

จุลสาร

สมาคมแพทยระบอบ

ทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย



ปีที่ 9 ฉบับที่ 39 มิถุนายน 2544

ISSN 0857-6351

<http://www.thalgastro.org>

ฉบับที่ 39

- Pancreatic fistula
- Management of Cholestatic Liver Diseases
- Nitrazoxanide



สมาคมแพทยระบบทางเดินอาหาร แห่งประเทศไทย

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

สำนักงาน:-

ตึกผะอบ ชั้น 1 สาขาวิชาโรคระบบทางเดินอาหาร

รพ.ศิริราช

ถ.พรมานนถ

บางกอกน้อย

กรุงเทพฯ 10700

โทร 412-0586

โทรสาร 411-5013, 412-0586

สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

ปีที่ 9 ฉบับที่ 39 มิถุนายน 2544 ISSN 0857-6351

จุลสารสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย
 ปีที่ 9 ฉบับที่ 39 มิถุนายน 2544

รายนามคณะผู้จัดทำจุลสารฯ

ที่ปรึกษา	แพทย์หญิงศศิประภา มุญญพิสิฎฐ์
บรรณาธิการ	นายแพทย์อุดม คชินทร
กองบรรณาธิการ	นายแพทย์สมชาย ถีลาภกุลวงศ์
	แพทย์หญิง โฉมศรี โฉมศิษฐ์วัฒน์
	นายวาอากาศโทนายแพทย์วิญญู จันทร์สุนทรกุล
	นายแพทย์ทวีศักดิ์ แทนวันดี
	นายแพทย์ธีระ พิชัยวิสุทธิ
	นายแพทย์มนุสสันธิ กลัดเจริญ
	นายแพทย์พิศาล ไรมีเรือง
	นายแพทย์มานิต ติโทษชาติ
	นายแพทย์ยุทธนา ศตวรรษธำรง
	พินิตารวเอกนายแพทย์วีรพันธุ์ เสาวรส
	นายแพทย์ศตวรรษ ทองสวัสดิ์
	แพทย์หญิงสุพร ศรีพงศ์ธนา
	นายแพทย์ศิริวัฒน์ อนันตพันธุ์พงษ์
	พินิตอนายแพทย์อนุชิต จุฑาบุทธี
พิมพ์ที่	สุกวนิช การพิมพ์
จำนวน	1,500 เล่ม

สารบัญ

รายนามคณะกรรมการอำนวยการ	หน้า
สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย	4
ตารางจากนิตยสารสมาคม	10
รายงานการประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯครั้งที่ 4/2544	16
รายงานการประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯครั้งที่ 5/2544	28
Interhospital GI Conference Case 1	38
Interhospital GI Conference Case 2	55
Interesting Topics Review	
Pancreatic fistula	43
Posttransplant Lymphoproliferative disorders (PTLD) in kidney transplant patients	60
Nitrazoxanide :New antiparasites and GI Diseases	70
Management of Cholestatic Liver Diseases	81
ปฏิบัติการประชุมวิชาการที่น่าสนใจ	88
บรรณาธิการแถลง	90
ภาพถ่าย	92
ผู้สนับสนุนการจัดพิมพ์หนังสือจุลสารสมาคม	96
ใบสมัครเป็นสมาชิกสมาคม	97

รายนามคณะกรรมการอนามัยการศึกษามทม

วาระปี 2544-2545

1. แพทย์หญิงศิริประภา	บุญยพิสิษฐ	นายกสมาคม
2. นายแพทย์ประวิทย์	เลิศศิริสกุล	รัฐตำแหน่งนายก
3. นายแพทย์มานิต	ทิไพชวลิต	อุปนายก
4. นายแพทย์ทวีศักดิ์	เทียนวันดี	เลขาธิการ
5. แพทย์หญิงชุติมา	ประมุขสินทรัพย์	เหรัญญิก
6. นายแพทย์จรินทร์พร	โรจน์บวรวิทยา	ประธานฝ่ายปฎิคม
7. นายแพทย์กำภร	เผ่าสวัสดิ์	ประธานฝ่ายวิจัย
8. แพทย์หญิงวาโรชา	มหาชัย	ประธานฝ่ายวิชาการ
9. นายแพทย์ไพโรจน์	เหล็กองโรจนกุล	ประธานฝ่ายโรคตับ
10. พันเอกนายแพทย์สุรพล	จันทร์ค นกุล	ประธานฝ่ายอินโคสโคปีย์
11. นายแพทย์พิศาล	ไพบริยง	ประธานฝ่ายการศึกษา
12. นายแพทย์สุชา	ศุระทอง	หลังปริญญา
13. นายแพทย์ธีระ	พิระวิสุทธิ	ประธานฝ่ายวารสาร
14. นายแพทย์ทองดี	ชัยพานิช	ประธานฝ่ายสหสัมพันธ์
15. นายแพทย์คณิต	อติสุข	กรรมการกลาง
16. แพทย์หญิงโถมนศรี	โสมจิตวิชิตน์	กรรมการกลาง
17. นายแพทย์นุสนธิ์	กัลลเจริญ	กรรมการกลาง
18. นายแพทย์บัญญัติ	โตวาฬารพร	กรรมการกลาง
19. นายแพทย์พงษ์ธีระ	สุวรรณกุล	กรรมการกลาง
20. นาวาอากาศเอกนายแพทย์ไพฑูริย์	จั่งพานิช	กรรมการกลาง
21. แพทย์หญิงลิ้นดา	บรรานัน	กรรมการกลาง

4 จุดตรวจควบคุมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย. มิถุนายน 2544

22. พันตำรวจเอกนายแพทย์วรินทร์ สุวารต		กรรมการกลาง
23. นาวาอากาศโทนายแพทย์วิญญู จันทรสุนทรกุล		กรรมการกลาง
24. นายแพทย์วิกิจ	วิธานุวัฑฒ์	กรรมการกลาง
25. แพทย์หญิงฉวีมา	วงศพานิช	กรรมการกลาง
26. นายแพทย์สถาวร	มานัสสิทธิ์	กรรมการกลาง
27. นายแพทย์สมชาย	ลีลากุลวงศ์	กรรมการกลาง
		(ผู้ช่วยเลขาธิการ)
28. พันเอกนายแพทย์สุรพล สุรางค์ศิริฐ		กรรมการกลาง
29. นายแพทย์สุริยะ	จักกะพาก	กรรมการกลาง
30. นายแพทย์ทองอาจ	ไพรสณทรวงกูร	กรรมการกลาง
31. พันเอกนายแพทย์อนุชิต ชูชะทุทธิ		กรรมการกลาง
32. นายแพทย์อุตม	คชินทร	กรรมการกลาง
33. แพทย์หญิงกรรณิการ์ พรพิฒน์กุล		ที่ปรึกษา
34. นายแพทย์เกรียงไกร	อัครวงษ์	ที่ปรึกษา
35. นายแพทย์จินดา	สุวรรณรักษ์	ที่ปรึกษา
36. นายแพทย์ทินจง	กุลละวณิชช์	ที่ปรึกษา
37. นายแพทย์คิมชัย	ไชยนุวัต	ที่ปรึกษา
38. พลตรีนายแพทย์วิชัย	ชัยประกาศา	ที่ปรึกษา
39. นายแพทย์สันทนาย	วิไลรัตน์	ที่ปรึกษา
40. นายแพทย์สวัสดิ์	หิณะนันท์	ที่ปรึกษา
41. นายแพทย์สังข์พันธ์	อิศรสนา	ที่ปรึกษา
42. พลอากาศตรีนายแพทย์สุจินต์ จารุจินดา		ที่ปรึกษา

จุดตรวจควบคุมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย. มิถุนายน 2544

รายนามคณะกรรมการฝ่ายวิจัย

1. นายแพทย์กัณธร	เผ่าถวัลย์ดี	ประธาน
2. นายแพทย์จรัมพร	โรจนบัวโรจวิทยา	อนุกรรมการ
3. แพทย์หญิงโสมศรี	โสมจิตต์วัฒนัน	อนุกรรมการ
4. แพทย์หญิงสุดิมา	ประมุขสิงห์ทรัพย์	อนุกรรมการ
5. นายแพทย์ธีระ	พิรัชวิสุทธิ	อนุกรรมการ
6. นายแพทย์บุณต์นรี	กมลเจษฎิ	อนุกรรมการ
7. นายแพทย์บัญญัติ	โยวาทฟ้าพร	อนุกรรมการ
8. นายแพทย์ประวิทย์	เลิศระศรีกุล	อนุกรรมการ
9. นายแพทย์พลรัตน์	วีไลรัตน์	อนุกรรมการ
10. นายแพทย์พิศาส	ไม่เรียง	อนุกรรมการ
11. นายแพทย์มานิต	สุโทชวลิต	อนุกรรมการ
12. นายแพทย์ยุทธนา	ศุภธรรมธำรง	อนุกรรมการ
13. นางวาภาภาสโทนายแพทย์วิญญู	จันทร์สุเมทกุล	อนุกรรมการ
14. แพทย์หญิงจวีณา	มณฑชัย	อนุกรรมการ
15. พินิตำรวจเอกนายแพทย์วรินทร์	เสาวรส	อนุกรรมการ
16. นายแพทย์ศิววรรษ	ทองสวัสดิ์	อนุกรรมการ
17. นายแพทย์ศิวดาพร	มาโนชต์ติชัย	อนุกรรมการ
18. นายแพทย์เสด็จ	เศษะไพฑูริย์	อนุกรรมการ
19. พินเอกนายแพทย์สุรพล	ชีนรัตน์กุล	อนุกรรมการ
20. พินเอกนายแพทย์สุรพล	สุรางค์ศรีรัฐ	อนุกรรมการ

21. นายแพทย์สิริวัฒน์	อนันต์พันธ์พงษ์	อนุกรรมการ
22. นายแพทย์อองอาจ	ไพโรจน์สารางกูร	อนุกรรมการ
23. พินเอกนายแพทย์อนุชิต	จุฑาทุทธิ	อนุกรรมการ
24. นายแพทย์อุดม	ศุภินทร	อนุกรรมการ
25. นายแพทย์สุทัย	แก้วเอี่ยม	อนุกรรมการ
26. แพทย์หญิงกรรณิการ์	พรพัฒน์กุล	ที่ปรึกษา
27. นายแพทย์เกรียงไกร	อัศวรงค์	ที่ปรึกษา
28. นายแพทย์ทองดี	ชัยพานิช	ที่ปรึกษา
29. นายแพทย์พินิจ	กุลละวณิชย์	ที่ปรึกษา
30. นายแพทย์พงษ์พีระ	สุวรณกุล	ที่ปรึกษา
31. แพทย์หญิงศศิประภา	บุญญพิสิญ์	ที่ปรึกษา
32. นายแพทย์สวัสดิ์	วิเศษนันท	ที่ปรึกษา
33. นายแพทย์สุธา	ศุระทอง	ที่ปรึกษา

รายนามคณะอนุกรรมการฝ่ายโรคต้น

- | | | |
|-------------------------|-----------------|-----------|
| 1. นายแพทย์ไพโรจน์ | เหลือใจโรจนกุล | ประธาน |
| 2. แพทย์หญิงชุติมา | ประมุขสินทรัพย์ | รองประธาน |
| 3. นายแพทย์ทวีศักดิ์ | แทนวันดี | กรรมการ |
| 4. นายแพทย์เต็มชัย | ไธยมุนีดี | กรรมการ |
| 5. นายแพทย์ยง | ภูววรรณ | กรรมการ |
| 6. แพทย์หญิงโจชา | มหาชัย | กรรมการ |
| 7. พันเอกนายแพทย์อนุชิต | จุฑะพุทธิ | กรรมการ |
| 8. นายแพทย์ธีระ | พิรัชวิสุทธิ | เลขานุการ |

รายนามคณะอนุกรรมการฝ่ายวิเทศสัมพันธ์

- | | | |
|-------------------|--------------|------------|
| 1. นายแพทย์ธีระ | พิรัชวิสุทธิ | ประธาน |
| 2. นายแพทย์พิศาล | ไม่เรียง | อนุกรรมการ |
| 3. นายแพทย์ศตวรรษ | ทองสวัสดิ์ | อนุกรรมการ |
| 4. นายแพทย์สุริยะ | จักกะพาก | อนุกรรมการ |
| 5. แพทย์หญิงมาพร | จำสุญกุล | อนุกรรมการ |
| 6. นายแพทย์สมชาย | ลีลาภุศลวงศ์ | อนุกรรมการ |

รายนามคณะอนุกรรมการศึกษาหลังปริญญา

- | | | |
|------------------------------|-----------------|------------|
| 1. นายแพทย์พิศาล | ไม่เรียง | ประธาน |
| 2. นายแพทย์เกียรติยศ | อัศววงศ์ | อนุกรรมการ |
| 3. นายแพทย์กัษธร | เผ่าสวัสดิ์ | อนุกรรมการ |
| 4. นายแพทย์จรัมพร | โรจน์บวรวิทยา | อนุกรรมการ |
| 5. แพทย์หญิงเฉลียว | ประสงค์สุขสันต์ | อนุกรรมการ |
| 6. แพทย์หญิงโสมศรี | โสมพิชัยวัฒน์ | อนุกรรมการ |
| 7. นายแพทย์ทวีศักดิ์ | แทนวันดี | อนุกรรมการ |
| 8. นายแพทย์ธีระ | พิรัชวิสุทธิ | อนุกรรมการ |
| 9. นายแพทย์บัญชา | โอภาทพารพร | อนุกรรมการ |
| 10. นายแพทย์พัลลภรัตน์ | วีไลรัตน์ | อนุกรรมการ |
| 11. นายแพทย์รังสรรค์ | กฤษณมิตร | อนุกรรมการ |
| 12. พันตำรวจเอกนายแพทย์อรทัย | เศวรส | อนุกรรมการ |
| 13. นาวาอากาศโทนายแพทย์วิญญู | สุนทรสุนทรกุล | อนุกรรมการ |
| 14. นายแพทย์ศตวรรษ | ทองสวัสดิ์ | อนุกรรมการ |
| 15. พันเอกนายแพทย์สุรพล | สุรางค์ศรีรัฐ | อนุกรรมการ |
| 16. พันเอกนายแพทย์อนุชิต | จุฑะพุทธิ | อนุกรรมการ |
| 17. นายแพทย์อุดม | ศิรินทร์ | อนุกรรมการ |
| 18. นายแพทย์อุคร | ศรีวัฒน์ | อนุกรรมการ |

สารจากนายกสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

เรียน ท่านสมาชิกสมาคม ที่รักเคารพทุกท่าน

งานของสมาคมหลังจากช่วงเดือนเมษายน ได้มีการจัดสอบเพื่อวุฒิบัตรของแพทย์เฉพาะทางในสาขาระบบทางเดินอาหาร ทำการตัดสินใจและประกาศผลสอบไปแล้วตั้งแต่วันที่ 13 กรกฎาคม 2544 ซึ่งการจัดสอบเพื่อวุฒิบัตรนั้น ต้องมีขั้นตอนหลายอย่างต้อง

1. ได้รับการฝึกอบรมในสถาบันที่สมาคมได้ทำการรับรองแล้ว (ในขณะนี้ มีอยู่ 10 สถาบัน) เป็นเวลา 2 ปี
2. จะต้องทำงานวิจัย 1 เรื่องให้เสร็จ จึงจะมีสิทธิ์เข้าสอบข้อเขียนและภาคปฏิบัติ
3. จะต้องได้รับการประเมินจากสถาบันที่ฝึกอบรมอยู่ว่าปฏิบัติงานเป็นที่น่าพอใจถึงส่งเข้าสอบ
4. ต้องสอบผ่านทั้งข้อเขียนและภาคปฏิบัติ

ซึ่งผู้ผ่านการฝึกอบรมและผ่านการสอบแล้วจะได้รับบัตรเป็นผู้เชี่ยวชาญในการเป็นแพทย์เฉพาะทางโรคระบบทางเดินอาหาร ขณะนี้ทางสมาคมและกรรมการฝ่ายการศึกษาหลังปริญญาและกรรมการฝ่ายเอ็นดีไอศโคปีย์ กำลังจะเตรียมการเพื่อจะมีหลักสูตรของแพทย์เฉพาะทางสาขาโรค

ระบบทางเดินอาหารในปีที่ 3 สำหรับผู้สนใจในการฝึกอบรมทางด้านเอ็นโดสโคปียต์อีก 1 ปี

ช่วงวันที่ 25-27 กรกฎาคม สมาคมได้จัดให้มีการประชุมวิชาการกลางปีของสมาคมขึ้นที่โรงแรมริเจนท์ ชะอำ ในวันแรกหลังพิธีเปิด ได้มีพิธีรำลึกถึงอาจารย์วิจิตร โดยทางสมาคมได้ทำ slide multivision "In memory of Professor Vikit Viranuvatti" โดยความร่วมมือของอาจารย์สมชาย สีสากุลวงศ์, คุณกมลทิพย์ หิตะนันท์, คุณพรทิพย์ จิตนแพทย์ และคุณโกเมน ธรรมประกอบ

ส่วนการประชุมทางวิชาการเริ่มต้นด้วย symposium เรื่อง GERD (gastroesophageal reflux disease) ท่านสมาชิกหลายท่านอาจจะสงสัยว่าทำไมจึงมีการพูดถึง GERD กันมากขณะนี้เนื่องจากมีรายงานของต่างประเทศพบว่า incidence ของ GERD เพิ่มขึ้น ซึ่งผู้เขียนคิดว่าอาจจะจากการ eradication ของ H.pylori หรือไม่ (จากการที่รักษา H.pylori แล้วจะมี acidity เพิ่มขึ้น) แม้แต่ในเมืองไทยเอง จากการศึกษากับคุณนันทิชาเข้ามาทำ endoscopy ที่โรงพยาบาลศิริราชช่วงปี 2542-2544 ด้วยเรื่อง dyspepsia จำนวน 1548 ราย พบมี GERD ถึงร้อยละ 9.2 และในคนไทยไม่ค่อยจะมีอาการของ heart burn ส่วนใหญ่จะมาพบแพทย์เรื่อง belching และ bloating, epigastric discomfort, nausea การรักษาแนะนำให้รักษาด้วย proton pump inhibitor ส่วนการผ่าตัดคงจะต้องพิจารณาเป็นรายๆ

เรื่อง symposium ที่น่าสนใจอีกเรื่องคือ GI and liver problem in geriatric patient ซึ่งขณะนี้ 6% ของประชากรโลกอายุมากกว่า 65 ปีในบ้านเรากำลังจะเป็นปัญหาตามมา เพราะอายุเฉลี่ยของประชากรไทยมากขึ้น เช่นเดียวกัน ผู้บรรยายได้บรรยายถึงโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ และแนวทางในการปฏิบัติดูแลผู้ป่วย

Practical points in gastroenterology และ Hepatology ซึ่งอาจารย์ไพโรจน์ เหลืองโรจนกุล เป็น Moderator ได้ทำ Case คนไข้แปลกๆ มาให้ท่านวิทยากรได้ discuss กันสนุกสนานมาก

การ management ของคนไข้ Chronic hepatitis B และ C อาจารย์ไพโรจน์ เหลืองโรจนกุล, อาจารย์ทวีศักดิ์ แทนวันดี, อาจารย์วโรชา มหาชัย และอาจารย์ธีระ พิศิษฐ์สุทธิ ได้มาบรรยายให้เราฟังทำให้คนไข้ Chronic HBV ที่มี cirrhosis แต่ก็ยังมีความหวังว่าสามารถที่จะทำให้เขาดีขึ้นและอายุยืนยาวขึ้น

Genetic aspect in gastroenterology ของอาจารย์ชินนทร์ ลิ้มวงศ์ ท่านสามารถพูดเรื่องยากให้ดูง่ายขึ้นทำให้เราเข้าใจถึงโรคทาง genetic ต่างๆ ในระบบทางเดินอาหารในอนาคตเราอาจจะไม่ต้อง screen คนมากๆ ต้องดูทาง genetic marker แม่นยำและง่ายสามารถทำได้แพร่หลายขึ้น

Update Management on Endoscopy คณะผู้บรรยายคือทำให้เราทราบว่าขณะนี้มีอะไรใหม่ๆ ในวงการ endoscopy

นอกจากนี้ยังมีเรื่องที่น่าสนใจอีกหลายเรื่องได้แก่

- Ischemic bowel disease โดยอาจารย์ฐิติมา ประมุขสินทรัพย์
- Approach and management of acute cholangitis โดย อาจารย์ทวีสิน ตันประยูร, อาจารย์ยุทธิธนา ศตวรรษิ์ราช, และ อาจารย์ชินนทร์ เอื้อวิไลจิต
- Cholestatic liver disease โดยอาจารย์ติมชัย ไชยบุญดี, อาจารย์ไพโรจน์ เหลืองโรจนกุล และอาจารย์อนุชิต จุฑะพุทธิ
- GI in systemic disease โดยอาจารย์ประวิทย์ เลิศวีระศิริกุล
- Intestinal pseudo-obstruction โดยอาจารย์ศตวรรษ ทองสวัสดิ์

จะเห็นว่า 2 วันครึ่งที่ใช้ในการประชุมกลางปีทุกคนจะได้รับความรู้มากมายบางท่านบอกว่าไม่ได้เห็นทะเลว่าหน้าตาเป็นอย่างไร

งานประชุมกลางปีนี้สำเร็จเรียบร้อยได้โดยความร่วมมือของคณะกรรมการทุกท่านโดยเฉพาะเลขาธิการสมาคม คืออาจารย์ทวีศักดิ์ แทนวันดี, อาจารย์สมชาย สีสากุศลวงศ์ และอาจารย์วโรชา มหาชัย ประธานฝ่ายวิชาการ ตลอดจนได้รับความร่วมมือจากบริษัทยาที่ให้การสนับสนุนการประชุมและผู้ร่วมการประชุมซึ่งต้องขอขอบคุณทุกท่านในที่นี้ด้วย

หวล...รำลึกถึงท่าน
ศาสตราจารย์นายแพทย์วิจิตร วีรานุกวัตร

งานถัดไปของสมาคมคือการประชุมวิชาการประจำปี ในวันที่ 27-30 พฤศจิกายน 2544 ซึ่งจะจัดขึ้นที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จะมีส่วนของ Endoscopy 2 วัน จัดเป็น Live Demonstration และอีก 2 วันเป็นการประชุมวิชาการ หัวว่าทางานสมาชิกคงจะมาร่วมประชุมคับคั่งเหมือนเดิม ส่วนในเดือนกุมภาพันธ์หน้า อย่างลืมว่าเรามีการประชุม World Congress of gastroenterology (WCOG) ในวันที่ 24 กุมภาพันธ์ ถึง 1 มีนาคม 2545

พบกันฉบับหน้าค่ะ

ศาสตราจารย์วิจิตร วีรานุกวัตร
นายกสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

ย้อนอดีตชีวิตกาลที่ผ่านมัน
น้อยจิตมันรำลึกตรึกมิหาย
ท่านมากมายฝากผลงานอนันต์มี
ดังปรากฏหรือบุญทองระบือศรี
นามหมอยกกิจสร้างถาวรทางไว้
ต้องการผลึกอายุรศาสตร์ให้สดใส
ชุ่มหัวใจเกาะติด ผลิตงาน
เจอร์นัลผู้งานวิจัยเป็นหลักฐาน
ตราบวันงานยังได้ใช้ได้ตรวจมา
ทั้งเป็นผู้ร่วมงานอย่างหรรษา
ยึดเมตตาเป็นที่ตั้งทั้งคุณธรรม
ถูกเลือกตั้งคณบดี ผู้ศานาม
ก้าวอย่างงามด้วยฐานที่มั่นคง
สังฆราชไซร์ ท่านรักษา ตั้งประสงค์
ศบายองค์ด้อยปรีชา ที่ท่านมี
ตำแหน่งเด่นอันเป็นเกียรติเป็นศักดิ์ศรี
ประสงค์เป็นต้นแบบแก่ใครใคร
อดีตลงแต่มีเลือกคนอื่นไปแทน
ท่านฝากไว้ลมสุดท้ายหายใจเอ๋ย
ขอจงเย็นใจอาลัยถึงท่านเอ๋ย
ขอท่านขอผลรางวัลสรรคิณิรมิตรพถอญ
รองศาสตราจารย์ลักวัณย์ ผลิตมภาพ

Ch ขึ้น
ทำ
ตำ
ต่อ
ทร

ทำ
ตำ
ต่อ
ทร

รายงานการประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคม
ครั้งที่ 4/2544 วันศุกร์ที่ 11 พฤษภาคม 2544 เวลา 10.00-12.00 น.
ณ ห้องบำรุงเมือง โรงแรมโซลทวินทาวเวอร์, กรุงเทพฯ

รายงานผู้เข้าร่วมประชุม

- | | |
|---------------------------------------|------------------------|
| 1. แพทย์หญิงศศิประภา บุญพิสิฏฐ์ | นายกสมาคม |
| 2. นายแพทย์ธีระวิทย์ เลิศวีระศิริกุล | รังศาแทนนายก |
| 3. แพทย์หญิงชุติมา ประมุขสินทรัพย์ | เทัญญิก |
| 4. นายแพทย์จรินทร์ ใจนักรวิทยา | ประธานฝ่ายปฎิคม |
| 5. นายแพทย์กัธร ฝ่างวัลดี | ประธานฝ่ายวิจัย |
| 6. แพทย์หญิงโรชา มหาศัย | ประธานฝ่ายวิชาการ |
| 7. พันเอกนายแพทย์สุรพล ชื่นรัตกุล | ประธานฝ่ายเอ็นโดสโคปี่ |
| 8. แพทย์หญิงโณมศรี ใจชีวิตชัยวัฒน์ | กรรมการกลาง |
| 9. นายแพทย์ปัญญา โอวาทพาร | กรรมการกลาง |
| 10. นายแพทย์สมชาย สิลากุลดวงศ์ | กรรมการกลาง |
| 11. พันเอกนายแพทย์สุรพล สุรางค์ศรีรัฐ | (ผู้ช่วยเลขานุการ) |
| 12. นายแพทย์สุริยะ สักกะพาก | กรรมการกลาง |
| 13. นายแพทย์องอาจ ไพโรธณขารากร | กรรมการกลาง |
| 14. แพทย์หญิงกรรณิการ์ พรพัฒน์กุล | ที่ปรึกษา |
| 15. นายแพทย์เติมชัย ไชยนุวัติ | ที่ปรึกษา |

16 จุดสำรวจสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย มิถุนายน 2544

- | | |
|---|-----------|
| 16. พลตรีนายแพทย์วิชัย ชัยประภา | ที่ปรึกษา |
| 17. นายแพทย์สมหมาย วิไลรัตน์ | ที่ปรึกษา |
| 18. นายแพทย์สวัสดิ์ หิตะนันท์ | ที่ปรึกษา |
| 19. พลอากาศตรีนายแพทย์สุจินต์ จรุงจินดา | ที่ปรึกษา |

รายงานผู้ไม่ส่งมากรเข้าร่วมประชุม

- | | |
|--|-------------------------|
| 1. นายแพทย์มานิต ลิ้มขวลิต | อุบลายก |
| 2. นายแพทย์ทวีศักดิ์ แทนวันดี | เลขานุการ |
| 3. นายแพทย์ไพโรจน์ เหลืองโจนกุล | ประธานฝ่ายโรคตับ |
| 4. นายแพทย์พิศาล ไม้เรียง | ประธานฝ่ายการศึกษา |
| 5. นายแพทย์สุชา สุระทอง | หลังปริญญา |
| 6. นายแพทย์ธีระ พิรัชวิสุทธิ | ประธานฝ่ายวารสาร |
| 7. นายแพทย์ทองดี ชัยพานิช | ประธานฝ่ายพิเศษสัมพันธ์ |
| 8. นายแพทย์ณิต อธิสุข | กรรมการกลาง |
| 9. นายแพทย์อนุสนธิ์ กัตต์เจริญ | กรรมการกลาง |
| 10. นายแพทย์พงษ์พระ สุวรรณกุล | กรรมการกลาง |
| 11. นาวาอากาศเอกนายแพทย์ไพฑูรย์ จวงพานิช | กรรมการกลาง |
| 12. แพทย์หญิงลิ้นดา บราวน์ | กรรมการกลาง |
| 13. พันตำรวจเอกนายแพทย์วีรพันธุ์ เสาวรส | กรรมการกลาง |
| 14. นาวาอากาศโทนายแพทย์วิญญู จันทอรุณทรกุล | กรรมการกลาง |

จุดสำรวจสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย มิถุนายน 2544

15. แพทย์หญิงวิภา วงศ์พานิช กรรมการกลาง
16. นายแพทย์ศภาพร มานัสสถิตย์ กรรมการกลาง
17. พันเอกนายแพทย์อนุชิต จุฑะพุทธิ กรรมการกลาง
18. นายแพทย์อุดม ศชินทร กรรมการกลาง
19. นายแพทย์กรเกียรติ์ อัครวงศ์ ที่ปรึกษา
20. นายแพทย์จินดา สุวรรณรักษ์ ที่ปรึกษา
21. นายแพทย์พนิจ กุลละวณิชย์ ที่ปรึกษา
22. นายแพทย์สังพันธ์ อิศรเสนา ที่ปรึกษา

เปิดประชุม เวลา 10.05น. โดยมีแพทย์หญิงศศิประภา บุญญพิสิฐ เป็นประธานในที่ประชุม

วาระที่ 1 เรื่องที่ประธานแจ้งให้ทราบ

1. ศาสตราจารย์นายแพทย์วิกิจ วิจารณ์วัตต์ ได้เสียชีวิตเมื่อวันที่ 26 เมษายน 2544 ซึ่งถือได้ว่าเป็นบิดาของโรคระบบทางเดินอาหาร และเป็นผู้ก่อตั้งสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย และเป็นผู้ก่อตั้งสมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย และหากคณะกรรมการท่านใดต้องการเขียนคำอาลัยแด่อาจารย์วิกิจ เพื่อลงในหนังสือจุฬารศมาคมขอเชิญเขียนส่งมาได้ที่ฝ่ายเลขานุการ ก่อน วันที่ 30 พฤษภาคม 2544 และครอบครัวของอาจารย์วิกิจ จะจัดตั้งกองทุนสำหรับนักเรียนแพทย์ ถ้า

ท่านใดจะประสงค์ร่วมสมทบกองทุนติดต่อได้ที่ฝ่ายเลขานุการสมาคม

2. ได้มอบเงินจำนวน 10,000 บาทเพื่อร่วมงานสวดอภิธรรมงานอาจารย์วิกิจ ในนามของสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทยเมื่อวันที่ 26 เมษายน 2544
3. ฝ่ายการศึกษาหลังปริญญาได้ร่วมกันจัดทำคลังข้อสอบที่จังหวัดอยุธยา เมื่อวันที่ 1-2 พฤษภาคม 2544 ณ โรงแรมกรุงศรีริเวอร์ จ.อยุธยา

นายแพทย์สมชาย สีสากุลวงศ์ แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าได้เลื่อนการพิมพ์หนังสือจุฬารศมาคมออกไป เนื่องจากจะนำเสนอประวัติและรวบรวมผลงานของศาสตราจารย์นายแพทย์วิกิจ วิจารณ์วัตต์ ลงในหนังสือจุฬารศมาคมแล้ว

นายแพทย์กัทธ เผ่าสวัสดิ์ แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าเมื่อครั้งที่ศาสตราจารย์นายแพทย์วิกิจ วิจารณ์วัตต์ ได้เข้าพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลวิชัยยุทธ นั้นก่อนออกจากโรงพยาบาลศาสตราจารย์นายแพทย์วิกิจ วิจารณ์วัตต์ ได้มอบกระเช้าดอกไม้พร้อมเงินจำนวน 25,000 บาทให้แก่นายแพทย์กัทธ เผ่าสวัสดิ์ สำหรับเงินจำนวนนี้ นายแพทย์กัทธ เผ่าสวัสดิ์ มีความเห็นว่าอยากจะทำเงินดังกล่าวไปจัดตั้งเป็นกองทุนวิจัย วิจัย วิจารณ์วัตต์ ให้แก่แฟลคทวี 2 ที่ประกวดผลงานการวิจัยชนะเลิศในการประชุมวิชาการประจำปีของสมาคม

แพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย ซึ่งในปีแรกนี้จะมอบให้ผู้ชนะ
เลิศจำนวน 5,000 บาท พร้อมโล่ และต่อจากนั้นจะพิจารณาใหม่หากมีเงิน
สมทบทุนเข้ามา

แพทย์หญิงรณิการ์ พรพัฒน์กุล แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าได้รับเงินจำนวน
หนึ่งจากกาการที่ได้รับรางวัล Second Kiyoji Kimura Award for
Achievement in Cancer Research, Taipei 2001 โดยจะนำเงินส่วนตั้ง
กล่าวร่วมสมทบกองทุนด้วย

วาระที่ 2 รับรองรายงานการประชุมครั้งที่ 3/2544
ที่ประชุมมีมติรับรองรายงานการประชุมครั้งที่ 3/2544 โดยไม่มีการแก้ไข

รับรองรายงานการประชุมวาระพิเศษ ครั้งที่ 1/2544

ที่ประชุมมีมติแก้ไขรายงานการประชุมดังนี้
หน้า 1

- | | |
|--|-----------------|
| แก้จาก 1. นายแพทย์ประวิทย์ เลิศวีระศิริกุล | ตั้งตำแหน่งนายก |
| 2. นายแพทย์มานิต สโรทชวลิต | อุปนายก |
| แก้เป็น 1. นายแพทย์มานิต สโรทชวลิต | อุปนายก |
| (ทำหน้าที่ประธานในที่ประชุม) | |
| 2. นายแพทย์ประวิทย์ เลิศวีระศิริกุล | ตั้งตำแหน่งนายก |

หน้า 5
เพิ่มวาระที่ 3 เรื่องอื่นๆ

นายแพทย์กัธกร ฝ่ายสวัสดิ์ ประธานฝ่ายวิจัย ได้แจ้งให้ที่ประชุม
ทราบว่าคณะอนุกรรมการฝ่ายวิจัยได้ร่วมกันพิจารณา proposal
การวิจัยของเฟลโลวปี 2 แล้ว ที่ประชุมมีมติให้เฟลโลวปี 2 จำนวน
2 ท่านที่ต้องนำกลับไปแก้ไขใหม่ แล้วให้นำมาเสนอในวันศุกร์ที่ 11
พฤษภาคม 2544 เวลา 09.00-10.00 น. ณ ห้องประชุมเกษัตติศึกษา 3
โรงแรมโซลทิวินทาวเวอร์

หลังจากแก้ไขรายงานการประชุมแล้ว ที่ประชุมมีมติรับรองรายงาน
การประชุมวาระพิเศษ ครั้งที่ 1/2544

วาระที่ 3 เรื่องสืบเนื่องและพิจารณา

3.1 ความคืบหน้าในการเตรียมการประชุม World Congress of
Gastroenterology (WCOG) 2002

นายแพทย์เต็มชัย ไชยชุวิติ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบเกี่ยวกับความคืบหน้า
ในการประชุม WCOG 2002 ดังนี้

1. ฝ่าย Scientific program ได้ดำเนินการเกือบสมบูรณ์แล้ว คาด
ว่าจะมีวิทยากรครั้งนี้ประมาณ 400 ท่าน ซึ่งครั้งแรกคาดว่าจะมี
มากกว่านี้ แต่เนื่องจากติดขัดเรื่องตั๋วเครื่องบินของวิทยากร โดย

OMGE จะออกค่าตัวเครื่องบินชั้น economy เท่านั้น ทำให้วิทยากรไม่ค่อยพอใจ ซึ่งจะมีการแก้ไขปัญหานี้โดยจะพูดคุยเรื่องชั้นของตัวเครื่องบินของวิทยากรอีกครั้งในวันที่ 19 พฤษภาคม 2544 ที่ Atlanta

2. ด้าน transportation จะใช้รถ bus เพียงอย่างเดียว
3. สำหรับอาหารในงานเลี้ยง Thai Night ที่ศูนย์ศิลปาชีพบางไทร นั้น ยังไม่ได้ตกลงในรายละเอียด
4. สำหรับเรื่องการกราบหูลเชิญสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ฯ นั้น จะดำเนินการส่งหนังสือกราบหูลงเร็วๆ นี้
5. ของชำร่วยที่จะขายในการประชุมนั้น อาจจะต้องจ้างคนมาดำเนินการขายหรือสมาคมจะดำเนินการขาย และเสนอให้จัดตั้งคณะกรรมการของสมาคมเพื่อพิจารณาในเรื่องดังกล่าว
6. การสื่อสารแห่งประเทศไทย กำหนดราคาและตมบที่ระลึก ดงละ 3 บาท
7. เมื่อ 2 ปีที่ผ่านมา ได้ดำเนินการของประมาณจากททท. จำนวน 3 ล้านบาท ซึ่งขณะนี้สมาคมสามารถที่จะทำการเบิกมาใช้ได้แล้ว แต่ทางททท.ต้องการให้เบิกเป็นงวดๆ
8. ขอให้ทุกสถาบันช่วยกันกระดาษเรื่อง paper และตมบที่จะเป็นผู้สนับสนุนค่าพิมพ์ลงในหนังสือจำนวน 35 เหรียญด้วย

นายแพทย์กำธร ฝ่ำสวัสดิ์ แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

1. ขณะนี้กำลังดำเนินการพิจารณา paper ของเวลโลวิปี 2 ซึ่งคาดว่าจะได้ประมาณ 4-5 เรื่อง และเมื่อเรียบร้อยแล้วดำเนินการส่งให้ทันก่อนนายแพทย์อนุชิต จุฑาพุทธิ ต่อไป
2. เกี่ยวกับ promotion นั้น ฝ่าย OMGE มีงบประมาณสำหรับการเสนอข่าว โดยเฉพาะ OMGE ต้องการให้มีข่าวลงใน CNN
3. ได้รับแจ้งจากนายแพทย์ประวิทย์ เลิศวีระศิริกุล ว่าทาง OMGE มีงบประมาณสำหรับการประชุมของ Local Host Committee (LHC) อยู่จำนวนหนึ่ง ในส่วนนี้ยังไม่มีการนำออกมาใช้ ดังนั้น ฝ่าย LHC จะดำเนินการเบิกเงินส่วนดังกล่าวโอนเข้าบัญชีสมาคม แล้วให้สมาคมเป็นผู้ออกไปเสร็จ
4. ฝ่าย Postgraduate ขณะนี้ยังไม่มีความคืบหน้า
5. ตางที่ได้มีบริษัทยาแจ้งความประสงค์ที่จะสนับสนุนแพทย์จากต่างจังหวัดให้มีโอกาสเข้าร่วมการประชุม WCOG 2002 แต่เนื่องจากมีงบประมาณจำกัด นั้น ที่ประชุม Local Host Committee มีมติให้เก็บตามความเป็นจริง และถ้าบริษัทใดต้องการที่จะติดต่อขอให้ติดต่อกับนายแพทย์ประวิทย์ เลิศวีระศิริกุล

6. ขณะนี้ยังไม่ได้กำหนดตารางเวลาออกของรสบัสของการจัด symposium ซึ่งคาดว่าจะมีผู้เข้าร่วมประชุมประมาณ 1,500-2,000 คน จากโรงแรม 48 แห่ง

7. ฝ่าย PCO ได้ส่งคนเข้ามาทำงานในประเทศไทยแล้ว โดยติดต่อผ่านบริษัท Man Power

3.2 การเตรียมการจัดสอบ GI Fellow ประจำปี 2544

นายแพทย์สมชาย สัตถากุลวงศ์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่านายแพทย์พิศาล ไม่เรียง ประธานฝ่ายการศึกษาหลังปริญญา ลาประชุมและได้มอบหมายให้แจ้งในที่ประชุมทราบดังนี้

1. จากการที่ได้มีการจัดทำคลังข้อสอบเมื่อวันที่ 1-2 พฤษภาคม 2544 ที่อยุธยา นั้น ได้คัดเลือกข้อสอบทั้งหมด จำนวน 1,470 ข้อ เป็นข้อสอบปี 600 ข้อ
2. ได้ดำเนินการส่งข้อสอบให้ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ดังนี้
 - 2.1 ข้อสอบ MCQ 64 ข้อ
 - 2.2 ข้อสอบ MEQ 2 ข้อ
 - 2.3 ข้อสอบ OSCE oral 1 ข้อ
 - 2.4 Short case 1 ข้อ

2.5 ยังขาด OSCE lab 1 ข้อ ขอให้คณะกรรมการรสนาคมช่วยพิจารณาออกข้อสอบและสั่งให้ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ฯต่อไปด้วย

แพทย์หญิงศศิประภา บุญญพิสิษฐ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าเนื่องจากจะจัดให้มีการอบรม Short Course Basic Medical Science ให้แก่พลโลว์ประมาณปลายเดือนมิถุนายน 2544 ณ โรงพยาบาลศิริราช นั้น นายแพทย์พิศาล ไม่เรียง ได้ฝากให้ที่ประชุมช่วยกันพิจารณาด้วย (ตั้งเอกสารประกอบการประชุม)

ที่ประชุมมีมติเห็นด้วยกับหลักการแต่เสนอให้มีการปรับ content ใหม่ นายแพทย์ประวิทย์ เลิศวีระศิริกุล ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าอาจต้องมีการปรับหรือพิจารณาระบบการสอบ GI Fellow ในปัจจุบันใหม่เพื่อให้ได้มาตรฐานยิ่งขึ้น โดยเฉพาะกรรมการคุมสอบ ควรจะต้องมี Seniority และควรใช้ระบบ randomized ทั้งกรรมการคุมสอบและผู้สอบ

ที่ประชุมได้มีการอภิปรายกันอย่างกว้างขวางและมีความเห็นชอบให้แพทย์หญิงโอมศรี โฉมเชิดชัยวัฒน์ ประธานงานกับนายแพทย์พิศาล ไม่เรียง ประธานฝ่ายการศึกษาหลังปริญญาต่อไป

3.3 ความคืบหน้าในการเตรียมจัดประชุมวิชาการประจำปี 2544
แพทย์หญิงศศิประภา บุญยพิสิฐฐิติได้แจ้งให้ประชุมทราบดังนี้

1. กำหนดการประชุมวิชาการกลางปี 2544 ของสมาคมคือวันพุธที่ 25 ถึงวันศุกร์ที่ 27 กรกฎาคม 2544 ณ โรงแรมริเจนท์ ๓๖ อำเภอจตุจักร กรุงเทพฯ

1.1 อัตราค่าลงทะเบียน สำหรับสมาชิก 1,200 บาท ไม่ใช่สมาชิก 1,400 บาท

1.2 อัตราค่าแสดงนิทรรศการเวทีถนนพหลโยธิน 1,200 บาท ไม่ใช่ ๑๖ 12,000 บาท

1.3 อัตราค่าจัด symposium 50,000 บาท

นายแพทย์ภัทร เผ่าสวัสดิ์ เสนอให้มี major sponsor และ minor sponsor สำหรับการประชุมครั้งนี้ ที่ประชุมเห็นชอบให้นายแพทย์ประวิทย์ เลิศวีระศิริกุล พิจารณาความเป็นไปได้ในการจัดรูปแบบของ sponsor

2. กำหนดการประชุมวิชาการประจำปี 2544 ของสมาคมคือ ประมาณวันที่ 20-23 พฤศจิกายน 2544 สำหรับสถานที่จัดประชุมนี้ จะดำเนินการพิจารณาในครั้งต่อไป

วาระที่ 4 เรื่องอื่นๆ

1. แพทย์หญิงชุตินา ประมุขสิขทรัพย์ เจริญสุข ได้แจ้งให้ที่ประชุมเกี่ยวกับสรุปกระแสเงินสดของสมาคม ตั้งเอกสารประกอบการประชุมหมายเหตุ 1/2544

2. นายแพทย์ภัทร เผ่าสวัสดิ์ ประธานฝ่ายวิจัย ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบสืบเนื่องจากมีแฟลตฟอร์ม 2 จำนวน 2 ท่านที่ต้องกลับไปแก้ไข Proposal ใหม่ และนำมาเสนอให้คณะอนุกรรมการฝ่ายวิจัยพิจารณาใหม่ ในวันศุกร์ที่ 11 พฤษภาคม 2544 ณ ห้องบำรุงเมือง โรงแรมโกลด์ทวินทาวเวอร์ นั้น ขณะนี้แฟลตฟอร์ม 2 ท่าน ได้นำเสนอผลงานการวิจัยใหม่แล้ว และที่ประชุมคณะอนุกรรมการฝ่ายวิจัยได้พิจารณา proposal ดังกล่าวแล้ว มีมติให้ตอบได้

3. นายแพทย์สมชาย สัตถากุลวงศ์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าสมาชิกสมัครใหม่ จำนวน 5 ท่านคือแพทย์หญิงรังสิวันต์ มงคลศุภวาร.แพทย์หญิงมรกต ภัทรพงษ์สินธุ์ นายแพทย์นิธิพัฒน์ ศิริพันธ์, แพทย์หญิงรสสุคนธ์ สิริจิตติภัก และ แพทย์หญิงศิริวรรณ ฉายสุวรรณ ซึ่งฝ่ายเลขานุการสมาคมได้ตรวจสอบคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบข้อบังคับสมาคม

ที่ประชุมมีมติรับรองสมาชิกใหม่ทั้ง 5 ท่าน

ปิดประชุมเวลา 12.15 น.
นายแพทย์สมชาย สัตถากุลวงศ์
บันทึกการประชุม

รายงานการประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคม
 ครั้งที่ 5/2544 วันศุกร์ที่ 13 กรกฎาคม 2544 เวลา 10.00-12.00 น.
 ณ ห้องประชุมเมือง โรงแรมโกลด์ทวินทาวเวอร์, กรุงเทพฯ

รายงานผู้เข้าร่วมประชุม

- | | |
|--|------------------------------|
| 1. แพทย์หญิงศศิประภา บุญญพิสิฐรัฐ | นายกสมาคม |
| 2. นายแพทย์ประวิทย์ เลิศวีระศิริกุล | รองผู้อำนวยการ |
| 3. นายแพทย์มานิต สิทะवलิต | อุปนายก |
| 4. นายแพทย์วิศศักดิ์ แทนวัฒน์ | เลขาธิการ |
| 5. แพทย์หญิงชุติมา ประมุขสินทรัพย์ | เหรัญญิก |
| 6. นายแพทย์จรินทร์ ไชยบัววิทยา | ประธานฝ่ายปฏิบัติ |
| 7. นายแพทย์ภาธร แก้วสวัสดิ์ | ประธานฝ่ายวิจัย |
| 8. แพทย์หญิงวิภาดา มหาชัย | ประธานฝ่ายวิชาการ |
| 9. พันเอกนายแพทย์สุรพล ชื่นรัตน์กุล | ประธานฝ่ายอินโดจีน |
| 10. นายแพทย์พิศาล ไช้เรียง | ประธานฝ่ายการศึกษาหลังปริญญา |
| 11. นายแพทย์ธีระ พิรัชวิสุทธิ์ | ประธานฝ่ายวิเทศสัมพันธ์ |
| 12. นายแพทย์สุนันท์ กัตติเจริญ | กรรมการกลาง |
| 13. นาวาอากาศเอกนายแพทย์ไพฑูริย์ จัวงพานิช | กรรมการกลาง |
| 14. พันตำรวจเอกนายแพทย์อรพัมภ์ เสงารส | กรรมการกลาง |
| 15. นาวาอากาศโทนายแพทย์วิญญู จันทะสุนทรกุล | กรรมการกลาง |

- | | |
|---|----------------------------------|
| 16. นายแพทย์สมชาย สีสากุลดวงศ์ | กรรมการกลาง |
| 17. พันเอกนายแพทย์สุรพล สุรางค์ศรีรัฐ | (ผู้ช่วยเลขาธิการ) |
| 18. นายแพทย์สุริยะ จั๊กกะพาก | กรรมการกลาง |
| 19. พันเอกนายแพทย์อนุชาติ จุฑะพุทธิ | กรรมการกลาง |
| 20. แพทย์หญิงกรรณิการ์ พรพัฒน์กุล | ที่ปรึกษา |
| 21. นายแพทย์เกรียงไกร อัครวงษ์ | ที่ปรึกษา |
| 22. นายแพทย์เต็มชัย ไชยบุวัตติ | ที่ปรึกษา |
| 23. นายแพทย์สมหมาย วิไลรัตน์ | ที่ปรึกษา |
| 24. นายแพทย์สวัสดิ์ นิตะนันท์ | ที่ปรึกษา |
| 25. พลอากาศตรีนายแพทย์สุนันท์ จารุจินดา | ที่ปรึกษา |
| 26. นายแพทย์ศตวรรษ ทองสวัสดิ์ | แทน นายแพทย์องอาจ ไพรลตพรารังกูร |

รายงานผู้ไม่สามารรถเข้าร่วมประชุม

- | | |
|-----------------------------------|------------------|
| 1. นายแพทย์ไพโรจน์ เหลืองเรืองกุล | ประธานฝ่ายโรคตับ |
| 2. นายแพทย์สุชา ศุระทอง | ประธานฝ่ายวารสาร |
| 3. นายแพทย์ทองดี ชัยพานิช | กรรมการกลาง |
| 4. นายแพทย์คณิต อธิสุข | กรรมการกลาง |
| 5. แพทย์หญิงโสมศรี โฉมธัชชัยวัฒน์ | กรรมการกลาง |
| 6. นายแพทย์บัญญัติ โอวาทพัชรพร | กรรมการกลาง |
| 7. นายแพทย์พงษ์พีระ สุวรรณกุล | กรรมการกลาง |
| 8. แพทย์หญิงลินดา บราวน์ | กรรมการกลาง |

9. แพทย์หญิงวิภา วงศ์พานิช กรรมการกลาง
10. นายแพทย์สถาพร มานัสสถิตย์ กรรมการกลาง
11. นายแพทย์อุดม ศุภินทร กรรมการกลาง
12. นายแพทย์จินดา สุวรรณรักษ์ ที่ปรึกษา
13. นายแพทย์พินิจ กุลละวณิชย์ ที่ปรึกษา
14. พอดริ่นายแพทย์วิชัย ชัยประภา ที่ปรึกษา
15. นายแพทย์สังพัทธ์ อิศรเสนา ที่ปรึกษา

เปิดประชุมเวลา 10.20 น. โดยมีแพทย์หญิงศศิประภา บุญญพิสิฏฐ์ เป็นประธานในที่ประชุม

วาระที่ 1 เรื่องที่ประธานแจ้งให้ทราบ

1. ได้มอบหมายให้นายแพทย์สวัสดิ์ นิตะนันท์ เขียนคำอวยชัยศาสตราจารย์ นายแพทย์วิกิจ วิจารณ์วัตต์ ในนามสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย เพื่อลงพิมพ์ในหนังสือที่ระลึก แห่งประเทศไทย เพื่อลงพิมพ์ในหนังสือที่ระลึก
2. ได้ประชุมร่วมกับคณะกรรมการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการควบคุม อันตรายในการใช้ยา ณ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ 27 มิถุนายน 2544 ดังนี้
 - 2.1 ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยา cisapride ซึ่งยังมีพฤติกรรมการการใช้ ไม่ถูกต้องคือบ่อยครั้งที่ใช้ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงและใช้ร่วมกับยาที่

อาจเกิด drug interaction หรือใช้ในข้อบ่งใช้ไม่เหมาะสม ดังนั้น เพื่อป้องกันการเกิดอันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้ จึงมีมติเกี่ยวกับยา cisapride เพิ่มเติมนอกจากคือให้จำกัดข้อบ่งใช้ของยาดังกล่าวไว้เฉพาะกรณี gastro-esophageal reflux (GERD) เท่านั้น

ที่ประชุมรับทราบ

2.2 เกี่ยวกับยาจากสมุนไพรซึ่งหลัก ที่ประชุมคณะกรรมการอาหาร และยา มีมติ

2.2.1 เสนอคณะกรรมการยาพิจารณาเพิกถอนทะเบียนตำรับ

ยาสมุนไพรที่ส่วนผสมประกอบด้วยใบชี่เหล็กเดี่ยวๆ

2.2.2 เสนอคณะกรรมการยาพิจารณาให้แก้ไขทะเบียนตำรับยา ที่มีใบชี่เหล็กเป็นส่วนผสมในตำรับ โดยให้นำใบชี่เหล็ก

ออกจากตำรับ และหรืออาจนำยาตัวอื่นมาแทนได้

2.2.3 จะดำเนินการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับส่วนผสมชี่เหล็กและ

ใบแกงชี่เหล็กกว่ามีสาร Barakol อยู่หรือไม่ รวมทั้งศึกษา

พิษของส่วนผสมต่างๆเหล่านั้นด้วย

ที่ประชุมรับทราบ

วาระที่ 2 รับรองรายงานการประชุมครั้งที่ 4/2544

ที่ประชุมมีมติแก่รายงานการประชุมครั้งที่ 4/2544 ดังนี้

หน้า 4 ข้อ 2.3 และ ข้อ 2.5

แก้จาก OSEC แก้เป็น OSCE

หลังจากแก้ไขรายงานการประชุมแล้ว ที่ประชุมมีมติรับรองรายงาน

การประชุมครั้งที่ 4/2544

วาระที่ 3 เรื่องสืบเนื่องและพิจารณา

3.1 พิจารณาอนุมัติผลการสอบ GI Fellow ประจำปี 2544

นายแพทย์พิศาล ไม่เรียง ประธานฝ่ายการศึกษาหลังปริญญา ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าขณะนี้ดำเนินการจัดสอบ เพลโลโลวเพื่อหนังสืออนุมัติและอนุมัติแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ สาขาอายุรศาสตร์โรคระบบทางเดินอาหาร ประจำปีการศึกษา 2544 เสร็จสิ้นลงเรียบร้อยแล้ว ดังนั้นจึงขอในที่ประชุม คณะกรรมการอำนวยการพิจารณาผลการสอบดังกล่าว (เอกสารประกอบการประชุมหมายเลข 2/2544)

1. จำนวนผู้สมัครสอบ

1.1 มีผู้สมัครสอบเพื่อขอสมัครแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ สาขาอายุรศาสตร์โรคระบบทางเดินอาหาร ประจำปีการศึกษา 2544 จำนวน 22 ท่าน

1.1.1 ผู้สอบซ่อม จากปีการศึกษา 2543 จำนวน 5 ท่าน

1.1.2 ผู้สอบ ประจำปีการศึกษา 2544 จำนวน 17 ท่าน

1.2 มีผู้สมัครสอบเพื่อหนังสืออนุมัติแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ สาขาอายุรศาสตร์โรคระบบทางเดินอาหาร ประจำปีการศึกษา 2544 จำนวน 1 ท่าน

2. พิจารณาผลการสอบ GI Fellow สรุปได้ดังนี้

2.1 ผู้สอบซ่อม จากปีการศึกษา 2543 จำนวน 5 ท่าน ที่ประชุมได้ร่วมกันพิจารณาผลการสอบแล้ว มีมติดังนี้

2.1.1 ให้สอบผ่าน จำนวน 4 ท่าน

2.1.2 ให้สอบทั้งภาคปฏิบัติและภาคทฤษฎีใหม่ จำนวน 1 ท่าน

2.2 ผู้สอบประจำปีการศึกษา 2544 จำนวน 17 ท่าน ที่ประชุมได้ร่วมกันพิจารณาผลการสอบแล้ว มีมติดังนี้

2.2.1 ให้สอบผ่าน จำนวน 15 ท่าน

2.2.2 ให้สอบภาคปฏิบัติใหม่ จำนวน 1 ท่าน

2.2.3 ให้สอบทั้งภาคปฏิบัติและภาคทฤษฎีใหม่ จำนวน 1 ท่าน

2.3 ผู้สมัครสอบเพื่อหนังสืออนุมัติ ประจำปีการศึกษา 2544 จำนวน 1 ท่าน ที่ประชุมได้ร่วมกันพิจารณาผลการสอบแล้ว มีมติให้สอบผ่าน

ที่ประชุมได้มีการอภิปรายถึงคุณสมบัติของแพทย์เพลโลโลวที่สมัครสอบตอบกันอย่างกว้างขวางและที่ประชุมได้เสนอแนะดังนี้

1. ให้แต่ละสถาบันที่ฝึกอบรม GI Fellow เป็นผู้ดำเนินการประเมินเพลโลโลวที่สมัครสอบก่อนเสนอรายชื่อให้สมาคม

2. ให้แต่ละสถาบันจัดทำเอกสารสำคัญเกี่ยวกับเงื่อนไขที่จะไม่ส่งสอบให้ GI Fellow รับทราบ และให้มีการประเมินเพลโลโลวในสถาบันเป็นระยะๆ

3. พิจารณาและปรับปรุงระบบการสอบให้ได้มาตรฐานยิ่งขึ้น

นายแพทย์กัธร ฝ้าสวัสดิ์ ประธานฝ่ายวิจัย ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่า GI Fellow ได้ทำสัญญาขอรับทุนการวิจัยจากสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย (เอกสารประกอบการประชุมหมายเลข 3/2544) ที่ประชุมมีมติให้ GI Fellow ที่ขอรับทุนสนับสนุนจากสมาคม ให้รับดำเนินการส่งหลักฐานการใช้เงินในการวิจัยให้เสร็จภายในวันที่ 15 สิงหาคม 2544 เพื่อฝ่ายเลขานุการสมาคมจะได้ดำเนินการส่งรายชื่อผู้ตอบผ่านให้ ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยประกาศผลการสอบ

3.2 ความคืบหน้าในการเตรียมการประชุม World Congress of Gastroenterology (WCOG) 2002

นายแพทย์เต็มชัย ไชยบุติ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบความคืบหน้าดังนี้

1. งานเลี้ยง Thai Night ที่ศูนย์ศิลปะาชีพบางโพธิ์นั้น ได้ดำเนินการส่งหนังสือกราบบังคมทูลสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวมหาวชิราลงกรณ ๖๐ พรรษา ในวันที่ ๑๕ ตุลาคม ๒๕๔๓ แล้ว
2. อาหารสำหรับเลี้ยงในวัน Thai Night นั้น กำลังดำเนินการตกลงในรายละเอียดกับโรงแรมมารriott ที่ประชุมรับทราบ

แพทย์หญิงวโรชา มหาศัย ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบถึงความคืบหน้าด้าน Transportation นั้น ขณะนี้กำลังดำเนินการร่างสัญญาฉบับภาษาอังกฤษ ที่ประชุมรับทราบ

พันเอกนายแพทย์อนุชิต จุฑะพุทธิ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

1. Abstract จากทั่วโลกขณะนี้ประมาณ 4 พันกว่า
 2. โปรแกรมการประชุมทุกอย่างเรียบร้อยแล้ว
 3. คำหรับ paper ของ GI Fellow บางท่านนั้น ยังเขียนไม่เรียบร้อย ดังนั้นจะขอให้พลโลว์ช่วยเขียนให้เรียบร้อยด้วย และสมาคมจะสนับสนุนค่าพิมพ์ลงในหนังสือจำนวน 35 เหรียญ
- ที่ประชุมรับทราบ

นายแพทย์กัธร ฝ้าสวัสดิ์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

1. ขอให้ที่ประชุมช่วยพิจารณารายนามคณะกรรมการอำนวยความสะดวกที่ยังไม่ได้อยู่ในคณะกรรมการฝ่ายต่างๆด้วย (เอกสารการประชุม 4/2544) เพื่อจะได้ไม่ต้องเสียค่าลงทะเบียน
2. หากท่านใดมีความประสงค์ที่เสนอชื่อผู้ที่จะช่วยงานของฝ่ายต่างๆให้ส่งชื่อไปยังฝ่ายเลขฯ WCOG ที่ โรงพยาบาลวิชัยยุทธ ที่ประชุมรับทราบ

3.3 พิจารณากำหนดการประชุมวิชาการประจำปี 2544

แพทย์หญิงวโรชา มหาศัย ประธานฝ่ายวิชาการ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่า ขณะนี้กำลังประสานงานกับพันเอก นายแพทย์สุรพล ชินรัตน์กุล ประธานฝ่ายเอ็นโดสโคปี เพื่อจัดประชุม Endoscopy Workshop ในระหว่างวันที่ 27-28 พฤศจิกายน 2544 ซึ่งสถานที่ที่จะจัดนั้น คาดว่าจะจัดที่รพ.จุฬาฯ และ

ขอให้ทปประชุมคณะกรรมการอำนวยการพิจารณาวันที่จะจัดการประชุมวิชาการประจำปี 2544 ของสมาคมด้วย

ที่ประชุมมีมติให้จัดประชุมวิชาการประจำปี 2544 ในวันที่ 29-30

พฤศจิกายน 2544

วาระที่ 4 เรื่องอื่นๆ

1. แพทย์หญิงศศิประภา บุญบุทธิสิริ ได้แจ้งให้ทปประชุมทราบว่าตามที่ นายแพทย์วิจิตร วิจารณ์วุฒิ และ นายแพทย์ สมหมาย วิไลรัตน์ ได้รับเกียรติ ให้เป็น Member Councilor ของ Endoscopy Asian Pacific Congress แต่เนื่องจากนายแพทย์วิจิตร วิจารณ์วุฒิ ได้ถึงแก่อนิจกรรมแล้ว ดังนั้นจึงขอเป็นตัวแทนของสมาคมเดินทางไปร่วมประชุมโดยขอเบิกค่าใช้จ่ายในการ เดินทางจากสมาคม ที่ประชุมมีมติอนุมัติ

2. แพทย์หญิงชุตินภา ประมุขสินทรัพย์ เจริญฤทธิ ได้แจ้งให้ทปประชุมทราบดังนี้

1. สรุปกระแสเสียงของสมาคม (เอกสารประกอบการประชุมหมายเลข 1/2544)
2. ตามทปได้รับมอบหมายให้เป็นผู้ดำเนินการจัดทำหนังสือวิสัยทัศน์ภารกิจระบบทางเดินอาหาร เล่ม 8 นั้น ขณะนี้ได้รับบทความจาก แพทย์หญิงลิณดา บราวน์ เพียงท่านเดียว และเนื่องจากผู้เขียนบทความส่วนใหญ่มีการศึกษาในการเตรียมจัดประชุม WCOG ดังนั้น

จึงขอเลื่อนการส่งบทความออกไปอย่างไม่มีกำหนด และจะดำเนินการแจ้งให้ทราบอีกครั้งเมื่อรวบรวมได้ 50% แล้ว

ที่ประชุมรับทราบ

3. นายแพทย์ทศศักดิ์ แทนวันดี ได้แจ้งให้ทปประชุมทราบดังนี้

1. การประชุมวิชาการกลางปี ระหว่างวันที่ 25-27 กรกฎาคม 2544 ณ โรงแรมริเจนท์ ชะอำ จ.เพชรบุรี
 - 1.1 ขณะนี้มีผู้ลงทะเบียน รวมทั้งวิทยากรและคณะกรรมการ อำนวยการ จำนวน 189 ท่าน
 - 1.2 บัณฑิตมีผู้จองแล้วจำนวน 32 บัณฑิต
 - 1.3 มีบริษัทของจัด symposium จำนวน 4 symposium
2. มีผู้สมัครสมาชิกใหม่จำนวน 2 ท่านคือเภสัชกรหญิงเพ็ญใจ อนันตพททธี และนายแพทย์วิชัย แซ่มปรัดดา ซึ่งฝ่ายเลขานุการสมาคมได้ตรวจสอบคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบข้อบังคับสมาคม
3. ประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคม ครั้งที่ ๑๖ ไปวันศุกร์ที่ 17 สิงหาคม 2544

ปิดประชุมเวลา 12.45 น.
นายแพทย์ทศศักดิ์ แทนวันดี
บันทึกการประชุม

Interhospital GI conference

พญ.นันทนา ไพบูลย์

สาขาวิชาโรคระบบทางเดินอาหาร รพ.ศิริราช

ผู้ป่วยชายไทยคู่ อายุ 27 ปี อาชีพพนักงานรัฐวิสาหกิจ ภูมิลำเนา จ.กระบี่
อาการสำคัญ ท้องโตมากขึ้น 1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล
ประวัติปัจจุบัน

- 1 ปีก่อน ผู้ป่วยมีอาการทอมนและเหนื่อยง่าย ไปพบแพทย์ที่ รพ. สุราษฎร์ธานี ตรวจพบว่า Lt. pleural effusion ได้ทำ pleural tapping ไป พบลักษณะ fluid เข้าได้กับ exudate ย้อมสี Gram และ AFB ไม่พบเชื้อ เพราะเชื้อ bacteria และ AFB ไม่ขึ้นเชื้อ จากนั้นผู้ป่วยขาดการรักษาและอาการทอมนเหนื่อยดีขึ้นเอง
- 5 เดือนก่อนมารพ. มีอาการเบื่ออาหารและซบเซา
- 1 เดือนก่อนมารพ. มีคนทักว่าท้องโตขึ้น มีอาการปวดท้องบริเวณลิ้นปี่ เป็นพักๆ และรู้สึกอึดอัดแน่นท้อง ไม่มีอาการตัวเหลือง ตาเหลือง ไม่มีไข้ ขาไม่บวม ไม่มีหอบเหนื่อย ไปตรวจที่รพ.กระบี่ แพทย์ตรวจพบมี ascites และ Rt. supraclavicular lymphadenopathy ระหว่างที่นอนรักษาที่รพ.กระบี่ สังเกตว่ามีตุ่มหลายตุ่มเกิดขึ้นบริเวณหน้าแข้ง ต่อมาตุ่มของตุ่มเริ่มแรกเป็นตุ่มแดง กดเจ็บ ต่อมาตุ่มจะคล้ำขึ้น

และพบหลายเองโดยไม่เกิดแผลเป็นพธ้อมๆ กับมีตุ่มเกิดขึ้นเป็นระยะๆ

ทางรพ.กระบี่แนะนำให้ผู้ป่วยมารับการรักษาต่อที่รพ.ศิริราช

ประวัติอดีต

- แข็งแรงดีมาตลอด
- ปฏิเสธโรคประจำตัวอื่น ไม่เคยรับประทานยาใดเป็นประจำ
- 1 ปีก่อนรับการรักษาตัดไส้ติ่ง
- 2 ปีก่อน ตรวจพบแผลในกระเพาะอาหาร และกินยารักษาจนอาการหายดีแล้ว

ประวัติส่วนตัว ต้มเหล้า วันละ 1/2 แบน มานาน 13 ปี

สูบบุหรี่ วันละ 10-15 มวน มานาน 17 ปี

ประวัติครอบครัว มารดาเป็นเบาหวาน ปฏิเสธโรคหัวใจโรค. ความดัน

โลหิตสูง มะเร็งในครอบครัว

ตรวจร่างกาย

Vital signs: T 37°C, PR 118/min, BP 130/90 mmHg, RR 18 / min

GA: Good consciousness, not pale, no jaundice, no edema, no cyanosis, no dyspnea, no orthopnea
Signs of chronic liver disease were not demonstrated.

HEENT: No oral thrush, no oral hairy leukoplakia,

Rt Supraclavicular lymph node : 5 cm in diameter
fixed, not tender, soft

CVS: WNL

Lung: Chest movement Lt. < Rt.

Lt Lung: dullness on percussion and decreased breath sound

Abdomine: Generalized distend , fluid thrill and shifting dullness positive

Liver: 3FB below RCM, span 15 cm, not tender

No superficial dilated vein

Neurological Unremarkable

Skin: Multiple, tender, erythematous subcutaneous nodules 1-2 cm in size, mostly confined at the shins

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

CBC Hb 12.4, Hct 35.8% WBC 6,700/mm³, N 62%,

L 18.5%, M 9.4%, Eo 5.7%, Ba 0.7%,

Plt 369,000/mm³, Hypo ++, Micro++, Aniso+

Urinalysis Sp gr 1.015, albumin neg, sugar neg, ketone, neg.

RBC 1-2/HP, WBC 2-3/HP, epithelial cell 0-1/HP

progression **ขณะ admit ใน ward**

Admit

21 มิถุนายน 2543

22 มิถุนายน 2543 ascites fluid color serosanguinous

nucleated cell count 1100/mm³

40 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยโรงพยาบาลแห่งประเทศไทย, มิถุนายน 2544

PMN 8 % L 25% E 4%

mesothelial cell 50%

Activated mesothelial cell 13%

Albumin 2.7mg/dl, total protein 5.4 mg/dl

23 มิถุนายน 2543

peritoneoscopic finding : multiple round yellowish nodule Ø 1-2mm³ at falciform ligament Rt > Lt and parietal peritoneum of upper abdomen , caused adhesion of omentum
peritoneum biopsy : chronic inflammation with fibrosis and focal lymphoid,mesothelial cell aggregated.

: negative for tumor and granuloma

: negative for AFB stain

26 มิถุนายน 2543

skin biopsy : fat necrosis , pancreatic fat necrosis can't be rule out ปวดท้อง epigastrium นั่งโน้มตัวไปข้างหน้าจะดีขึ้น ไม่มีโปรดิวซ์ไปที่ไต
PE: abdominal distension , no tenderness , decrease bowel sound

Serum amylase 1756 U/L

Serum lipase 4037 U/L

Ascites amylase 21,000 u/l

Ascites lipase 57,231 u/l

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยโรงพยาบาลแห่งประเทศไทย, มิถุนายน 2544

4 กรกฎาคม 2543 CT upper abdomen : marked amount of ascites

no definite pancreatic mass or pseudocyst is seen

multiple collateral circulation around the splenic hilum

multiple paraaortic node enlargement

6 กรกฎาคม 2543 LN biopsy from Rt Supraclavicular lymph node:

finding : cystic lesion , aspirate ได้ yellowish clear fluid ส่ง cytology

และ biopsy cyst wall ได้

ผล biopsy : soft tissue Rt supraclavicular region : chronic inflammation , nonspecific

13 กรกฎาคม 2543 ERCP : normal papilla

pancreatogram showed normal pancreatic duct at the head , stricture at the body and tail and the contrast leak from the tail of the pancreatic duct.

Conclusion : pancreatic duct leakage at the tail of the pancreas

เนื่องจาก ตำแหน่งของ pancreatic duct leakage อยู่ในบริเวณ tail of the pancreas จึงมีการวางแผนการรักษาโดยการให้ NPO และ total parenteral nutrition แต่ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา และไม่มาติดตามการรักษาอีก

Pancreatic fistula



แพทย์หญิงนันทนา ไพบูลย์

สาขาวิชาโรคระบบทางเดินอาหาร รพ.ศิริราช

Fistula คือภาวะที่มีการเชื่อมต่อกันอย่างไม่ปกติระหว่างช่องทาง 2

ช่องทาง Pancreatic Fistula² เป็นภาวะที่มีการรั่วของ pancreatic enzyme ออกนอก pancreatic duct ซึ่งการรั่วที่เกิดขึ้น อาจเกิดจากอันตรายภายนอก โดยมีภาวะแทรกอย่างแรงบริเวณหน้าท้องตอนบน, โรคของ pancreas เอง หรือเป็นผลจากการผ่าตัด pancreatic enzyme ที่รั่วออกมา จะไหลไปสู่เนื้อเยื่อรอบๆ pancreas ซึ่งทิศทางการรั่ว, การไหลของ pancreatic enzyme และผลของการรั่วที่เกิดขึ้นในตำแหน่งต่างๆ จะแตกต่างกันออกไป ถ้า pancreatic juice ไหลมารวมกัน มีการสร้างผนังชั้นล้อมรอบ ก็จะกลายเป็น pancreatic pseudocyst หรืออาจไหลเขาเข้าไปสู่ที่ต่างๆ กลายเป็น pancreatic fistula เชื่อมต่อสู่อวัยวะภายในต่างๆ หรือออกสู่ผิวหนัง เราสามารถแบ่ง pancreatic fistula ออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ

1. External pancreatic fistula
2. Internal pancreatic fistula

External pancreatic fistula (Pancreaticocutaneous fistula)⁸ คือ ภาวะที่มึ่ทาง ติดต่อดังจาก pancreas ออกสู่ผิวหนัง ภายนอก มักเกิดเป็นผลแทรกซ้อนน จากการทำผ่าตัดในบริเวณ upper abdomen, percutaneous drainage ของ pancreatic pseudocyst หรือ pancreatic surgery พบประมาณ 3-11% ของการทำตัดบริเวณ pancreas² โดยกาเกิด leakage ของ pancreatic juice ออกสู่ผิวหนัง อาจเป็นผลมาจาก

1. การวาง drain ในขณะผ่าตัด
 2. Spontaneous drainage ออกทางแผลผ่าตัด
 3. Percutaneous drainage of post operative fluid collection
- เราสามารถแบ่ง External pancreatic fistula ออกเป็น 2 กลุ่มตาม ปริมาณ content ที่ไหลออกมาในแต่ละวัน²

1. Low output fistula คือ pancreatic fistula ที่มีปริมาณ fistula content <200 ml/d มักหายเอง(แม้ว่าจะอาจต้องใช้เวลานานเป็น เดือน) หรือสามารถรักษาได้ด้วยการรักษาแบบ conservative (ดังจะได้อีกกล่าวต่อไป)
2. High output fistula คือ pancreatic fistula ที่มีปริมาณ fistula content >200 ml/d มักเกี่ยวข้องกับภาวะที่มี pancreatic duct abnormality คือมีการตีบของ pancreatic duct ทาง proximal

ต่อทางออกของ fistula ทำให้มีการไหลของ pancreatic enzyme ออกทาง fistula มากขึ้น

Internal pancreatic fistula คือ fistula ที่ต่อจาก pancreas เข้าสู่อวัยวะต่างๆ ภายในร่างกาย

D.J. Cole และ E.L. Bradley III⁹ ได้เสนอการแบ่งชนิดของ Internal pancreatic fistula ไว้ดังตาราง

Site	Mechanism
Acute fistula	
1 pancreaticoenteric	Erosion of pancreatic infection into adjacent intestine
2 rare fistula :	
pancreaticoperitoneal	Rupture of an acute pseudocyst or pancreatic duct into peritoneal cavity

Chronic fistula	
1 pancreaticoperitoneal	Rupture of pancreatic duct or chronic pseudocyst into peritoneal cavity.
2 pancreaticopleural	Rupture of pancreatic duct or chronic pseudocyst into pleural cavity.
3 pancreaticoenteric	Rupture of chronic pseudocyst into adjacent intestine
4 rare fistula :	Rupture of chronic pseudocyst into involved organ.
pancreaticopericardial	
pancreaticobronchial	
pancreaticoureteral	
pancreaticosplenic	
pancreaticocholedochal	

Internal pancreatic fistula ที่พบบ่อยได้แก่ pancreaticoperitoneal และ pancreaticopleural fistula มักเกี่ยวข้องกับภาวะ chronic alcoholic pancreatitis และ chronic pancreatitis จากสาเหตุอื่นๆ ทำให้มีการตีบแคบของท่อตับอ่อน มีการเพิ่มของความดันในท่อตับอ่อนและเกิดการแตก, รั่วของน้ำย่อยตับอ่อน เข้าสู่เนื้อเยื่อรอบๆตับอ่อน บางส่วนเกิดจากการรั่วของน้ำย่อยตับอ่อน จาก pancreatic pseudocyst น้ำย่อยที่รั่วออกมาทำให้เกิด Inflammation ของเนื้อเยื่อที่ล้อมรอบ เกิดเป็น pancreatic ascites และ

pancreatic pleural effusion เกิดขึ้น ซึ่ง ascites และ pleural effusion ที่เกิดในภาวะนี้จะมีลักษณะเฉพาะ ดังจะกล่าวต่อไป ต่างจาก effusion ที่เกิดเป็น reaction ใน acute pancreatitis ซึ่งอาการจะเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน, เกี่ยวข้องกับอาการของ acute pancreatitis และ effusion ที่เกิดขึ้น สามารถหายไปได้เองถ้าภาวะ acute pancreatitis ดีขึ้น² ซึ่งจะได้กล่าวถึงภาวะ pancreatic ascites และ pancreatic pleural effusion ต่อไป

Pancreatic ascites

- Pathogenesis² เกิดจากการรั่วของน้ำย่อยตับอ่อนจากท่อตับอ่อน หรือจาก pancreatic pseudocyst เข้าสู่บริเวณ Lesser sac หรือ peritoneal cavity เกิดตามหลัง benign pancreatic disease

- อุบัติการณ์ - พบน้อย ยังไม่มีรายงานการศึกษาอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น มักเกิดในผู้ป่วยชาย อายุ 30-40 ปี อาจมีหรือไม่มีประวัติ pancreatitis มาก่อนก็ได้ มักเกี่ยวข้องกับภาวะ chronic alcoholic pancreatitis ต้องแยกจาก tuberculous peritonitis หรือภาวะ carcinomatosis peritonei เนื่องจากเป็นภาวะที่รักษาได้

- อาการ และอาการแสดง

อาการของ pancreatic ascites จะเกิดขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไป² อาจมีอาการแน่นท้องเพิ่มขึ้น น้ำหนักลด ผอมลง, muscle wasting

อาการจะคล้าย ascites ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วย cirrhosis ทั่วไป ซึ่งการทำ abdominal paracentesis นำ ascites มาตรวจ จะช่วยในการวินิจฉัยแยกโรค โดย pancreatic ascites อาจมีสีเหลือง หรือใสหรืออาจเป็น chylous หรือ bloody ascites ได้ การตรวจทาง chemistry พบว่า มีการเพิ่มของระดับ amylase ใน ascites มากกว่า amylase ในเลือด แต่โดยมาก amylase มักเพิ่มมากกว่า 1,000 IU/l ใน ascites, ascites fluid albumin มักเพิ่มมากกว่า 3 g% และ ascites lipase มักเพิ่มขึ้น¹

Uchiyama และคณะ³ ได้ทำการศึกษาผู้ป่วยที่มีด้วยอาการของ pancreatic ascites 37 รายในญี่ปุ่น ในช่วงปี 1975-1987 พบว่า 89.2% (33/37 ราย) เกิดในช่วงอายุ 30-69 ปี พบมากที่สุดช่วงอายุ 40-49 ปี (10/37 ราย) ชาย:หญิง : 8:1, 83.8% (31/37 ราย) มีประวัติ chronic alcoholism ผู้ป่วย 11 ราย ได้รับการทำ ERCP หรือ Intraoperative pancreatography หรือ autopsy เพื่อประเมินตำแหน่งที่มีการรั่วของ pancreatic secretion พบว่าการรั่วของ pancreatic juice เข้าสู่ peritoneal cavity เป็น mechanism หลักของการเกิด ascites ลักษณะทาง pathology ที่พบบ่อยคือ chronic pancreatitis และ pancreatic pseudocyst WL pancreatic pleural effusion ร่วมด้วย 54 % (15/28 ราย) ของผู้ป่วย

อาการของผู้ป่วยที่อาจมี abdominal distention 56.8%(21/37 คน), abdominal pain 43.2%(16/37 คน) และ back pain 10.8%(4/37

คน) ลักษณะ ascites เป็น straw color หรือ bloody ascites ปริมาณ ascites พบตั้งแต่ 1,000-6,000 ml (mean 2678 cc.) มีการเพิ่มของ amylase ใน ascites ซึ่งใช้เป็นตัว diagnosis โดย amylase ใน ascites มากกว่า 8 เท่าของในเลือดในผู้ป่วย 10 คน(43.5%) 2-8 เท่า 10 คน (43.5%) และ 1-2 เท่า 3 คน (13%) (23 record)

Pancreatic pleural effusion

เป็นภาวะที่มีการคั่งของน้ำที่มี amylase สูงในช่องเยื่อหุ้มปอด อาจพบเป็นผลแทรกซ้อนของภาวะ acute pancreatitis ซึ่งจะหายเองได้เมื่อภาวะ pancreatitis ดีขึ้น หรือเกิดจากการรั่วของ pancreatic secretion จาก main pancreatic duct หรือ pancreatic pseudocyst ใน chronic pancreatitis เข้าสู่ mediastinum และ pleural cavity

อุบัติการณ์ มักพบในช่วงอายุ 30-50 ปี โดยผู้ป่วยมากกว่า 90% มีประวัติ chronic alcoholic drinking

Pathogenesis เกิดการแตกรั่วของ main pancreatic duct หรือ pancreatic pseudocyst ทำให้ pancreatic enzyme ที่ออกมาเขาเข้าไปใน potential space ต่างๆ pancreatic pleural effusion เกิดจากการรั่วเขาออกไปทางด้านหลังเข้าสู่ retroperitoneum ผ่าน diaphragmatic foramina เข้าสู่ pleural space

อาการและอาการแสดง Uchiyama และคณะ⁴ ได้ทำการรวบรวมผู้ป่วยที่ตรวจพบ pancreatic pleural effusion 113 case ในญี่ปุ่น ในช่วงปี 1972-1989 พบผู้ป่วยในช่วงอายุใกล้เคียงกับรายงานผู้ป่วย pancreatic ascites แต่ไม่พบในที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี ในผู้ป่วย 113 คน เป็นชาย 111 คน โดย 98% มีประวัติ chronic alcoholism และเกิด pancreatic pleural effusion เป็นผลตามมาจาก chronic pancreatitis ลักษณะทางพยาธิวิทยาที่ pancreas พบ pancreatic pseudocyst 79.3% (69/87 record) และพบว่า 56.9% (37/65 record) มี internal pancreatic fistula ที่สามารถแสดงให้เห็นได้จาก ERP, CT หรือ Intraoperative pancreatography และถ้าการทำ ERP ไม่สามารถแสดงตำแหน่งของ pancreatic duct ที่รั่วได้ การทำ CT scan อาจจะทำให้ข้อมูลมากขึ้นในการแสดงตำแหน่งและลักษณะของ pancreatic pseudocyst ผู้ป่วยส่วนมากมีอาการและอาการแสดงคือ dyspnea, chest pain และนอกจากอาการปวดจาก pancreatitis แล้ว 23 ราย มีอาการปวดท้องทางตอนบนด้วย นอกจากนี้ยังมีอาการอาเจียนและท้องอืดแน่นขึ้น จากมี pancreatic ascites ร่วมด้วยได้ ตำแหน่งของ pleural effusion พบทางด้านซ้าย 57.6% (53/92 ราย) ด้านขวา 28.3% (26/92 ราย) พบ 2 ข้าง 14.1% (13/92 ราย) ลักษณะ pleural effusion เป็นสีปนเหลือง 85% ปริมาณอยู่ในระหว่าง 1,200-3,000 cc (เฉลี่ย 2340 cc) amylase ใน pleural effusion อยู่ในระหว่าง 5050-214,500 U/L และมีมากกว่าระดับ amylase ในเลือด โดยสัดส่วนของ amylase ใน effusion :

serum amylase > 20 เท่า 50% (10/20 ราย), 10-20 เท่า 30% (6/20 ราย), และ 1-10 เท่า 20% (4/20 ราย) พบมี pancreatic ascites ร่วมด้วย 11.5% (12/104 ราย) เทียบกับรายงานก่อน³ ที่พบว่า ใน case ที่มาตรวจด้วยปัญหาของ pancreatic ascites จะพบ pleural effusion ร่วมด้วยประมาณ 54%

การรักษา pancreatic fistula

1. การรักษาโดย conservation treatment โดยการลด pancreatic secretion ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาโดยงดอาหารทางปาก ให้อาหารและการทำ abdominal paracentesis หรือ thoracentesis ซึ่งการรักษาแบบนี้สามารถลด ascites และ pleural effusion ได้ประมาณ 20-60% การใช้ diuretic ไม่ช่วยในการลด ascites การรักษาทางยาถ้าได้ผลจะเห็นผลใน 2-3 สัปดาห์ ถ้าไม่ดีขึ้นมักต้องอาศัยการรักษาโดยวิธีอื่น¹
2. การรักษาโดยการผ่าตัด ลักษณะของการผ่าตัดจะขึ้นกับตำแหน่งของการรั่วของ pancreatic duct ถ้าตำแหน่งที่รั่วอยู่ที่ส่วน Head of pancreas ก็จะทำ pancreaticoduodenectomy ถ้าการรั่วอยู่ที่ส่วน body หรือ tail of pancreas การทำ caudal pancreatectomy หรือ cystogastrostomy, cystojejunostomy ก็อาจช่วยผู้ป่วยได้ ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดได้แก่ การให้ conservation treatment นานกว่า 2-3 สัปดาห์แล้วไม่ดีขึ้น¹ แต่พบว่าการผ่าตัดมี recurrent rate 50% โดยเฉพาะในผู้

ป่วยที่ไม่สามารถทำ ERCP ประเมินตำแหน่งการรั่วก่อนทำการผ่าตัดได้ mortality rate ทั้งในกลุ่มที่ทำและไม่ทำการผ่าตัดประมาณ 15-25%⁷

3. การรักษาโดย Endoscopic treatment มีการศึกษาถึงการใช้ transpapillary pancreatic duct endoprosthesis ในการรักษา pancreatic pseudocyst, ascites และ pleural effusion เพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งแนวโน้มของการรักษา โดยวิธีนี้ พบว่า successful rate สูง มี mortality และ morbidity rate ต่ำ ซึ่งวิธีการรักษาโดย endoscopy มีได้ 2 วิธีคือ ถ้าจุดที่รั่วอยู่ที่ head, genu หรือ body อาจใส่ pancreatic stent ให้ผ่านจุดรั่ว หรือถ้าจุดที่รั่วอยู่ที่ tail of pancreas การทำ pancreatic sphincterotomy หรือการใส่ pancreatic stent bypass sphincter ลด intraductal pressure ทำให้การรั่วลดลง ร่วมกับทำการทำ percutaneous drainage พบว่าจะช่วยให้ ascites ลดลงเร็วขึ้น ดังรายงานของ Kozarek และคณะ⁸ พบว่าผู้ป่วย 4 รายที่ไม่สามารถรักษาภาวะ pancreatic ascites ได้ด้วยการใช้ hyperalimentation ในท้ายได้ 4 สัปดาห์ (3 ราย ได้รับ Octreotide ร่วมด้วย) เมื่อได้รับการทำ ERCP with stent placement พบว่าสามารถหยุด Octreotide และ hyperalimentation ได้ภายใน 72 ชั่วโมง หลังทำ ERCP ไม่มีผู้ป่วยรายใดเกิด ascites ซ้ำหลังเริ่มให้กินอาหาร ผู้ป่วย 3 ใน 4 ราย สามารถออกจากโรงพยาบาลได้ใน 3 วัน หลังทำ ERCP, CT ที่ 3 สัปดาห์ ไม่พบ ascites หรือ residual pseudocyst ERCP หลังทำ CT 1-7 วัน ไม่พบ

residual ductal leakage แม้ 2 รายจะพบ irregular stenosis ของ pancreatic duct ที่ head of pancreas ติดตามที่ 12 เดือน ไม่พบการกลับเป็นซ้ำของ pancreatic ascites และ pseudocyst

Pancreatic fistula เป็นโรคที่เป็นผลแทรกซ้อนของภาวะ chronic pancreatitis ที่สำคัญ และต้องอาศัย การคำนึงถึงภาวะนี้ จึงจะสามารถวินิจฉัยได้ จึงจำเป็นที่แพทย์ผู้ดูแลจะต้องมีความรู้ความเข้าใจในการวินิจฉัยภาวะนี้เพื่อการดูแลผู้ป่วยที่สมบูรณ์ขึ้น

References:

1. Dimagno EP, Layer P, Clain JE. Chronic pancreatitis The pancreas:biology, pathobiology and disease 2nd edition Raven Press,Ltd., New York 1993.
2. Maule WF, Reber HA. Diagnosis and management of pancreatic fistulas. The pancreas:biology, pathobiology and disease 2nd edition Raven Press, Ltd. New York 1993.
3. Uchiyama T, Yamamoto T, Mizuta E, Suzuki T. Pancreatic ascites a collected review of 37 cases in Japan. Hepato-Gastroenterology 1989;36:244-49.

4. Uchiyama T, Suzuki T, Adachi A, Hiraki S, Lizuka N. Pancreatic pleural effusion: case report and review of 113 cases in Japan. The American Journal of Gastroenterology 1992;87(3):387-91.
5. Kozarek RA, Kiranek C, Travuso W. Endoscopic treatment of pancreatic ascites. The American Journal of Surgery 1994;168:223-26.
6. Cole DJ, Bradley III EL. Internal pancreatic fistula classification, recognition and management Pancreatic fistulas. Springer-Verlag Berlin Heidelberg 1992.
7. Ridgeway MG, Stabile BE. Surgical management and treatment of pancreatic fistula. Surgical Clinics of North American 1996;76(5):1159-73.
8. Silvis SE. pancreatic trauma, ascites, fistula and pseudocyst. Gastroenterologic endoscopy 2nd edition W.B. Saunders Company USA.

Interhospital GI Conference

นพ.สมพร สิริภัทรภณช

หน่วยทางเดินอาหาร รพ.รามคำแหง

ชาย 35 ปี เชลล์แมนขายเหล็ก กทม.

CC : ปวดท้องน้อยด้านซ้ายมา 1 เดือน

PI : - 5 ปีก่อนได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น ESRD, 1 ปีก่อนได้ทำ living related kidney transplantation (ไตซ้าย) ที่ Lt. iliac fossa หลังจากนั้นสบายตลอด ได้รับยา Cyclosporine 50 mg/day, Azathioprine 50 mg/day และ Prednisolone 10 mg/day, Ranitidine 300 mg/day

- 1 เดือนก่อน เริ่มมีปวดท้องน้อยด้านซ้าย ปวดบีบเป็นๆหายๆ ร้าวมาที่กลางท้อง ~30 นาที วันละ 1-2 ครั้ง นอนแล้วจะปวดมากขึ้น นั่งจะดีขึ้น มีไข้ต่ำๆตามมาส่วนบางครั้ง ไม่มีอาการ อุจจาระปกติ บัสสาวะปกติ ไปพบแพทย์ที่รพ. เอกชน ทำU/S บอกริดปกติ ได้ยา Amoxicillin / Clavulonic acid (625) 1x3 นาน 2 สัปดาห์ ใช้ยาไป ปวดท้องน้อยลง

- 1 สัปดาห์ก่อน มีไข้ต่ำๆ วันละ 1-2 ครั้ง ปวดท้องมากขึ้น อุจจาระปกติ บัสสาวะปกติ ไปพบแพทย์ที่รพ. เอกชน ทำU/S บอกริดปกติ ต่อมาต้องพบแพทย์ในลำไส้ใหญ่ได้ยา Amoxicillin/Clavulonic acid (625) 1x3 อาการปวดท้องลดลง ยังมีไข้ต่ำๆ

- 1 วันก่อนปวดท้องน้อยรุนแรงขึ้น เป็นบ่อยขึ้น มีไข้สูงขึ้น ถ่ายเหลว 1 ครั้ง - 1/2 แก้ว ไม่มีมูกเลือด จึงมารพ.

PE : T 38.5°C, HR 76/min, BP 130/70 mmHg, RR 20/min.
pale, no jaundice

Cervical LN : not palpable

Heart : regular, no murmur

Lung : clear

Abdomen : not distend, no visible peristalsis, soft, ill-defined mass (transplanted kidney) at LLQ with tenderness, no rebound tenderness, normal bowel sound

liver & spleen : not palpable

PR : normal sphincter tone, no mass, yellowish stool

INV. : CBC : Hct 25.2%, MCV 99 fl, WBC 6,100/cu.mm.

(N 76, L20, M4), Plt 379,000, BUN 38 mg/dl, Cr 2.1 mg/dl

LFT : AP 58 (normal 27- 86), SGOT 32, SGPT 23, TP 62.3 g/L.

ALB 36.2 g/L

U/A : yellow/clear, sp.gr. 1.015, protein: negative.

sugar: negative, WBC 1-5/HPF, RBC 0-1/HPF

Stool exam. : yellow/soft, few WBC, few RBC, no parasite

Cyclosporin level : 289 ng/ml (therapeutic range 200-300)

Clinical course :

ในผู้ป่วยรายนี้เป็นผู้ป่วย kidney transplantation จาก end stage renal disease ที่ได้รับ potent immunosuppressive drugs มานาน ~1 ปี ครั้งนี้มีปัญหาไข้ และ LLQ pain ซึ่งน่าเป็นผลจาก colonic ulcer

สำหรับสาเหตุในขณะผู้ป่วยเป็น immunocompromised host ควรคิดถึง process ของ infection มากที่สุดได้แก่ Cytomegalovirus(CMV), Herpes virus, *Clostridium difficile*, Tuberculosis สำหรับกรณีอื่นที่คิดถึงได้แก่ Lymphoma, CA colon ซึ่งในขณะนั้นสงสัยว่าเป็นจาก CMV colitis มากที่สุด จึงทำ sigmoidoscopy

ผล Sigmoidoscopy : many small shallow ulcers from rectum up to 30 cm from anal verge, circumferential ulcer at 30 cm. from anal verge หลัง admit มีถ่ายเป็นน้ำจำนวนมากน้อย 6-8 ครั้ง/วัน

Stool exam. : numerous WBC, moderate RBC, no parasite

ผล pathology ของ colonic ulcer biopsy : edema of lamina propria with mucosal ulceration

treatment as CMV colitis :

Ganciclovir (plan ให้ 3 wks.)

Antibiotics (Ceftriaxone, Metronidazole) continue

immunosuppressive drugs

หลังจากนั้น ยังมีไข้ต่ำๆ อุจจาระน้อยลง ยังมีปวดท้องเหมือนเดิม

ผล CMV titer : IgG > 1:1,600 ,IgM negative ; CMV mRNA : negative

CT scan : Focal dilatation at sigmoid colon with irregular thickened mucosa

ผล work up ที่ได้ยังไม่สามารถ definite diagnosis ได้

Day 16 หลังรับไว้ในโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีไข้สูงขึ้น ปวดท้องมากขึ้น

เปลี่ยน ATB: Ceftriaxone → Cefazidime หลังจากนั้น ตีขึ้น ไข้ลดลง ปวดท้องลดลง

BE : infiltrative mass with aneurysmal dilatation of bowel loop at sigmoid colon 3 cm long and narrowing of proximal bowel lumen, R/O CMV colitis

Sigmoidoscope : circumferential ulcerative mass at 30 cm. from anal verge, look irregular surface with necrosis on top in some area, narrowing of proximal lumen and scope can't pass

ผล pathology ของ colonic ulcer biopsy : Ulceration with acute and chronic inflammation

Day 47 : ไข้สูงขึ้น ปวดท้องมากขึ้น มี sign ของ peritonitis จึงทำการผ่าตัด

Surgical finding :

- Segmental colitis at sigmoid colon about 5 cm. Long

- Small perforation at posterior site adhere to retroperitoneum and lateral site adhere to small bowel
Operation : Segmental colectomy, Segmental small bowel resection

ผล pathology : Posttransplant lymphoproliferative disorder, monomorphic type (B cell lymphoma)

Posttransplant lymphoproliferative disorders (PTLD) in kidney transplant patients



นพ. สมพร สิริวัทวณิช

หน่วยทางเดินอาหาร รพ.รามธิบดี

PTLD คือโรคของ lymphoid cells ที่มี proliferation ผิดปกติที่เกิดขึ้นในผู้ป่วย transplantation โดย lymphoid cell ที่ผิดปกติส่วนใหญ่แล้วจะเป็นชนิด B cell ซึ่งเกี่ยวข้องกับกาติดเชื้อ Epstein-Barr virus (EBV) และการได้รับยากดภูมิคุ้มกันหลังทำ transplantation

PTLD เป็นหนึ่งในภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในผู้ป่วย transplantation (ตารางที่ 1) แม้พบได้ไม่มากนัก แต่ก็เป็นที่สำคัญที่อาจจะมีปัญหา GI tract involvement ได้ (ตารางที่ 2)

PTLD เป็นโรคที่พบได้ตั้งแต่ mild form คือ benign reactive hyperplasia จนถึง malignant lymphoma² ซึ่งส่วนใหญ่(93%)³ จะพบเป็นชนิด non-Hodgkin's lymphoma (NHL) โดย PTLD มีลักษณะทางคลินิกและการรักษาแตกต่างจาก NHL ที่เกิดขึ้นใน immunocompetent host และต้องคำนึงถึงการปรับลดยากดภูมิคุ้มกันด้วย

ตารางที่ 1 Morbidity after kidney transplantation¹⁶

- Hypertension 46%
- Malignancy (CA skin, PTLD, Kaposi's sarcoma,...) 14%
- Urinary tract infection 17%
- Pneumonia 9%
- Chronic hepatitis 6%
- Steroid-induced diabetes mellitus 6%
- Peptic ulcer diseases 4%

ตารางที่ 2 GI complications in kidney transplantation¹⁰

8-18% of kidney transplant patients

- Infections : Cytomegalovirus, Herpes virus, Candida
- Necrotizing enterocolitis
- Diverticulitis
- Malignancy : PTLD, Kaposi's sarcoma
- Pancreatitis (drug-induced)
- Gallstone (Cyclosporine-induced)

ในปีปัจจุบันประเทศไทยมีการทำ transplantation กันมากขึ้น โดยเฉพาะ kidney transplantation ทำให้มีโอกาสพบโรค PTLD มากขึ้น ฉะนั้นจึงควรคำนึงถึงโรคนี้ในผู้ป่วย transplantation ด้วย

Incidence

ภายหลังการเริ่มใช้ยากกดภูมิคุ้มกันในปี 1959⁷ ได้มีการรายงานผู้ป่วย PTLD ครั้งแรกในปี 1968⁸ หลังจากนั้นก็มีรายงานเพิ่มขึ้น โดยในผู้ป่วย kidney transplantation พบมี incidence 0.2-2.5%^{5,6} คิดเป็น 50 เท่าของ NHL ที่เป็น age-matched control¹¹ ซึ่ง PTLD นั้นมักจะเกิดในปีแรกหลังทำ transplantation หลังจากนั้นจะพบน้อยลงเรื่อยๆ ในปีถัดมา¹ โดยส่วนใหญ่จะพบเป็นชนิด B cell และเกิดใน extra-nodal organ โดยเฉพาะที่ GI tract มากถึง 19% (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบระหว่าง PTLD และ NHL

	PTLD (in renal allograft patients)	NHL (in general population)
Incidence (% of all malignant) cell type extra-nodal	0.2-2.5% ^{5,6} (17.9%) ¹ B cell 86%, T cell 14% ⁹ 70% ⁹ (CNS 21%, GI 19%, Allograft 17%, Others 13%)	8:100,000(USA) ⁸ (5%) ⁷ B cell 70-90% ¹⁰ 15-25% ¹⁰ (CNS 1%, GI 5-10%)

เมื่อมาดูรายงานในประเทศไทย แม้ว่าจะยังไม่มีการรายงานถึงโรค PTLD ในผู้ป่วย kidney transplantation¹² แต่ก็มีโอกาสเกิดขึ้นอย่างเช่นในผู้ป่วยรายนี้

Risk factors

risk factors ที่สำคัญได้แก่

1. EBV infection : พบว่าผู้ป่วย PTLD มี EBV infection มากถึง 90-95%⁹
2. Immunosuppressive drug : พบว่าการได้ยา

immunosuppression ยิ่งมาก ยิ่งมีโอกาสเกิด PTLD ได้มากขึ้นรวมทั้งผู้ป่วย non-renal transplantation ที่ได้รับยา immunosuppression มากกว่าผู้ป่วย renal transplantation ก็มีโอกาสดังกล่าวเช่นกัน⁹

Pathogenesis

ยังไม่ทราบ pathogenesis ที่แน่นอน แต่น่าจะเกี่ยวข้องกับ EBV infection¹³ ถึงแม้ว่าผู้ป่วย PTLD บางส่วนไม่พบ EBV infection ก็ตาม^{9,13} โดย EBV-infected B cell มีการ proliferation และ transformation ในขณะที่ยังมีชีวิตจาก cellular immunity เนื่องจากได้รับยา immunosuppression จนเกิดลักษณะทางคลินิกในแบบต่างๆรวมทั้งการที่มี malignant transformation เกิดเป็น malignant tumor (รูปที่ 1)

รูปที่ 1 Proposed model for pathogenesis of PTLD¹

- ↘ EBV replication in oropharynx (in B cells)
- ↘ Numbers of B cells infected and transformed
 - ↘ Impaired cellular immunity
 - ↘ Polyclonal, EBV-infected B cells → Clinical disease
 - ↘ Chromosomal rearrangements
- Monoclonal, EBV-infected B cells → Clinical disease

Categories of PTLD²

การแบ่งชนิดของ PTLD เป็นไปตามลักษณะของ histopathology

ตั้งแต่ benign lesion จนถึง highly malignant tumor ได้แก่

1. Early lesions : - Reactive plasmacytic hyperplasia
 - Infectious mononucleosis-like
2. Polymorphic PTLD :- Polyclonal
 - Monoclonal
3. Monomorphic PTLD : - B cell lymphoma
 - T cell lymphoma
4. Others (rare) : Hodgkin's disease-like, Plasmacytoma-like, Myeloma

Manifestation

ผู้ป่วย PTLD จะมาด้วยลักษณะทางคลินิก 2 แบบ¹⁴ คือ

- Infectious mononucleosis-like : ได้แก่ผู้ป่วย PTLD ในกลุ่ม Early lesions² และ บางรายในกลุ่ม polymorphic PTLD¹¹ โดยเกิดในผู้ป่วย transplantation ที่ไม่เคยได้รับเชื้อ EBV มาก่อน แต่เกิด primary EBV infection โดยมีกำเนิดภายใน 3 เดือนหลัง transplantation²
- Neoplastic form : ได้แก่ผู้ป่วย PTLD ในกลุ่ม monomorphic PTLD และ กลุ่ม polymorphic PTLD^{2,11} โดยมักจะมาด้วย localized lesion ส่วนใหญ่จะเป็นที่ GI tract, CNS และ allograft มีโอกาสน้อยมากที่เป็น multiple organs involvement

สำหรับ lesions ที่ GI tract มักจะมีลักษณะเป็น mass lesions มากกว่า infiltrative lesions ซึ่งมีลักษณะเป็น large mass ที่โตเร็ว มี local invasion จนอาจเกิด perforation และมีโอกาสพบเป็น multiple lesions ได้ เมื่อดูตำแหน่ง lesions ที่เกิดขึ้นมักพบเป็นที่ small intestine, colon และ stomach ตามลำดับ ฉะนั้นผู้ป่วยจึงมักจะมาด้วย abdominal mass, gut obstruction หรือ peritonitis จากที่มี perforation

Diagnosis¹⁵

การวินิจฉัยมักต้องใช้ pathological diagnosis โดย criteria ในการวินิจฉัยของ neoplastic form ต้องใช้ลักษณะทาง pathology ได้แก่

1. disruption of underlying architecture by lymphoproliferative
2. Presence of monoclonal or oligoclonal cell populations as reveal by cellular and/or viral markers
3. Evidence of EBV in many of the cells

วินิจฉัยเมื่อ

- มี 2 ใน 3 criteria
- มีข้อ 1 หรือ 2 ข้อใดข้อหนึ่งและมี clinical setting เข้าได้ กับ PTLD

Treatment¹⁵

กรณี localized disease :

- surgical resection หรือ localized radiation therapy
- ลดยา immunosuppression ~25%

กรณี extensive disease :

- ลดยา cyclosporine หรือ tacrolimus ~ 50%, หยุดยา azathioprine และ MMF, ให้อา prednisolone 7.5-10 มก ต่อวัน
- กรณีผู้ป่วยวิกฤต ให้หยุดยา immunosuppression ทั้งหมด และ ให้อา prednisolone 7.5-10 มก ต่อวัน

การรักษาแบบอื่นที่มีรายงานผู้ป่วยอาจจะได้ผล เช่น alpha-interferon, anthracycline-based chemotherapy, antiviral agent

Prognosis¹¹
overall mortality rate 27-36%

- polymorphic PTLD ดีกว่า monomorphic PTLD
- หลังลดยา immunosuppression แล้ว ผู้ป่วย polymorphic PTLD ตีขึ้น 50-66% ส่วน monomorphic PTLD มักไม่ตีผล

References:

1. Basgoz N, Preiksaitis JK. Post-transplant lymphoproliferative disorder. *Inf Dis Clin North Am* 1995;9(4):901-23
2. Harris NL, Ferry JS, Swendlow SH. Posttransplant lymphoproliferative disorder : Summary of Society for Hematology workshop. *Sem Diag Patho* 1997;14: 8-14
3. Penn I. Cancer complicating organ transplantation. *NEJM* 1990;323(25):1767-8
4. Starzl TE. Five years' experience in renal transplantation with immunosuppressive drugs: survival, function, complications and the role of lymphocyte depletion by thoracic duct fistula. *Ann Surg* 1968;168:416
5. Cockfield SM, Preiksaitis JK, Jewell LD, et al. Post-transplant lymphoproliferative disorder in renal allograft recipients. *Transplantation* 1993;56:88-96

6. Opelz G, Robin H. Incidence of non-Hodgkin lymphoma in kidney and heart transplant recipients. *Lancet* 1993;342:1514-6
7. ไทบูลย์ จิตประไพ. Overview of renal transplantation. ใน ตำราโรคไต มูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย. บรรณาธิการ : วิจิตร บุญพรคนาวิก, สุพัฒน์ วานิชย์การ, ไสภณ พินิชพันธ์ และคณะ, 2539
8. Nawell G, Cabanillas F, Hagemeister F. Incidence of lymphoma in the US: Classified by the working formation. *Cancer* 1987;59:857-61
9. Penn I. Post-transplant malignancy: The role of immunosuppression. *Drug Safe* 2000;23(2):101-13
10. Green JP, Macon WR, List AF, Mc Curley TL. Non-Hodgkin's lymphoma. In: Lee GR, Bithell TC, Foerster J, Athens JW, Lukens JN eds. *Wintrobe's clinical hematology*, ninth edition. Philadelphia: Lea&Febiger, 1993:2121
11. Savage P, Waxman J. Post-transplantation lymphoproliferative disease. *Q J Med* 1997;90:497-503
12. Jirasiritham S, Jirasiritham S, Sumethkul V, Chiewsilp P. Incidence of post kidney transplantation neoplasm in Thailand. *Transpl Proc* 1996;28:1586-7

13. Dotti G, Flocchi R, Motta T, et al. Epstein-barr virus-negative lymphoproliferative disorders in long-term survivors after heart, kidney and liver transplant. *Transplantation* 2000;69:827-33
14. Nalesnik MA, Makowka L, Starzl TE. The diagnosis and treatment of posttransplant lymphoproliferative disorders. *Curr Prob Surg* 1988;25:367
15. Paya CV, Fung JJ, Nalesnik MA, et al. Epstein-Barr virus-induced posttransplant lymphoproliferative disorders. *Transplantation* 1999;68:1517-25
16. Braun WE. Long term complications of renal transplantation. *Kidney Int.* 1990;37:1363-78

Nitazoxanide : New antiparasites and GI. Diseases



นพ.สมบัติ ตีประเสริฐสุข

ศ.นพ.ศรชัย นฤอุภัยสุวรรณ

ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะเวชศาสตร์เขตร้อน

เป็นยาตัวใหม่ ใช้ในการรักษาการติดเชื้อโรคหนอนพยาธิที่มีฤทธิ์
ครอบคลุมกว้างขวาง มีคุณสมบัติเป็นสาร nitrothiazole benzamide
สามารถ เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วเป็น Tizoxanide โดยกระบวนการ
deacetylation โดยทั่วไปมีฤทธิ์ทำลายกลุ่มโปรโตซัว เช่น cryptosporidiosis,
giardiasis เป็นต้น แต่ต่อมาพบว่าสามารถรักษาแบคทีเรียบางตัวได้ด้วย เช่น
กลุ่มแบคทีเรีย anaerobic และ กลุ่มอื่น ๆ ที่ติดต่อยา metronidazole เช่น
Helicobacter pylori

เภสัชจลศาสตร์ (Pharmacokinetics)

เป็นยาที่มีคุณสมบัติในการจับกับโปรตีนในเลือดสูง คือมากกว่าร้อยละ
๙7.5 และพบว่ามีเพียงร้อยละ 8 ที่ตรวจพบตัวยาในน้ำปัสสาวะ ในด้าน
พิษวิทยาที่มีการทดลองในหนูโดยให้ยาในขนาด 0.625-10 กรัม/ กก. และ ใน
สุนัขและแมวให้ยาในขนาด 1-10 กรัม/ กก. ครั้งเดียว พบว่าค่า acute oral
LD 50 สูงกว่า 10 กรัม/ กก. ในหนู (rat) สุนัขและแมว และ สูงกว่า 1.4 กรัม/
กก. ในหนู (mice) นอกจากนี้ยังทำการทดลองผลทาง systemic toxicity โดย
ให้ยาซ้ำกันหลายครั้งในหนู ขนาดตั้งแต่ 50,150,450 มก./กก./วัน นาน 14
สัปดาห์พบว่ากลุ่มที่ได้ยาขนาดสูงสุด มีอาการนำหลายมาก น้ำหนักของตัว
และน้ำหนักขึ้น และน้ำหนักของต่อมไทมัสลดลง⁽¹⁾ ในคนนั้นหากกินยาต่อ
เนื่องนาน 10 วัน พบว่า มีการกำจัดยาทางปัสสาวะร้อยละ 31.5 ขณะที่การ
กำจัดยาทางอุจจาระร้อยละ 66.2 โดยทั่วไป Nitazoxanide(N) จะเปลี่ยน
แปลงเป็น Tizoxanide(T) ภายในช่วงระยะครึ่งชีวิต 6 นาที ที่อุณหภูมิ 37°C
หลังจากนั้น T จะถูกนำไปสู่ liver microsomes ผ่านกระบวนการ
glucoronide ต่อไป⁽²⁾ และค่าครึ่งชีวิตทั้งหมดอยู่ที่ 1.03-1.6 ชั่วโมง
metabolite เฉพาะในรูป desacetyl-nitazoxanide(DN) เท่านั้นที่ตรวจวัดได้
จาก plasma⁽¹⁻³⁾

คุณสมบัติของยาในการครอบคลุมเชื้อต่าง ๆ มีดังนี้

1. *Cryptosporidium parvum*

พบว่ายาในกลุ่มนี้ สามารถยับยั้ง ระยะเวลา และ sexual ของ เชื้อตัวนี้ได้ดี^(๙) และถ้าใช้ร่วมกับยาในกลุ่ม azithromycin และ rifabutin ในหลอดทดลอง พบว่า สามารถยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อได้ดียิ่งขึ้น โดยลด ปริมาณเชื้อได้ถึงร้อยละ 79.8-83.9^(๑๐) นอกจากนี้ยังมีมีการศึกษาทดลองใน ผู้ป่วยอดส์ ที่ติดเชื้อตัวนี้ แต่อยู่ระหว่างรอผลการศึกษา ว่าควรใช้ขนาดยา เท่าใด^(๑๑) เช่น การศึกษาที่ทำในสหรัฐอเมริกา ทดลองแบ่งผู้ป่วยเอดส์ที่มี อาการท้องร่วงเรื้อรังเป็น 3 กลุ่มให้ได้รับยา Nitazoxanide โดยกลุ่มที่หนึ่งได้ ยาขนาด 500 มก. วันละ 2 ครั้ง กลุ่มที่สอง ได้ยาชนิด 1,000 มก. วันละ 2 ครั้ง และกลุ่มที่สามได้รับยาหลอดนานาน 14 วัน หลังจากนั้นทำการ cross over ให้กลุ่มที่ได้ยาหลอดมารับยา Nitazoxanide ขนาดต่างกันตามการสุ่ม ส่วน กลุ่มที่ได้รับยา Nitazoxanide ตอนแรก ให้เปลี่ยนมารับยาหลอด และ ประเมินผลการรักษาด้วยการตรวจหา *C. parvum* oocysts ณ วันที่ 15, 22 และ 29 หลังการรักษา พบว่ากลุ่มที่ได้รับยา Nitazoxanide มีอัตราการกำจัด *C. parvum* oocysts ได้ดีกว่ายาหลอด อย่างไรก็ตามมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ อาการท้องร่วงก็ดีขึ้นร้อยละ 86 และผู้ป่วยกินยาได้ดี ส่วนขนาดยาที่ต่างกัน ระหว่างขนาด 500 มก. กับ 1,000 มก. ยังไม่เห็นผลที่แตกต่างกันอย่างมีนัย สำคัญทางสถิติ^(๑)

2. *Enterocytozoon bienersi* (microsporidiosis)

ได้มีการรายงานผู้ป่วยเอดส์ ที่มีอาการท้องร่วงเรื้อรัง ที่ทดลองใช้ ยาตัวนี้แล้ว พบว่าสามารถกำจัดเชื้อ microsporidia ได้ดี และอาการของผู้ป่วยดีขึ้นมาก ซึ่งจำนวนผู้ป่วยที่ทำการศึกษายังน้อยอยู่จึงควรรอผลการศึกษาให้ชัดเจนต่อไป^(๑๒)

3. *Giardia lamblia*

โปรโตซัวในลำไส้ตัวนี้ พบว่าเป็นสาเหตุของอาการท้องเดิน โดยเฉพาะในเด็ก มียาที่เลือกใช้อยู่หลายอย่าง เช่น metronidazole แต่ในระยะ หลังๆ นี้ มีการศึกษาการใช้ยาใหม่ เช่น เปรียบเทียบของยา mebendazole ขนาด 100 มก. ให้ทุก 12 ชั่วโมง นาน 3 วัน เทียบกับยา Nitazoxanide 100 มก. ให้ทุก 12 ชั่วโมง นาน 3 วัน เช่นกัน พบว่า ปริมาณ อุจจาระ ณ วันที่ 3, 5 และ 7 หลังการรักษาในกลุ่มเด็ก กลุ่มละ 41 คน อายุ 4-12 ปี มีอัตราการหายป่วยของโปรโตซัวจากอุจจาระร้อยละ 80.4 และ 78.0 ตามลำดับโดยไม่พบว่ามีผลข้างเคียงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.8$)^(๑๓) เมื่อพิจารณาถึงผลข้างเคียงของยาพบว่า ร้อยละ 39 ของผู้ป่วยที่ได้รับยา Nitazoxanide จะมีอาการข้างเคียงโดยเฉพาะอาการปวดท้อง ได้อย่างมาก ซึ่งข้างเคียงจากยา mebendazole อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.09$)^(๑๔)

4. *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) และแบคทีเรียกลุ่ม anaerobe

- มีการใช้ในกรณีชื่อ *H. pylori* ต้องต่อยา metronidazole โดยการศึกษานี้ในผู้ป่วยที่ติดเชื้อ *H. pylori* นั้นได้มีการทดลองโดยใช้ยานี้ร่วมกับยา Omeprazole 20 มก. พบว่ากำจัดเชื้อได้ร้อยละ 83⁽¹⁹⁾

- มีผลครอบคลุมเชื้อกลุ่ม anaerobic bacteria ในลำไส้เล็กกับ metronidazole เช่น เชื้อ *Clostridium difficile*

5. กลุ่มหนอนพยาธิและโปรโตซัวอื่น ๆ ได้แก่

Fascioliasis	<i>Entameba histolytica</i> และ <i>E. dispar</i>
Blastocystic hominis	<i>Isospora belli</i>
<i>Enterobius vermicularis</i>	<i>Ascaris lumbricoides</i>
<i>Trichuris trichiura</i>	<i>Hymenolepis nana</i>
<i>Tenia saginata</i>	

ซึ่งมีการศึกษาทดลองใช้ยาคิวนี้ ขนาด 7.5 มก/กก. โดยผู้ใหญ่จะได้ปริมาณขนาด 500 มก. และเด็กอายุน้อยกว่า 12 ปี ได้รับ 200 มก. ทุก 12 ชั่วโมงนาน 3 วัน ในประชากร 1,820 คน ที่นำมาตรวจหาหนอนพยาธิ ในเม็กซิโก พบว่าร้อยละ 71-100 มีการกำจัดหนอนพยาธิดังกล่าวได้ และพบผลข้างเคียงเพียงร้อยละ 6.1 เช่น อาการปวดท้อง ซึ่งพบว่าเกิดในระยะเวลานานไม่เกิน 24 ชั่วโมง⁽¹⁷⁻¹⁹⁾ อย่างไรก็ตามในการศึกษานี้ไม่ได้ระบุผลของการใช้ยาคิวนี้ต่อหนอนพยาธิแต่ละชนิด แต่จากงานวิจัยต่างๆที่มีได้สรุปผลของการใช้ยาคิวนี้ต่อหนอนพยาธิแบคทีเรียและโปรโตซัวในคน ดังตารางที่ 1

โดยสรุป ยา Nitazoxanide เป็นยาตัวใหม่ ที่ใช้ในการรักษาการติดเชื้อโรคหนอนพยาธิที่มีฤทธิ์ครอบคลุมกว้างขวางโดยเฉพาะ ผู้ป่วยเอดส์ที่มีอาการท้องร่วงเรื้อรังจาก *C. parvum* oocysts, *Isospora belli*, microsporidia และ *Giardia lamblia* ทำให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้นมาก แต่จำนวนผู้ป่วยที่ทำการศึกษายังน้อย นอกจากนี้ยังเป็นยาที่ใช้กับเชื้อ *H. pylori* ต่อยา metronidazole ได้อีกด้วยจึงน่าจะมีการติดตามข้อมูลและนำมาศึกษาวิจัยในประเทศไทยต่อไป

ตารางที่ 1 แสดงผลของการใช้ยา Nitazoxanide ต่อพลาสมาในเด็กที่เรียนและไปโรงเรียน

Study	Number of cases	Age (years)	Organisms treated	Dosage	Efficacy (%)	Side effects
Giacometti A <i>et al</i> (1999) ¹⁰ Italy	1	24	<i>Cryptosporidium</i>	10 mg/l <i>in vitro</i>	Clinical worse : <i>in vitro</i> 67.2%	-
Bicart-Sec A, <i>et al</i> (2000) ¹¹⁰ France	1	?	<i>Enterococcus</i> <i>faecalis</i>	?	Complete clinical and parasitology response	-
Rodriguez-Garcia R, <i>et al</i> (1999) ¹¹¹ Mexico	41 for each group	4-12	<i>Giardia lamblia</i> <i>cysts in feces</i>	100 mg, q 12 hr, for 3 days	80.4% and 78.0% respectively	abdominal pain more frequently in N.
Rossignol JF, <i>et al</i> (1998) ¹¹⁰ Mexico	22 for 3 groups	?	<i>Cryptosporidium</i>	1.50 mg/bid. 2,100mg bid. 3. placebo for 14 days	63%, 67% ,%(p<0.05)	both doses not tolerated
Romero-Cabebo R, <i>et al</i> ¹¹¹ (1997) Mexico	246	adults and children	Intestinal helminths and protozoa	500 mg in adults .200 mg. in children bid for 3 days	71-100%	Hemato. and clinical chem. unaffected, mild abdominal pain 6.1%
Doumbo O, <i>et al</i> (1997) ¹¹⁰ Africa	17	?	Intestinal helminths and <i>cryptosporidium</i>	500 mg in adults bid for 7 days	95% for <i>cryptosporidi</i> um	Hemato. and clinical chem. unaffected. transient vomiting 4/17
Rossignol JF, <i>et al</i> (1984) ¹¹⁰	40	?	A. 22- <i>T. saginata</i> B. 18- <i>H. nana</i>	A.25 mg/kg or B.50 mg/kg single dose	effective	good to exant

References:

1. Murphy JR, Friedmann JC. Pre-clinic toxicity of nitazoxanide-a new antiparasitic compound. *J Appl Toxicol* 1985 ;5(2):49-52.
2. Stockis A, Deroubaix X, Lins R, Jeanbaptiste B, Calderon P, Rossignol JF. Pharmacokinetics of nitazoxanide after single oral dose administration in 6 healthy volunteers. *Int J Clin Pharmacol Ther* 1996;34(8):346-51.
3. Broekhuysen J, Stockis A, Lins RL, De Graeve J, Rossignol JF. Nitazoxanide: pharmacokinetics and metabolism in man. *Int J Clin Pharmacol Ther* 2000;38(8):387-94.
4. Gargala G, Delaunay A, Li X, Brasseur P, Favennec L, Ballet JJ. Efficacy of nitazoxanide, tizoxanide and tizoxanide glucuronide against *Cryptosporidium parvum* development in sporozoite-infected HCT-8 enterocytic cells. *J Antimicrob Chemother* 2000;46(1):57-60.
5. Giacometti A, Cinioni O, Barchiesi F, Ancarani F, Scalise G. Activity of nitazoxanide alone and in combination with azithromycin and rifabutin against *Cryptosporidium parvum* in cell culture. *J Antimicrob Chemother* 2000;45(4):453-6.
6. Giacometti A, Burzacchini F, Cinioni O, Barchiesi F, Dini M, Scalise G. Efficacy of treatment with paromomycin, azithromycin, and

- nitazoxanide in a patient with disseminated cryptosporidiosis. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 1999;18(12):885-9.
7. de la Tribonniere X, Valette M, Alfandari S. Oral nitazoxanide and paromomycin inhalation for systemic cryptosporidiosis in a patient with AIDS. *Infection* 1999;27(3):232.
 8. Rossignol JF, Hidalgo H, Feregrino M, et al. A double-blind placebo-controlled study of nitazoxanide in the treatment of cryptosporidial diarrhoea in AIDS patients in Mexico. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 1998;92(6):663-6.
 9. Blagburn BL, Drain KL, Land TM, et al. Comparative efficacy evaluation of dicationic carbazole compounds, nitazoxanide, and paromomycin against *Cryptosporidium parvum* infections in a neonatal mouse model. *Antimicrob Agents Chemother* 1998;42(11):2877-82.
 10. Theodos CM, Griffiths JK, D'Ontro J, Fairfield A, Tzipori S. Efficacy of nitazoxanide against *Cryptosporidium parvum* in cell culture and in animal models. *Antimicrob Agents Chemother* 1998;42(8):1959-65.
 11. Doumbo O, Rossignol JF, Pichard E, et al. Nitazoxanide in the treatment of cryptosporidial diarrhea and other intestinal parasitic

- infections associated with acquired immunodeficiency syndrome in tropical Africa. *Am J Trop Med Hyg* 1997;56(6):637-9.
12. Bicart-See A, Massip P, Linas MD, Darty A. Successful treatment with nitazoxanide of *Enterocytozoon bienauesi* microsporidiosis in a patient with AIDS. *Antimicrob Agents Chemother* 2000;44(1):167-8.
13. Rodriguez-Gascia R, Rodriguez-Guzman LM, Cruz del Castillo AH. Effectiveness and safety of mebendazole compared to nitazoxanide in the treatment of *Giardia lamblia* in children. *Rev Gastroenterol Mex* 1999;64(3):122-6.
14. Yamamoto Y, Haki A, Friedman H, et al. Nitazoxanide, a nitrothiazolide antiparasitic drug, is an anti-*Helicobacter pylori* agent with anti-vacuolating toxin activity. *Chemotherapy* 1999;45(4):303-12.
15. Megraud F, Occhialini A, Rossignol JF. Nitazoxanide, a potential drug for eradication of *Helicobacter pylori* with no cross-resistance to metronidazole. *Antimicrob Agents Chemother* 1998;42(11):2836-40.
16. Dubreuil L, Houcke I, Mouton Y, Rossignol JF. In vitro evaluation of activities of nitazoxanide and tizoxanide against anaerobes and

aerobic organisms. *Antimicrob Agents Chemother* 1996;40 (10):2266-70.

17. Romero Cabello R, Guerrero LR, Munoz Garcia MR, Geyne Cruz A. Nitazoxanide for the treatment of intestinal protozoan and helminthic infections in Mexico. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 1997;91(6):701-3.
18. Rossignol JF, Abaza H, Friedman H. Successful treatment of human fascioliasis with nitazoxanide. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 1998;92(1):103-4.
19. Rossignol JF, Maisonneuve H. Nitazoxanide in the treatment of *Taenia saginata* and *Hymenolepis nana* infections. *Am J Trop Med Hyg* 1984;33(3):511-2.

Management of Cholestatic Liver Diseases

พ.อ.อนุชิต จุฑาพุทธิ
หน่วยทางเดินอาหารและโรคตับ
กองอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

หลักการในการรักษา Cholestatic Liver Diseases (CLD) คือพยายามหาสาเหตุและรักษาที่สาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะ Cholestatic Liver Diseases เช่นในกรณีผู้ป่วยมีอาการจุดคันของท่อน้ำดี การใช้การผ่าตัดหรือการรักษาด้วย Endoscope เพื่อบรรเทาอาการจุดคันของท่อน้ำดีจะทำให้อาการโดยรวมของผู้ป่วยดีขึ้น ในผู้ป่วยที่เป็น Cholestatic Liver Diseases จากการได้รับยา การหยุดยาที่ชักนำให้เกิดภาวะ CLDจะทำให้ผู้ป่วยดีขึ้น อย่างไรก็ตามในระหว่างซึ่งรอให้อาการกลับเป็นปกติ หรือ โรคบางอย่างของท่อน้ำดีซึ่งยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ จึงจำเป็นต้องอาศัยยาบางอย่างเพื่อช่วยทำให้ผู้ป่วยมีอาการลดลง มีการทำงานของตับที่ดีขึ้น ตลอดจนทำให้ภาวะโภชนาการต่าง ๆ อยู่ในเกณฑ์ที่ดีขึ้น การรักษา CLD แบ่งออกได้เป็น

1. Pharmacologic Treatment

Ursodeoxycholic acid (UDCA) คือ bile salts ชนิดหนึ่งที่มียคุณสมบัตินำลายประการที่ท่อน้ำดีภาวะ Cholestatic Liver Diseases ตีขึ้นได้แก่

1. มีผลต่อ hepatocyte membrane
 2. มีผลต่อ intracellular calcium ion concentration
 3. มีผลต่อการควบคุมและการแก้ไข transport proteins of hepatocyte
 4. มีผล mix immunomodulatory changes
- ปัจจุบัน UDCA ถือเป็นยาที่ยอมรับในการใช้รักษาผู้ป่วยที่เป็น primary biliary cirrhosis โดยทำให้มีการต้านเนื้องอกของโรคที่ลดลง ถึงแม้ว่าจะไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ก็ตาม นอกจากนี้ UDCA ยังถูกนำมาใช้กับโรค primary sclerosing cholangitis, intrahepatic cholestasis of pregnancy และโรค cystic fibrosis อย่างไรก็ตามยังไม่มีการศึกษาที่มีจำนวนผู้ป่วยเพียงพอถึงผลดีเด่นชัดเมื่อเทียบกับการใช้ UDCA ในโรค PBC UDCA เป็นbile saltsที่ช่วยในการทดแทน hydrophobic bile saltsใน serum และในน้ำดี นอกจากนี้ UDCA ยังมีฤทธิ์ down - regulated expression ของ HLA class I ที่เซลล์ตับบริเวณ periportal area ซึ่งช่วยจากการศึกษาในหนูทดลองพบว่า UDCA ที่รับประทานจะถูกเปลี่ยนเป็น tauroine conjugate UDCA ซึ่งมีผลช่วยในการขับถ่ายของ hydrophobic bile salts ซึ่งช่วยมีผลทางอ้อมในการลด injury ต่อ hepatocyte นอกจากนี้ tauroine conjugate UDCA ยังมีผลในการกระตุ้นการทำงานของ apical exocytosis

2. Management of Pruritus

อาการที่คำคัญอย่างหนึ่งของผู้ป่วย CLD คือ อาการคัน ปัจจุบันนี้ เชื่อว่าเกิดจากการกระตุ้น opioidergic ใน CNS มากกว่าการกระตุ้นผิวหนัง ข้อมูลดังกล่าวได้รับการสนับสนุน จากการศึกษาผู้ป่วยที่มีอาการคันสามารถบรรเทาอาการได้ด้วย opiate antagonist เนื่องจาก naloxone เป็น opiate antagonist ซึ่งต้องใช้ iv form จึงได้มีการพัฒนา opiate ในรูปแบบรับประทานเช่น malmefene ในขนาด 2 มิลลิกรัม รับประทานวันละ 4 เวลา หรือ naltrexone 25 - 50 มิลลิกรัม รับประทานวันละ 4 เวลา ซึ่งสามารถช่วยบรรเทาอาการคันในผู้ป่วย CLD นอกจากนี้ยังมีกรใช้ยา cholestyramine ในขนาด 12 - 24 กรัม / วัน , rifampin 150 - 300 มิลลิกรัม วันละ 2 เวลา หรือ UDCA 600 - 1800 มิลลิกรัม/วัน ในการลดอาการคันด้วย มีการศึกษาถึงการใช้ serotonin antagonist เช่น ondansetron พบว่าสามารถช่วยบรรเทาอาการคันในผู้ป่วย CLD ได้

3. Fatigue

ผู้ป่วย CLD มักมีอาการอ่อนเพลียร่วมด้วย ถึงแม้ว่าในปัจจุบันยังไม่มียาที่ช่วยบรรเทาอาการดังกล่าวได้ แต่มีการศึกษาโดยใช้ยา serotonin receptor agonist ในสัตว์ทดลองพบว่า อาจจะทำให้อาการเหล่านี้ดีขึ้นได้

4. Vitamin deficiencies

ผู้ป่วยที่เป็น CLD เรื้อรัง มักจะมีภาวะพิษจากการรวมตัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งขาดวิตามินที่ละลายในไขมัน ดังนั้นจึงควรประเมินหาว่าผู้ป่วยมีอาการต่างตามมีดังกล่าวหรือไม่ และให้วิตามินทดแทน

Vitamin A: ถ้าผู้ป่วยมีอาการระดับสูงของ vitamin A หรือมีอาการของ vitamin A deficiency ควรได้รับ vitamin A 25,000 – 50,000 IU/day หรือ 10,000 IU / day ในรูปของ D- α -tocopheryl polythylene glycol .

Vitamin D: hydroxycholecalciferol หรือ vitamin D ในขนาด 50,000 IU สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ร่วมกับทำให้ supplemented ของ calcium 500 มิลลิกรัม วันละ 3 เวลา ช่วยทำให้ภาวะของ vitamin D และ calcium ต่ำดีขึ้น ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงและไม่สามารถทดแทนได้ด้วยยาดังกล่าว อาจพิจารณาให้ D- α -tocopheryl polythylene glycol with vitamin E แทน .

Vitamin E: เนื่องจากการศึกษาในระดับของ vitamin E ทำได้ยาก อาการซึ่งอาจแบ่งซึ่งว่าเป็น deficiency ได้แก่ Typical decreased proprioception หรือ areflexia ผู้ป่วยเหล่านี้ควรได้รับการรักษาด้วย 10 – 25 IU/kg/day ถึง 25 –50 IU/kg/day ของ vitamin A

Vitamin K: การให้ mephytoin รับประทานในขนาด 5-10 mg. วันละ 3 - 4 เวลา ช่วยทดแทนการขาด vitamin K ได้ ในรายที่มี prothombin time prolong การฉีด vitamin K ในขนาด 2 – 5 มิลลิกรัม im / เดือน อาจช่วยผู้ป่วยเหล่านี้ได้

5. Hepatic Osteodystrophy

ผู้ป่วยที่เป็น chronic CLD มักมีปัญหาเกี่ยวกับ Osteodystrophy ปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยดังกล่าว จึงควรทดแทนด้วย vitamin D และ calcium ดังแสดงได้ในตารางที่ 1

Table 1. General Recommendations for treatment of Hepatic Osteodystrophy

	Bisphosphonate				
	Alendronate (A)				
	Vitamin D	Calcium	Estrogen	Testosterone	Calcitonin or Pamidronate (P)
Dosage	400-800 IU	1.5 g	0.05 µg (td)	100 mg	2 MD (imh)
			0.525 mg (po)		100 IU (SQ)
Route	Po	Po	td	IM	Nasal inh
			Po		SQ
Frequency	qd	qd	qwk	Qmo	Qd
			qd		Qd (A)
Cost per dose	\$0.03	\$0.10	\$7.16 (td)	\$24.75	\$6.70 (imh)
			\$0.69 (po)		\$24.30 (SQ)
Pre-menopause	1	1	4	3	3
Postmenopause	1	1	4	3	3
Male	1	1		4	3
					2

Abbreviations: td, transdermal; inh, inhalation; po, per oral; SQ, subcutaneous; IM, intramuscular; IV, intravenous; qd, daily; qwk, weekly; qmo, monthly.

1. Recommended for use in all patients.
2. Recommended as a first line therapy in patients with osteoporosis or established osteoporosis and without esophageal varices (alendronate). Pamidronate may be used in patients with esophageal varices, but is costly.
3. Recommended as a first line therapy in patients with osteopenia or osteoporosis with esophageal varices.
4. Consider use in amenorrheic or postmenopausal individuals (estrogen) and men with symptomatic hypogonadism (testosterone). Close monitoring of hepatic function (estrogen) and prostate specific antigen lipids (testosterone), is advisable.

References:

1. Rouillard S, Lane NE. Hepatic Osteodystrophy. *Hepatology* 2001;33:301-306.
2. McGill JM, Kwiatkowski AP. Cholestatic liver diseases in adults. *AM Journal of Gastroenterology* 1998;93:684-689.
3. Trauner M, Meier PJ, Boyer JL. Molecular pathogenesis of cholestasis. *NEJM* 1998;339: 1217-1227.
4. Bergasa NV, Schmitt JM, Talbot TL, et al. Open-label trial of oral nalmefene therapy for the pruritus of cholestasis. *Hepatology* 1998;27:679-684.
5. Swain MG, Maric M. Improvement in cholestasis-associated fatigue with a serotonin receptor agonist using a novel rat model of fatigue assessment. *Hepatology* 1997;25:291-294.
6. Poupon RE, Lindor KD, Cauch-Dudek K, et al. Combined analysis of randomized controlled trials of ursodeoxycholic acid in primary biliary cirrhosis. *Gastroenterology* 1997;113:884-890.
7. Lindor KD. Ursodiol for primary sclerosing cholangitis. *NEJM* 1997;336:691-695.
8. Poupon R, Poupon RE. Ursodeoxycholic acid therapy of chronic cholestatic conditions in adults and children. *Pharmacol Ther* 1995;66:1-15.

ปฏิทินการประชุมวิชาการที่น่าสนใจ

28-30 September 2001

9th ASIAN Conference on diarrheal diseases and nutrition

New Delhi, India

www.ascodd2001.delhi.as

12-13 October 2001

Liver fibrosis from basic science to clinical targets

Florence, Italy

Tel 39-055-4277845 Fax 39-055-417123

E-mail m.pinzani@dfc.unifi.it

14-16 October 2001

Hemorrhagic urgencies in Gastroenterology

Ferrara, Italy

Tel 39-06-3290250 Fax 39-06-36306897

E-mail sc.congressi@sim.it

26-27 ตุลาคม 2544

การพยาบาลระบบทางเดินอาหารสูติศาสตร์ระยะใหม่

ณ โรงแรมไฮลทวินทาวน์เวอร์, กรุงเทพฯ

โทร 419-7248

E-mail: srmso@mahidol.ac.th

27 ตุลาคม 2544

Third National Endoscopy Workshop

National University Hospital, Singapore

Tel 65-7733380 Fax 65-7741075

E-mail geena_nus@yahoo.com

27-30 พฤศจิกายน 2544

ประชุมวิชาการประจำปี 2544

สมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, กรุงเทพฯ

โทร 412-0586 โทรสาร 411-5013

บรรณาธิการแถลง

ผ่านพ้นไปด้วยดีสำหรับงานประชุมวิชาการกลางปี 2544 ณ โรงแรม รุ่งนทร์ ชะอำ จ.เพชรบุรี เมื่อวันที่ 25-27 กรกฎาคม 2544 และขอขอบคุณ ท่านสมาชิกเกือบ 200 คน รวมทั้งบริษัทเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ที่ให้ความร่วมมือการจัดประชุมครั้งนี้ แม้ว่าการแข่งขันชนิดแต่ก็จบไปด้วยดี

งานดีผ่านไป งานเศร้าก็ผ่านไปเช่นกัน สำหรับงานพระราชทานเพลิงศพ ศ.นพ.วิกิจ วีรานุกัตติ เมื่อวันที่ 16 สิงหาคม 2544 ที่วัดเทพศิรินทร์ พร้อมกับสายฝนที่ตกมาอย่างหนัก คงเหลือไว้แต่คุณงามความดีของอาจารย์ และผู้ดูแลหัวใจ CD-ROM งานอาจารย์วิกิจ ของสมาคมสามารถติดต่อได้ที่ผมจะรับ ยินดีที่จะ copy แผ่นให้

ฉบับนี้เนื้อหาเช่นเดิม ยังมี case discussion พร้อมทั้ง Review ซึ่งเน้นคนไข้ที่เป็น case ยาก ซึ่งเป็นปัญหาที่มองข้ามไปไม่ได้ นั่นก็คือ Pancreatic fistula และเชื่อเหลือเกินว่าถ้าได้อ่านเรื่อง PTLD คงจะ remind พวกเรา เวลาดูคนไข้กลุ่มนี้ไม่มากก็น้อย เนื้อหาต่อไปส่งต้นฉบับมาหาผมเมื่อประมาณ 3 เดือนที่แล้ว แต่เพิ่งได้คิดลงเนื่องจากความจำกัดของหนังสือคือ Nilazoxanide ของอาจารย์ศรีชัย หล่ออารีย์สุวรรณ ซึ่งน่าสนใจมาก อาจารย์อนุชิตจากโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ช่วยยกอุทาหรณ์เรื่อง Management of Cholestatic Liver Diseases ซึ่งก็เป็นอีกปัญหาหนึ่งที่พบบ่อยของพวกเรา น่าสนใจมากครับ

ผมเองได้ติดต่อทางอาจารย์และคุณหมอมือที่ต่อดูแลเด็กที่มีปัญหาทาง GI ใ้ โดยอยากรจะเริ่มเนื้อหาในส่วนของคุณโรคที่มีความหลากหลาย หรือพบบ่อยของเด็กก่อนขณะนี้มีเสียงเรียกร้องจากสมาชิกเช่นกันว่าอยากให้มีเนื้อหาของ GI เด็กเข้ามาแทรกบ้าง เราคงจะลงเนื้อหาเด็กบ้างสำหรับคราวหน้า

ท้ายที่สุด ในปีนี้สมาคมเรากำหนดว่าจะมีการประชุมวิชาการประจำปี 2544 ในระหว่างวันที่ 27-30 พฤศจิกายน ศกนี้ ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยจะจัดเป็น Endoscopic Workshop มี Live Demonstration ในวันที่ 27-28 พฤศจิกายน และ Scientific Program ในวันที่ 29-30 พฤศจิกายน เมื่อพวกเราจะได้แบ่งเวลาไว้ได้ หน้าปกฉบับนี้กลับมาน่าเหมือนเดิม คงจะไว้แบบนี้ให้ครบปีนะครับ แล้วคงเปลี่ยนใหม่ให้สดใสดีกว่าเดิมพบกันใหม่ในฉบับหน้านะครับ

นายแพทย์สมชาย ติลาทุศลวงส์





ผู้สนับสนุนการพิมพ์

ปีที่ 9 ฉบับที่ 39

มิถุนายน 2544

- 1. บริษัทแม็กโก้ เวลคัม (ประเทศไทย) จำกัด จัดทำที่ค้น
- 2. บริษัทแจนชั่น-ซีแอส จำกัด จัดทำปกหน้าด้านใน
- 3. บริษัท เซอริง-พลาจ จำกัด จัดทำใบแพร่
- 4. บริษัททาเคดา (ประเทศไทย) จำกัด จัดทำปกหลังด้านใน
- 5. บริษัทไทยโอซูเก้ จำกัด จัดทำใบแพร่
- 6. บริษัทเบอร์ลิน ฟาร์มาซูติคอล อินดัสตรี จำกัด จัดทำใบแพร่
- 7. บริษัทลมิทไคเค็น บีแอม (ประเทศไทย) จำกัด จัดทำใบแพร่
- 8. บริษัทแอลสตาร์เซเมก้า (ประเทศไทย) จำกัด จัดทำปกหลัง
- 9. บริษัทเอโซ (ประเทศไทย) มารเก็ตติ้ง จำกัด จัดทำใบแพร่

ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิกตลอดชีพ

สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้าขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกตลอดชีพของ "สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย" โดยรับรองว่าจะปฏิบัติตามกฎข้อบังคับและระเบียบของสมาคมฯทุกประการ รายละเอียดของข้าพเจ้ามีดังนี้

(กรุณาเขียนด้วยตัวบรรจง) [] นายแพทย์ [] แพทย์หญิง

- 1. ชื่อ.....
- First Name.....
- นามสกุล.....
- Last Name.....
- ยศ, ตำแหน่งทางวิชาการ.....
- เกิดวันที่.....เดือน..... พ.ศ..... เชื้อชาติ..... สัญชาติ.....
- คุณวุฒิ.....
- 2. ท่านปฏิบัติงานด้านโรคระบบทางเดินอาหาร
[] น้อยกว่า 50% ของเวลาทำงาน
[] มากกว่า 50% ของเวลาทำงาน
- 3. ที่อยู่ปัจจุบัน (ที่สามารถติดต่อและส่งจดหมายได้) บ้านเลขที่.....
ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... โทรศัพท์..... โทรสาร.....

4. ที่ทำงาน.....

โทรศัพท์.....

โทรสาร..... E-mail.....

ตำแหน่ง.....

5. การติดต่อทางไปรษณีย์ กรุณาส่งไปที่ [] บ้าน [] ที่ทำงาน

6. ผู้รับรองในการสมัครสมาชิกของสมาคมฯ ครั้งนี้ คือ

1.).....

2.).....

การสมัครสมาชิกสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

1. ใบสมัครสมาชิกฯ

2. ค่าสมัครสมาชิกฯ จำนวน 1,000.00 บาท (ตลอดชีพ)

สถานที่รับสมัคร

สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

ตึกผะอบ ชั้น 1 สาขาวิชาโรคระบบทางเดินอาหาร

โรงพยาบาลศิริราช บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700

หมายเหตุ: ในการสมัครสมาชิกจะสมบูรณ์ต่อได้ผ่านมติที่ประชุมของกรรมการสมาคมฯ แล้วเท่านั้น

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

[] เงินสด

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

ลงชื่อ.....

(.....)