Prognostic signs for biliary acute pancreatitis do not include arterial PO_2 .)

On admission or diagnosis	Acute pancreatitis	
	Alcohol-induced	Biliary
- Age	>55 years	>70 years
- White blood cell count	>16000/mm ³	>18000/mm ³
- Blood glucose	>200 mg/dl	>220 mg/dl
- Serum lactate dehydrogenase	>350 U/L	>400 U/L
- Serum glutamic oxalacetic transaminase	>250 U/L	>250 U/L
During initial 48 h		
- Hematocrit decrease	>10%	>10%
- Blood urea nitrogen increase	> 5 mg/dl	>2 mg/dl
- Serum calcium level	<8 mg/dl	<8 mg/dl
- Arterial PO_2	<60 mm Hg	>5 mEq/l
- Base deficit	>4 mEq/l	>4l
- Estimated fluid sequestration	>6l	

ตารางที่ 5 Modified Glasgow criteria

- Within 48 hours of hospitalization
- Age >55 yr
 - White-cell count >15,000/mm³
 - Glucose >180 mg/dl
 - Blood urea nitrogen >45 mg/dl
 - Lactic dehydrogenase >600 U/liter
 - Albumin <3.3 g/dl
 - Calcium <8 mg/dl
 - Partial pressure of oxygen <60 mm Hg

ตารางที่ 6 Imrie's prognostic scores (32)

- Age >55 years
- White blood cell count >15 x 10⁹/l
- Arterial PO_2 <60 mm Hg
- Plasma glucose >10 mmol/l (no diabetic history)
- Blood urea >16 mmol/l (no response to intravenous fluids)
- Serum calcium <2 mmol/l
- Serum albumin <32 g/l
- Serum albumin <32 g/l
- Serum lactate dehydrogenase >90 U/l
- Serum transaminases (serum glutamate-oxalacetate transaminase (SGOT) and serum glutamate pyruvic transaminase (SGPT) >100 U/l

References:

1. Steinberg W and Tenner S: Acute pancreatitis. N Eng J Med 1994;330:1198-1210
2. Lankisch PG and Banks PA: Pancreatitis Springer-Verlag Berlin Heidelberg New York.1998
3. Lillemore KD and Yeo CJ: Management of complication of pancreatitis. In: Current problems in surgery. Mosby 1998;35:1-97
4. Steinberg WN (eds): Disorders of the pancreas. Gastroenterol Clin North Am 1990;19:783-871
5. Calleja GA and Barkin JS: Acute pancreatitis. Med Clin North Am 1993;77:1037-56
6. Gorelick FS: Acute pancreatitis; In Yamada T. (eds) Textbook of gastroenterology 2nd edition Lippincott company 1995 pp.2064-2090
7. Greenberger NJ, Toskes PP and Issebacher KJ: Acute and chronic pancreatitis; In Harrison's Principles of internal medicine 14th edition McGraw-Hill 1998 pp.1741-1748

CURRENT MANAGEMENT OF DIVERTICULITIS

นพ.เทพรัตน์ ทองงาม

กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลสระบุรี

diverticulum คือ abnormal sac or pouch ซึ่งยื่นออกมาจากผนังลำไส้ มักพบตรงที่ arterioles ทะลุ muscular wall แบ่งเป็น 2 ชนิด คือ

1. True diverticulum จะประกอบด้วย all layers of the intestinal wall ส่วนมากเป็น Single ขนาดใหญ่ พบที่ลำไส้ใหญ่ จะพบที่ caecum หรือ ascending colon

2. false diverticulum จะไม่มี muscular layers ส่วนมากเป็น multiple ขนาดเล็ก พบที่ลำไส้ที่ยืด Sigmoid colon

เชื่อว่า diverticulum เกิดจาก low fiber diet → stool exam → ↑ intramural pressure → hypertrophic of wall muscular layer → segmental herniation at the site of weakness in muscular propria

diverticulosis คือ presence of diverticula in the colon
diverticulitis คือ acute inflammation associated with diverticula

diverticular disease คือ การมี diverticula รวมถึงอาการและอาการแสดงที่เป็นผลด้วย คือ pain, fever, abdominal cramp and bloating

diverticula พบ 1/3 ในประชากรอายุมากกว่า 45 ปี และ 2/3 ในประชากรอายุมากกว่า 85 ปี

diverticulosis พบมี clinical diverticulitis 10-25% มี recurrent 30-45%

Presentation of acute diverticulitis

1. Symptoms : fever and chill

pain left lower quadrant of abdomen และมี peritoneal signs

Altered bowel habits ที่มักได้ diarrhea, obstruction,

constipation

Nausea and vomiting

Urinary symptoms

Bleeding พบใน acute diverticulitis น้อย การทำนี้ถึงโรค

อื่นมากกว่า เช่น ischemic colitis, malignancy

2. Signs : Voluntary guarding and rebound tenderness, palpable mass LLQ,

PR ที่ bulging or mass, fever and leukocytosis

D/Dx Acute appendicitis, Gynecologic problems, PU, Crohn's disease,

Cancer of colon, Irritable bowel syndrome, ischemic colitis

Radiologic and Endoscopic evaluation of acute diverticulitis

U/S พบ thickened colonic wall and an associated abscess

film X-ray abdomen อาจพบ free air, sign of obstruction, extramural

air (abscess)

CT scan พบ thickening of colonic wall, inflammation of pericolic fat (phlegmon), abscess, อาจพบ colovesical fistula โดยจะเห็นเป็น air fluid ใน bladder

Barium contrast enema (gastrograffin) ทำเป็น low pressure enema

with attention to sigmoid พบว่ามี contrast material อยู่ใน abscess cavity หรือ

อยู่ใน intramural sinus tract

Radiologic signs on contrast enema

อาจจะพบ abscess, perforated diverticula, fistula formation เช่น

colocutaneous, coloenteric, colouterine, colovaginal, colovesical และ

Intramural obstruction เช่น large bowel obstruction และ retrograde

obstruction to flow of barium, pericolic mass, sinus tract, spasm, stricture,

thickened colonic wall และ narrowed segment

Endoscopic evaluation เช่น rigid sigmoidoscopy, flexible

sigmoidoscopy, Flexible colonoscopy ไม่แนะนำในกรณี acute diverticulitis

เพราะการใส่ลมอาจเกิด perforation แต่มีประโยชน์ในแยกโรคอื่นๆ

เช่น malignancy, inflammatory bowel disease

Treatment

Diet : ระยะแรกควรให้อาหารพวกน้ำ (clear liquid diet) หลังกจาก

อาการดีขึ้น 1 เดือน จึงเริ่มให้อาหารมีกากมาก (high fiber diet)

Antibiotics : กรณีอาการไม่มาก จะรักษาแบบผู้ป่วยนอกให้รับ
ประทานยา เช่น ciprofloxacin, metronidazole, ampicillin, tetracycline หรือ
Bactrim นาน 7-10 วัน

กรณีอาการมาก เช่น มีไข้สูง ปวดมาก หรือรักษาแบบผู้ป่วยนอกแล้ว
อาการไม่ดีขึ้น ควรรักษาแบบผู้ป่วยใน โดยให้ยาปฏิชีวนะแบบบroad
spectrum antibiotics) ไม่ควรให้ยาแก้ปวด morphine เพราะจะเพิ่ม
intracolonic pressure ให้ meperidine จะเหมาะสมกว่า

Surgical

1% ของผู้ป่วยทั่วไปต้องการผ่าตัด

15-30% ของผู้ป่วยใน รพ. ต้องการผ่าตัด

การผ่าตัดในกลุ่ม simple, uncomplicated episode of diverticulitis ยัง
ไม่จำเป็น เพราะ 70% จะไม่ recurrent แต่ถ้านี้ second episode จะมีโอกาส
recurrent 50% จึงควรทำ elective resection

Smithwick แนะนำวิธีการผ่าตัดเป็น three stage

initial colostomy with drainage → resection of the sigmoid colon

→ closure colostomy

Hinchey แบ่ง Classification ในผู้ป่วย perforated diverticulitis เป็น

Stage I : presence of a pericolic abscess

Stage II : presence of a more distant abscess เช่น retroperitoneal or

pelvic abscess

Stage III : presence of purulent peritonitis

Stage IV : fecal peritonitis

สำหรับ purulent or fecal peritonitis ควรทำ two-stage procedure

Hartmann's procedure โดยทำเป็น resection of the sigmoid colon with closure
of rectal stump and proximal colostomy และ colostomy colostomy หลังผ่าตัด
ครั้งแรก 2-3 เดือน

วิธี two stage อื่นๆ เช่น primary resection with end to end
anastomosis and Left transverse colostomy, primary resection with
colostomy and mucous fistula

สำหรับผู้ป่วยที่เป็น periodic abscess (Hinchey stage I) หรือ selected

patient with Hinchey stage II อาจทำเป็น primary resection and anastomosis

Operations for diverticular disease

One-stage procedure

Resection and primary anastomosis

Two-stage procedure

Hartmann's operation

Sigmoid resection, end-descending colostomy and mucous fistula

Sigmoid resection, 1 primary anastomosis, and proximal colostomy

Mikulicz's operation

Three-stage procedure

colostomy and drainage

Elective sigmoid resection candidate :

1. ถอดทำในผู้ป่วยที่เป็น complicated diverticulitis เช่น obstruction, fistulization หรือ abscess resection ทำหลังจาก standard mechanical and antibiotic bowel preparation ส่วนใหญ่ตัดแค่ sigmoid colon ก็พอ (margin ต้อง free จาก diverticula)

2. recurrent acute attack ≥ 2 ครั้ง
3. ไม่สามารถ R/O Colonic Cancer
4. เกิดอาการในคนอายุ < 40 ปี

Surgical for complicated diverticular disease

1. Obstruction

มักสัมพันธ์กับ large bowel obstruction, อาการ obstruction อาจจะต้อง
งุนหลังจาก inflammation subside ก็ทำ elective surgery แต่ถ้ายังไม่ดีขึ้นก็ต้อง
emergency surgery โดยทำเป็น end colostomy + Hartmann resection หรือ
อาจทำเป็น on-table lavage and 1 primary resection with end-to-end
anastomosis (EEA)

2. Fistula

พบเป็น colovesical fistula ถึง 50% of all diverticular fistula อาการที่
พบได้แก่ pneumaturia, fecaluria, dysuria, urinary frequency, abdominal pain,
chronic UTI (polymicrobial) สามารถให้การรักษาโดย single-stage procedure
โดยถ้ามี Abscess ก็ทำ CT scan ร่วมกับ percutaneous drainage แล้วต่อด้วย
total sigmoid resection + EEA ตัด fistula ที่ bladder ออก และปิด defect ด้วย
absorbable suture ใส่สาย foley ไว้ 7-10 วัน

Colovaginal fistula : passage of stool or flatus per vagina, vaginal discharge, recurrent vaginal infection โดยตัด Colon + EEA ที่ vagina ก็ตัด
และเย็บปิดหรือปิดเป็น drain ไว้ แล้วเอา omentum (ถ้ามี) ไปด้วยระหว่าง
ระหว่าง Colon กับ vagina

Colocutaneous fistula : อาการ fever, mass, intestinal obstruction,
excoriation of skin, peritonitis and rectal bleeding การรักษาโดย control of
sepsis, nutrition, bowel rest ส่วนใหญ่ปิดเอง

Bleeding ส่วนใหญ่มักเกิดจาก diverticulosis ไม่ใช่ diverticulitis เกิด
จาก colon ทางขวามากกว่าทางซ้าย ส่วนใหญ่หยุดเอง ควรทำเป็น resection
with colostomy ในผู้ป่วยที่ไม่ stable

Special issues

Diverticulitis in young patients มักจะวินิจฉัยผิด ถ้ามีอาการมักจะเป็น
มากกว่าคนสูงอายุ และมักจะเป็น complication of diverticulitis ส่วนใหญ่ของ
ผู้ป่วยจะมี diverticulitis จะต้อง surgery ใน initial attack (66%) สำหรับ
elective surgery ควรทำใน 1st episode

Diverticulitis in Immunocompromised Patients : เช่น ผู้ป่วยที่มี
organ transplant, on steroid, malignancy ที่ใช้ chemotherapy, AIDS, DM,
chronic alcoholics ผู้ป่วยกลุ่มนี้มี clinical น้อยและไม่ response ต่อ medical
treatment พบมี high morbidity and high mortality ควรรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้แบบ
aggressive

References:

1. Simmang CL., Shires GT. Diverticular disease of the colon in Textbook of Gastrointestinal and liver disease. WB. Saunders company 6th edition, 1997, 1788-98
2. Patricia L. Roberts MD. Massachusetts. Current management of Diverticulitis. Advances in surgery 1995 ; 27
3. Ica J. Kodner, Robert D. Fry, James W. Fleshman, and Elisa H. Birnbaum. Colon, Rectum, nd Anus in Textbook of principles of Surgery 6th edition 1994
4. Anthony L. Imbenbo, M.D., and Robert W. Bailey, M.D. Diverticular disease of the colon in text book of Surgery 14th edition 1991
5. Bresalier BE. Diverticular disease of the colon in textbook of Current diagnosis & treatment in astrocenterology. A Lange medical book, 1996; 392-406

บรรณานุกรม

จุฬารัตนศาสตร์ฉบับที่สามกำลังอ่านอยู่ขณะนี้จะเป็นฉบับสุดท้ายใน
วาระปี 2540-2541 โดยมีศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์สวัสดิ์ หิตะนันท์
เป็นนายกสมาคมฯ และกระผม เป็นรองนายกแพทย์อนุชิต จุฑะพุทธิ เป็น
เลขาธิการและบรรณานุกรม และในวาระปี 2542-2543 ศาตราจารย์แพทย์หญิง
กรณิการ์ พรพัฒน์กุล จะเป็นนายกสมาคมฯและรองศาสตราจารย์นายแพทย์
อุดม ศชินทร เป็นเลขาธิการ และบรรณานุกรมจุฬารัตนศาสตร์คนต่อไป

กระผมมีข่าวยินดีที่จะเรียนให้เพื่อนสมาชิกทราบว่าในปี 2541 มูลนิธิ
เพื่อสังคมไทย ยก่องให้เกียรติ ศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์สวัสดิ์ หิตะ
นันท์ นายกสมาคมฯ ให้เป็นบุคคลตัวอย่างประจำปี 2541 ในสาขาโรคระบบ
ทางเดินอาหาร ผมเชื่อว่าผลงานซึ่งท่านมีส่วนช่วยทำในช่วงที่เป็นนายก
สมาคมฯนั้นคงเป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยให้ท่านได้รับตำแหน่งนี้

สำหรับคณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯในวาระปี 2542-2543 นี้
กระผมก็ยังคงได้รับใช้เพื่อนสมาชิกสมาคมฯโดยมาทำงานในตำแหน่งปฏิคม
จากการที่จะต้องอ่านหนังสือก็จะเปลี่ยนมาเป็นบริการแทน กระผมหวังว่า
คงจะได้รับความร่วมมืออย่างดียิ่งจากเพื่อนสมาชิกเหมือนเช่นเคย

พ.อ. นพ.อนุชิต จุฑะพุทธิ