

จุลสาร

สมาคมแพทยระบบ

ทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย



ปีที่ 9 ฉบับที่ 40-41 สิงหาคม-ตุลาคม 2544

ISSN 0857-6351

<http://www.thaigastro.org>

ฉบับที่ 40-41

- Subcapsular Hematoma of The Liver
- Ascariasis
- World Congress of Gastroenterology 2002



สมาคมแพทยระบบทางเดินอาหาร แห่งประเทศไทย

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

สำนักงาน:-

ตึกผะอบ ชั้น 1 สาขาวิชาโรกระบบทางเดินอาหาร

รพ.ศิริราช

ถ.พราวณก

บางกอกน้อย

กรุงเทพฯ 10700

โทร 412-0586

โทรสาร 411-5013, 412-0586

สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

ปีที่ 9 ฉบับที่ 40, 41 สิงหาคม, ตุลาคม 2544 ISSN 0857-6351

รายนามคณะผู้จัดทำจุลสาร

ที่ปรึกษา	แพทย์หญิงศศิประภา	บุญญพิสิฐ
	นายแพทย์อุดม	คชินทร
บรรณาธิการ	นายแพทย์สมชาย	ลีลากุลวงศ์
กองบรรณาธิการ	แพทย์หญิงโฉมศรี	ไมเชตชัยวัฒน์
	นาวาอากาศโทนายแพทย์วิญญู	จันทร์สุนทรกุล
	นายแพทย์ทวีศักดิ์	แทนวันดี
	นายแพทย์ธีระ	พีรชิวสุทธิ
	นายแพทย์นุสนธิ์	กัลดเจริญ
	นายแพทย์พิศาล	ไม้เรียง
	นายแพทย์พูลชัย	จรัสเจริญวิทยา
	นายแพทย์มานิต	ลีโทขวลิต
	นายแพทย์ยุทธนา	ศตวรรษธำรง
	พันตำรวจเอกนายแพทย์วรพันธุ์	เสาวรส
	นายแพทย์ศตวรรษ	ทองสวัสดิ์
	แพทย์หญิงสุพร	ตรีพงศ์กรุณา
	นายแพทย์สิริวัฒน์	อนันตพันธุ์พงศ์
	พันเอกนายแพทย์อนุชิต	จุฑะพุทธิ
พิมพ์ที่	ศุภวนิช	การพิมพ์
จำนวน	1,500 เล่ม	

สารบัญ

จุลสารสมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

ปีที่ 9 ฉบับที่ 40, 41

สิงหาคม, ตุลาคม 2544

สารบัญ

	หน้า
รายนามคณะกรรมการอำนวยการ	4
สมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย	
สารจากนายกสมาคม	10
รายงานการประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯครั้งที่ 6/2544	12
รายงานการประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯครั้งที่ 7/2544	22
Interhospital GI Conference	
Case 1	34
Case 2	46
Case 3	76
Interesting Topics Review	
Subcapsular hematoma of the liver	38
Visceral artery aneurysm	61
Ascariasis	79
ถามตอบจากภาพ	93
บทความพิเศษ World Congress of Gastroenterology 2002	95
บรรณาธิการแถลง	114
ผู้สนับสนุนการจัดพิมพ์หนังสือจุลสารสมาคม	116
ใบสมัครเป็นสมาชิกสมาคม	117

รายนามคณะกรรมการอำนวยการสมาคม

รายนามคณะกรรมการอำนวยการสมาคม

วาระปี 2544-2545

- | | |
|---|----------------------------------|
| 1. แพทย์หญิงศศิประภา บุญญพิสิฏฐ์ | นายกสมาคม |
| 2. นายแพทย์ประวิทย์ เลิศวีระศิริกุล | รองตำแหน่งนายก |
| 3. นายแพทย์มานิต ลีโทชวลิต | อุปนายก |
| 4. นายแพทย์ทวีศักดิ์ แทนวันดี | เลขาธิการ |
| 5. แพทย์หญิงชุติมา ประมูลสินทรัพย์ | เหรัญญิก |
| 6. นายแพทย์จรินทร์ โรจน์บวรวิทยา | ประธานฝ่ายปฏิคม |
| 7. นายแพทย์กำธร เผ่าสวัสดิ์ | ประธานฝ่ายวิจัย |
| 8. แพทย์หญิงวโรชา มหาชัย | ประธานฝ่ายวิชาการ |
| 9. นายแพทย์ไพโรจน์ เหลืองโรจนกุล | ประธานฝ่ายโรคตับ |
| 10. พันเอกนายแพทย์สุรพล ชื่นรัต นกุล | ประธานฝ่ายเอ็นโดสโคปีย์ |
| 11. นายแพทย์พิศาล ไม้เรียง | ประธานฝ่ายการศึกษา
หลังปริญญา |
| 12. นายแพทย์สุชา คุระทอง | ประธานฝ่ายวารสาร |
| 13. นายแพทย์ธีระ พิรัชวิสุทธ์ | ประธานฝ่ายวิเทศสัมพันธ์ |
| 14. นายแพทย์ทองดี ชัยพานิช | กรรมการกลาง |
| 15. นายแพทย์คณิต อธิสุข | กรรมการกลาง |
| 16. แพทย์หญิงโสมศรี โหมษิตชัยวัฒน์ | กรรมการกลาง |
| 17. นายแพทย์นุสนธิ์ กัดเจริญ | กรรมการกลาง |
| 18. นายแพทย์บัญญัติ โอวาทฟ้าพร | กรรมการกลาง |
| 19. นายแพทย์พงษ์พีระ สุวรรณกุล | กรรมการกลาง |
| 20. นาวาอากาศเอกนายแพทย์ไพฑูรย์ จ้วงพานิช | กรรมการกลาง |
| 21. แพทย์หญิงลินดา บราวน์ | กรรมการกลาง |

22. พันตำรวจเอกนายแพทย์วรพันธุ์ เสาวรส	กรรมการกลาง
23. นาวาอากาศโทนายแพทย์วิญญู จันทรสุนทรกุล	กรรมการกลาง
24. นายแพทย์วิกีจ วิจารณ์วัตต์	กรรมการกลาง
25. แพทย์หญิงวีณา วงศ์พานิช	กรรมการกลาง
26. นายแพทย์สถาพร มานัสสถิตย์	กรรมการกลาง
27. นายแพทย์สมชาย ลีลากุลวงศ์	กรรมการกลาง (ผู้ช่วยเลขาธิการ)
28. พันเอกนายแพทย์สุรพล สุรางค์ศรีรัฐ	กรรมการกลาง
29. นายแพทย์สุริยะ จักกะพาก	กรรมการกลาง
30. นายแพทย์องอาจ ไพรสถนธรางกูร	กรรมการกลาง
31. พันเอกนายแพทย์อนุชิต จูทะพุทธิ	กรรมการกลาง
32. นายแพทย์อุดม คชินทร	กรรมการกลาง
33. แพทย์หญิงกรรณิการ์ พรพัฒน์กุล	ที่ปรึกษา
34. นายแพทย์เกรียงไกร อัครวงศ์	ที่ปรึกษา
35. นายแพทย์จินดา สุวรรณรักษ์	ที่ปรึกษา
36. นายแพทย์พินิจ กุลละวณิชย์	ที่ปรึกษา
37. นายแพทย์เติมชัย ไชยนุวัติ	ที่ปรึกษา
38. พลตรีนายแพทย์วิชัย ชัยประภา	ที่ปรึกษา
39. นายแพทย์สมหมาย วิไลรัตน์	ที่ปรึกษา
40. นายแพทย์สวัสดิ์ นิตะนันท์	ที่ปรึกษา
41. นายแพทย์สัจพันธ์ อิศรเสนา	ที่ปรึกษา
42. พลอากาศตรีนายแพทย์สุจินต์ จารุจินดา	ที่ปรึกษา

รายนามคณะอนุกรรมการฝ่ายวิจัย

1.	นายแพทย์กำธร	เผ่าสวัสต์	ประธาน
2.	นายแพทย์จรินทร์	โรจน์บวรวิทยา	อนุกรรมการ
3.	แพทย์หญิงโจมตีร์	โสมบริตชัยวัฒน์	อนุกรรมการ
4.	แพทย์หญิงชุดิมา	ประมุขสินทรัพย์	อนุกรรมการ
5.	นายแพทย์ธีระ	พิรัชวิสุทธิ	อนุกรรมการ
6.	นายแพทย์นุสนธิ์	กัตตเจริญ	อนุกรรมการ
7.	นายแพทย์บัญชา	โอวาทพิารพร	อนุกรรมการ
8.	นายแพทย์ประวิทย์	เลิศวีระศิริกุล	อนุกรรมการ
9.	นายแพทย์พลรัตน์	วิไลรัตน์	อนุกรรมการ
10.	นายแพทย์พิศาล	ไม้เรียง	อนุกรรมการ
11.	นายแพทย์มานิต	สีโทชวลิต	อนุกรรมการ
12.	นายแพทย์ยุทธนา	ศตวรรษธำรง	อนุกรรมการ
13.	นาวาอากาศโทนายแพทย์วิญญู	จันทร์สุนทรกุล	อนุกรรมการ
14.	แพทย์หญิงวโรชา	มหาชัย	อนุกรรมการ
15.	พันตำรวจเอกนายแพทย์วรพันธุ์	เสาวรส	อนุกรรมการ
16.	นายแพทย์ศตวรรษ	ทองสวัสต์	อนุกรรมการ
17.	นายแพทย์สถาพร	มานัสสถิตย์	อนุกรรมการ
18.	นายแพทย์เสถียร	เดชะไพฑูรย์	อนุกรรมการ
19.	พันเอกนายแพทย์สุรพล	ชินรัตน์กุล	อนุกรรมการ
20.	พันเอกนายแพทย์สุรพล	สุวรรณคีรีรัฐ	อนุกรรมการ

21. นายแพทย์สิริวัฒน์	อนันตพันธุ์พงศ์	อนุกรรมการ
22. นายแพทย์อ่องอาจ	ไพโรสณทรางกูร	อนุกรรมการ
23. พันเอกนายแพทย์อนุชิต	จู่ทะพุทธิ	อนุกรรมการ
24. นายแพทย์อุดม	คชินทร	อนุกรรมการ
25. นายแพทย์อุทัย	เก้าเอี่ยม	อนุกรรมการ
26. แพทย์หญิงกรรณิการ์	พรพัฒน์กุล	ที่ปรึกษา
27. นายแพทย์เกรียงไกร	อัครวงศ์	ที่ปรึกษา
28. นายแพทย์ทองดี	ชัยพานิช	ที่ปรึกษา
29. นายแพทย์พินิจ	กุลละวณิชย์	ที่ปรึกษา
30. นายแพทย์พงษ์พีระ	สุวรรณกุล	ที่ปรึกษา
31. แพทย์หญิงศศิประภา	บุญญพิสิฐฐ์	ที่ปรึกษา
32. นายแพทย์สวัสดิ์	นิตะนันท์	ที่ปรึกษา
33. นายแพทย์สุชา	คุระทอง	ที่ปรึกษา

รายนามคณะอนุกรรมการฝ่ายโรคตับ

1. นายแพทย์ไพโรจน์	เหลืองโรจนกุล	ประธาน
2. แพทย์หญิงชุติมา	ประมุขสินทรัพย์	รองประธาน
3. นายแพทย์ทวีศักดิ์	แทนวันดี	กรรมการ
4. นายแพทย์เติมชัย	ไชยนุวัติ	กรรมการ
5. นายแพทย์ยง	ภูววรรณ	กรรมการ
6. แพทย์หญิงวโรชา	มหาชัย	กรรมการ
7. พันเอกนายแพทย์อนุชิต	จู่ทะพุทธิ	กรรมการ
8. นายแพทย์ธีระ	พิรัชวิสุทธ์	เลขานุการ

รายนามคณะอนุกรรมการฝ่ายวิเทศสัมพันธ์

1. นายแพทย์ธีระ	พิรัชวิสุทธ์	ประธาน
2. นายแพทย์พิศาล	ไม้เรียง	อนุกรรมการ
3. นายแพทย์ศตวรรษ	ทองสวัสดิ์	อนุกรรมการ
4. นายแพทย์สุริยะ	จักกะพาก	อนุกรรมการ
5. แพทย์หญิงนภาพร	จำรูญกุล	อนุกรรมการ
6. นายแพทย์สมชาย	ลีลากุลดวงศ์	อนุกรรมการ

รายนามคณะอนุกรรมการฝ่ายการศึกษาหลังปริญญา

1. นายแพทย์พิศาล	ไม้เรียง	ประธาน
2. นายแพทย์เกรียงไกร	อัครวงศ์	อนุกรรมการ
3. นายแพทย์กำร	เผ่าสวัสดิ์	อนุกรรมการ
4. นายแพทย์จรินทร์	โรจน์บวรวิทยา	อนุกรรมการ
5. แพทย์หญิงเจลิยว	ประสงค์สุขสันต์	อนุกรรมการ
6. แพทย์หญิงโสมศรี	โฆษิตชัยวัฒน์	อนุกรรมการ
7. นายแพทย์ทวีศักดิ์	แทนวันดี	อนุกรรมการ
8. นายแพทย์ธีระ	พิรัชวิสุทธิ	อนุกรรมการ
9. นายแพทย์บัญชา	โอวาทฟ้าพร	อนุกรรมการ
10. นายแพทย์พลรัตน์	วิไลรัตน์	อนุกรรมการ
11. นายแพทย์รังสรรค์	กฤษณมิตร	อนุกรรมการ
12. พันตำรวจเอกนายแพทย์วรพันธุ์ เสาवरส		อนุกรรมการ
13. นาวาอากาศโทนายแพทย์วิญญู จันทรสุนทรกุล		อนุกรรมการ
14. นายแพทย์ศตวรรษ	ทองสวัสดิ์	อนุกรรมการ
15. พันเอกนายแพทย์สุรพล สุรางค์ศรีรัฐ		อนุกรรมการ
16. พันเอกนายแพทย์อนุชิต จูชะพุทธิ		อนุกรรมการ
17. นายแพทย์อุดม	คชินทร	อนุกรรมการ
18. นายแพทย์อุคร	ศรีวัฒน์	อนุกรรมการ

สารจากนายกสมาคม

สารจากนายกสมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

เรียน ท่านสมาชิกสมาคม ที่รักและเคารพทุกท่าน

ช่วงนี้งานของสมาคมยังไม่มีอะไรมากนัก นอกจากการเตรียมงานเกี่ยวกับการประชุมปลายปีของสมาคม ในวันที่ 27-30 พฤศจิกายน 2544 นี้ ที่อาคาร อปร. (อาคารพระบาทสมเด็จพระปรเมนทรมหาอานันทมหิดล) โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในวันที่ 27-28 พฤศจิกายน เป็น Workshop in Endoscopy ที่น่าสนใจมาก ท่านที่ทำงานอยู่ในด้าน Endoscope ถ้ามาเข้าร่วม workshop จะได้รับความรู้มากมายค่ะ

ส่วนการประชุมทางด้านวิชาการจะมีต่อไปอีก 2 วัน ในวันที่พฤหัสบดีที่ 29 พฤศจิกายน และศุกร์ที่ 30 พฤศจิกายน ในวันแรกจะมี "Vikit Viranuvatti Lecture" ครั้งที่ 6 เหมือนเคยที่เราได้จัดทุกปี เนื่องจากปีนี้เป็นที่เราได้สูญเสียอาจารย์ผู้เป็นบิดาแห่งแพทยระบบทางเดินอาหารของประเทศไทย ที่พวกเราเคารพรักจึงได้เชิญอาจารย์นายแพทย์ประสพ รัตนากร มาบรรยายเกี่ยวกับการก่อตั้งสมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารตลอดจนชีวประวัติของท่านอาจารย์วิกิจ วีรานูวัตต์ ในสายตาของท่านอาจารย์ประสพ รัตนากร

นอกจากนี้จะมี symposium อีกหลายเรื่องที่น่าสนใจ เช่น

- Reports from European Helicobacter pylori study group workshop 2001

- Achalasia ซึ่งก็พบได้ไม่ยากนักในบ้านเรา
 - Non-alcoholic fatty liver disease ซึ่งกำลังจะเป็นปัญหาในบ้านเรา จะพบ case บ่อยขึ้น อาจจะเป็นเพราะคนไทยเริ่มอยู่ดีกินดีเกินไป รับประทาน fast food มาขึ้น ออกกำลังกายน้อยลง มีคนอ้วน (Body mass induce เกินกว่าที่ควรจะเป็น) มากขึ้น
 - High risk upper GI bleed
 - Management of Portal Hypertension High Light from Dallas
- ท่านสมาชิกคงจะเห็นนะคะว่าทุกเรื่องเป็นเรื่องที่น่าสนใจและท่านไม่ต้องฝาดองอันตรายของผู้ก่อการร้ายทั้งหลายไปฟัง แต่มีผู้ไปฟังแทนและนำมาบรรยายให้ท่านฟัง หวังว่าท่านคงจะลงทะเบียนมาร่วมประชุมกันคับคั่งเหมือนเดิม

สำหรับการประชุม World congress ในเดือนกุมภาพันธ์ 2545 ขณะนี้มีลงทะเบียนมาหลายพันคน ซึ่งเมื่อมีเหตุการณ์ระเบิดที่ World Trade Center ที่ New York เกิดขึ้น ไม่ทราบว่าจะมีปัญหาเกี่ยวกับผู้มาร่วมประชุมตลอดจนผู้ที่มาบรรยายหรือไม่แต่น่าภูมิใจต่อมีคนไทยส่งเรื่องเข้าเสนอผลงานประมาณ 40 เรื่อง

พบกันในงานประชุมปลายปีของสมาคม เช่นเคยคะ

ศาสตราจารย์แพทย์หญิงศศิประภา บุญญพิสิฏฐ์

นายกสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

รายงานการประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคม

รายงานการประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคม
ครั้งที่ 6/2544 วันศุกร์ที่ 17 สิงหาคม 2544 เวลา 10.00-12.00 น.
ณ ห้องบำรุงเมือง โรงแรมโซลทวินทาวเวอร์, กรุงเทพฯ

รายนามผู้เข้าร่วมประชุม

- | | | |
|-------------------------------------|--|-----------------------------------|
| 1. แพทย์หญิงศศิประภา บุญญพิสิฏฐ์ | | นายกสมาคม |
| 2. นายแพทย์ประวิทย์ เลิศวีระศิริกุล | | รั้งตำแหน่งนายก |
| 3. นายแพทย์ทวีศักดิ์ แทนวันดี | | เลขาธิการ |
| 4. แพทย์หญิงชุตินา ประมูลสินทรัพย์ | | เหรัญญิก |
| 5. นายแพทย์จรินทร์ โรจน์บวรวิทยา | | ประธานฝ่ายปฏิบัติ |
| 6. นายแพทย์กำธร เผ่าสวัสดี | | ประธานฝ่ายวิจัย |
| 7. แพทย์หญิงวโรชา มหาชัย | | ประธานฝ่ายวิชาการ |
| 8. นายแพทย์ไพโรจน์ เหลืองโรจนกุล | | ประธานฝ่ายโรคตับ |
| 9. พันเอกนายแพทย์สุรพล ชื่นรัตนกุล | | ประธานฝ่ายเอ็นโดสโคปี่ |
| 10. นายแพทย์พิศาล ไม้เรียง | | ประธานฝ่ายการศึกษาหลังปริญญา |
| 11. นายแพทย์ธีระ พิรัชวิสุทธิ์ | | ประธานฝ่ายวิเทศสัมพันธ์ |
| 12. นายแพทย์ทองดี ชัยพานิช | | กรรมการกลาง |
| 13. แพทย์หญิงโฉมศรี โสมชาติชัยวัฒน์ | | กรรมการกลาง |
| 14. นายแพทย์สมชาย ลีลากุลลงค์ | | กรรมการกลาง
(ผู้ช่วยเลขาธิการ) |
| 15. นายแพทย์องอาจ ไพโรสถนธรางกูร | | กรรมการกลาง |

- | | |
|---|-----------------------------|
| 16. นายแพทย์เกรียงไกร อัครวงศ์ | ที่ปรึกษา |
| 17. นายแพทย์สมหมาย วิไลรัตน์ | ที่ปรึกษา |
| 18. พลอากาศตรีนายแพทย์สุจินต์ จารุจินดา | ที่ปรึกษา |
| 19. แพทย์หญิงเฉลียว ประสงค์สุขสันต์ | แทน นายแพทย์มานิต ลีโทขวลิต |

รายนามผู้ไม่สามารถเข้าร่วมประชุม

- | | |
|---|------------------|
| 1. นายแพทย์สุชา คุระทอง | ประธานฝ่ายวารสาร |
| 2. นายแพทย์คนิต อธิสุข | กรรมการกลาง |
| 3. นายแพทย์นุสนธิ์ กลัดเจริญ | กรรมการกลาง |
| 4. นายแพทย์บัญญัติ โอวาทฟารพร | กรรมการกลาง |
| 5. นายแพทย์พงษ์พีระ สุวรรณกุล | กรรมการกลาง |
| 6. นาวาอากาศเอกนายแพทย์ไพฑูรย์ จ๋วงพานิช | กรรมการกลาง |
| 7. แพทย์หญิงลินดา บราวน์ | กรรมการกลาง |
| 8. พันตำรวจเอกนายแพทย์วรพันธุ์ เสาวรส | กรรมการกลาง |
| 9. นาวาอากาศโทนายแพทย์วิญญู จันทรสุนทรกุล | กรรมการกลาง |
| 10. แพทย์หญิงวีณา วงศ์พานิช | กรรมการกลาง |
| 11. นายแพทย์สถาพร มานัสสถิตย์ | กรรมการกลาง |
| 12. พันเอกนายแพทย์สุรพล สุรางค์ศรีรัฐ | กรรมการกลาง |
| 13. นายแพทย์สุริยะ จักกะพาก | กรรมการกลาง |
| 14. พันเอกนายแพทย์อนุชิต จุฑะพุทธิ | กรรมการกลาง |
| 15. นายแพทย์อุดม คชินทร | กรรมการกลาง |
| 16. แพทย์หญิงกรรณิการ์ พรพัฒน์กุล | ที่ปรึกษา |

17. นายแพทย์จินดา	สุวรรณรักษ์	ที่ปรึกษา
18. นายแพทย์พินิจ	กุลละวณิชย์	ที่ปรึกษา
19. นายแพทย์เต็มชัย	ไชยอนุวัติ	ที่ปรึกษา
20. พลตรีนายแพทย์วิชัย	ชัยประภา	ที่ปรึกษา
21. นายแพทย์สวัสดี	หิตะนันท์	ที่ปรึกษา
22. นายแพทย์สัจพันธ์	อิศรเสนา	ที่ปรึกษา

เปิดประชุมเวลา 10.00 น. โดยมีแพทย์หญิงศศิประภา บุญญพิสิฏฐ์ เป็นประธานในที่ประชุม

วาระที่ 1 เรื่องที่ประธานแจ้งให้ทราบ

1. เมื่อวันที่ 16 สิงหาคม 2544 ได้มีงานพระราชทานเพลิงศพ นายแพทย์วิภิจ วิรานูวัตต์ ณ เมรุหลวงวัดเทพศิรินทราวาส โดยมีกรรมการอำนวยการสมาคมและสมาชิกสมาคมไปร่วมงานจำนวนมาก และงานได้สำเร็จไปด้วยดี
2. ขอขอบคุณคณะกรรมการอำนวยการสมาคม และวิทยากรทุกท่าน ที่ได้ให้ความร่วมมือและประสานงานในการประชุมวิชาการกลางปี 2544 เมื่อวันที่ 25-27 กรกฎาคม 2544 ณ โรงแรมริเจนท์ ซะอ่า จ.เพชรบุรี ซึ่งประสบความสำเร็จเป็นอย่างดี
3. การประชุมวิชาการประจำปี 2544 ของสมาคม จะจัดในวันที่ 27-30 พฤศจิกายน 2544 ณ ตึก ภปร. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

4. ตามที่นายแพทย์วิกิจ วีรานูวัตดี และนายแพทย์สมหมาย วิไลรัตน์ ได้รับเกียรติให้เป็น Member Council ของ Endoscopy Asian Pacific Congress แต่เนื่องจากนายแพทย์วิกิจ วีรานูวัตดี ได้ถึงแก่อนิจกรรมแล้ว ดังนั้นจึงได้ส่งชื่อนายแพทย์ไพโรจน์ เหลืองโรจนกุล เพื่อเสนอขอรับเป็นตัวแทนจากประเทศไทย

วาระที่ 2 รับรองรายงานการประชุมครั้งที่ 5/2544

ที่ประชุมมีมติแก้ไขรายงานการประชุมดังนี้

หน้า 2	แก้จาก นายแพทย์ทองดี ชัยพานิช	ไม่สามารถเข้าร่วมประชุม
	แก้เป็น นายแพทย์ทองดี ชัยพานิช	เข้าร่วมประชุม

หลังจากแก้ไขรายงานการประชุมแล้ว ที่ประชุมมีมติรับรองรายงานการประชุมครั้งที่ 5/2544

วาระที่ 3 เรื่องสืบเนื่องและพิจารณา

3.1 ความคืบหน้าในการเตรียมการประชุม World Congress of Gastroenterology (WCOG) 2002

นายแพทย์กำธร เผ่าสวัสดิ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าขณะนี้ได้ดำเนินการส่งรายนามคณะกรรมการจัดงานฝ่ายไทยเพิ่มเติมไปยัง OMGEเรียบร้อยแล้ว เพื่อที่จะไม่ต้องเสียค่าลงทะเบียน

นายแพทย์ประวิทย์ เลิศวีระศิริกุล ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าสมาคมจะมีรายรับจาก OMGE เช่นค่าโฆษณา logo ซึ่งลงใน websit ของสมาคม จำนวนเกือบ 2 หมื่นเหรียญ และค่าใช้จ่ายในการจัดประชุม Local Host Committee ซึ่งกรรมการดังกล่าวนี้จะไม่ได้รับเงินแต่จะโอนเงินเข้าบัญชีสมาคมต่อไป

นายแพทย์พิศาล ไ้ม้เรียง ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าจากการที่แพทย์จากประเทศไทย ซึ่งไม่ใช่ GI Fellow ได้ส่ง abstract ไปยัง World Congress of Gastroenterology (WCOG) 2002 และได้รับการ submit นั้น ไม่ทราบว่าสมาคมจะจ่ายค่า submit จำนวน 35 เหรียญหรือไม่

ที่ประชุมได้มีการอภิปรายกันอย่างกว้างขวาง และมีมติให้สมาคมจ่ายค่าธรรมเนียมในการ submit จำนวน 35 เหรียญและบวกค่าดำเนินการจัดส่งอีกจำนวน 600 บาทให้แก่ทุก abstract ที่ submit ไปโดย GI Fellow และแพทย์สมาชิกสมาคม

3.2 ความคืบหน้าในการเตรียมจัดประชุมวิชาการประจำปี 2544

แพทย์หญิงวโรชา มหาชัย ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบเกี่ยวกับความคืบหน้าในการเตรียมจัดประชุมวิชาการประจำปี 2544 ระหว่างวันที่ 27-30 พฤศจิกายน 2544 ดังนี้

1. ขณะนี้ได้ดำเนินการจองสถานที่จัดประชุมที่ดีที่ อปร. รพ.จุฬาลงกรณ์ เรียบร้อยแล้ว

2. อาจจะมีค่าใช้จ่ายในเรื่องห้องจัดประชุม, ค่าห้อง admit ผู้ป่วย, ค่ายา, ค่าเจ้าหน้าที่
3. สำหรับเรื่องที่จอตรกอาจจะมีปัญหาบ้างแต่จะประสานงานให้
อย่างดีที่สุด

พันเอกนายแพทย์สุรพล ชื่นรัตนกุล ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าเนื่องจากวันที่ 27-28 พฤศจิกายน 2544 จัดรูปแบบ Live Demonstration ใครขอความเห็นจากที่ประชุมคณะกรรมการอำนวยการพิจารณาค่าลงทะเบียนด้วย
ที่ประชุมได้มีการอภิปรายกันอย่างกว้างขวาง และมีมติให้เก็บค่าลงทะเบียนดังนี้

1. ค่าลงทะเบียน Live Demonstration วันที่ 27-28 พฤศจิกายน 2544
 - 1.1 สมาชิก 3,000 บาท
 - 1.2 ไม่ใช่สมาชิก 3,500 บาท
2. ค่าลงทะเบียน Scientific Program วันที่ 29-30 พฤศจิกายน 2544
 - 2.1 สมาชิก 1,000 บาท
 - 2.2 ไม่ใช่สมาชิก 1,200 บาท
- 3.3 สรุปการจัดประชุมวิชาการกลางปี 2544
นายแพทย์ทวีศักดิ์ แทนวันดี ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าจากการจัดประชุมวิชาการกลางปี 2544 เมื่อวันที่ 25-27 กรกฎาคม 2544 ณ โรงแรมริเจนท์ ชะอำ จ.เพชรบุรี นั้น สรุปรายได้มากกว่ารายจ่าย 699,100 บาท

วาระที่ 4 เรื่องอื่นๆ

4.1 นายแพทย์กำธร เผ่าสวัสดิ์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าตามที่ GI Fellow ปีที่ 2 ได้ทำสัญญารับทุนเพื่อการวิจัยจากสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทยไปแล้วนั้น ขณะนี้ GI Fellow ได้ดำเนินการส่งหลักฐานการใช้เงินในการวิจัยและบางท่านได้ส่งเงินทุนคืนสมาคม (ดังเอกสารประกอบการประชุม)

ที่ประชุมได้มีการอภิปรายกันอย่างกว้างขวางในเรื่องหลักฐานการใช้เงินทุน และที่ประชุมมีมติให้ฝ่ายวิจัยดำเนินการแจ้ง GI Fellow ปีที่ 2 รับทราบเกี่ยวกับการส่งหลักฐานการใช้เงินในการวิจัย ก่อนสอบอย่างน้อย 3 เดือน และที่ประชุมเสนอว่าในอนาคตโครงการวิจัยที่ GI Fellow ทำนั้น จำเป็นต้องผ่าน Ethic Committee ของสถาบันนั้นๆด้วย

4.2 แพทย์หญิงศศิประภา ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าได้รับหนังสือจากนายแพทย์รัฐกร วิไลชนม์ ซึ่งเป็น GI Fellow ปีที่ 2 จากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อขอรับทุนสนับสนุนจากสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย ในการเดินทางไปเสนอผลงานการวิจัยในงานประชุม "2001 Annual Scientific Meeting and Postgraduate Course of American College of Gastroenterology" ในระหว่างวันที่ 19-24 ตุลาคม 2544 ณ Venetian Resort, Las Vegas, Nevada, USA ดังนั้นจึงขอความเห็นจากที่ประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคมด้วย

ที่ประชุมได้มีการอภิปรายกันอย่างกว้างขวางและมีมติมอบหมายให้นายแพทย์กำธร เผ่าสวัสดิ์ ประธานฝ่ายวิจัย ประชุมคณะกรรมการฝ่ายวิจัย เพื่อดำเนินการวางหลักเกณฑ์ในการพิจารณาการให้ทุนแก่ GI Fellow ในการไปเสนอผลงานที่ต่างประเทศ และในกรณีของนายแพทย์รัฐกร วิไลชนม์ ซึ่งได้รางวัลชนะเลิศในการประกวดผลงานวิจัย Research Fellow ในการประชุมวิชาการประจำปี 2543 นั้น ได้ใช้สิทธิในการไปร่วมประชุมวิชาการ Digestive Disease Week ที่ประเทศสหรัฐอเมริกาไปแล้ว ซึ่งไม่อยู่ในเกณฑ์ที่จะได้รับการสนับสนุนไปร่วมประชุมตามที่ขอมา

4.3 นายแพทย์ไพโรจน์ เหลืองโรจนกุล ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าเมื่อวันที่ 10-12 กันยายน 2540 ชมรมโรคตับแห่งประเทศไทย ร่วมกับสมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย ได้จัดการประชุม International Symposium on Viral Hepatitis and Perspective from The ASEAN Region ณ โรงแรมแชงกรี-ล่า, กรุงเทพฯ และสำหรับปี 2545 จะดำเนินการจัดการประชุมอีกครั้ง โดยขอจัดร่วมกับการจัดประชุมวิชาการประจำปี 2545 ของสมาคม ประมาณเดือนธันวาคม สำหรับสถานที่จัดประชุมนั้นคาดว่าจะจัดที่เชียงใหม่ ดังนั้นจึงขอความเห็นจากที่ประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคมด้วย

ที่ประชุมมีมติอนุมัติในหลักการ และสำหรับรายละเอียดต่าง ๆ นั้น นายแพทย์ไพโรจน์ เหลืองโรจนกุล จะแจ้งให้ที่ประชุมทราบต่อไป

4.4 แพทย์หญิงชุติมา ประมูลสินทรัพย์ เทรัญญิก ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบ
ดังนี้

4.4.1 สรุปกระแสเงินสดของสมาคม (เอกสารประกอบการประชุม
หมายเลข 1/2544)

4.4.2 ขอแก้ไขสรุปกระแสเงินสดของสมาคม (เอกสารประกอบการ
ประชุมหมายเลข 1/2544)ดังนี้

หน้า 1 บรรทัดที่ 8 นับจากบรรทัดล่าง

ค่าเดินทางกรรมการจากต่างจังหวัด 4,300 บาท
ซึ่งอยู่ในฝ่ายวิจัยนั้น ให้ย้ายไปรวมไว้ในค่าเดินทาง
กรรมการจากต่างจังหวัดของฝ่ายการศึกษา
หลังปริญญา

หน้า 2 บรรทัดที่ 5 นับจากบรรทัดบน

แก้จาก บัตรเงินฝากไทยพาณิชย์

แก้เป็น กองทุนรวมไทยพาณิชย์วิหิทรัพย์ 3

บรรทัดที่ 7 และบรรทัดที่ 9 นับจากบรรทัดบน ให้ตัดคำว่าเงินออมออก

4.5 นายแพทย์ทวีศักดิ์ แทนวันดี ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าสมาชิก
สมัครใหม่ จำนวน 5 ท่าน โดยแพทย์หญิงจันทร์รุ่ง สิริพงษ์ , นายแพทย์
ณัฐพงษ์ อัครพล และ นายแพทย์วัชรินทร์ อภิรักษ์ชิต เป็นสมาชิกประเภท

สามัญ และแพทย์หญิงศศิวิมล โฆษิตนันทน์ และนายแพทย์คมสัน
อังคนานุพงศ์ เป็นสมาชิกประเภทสมทบ ซึ่งฝ่ายเลขาธิการสมาคมได้ตรวจ
สอบคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบข้อบังคับสมาคม
ที่ประชุมมีมติรับรองสมาชิกใหม่ทั้ง 5 ท่าน

ปิดประชุมเวลา 12.00 น.
นายแพทย์ทวิศักดิ์ แทนวันดี
บันทึกการประชุม

รายงานการประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคม

รายงานการประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคม
ครั้งที่ 7/2544 วันศุกร์ที่ 14 กันยายน 2544 เวลา 10.00-12.00 น.
ณ ห้องบำรุงเมือง โรงแรมโซลทวินทาวเวอร์, กรุงเทพฯ

รายนามผู้เข้าร่วมประชุม

- | | |
|--|------------------------------|
| 1. แพทย์หญิงศศิประภา บุญญพิสิฏฐ์ | นายกสมาคม |
| 2. นายแพทย์ประวิทย์ เลิศวีระศิริกุล | รั้งตำแหน่งนายก |
| 3. นายแพทย์ทวีศักดิ์ แทนวันดี | เลขาธิการ |
| 4. แพทย์หญิงชุติมา ประมูลสินทรัพย์ | เหรัญญิก |
| 5. นายแพทย์จรินทร์ โรจน์บวรวิทยา | ประธานฝ่ายปฏิคม |
| 6. นายแพทย์กำธร เผ่าสวัสดิ์ | ประธานฝ่ายวิจัย |
| 7. แพทย์หญิงวโรชา มหาชัย | ประธานฝ่ายวิชาการ |
| 8. นายแพทย์ไพโรจน์ เหลืองโรจนกุล | ประธานฝ่ายโรคตับ |
| 9. พันเอกนายแพทย์สุรพล ชื่นรัตนกุล | ประธานฝ่ายเอ็นโดสโคปี่ |
| 10. นายแพทย์พิศาล ไม้เรียง | ประธานฝ่ายการศึกษาหลังปริญญา |
| 11. นายแพทย์ธีระ พิรัชวิสุทธิ์ | ประธานฝ่ายวิเทศสัมพันธ์ |
| 12. นายแพทย์ทองดี ชัยพานิช | กรรมการกลาง |
| 13. แพทย์หญิงโณมศรี โสมจิตชัยวัฒน์ | กรรมการกลาง |
| 14. นายแพทย์อนุสนธิ์ กัดตเจริญ | กรรมการกลาง |
| 15. พันตำรวจเอกนายแพทย์วรพันธุ์ เสาวรส | กรรมการกลาง |
| 16. นาวาอากาศโทนายแพทย์วิญญู จันทรสุนทรกุล | กรรมการกลาง |
| 17. นายแพทย์สถาพร มานัสสถิตย์ | กรรมการกลาง |

- | | |
|---|--------------------------------|
| 18. นายแพทย์สมชาย สีสากุลวงศ์ | กรรมการกลาง (ผู้ช่วยเลขาธิการ) |
| 19. พันเอกนายแพทย์สุรพล สุรางค์ศรีรัฐ | กรรมการกลาง |
| 20. นายแพทย์สุริยะ จักกะพาก | กรรมการกลาง |
| 21. พันเอกนายแพทย์อนุชิต จุฑะพุทธิ | กรรมการกลาง |
| 22. แพทย์หญิงกรรณิการ์ พรพัฒน์กุล | ที่ปรึกษา |
| 23. นายแพทย์เกรียงไกร อัครวงศ์ | ที่ปรึกษา |
| 24. พลตรีนายแพทย์วิชัย ชัยประภา | ที่ปรึกษา |
| 25. นายแพทย์สมหมาย วิไลรัตน์ | ที่ปรึกษา |
| 26. พลอากาศตรีนายแพทย์สุจินต์ จารุจินดา | ที่ปรึกษา |
| 27. แพทย์หญิงเฉลียว ประสงค์สุขสันต์ | แทน นายแพทย์มานิต ลีโทชวลิต |

รายนามผู้ไม่สามารถเข้าร่วมประชุม

- | | |
|--|------------------|
| 1. นายแพทย์สุชา คุระทอง | ประธานฝ่ายวารสาร |
| 2. นายแพทย์คณิต อธิสุข | กรรมการกลาง |
| 3. นายแพทย์บัญญัติ โอวาทพิารพร | กรรมการกลาง |
| 4. นายแพทย์พงษ์พีระ สุวรรณกุล | กรรมการกลาง |
| 5. นาวาอากาศเอกนายแพทย์ไพฑูรย์ จ้วงพานิช | กรรมการกลาง |
| 6. แพทย์หญิงลินดา บรรานัน | กรรมการกลาง |
| 7. แพทย์หญิงวีณา วงศ์พานิช | กรรมการกลาง |
| 8. นายแพทย์องอาจ ไพโรสถนธรางกูร | กรรมการกลาง |
| 9. นายแพทย์อุดม คชินทร | กรรมการกลาง |
| 10. นายแพทย์จินดา สุวรรณรักษ์ | ที่ปรึกษา |

- | | |
|-------------------------------|-----------|
| 11. นายแพทย์พินิจ กุลละวณิช | ที่ปรึกษา |
| 12. นายแพทย์เดิมชัย ไชยนุวัต | ที่ปรึกษา |
| 13. นายแพทย์สวัสดิ์ หิตะนันท์ | ที่ปรึกษา |
| 14. นายแพทย์สัจพันธ์ อิศรเสนา | ที่ปรึกษา |

เปิดประชุมเวลา 10.15 น. โดยมีแพทย์หญิงศศิประภา บุญญพิสิฏฐ์ เป็นประธานในที่ประชุม

วาระที่ 1 เรื่องที่ประธานแจ้งให้ทราบ

1. ได้รับจดหมายจากแพทยสภาในการให้สมาคมส่งตัวแทนเข้าร่วมประชุมเรื่อง การพัฒนาการสร้างแนวทางเวชปฏิบัติ (Clinical Practice Guideline) ในวันอังคารที่ 2 ตุลาคม 2544 ณ อาคารเฉลิมพระบารมี 50 ปี ดังนั้นจึงได้ส่ง แพทย์หญิงศศิประภา บุญญพิสิฏฐ์ และแพทย์หญิงชุตินา ประมูลสินทรัพย์ เข้าร่วมการประชุมครั้งนี้
2. จะจัดการประชุม International Workshop "Gastroduodenal Pathology and Helicobacter pylori" ครั้งที่ 15 ระหว่างวันที่ 11-14 กันยายน 2545 ที่ประเทศกรีซ และขอให้สมาคมส่งรายนามผู้เข้าร่วมประชุมครั้งนี้ จำนวน 2 ท่าน โดยไม่เสียค่าลงทะเบียน
3. สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย ร่วมกับบริษัท เบอริงเกอร์ อินเทลไฮม์ (ไทย) จำกัด จะจัดให้มีการบรรยายพิเศษทางวิชาการเรื่อง "Therapy and prevention of NSAID-related gastrointestinal disorders" โดย Prof. M. Michael Wolfe, Chief

section of Gastroenterology, Boston University School of Medicine ในวันศุกร์ที่ 19 ตุลาคม 2544 ณ โรงแรมแกรนด์ไฮแอท เอราวัณ กรุงเทพฯ ขอเรียนเชิญคณะกรรมการอำนวยการสมาคมเข้า ฟังการบรรยายดังกล่าว

วาระที่ 2 รับรองรายงานการประชุมครั้งที่ 6/2544

ที่ประชุมมีมติแก้ไขรายงานการประชุมดังนี้

หน้า 3 บรรทัดที่ 10 นับจากบรรทัดล่าง

แก้จาก แพทย์สมาชิกสมาคม แก้เป็น แพทย์สมาชิกของสมาคม

หลังจากแก้ไขรายงานการประชุมแล้ว ที่ประชุมมีมติรับรองรายงาน การประชุมครั้งที่ 6/2544

วาระที่ 3 เรื่องสืบเนื่องและพิจารณา

3.1 ความคืบหน้าในการเตรียมการประชุม World Congress of Gastroenterology (WCOG) 2002

นายแพทย์กัธร เผ่าสวัสดิ์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

1. ขณะนี้มีการจองห้องพักแล้วประมาณ 3 พันกว่าห้อง
2. ได้ดำเนินการส่งร่างสัญญาเกี่ยวกับรถบัสเป็นภาษาอังกฤษให้แก่ OMGE เรียบร้อยแล้ว

3. ได้มีการประชุมกับข้าราชการฝ่ายต่างๆซึ่งได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี
4. ฝ่าย World Congress ได้ส่งเจ้าหน้าที่มาประจำที่เมืองไทย 1 ท่าน เพื่อทำหน้าที่ติดต่อประสานงานเกี่ยวกับการจัดพิมพ์ Final announcement
5. ประมาณต้นเดือนตุลาคม คณะกรรมการฝ่าย Local Host Committee ส่วนหนึ่งจะเดินทางไปประชุมที่อัมสเตอร์ดัม
6. สำหรับการลงทะเบียนของแพทย์ไทยนั้น ให้ลงทะเบียนตามแบบฟอร์มที่กำหนดไว้
7. OMGE ต้องการให้มีการเสนอข่าวใน CNN
8. เนื่องจากคณะกรรมการคนไทยที่ช่วยจัดการประชุมครั้งนี้จะไม่ได้รับคู่มืออาหารกลางวัน ดังนั้นจึงขอเสนอให้สมาคมเป็นเจ้าภาพเลี้ยงอาหารกลางวันแก่คณะกรรมการจัดการประชุมด้วย ณ สำนักงานของสมาคม ชั้น 2 ศูนย์การประชุมไบเทค
ที่ประชุมมีมติอนุมัติ

พันเอกนายแพทย์อนุชิต จูทะพุทธิ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

1. โปรแกรมการประชุมนั้น ค่อนข้างจะสมบูรณ์แล้ว
2. จำนวน abstract ขณะนี้มีประมาณ 1,200 abstracts

3. Final Announcement นั้นคาดว่าทาง OMGE คงจะไม่จัดพิมพ์ เพื่อประหยัดค่าใช้จ่าย
 4. จำนวนผู้ลงทะเบียน ขณะนี้มีประมาณ 4 พันกว่าคน
 5. ทางไบเทคจะทดลองทำอาหารที่จะใช้ในวันจัดเลี้ยงเปิดประชุม จึงขอเรียนเชิญคณะกรรมการอำนวยการสมาคมร่วมรับประทานอาหารกลางวันที่ศูนย์การประชุมไบเทค ในวันจันทร์ที่ 17 กันยายน 2544 เวลา 11.30-13.00 น.
 6. abstract จากประเทศไทยมีประมาณ 30 กว่า abstracts ดังนั้นจึงขอคำปรึกษาจากที่ประชุมว่ามีบาง abstract ที่ส่งไปนั้นไม่ได้เป็นสมาชิกสมาคม ในส่วนนี้ไม่ทราบว่าสมาคมจะจ่าย 35 เหรียญให้หรือไม่
- ที่ประชุมมีมติให้สมาคมจ่ายทุก abstract ที่เป็นของคนไทย
รวมทั้งค่าจัดส่ง 600 บาท

นายแพทย์ประวิทย์ เลิศวีระศิริกุล ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าตามที่ฝ่าย Local Host Committee ได้งบประมาณจาก OMGE จำนวน 3 แสนกว่าเหรียญสหรัฐนั้น ขณะนี้ใช้ไปแล้วประมาณ 2 แสนเหรียญสหรัฐ คงมีเงินเหลือประมาณ 1 แสนเหรียญสหรัฐ ซึ่งสามารถจะใช้ได้นับจากวันนี้จนถึงสิ้นสุดการประชุม

แพทย์หญิงวโรชา มหาชัย ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

1. งานจัดเลี้ยง Presidential Dinner กำลังอยู่ในระหว่างการดำเนินการ
2. สำหรับงานเลี้ยงของฝ่าย Young Clinical Award นั้น จะดำเนินการจัดรถบัสเพื่ออำนวยความสะดวกต่อไป
3. จะมีการทดลองใช้รถบัสวิ่งตามแผนที่วางไว้ ซึ่งอาจมีค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นแต่จะดำเนินการต่อรองกับฝ่ายขนส่งให้ออกค่าใช้จ่ายในส่วนนี้

นายแพทย์สถาพร มานัสสฤติย์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

1. ขณะนี้มีคนไทยที่ได้รับการคัดเลือกให้เป็น Young Clinician Award ประมาณ 30 กว่าคน
2. สำหรับคณะกรรมการอำนวยความสะดวกท่านใดที่ได้รับให้เป็นคณะกรรมการช่วยจัดการประชุมและได้ส่ง abstract ไปแล้ว มีความประสงค์ที่จะเสนอผู้วิจัยร่วม (second author) เพื่อเป็น Young Clinician Award ขอให้แจ้งด่วนที่ประธานฝ่าย Young Clinician Award

3.2. การพิจารณาหลักเกณฑ์ในการให้ทุนไปเสนอมผลงานต่างประเทศ

นายแพทย์กัธร เผ่าสวัสดิ์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าตามที่ได้รับมอบหมายจากคณะกรรมการสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย ไปดำเนินการประชุมคณะกรรมการฝ่ายวิจัย เพื่อวางหลักเกณฑ์ในการพิจารณาการให้ทุนแก่ GI Fellow ในการไปเสนอมผลงานที่ต่างประเทศ นั้น

ขอให้คณะกรรมการอำนวยการสมาคมช่วยพิจารณาลักษณะดังกล่าวด้วย
ตามเอกสารประกอบการประชุม

ที่ประชุมได้ร่วมกันพิจารณาและแก้ไขเพิ่มเติมดังรายละเอียดต่อไปนี้

ข้อ 1 ให้เพิ่มเติมประโยคสุดท้าย เริ่มปี 2545

ข้อ 2 ให้เพิ่มเติมประโยคสุดท้าย รวมถึงใบเสร็จในการใช้เงิน

ข้อ 3 ให้แก้ไขเป็น คณะอนุกรรมการฝ่ายวิจัยมีมติว่า สมาคมไม่มี
นโยบายให้เงินของสมาคมในการสนับสนุนการเดินทางไป
ประชุมและเสนอผลงานในต่างประเทศ

3.3 การจัดเตรียมทำคลังข้อสอบ GI Fellow สำหรับปี พ.ศ.2545

นายแพทย์พิศาล ไม้เรียง ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบเกี่ยวกับแนวทางการจัด
ทำข้อสอบ GI Fellow ปี 2545 ตามเอกสารประกอบการประชุม และขอให้
แต่ละสถาบันช่วยส่งข้อสอบ MCQ ด้วย

ที่ประชุมเสนอแนะว่าถ้าข้อสอบข้อใดถูกคัดเลือกเข้าคลังข้อสอบ
ควรที่จะให้ค่าตอบแทนสำหรับผู้ออกข้อสอบ MCQ ข้อละ 200 บาท ถึงแม้ว่า
ข้อสอบนั้นยังไม่ถูกนำมาใช้

3.4 ความคืบหน้าในการเตรียมจัดประชุมวิชาการประจำปี 2544

แพทย์หญิงศศิประภา บุญญพิสิฐ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าการประชุม
วิชาการประจำปีนั้น มี section Vikit Viranuvatti's Lecture ด้วย ดังนั้นจึง

ขอให้ที่ประชุมคณะกรรมการอำนวยการสมาคมพิจารณาผู้ที่จะมาบรรยาย
ใน section ดังกล่าวด้วย

ที่ประชุมมีมติให้เชิญนายแพทย์ประสพ รัตนกร มาเป็นวิทยากรใน
การบรรยายช่วงดังกล่าว

แพทย์หญิงวโรชา มหาชัย ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

1. คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้อนุมัติเรื่องสถานที่
จัดประชุมเรียบร้อยแล้ว
2. สำหรับบูธจะเปิดให้แสดงนิทรรศการเวชภัณฑ์ได้ตลอดทั้ง 4 วัน

พันเอกนายแพทย์สุรพล ชื่นรัตนกุล ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

1. Live Demonstration จะจัดในวันที่ 27-28 พฤศจิกายน 2544
2. วันที่ 29-30 พฤศจิกายน 2544 จะเป็น Scientific program
3. จะมีการประชุมคณะอนุกรรมการจัดงาน Live Demonstration
อีกครั้งในวันพุธที่ 19 กันยายน 2544 ณ รพ.วิชัยยุทธ

วาระที่ 4 เรื่องอื่นๆ

1. นายแพทย์กำธร เผ่าสวัสดิ์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าเนื่องจากเมื่อวันที่
31 สิงหาคม 2544 ได้มีการประชุมคณะอนุกรรมการฝ่ายวิจัย และมีความ
ประสงค์ให้เจ้าหน้าที่สมาคมช่วยดำเนินการจัดบันทึกรายงานการประชุม แต่
ในวันดังกล่าวเจ้าหน้าที่สมาคมต้องไปจดบันทึกการประชุมให้ชมรมโมริลิตี้

ดังนั้นเพื่อความคล่องตัวในการปฏิบัติงาน จึงขอเรียนถามว่าชมรมใดบ้างที่อยู่ภายใต้สมาคม

ที่ประชุมได้มีการอภิปรายกันอย่างกว้างขวาง และที่ประชุมเสนอให้มีตั้งคณะกรรมการเพื่อร่างระเบียบหรือหลักเกณฑ์ของชมรมที่อยู่ภายใต้สมาคม และคณะกรรมการดังกล่าวควรมีทั้ง 2 ฝ่าย คือ คัดเลือกจากกรรมการอำนวยการสมาคมที่ไม่ได้เป็นคณะกรรมการของชมรม และคัดเลือกจากคณะกรรมการของชมรมแต่ละชมรม

นายแพทย์สมชาย ลีลาภูศลวงค์ เลขานุการชมรมโมริลิตี ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าชมรมโมริลิตีเป็นชมรมหนึ่งที่อยู่ภายใต้สมาคมและทุกครั้งที่มีการประชุมจะให้เจ้าหน้าที่สมาคมไปดำเนินการจัดบันทึกการประชุม

นายแพทย์พิศาล ไม้เรียง ประธานกลุ่มวิจัยโรคกระเพาะอาหาร ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่ากลุ่มวิจัยโรคกระเพาะอาหารเป็นกลุ่มวิจัยหนึ่งที่อยู่ภายใต้สมาคมและทุกครั้งที่มีการจัดประชุมวิชาการจะแจ้งให้สมาคมรับทราบทุกครั้ง

2. พันเอกนายแพทย์สุรพล ชื่นรัตนกุล ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าตามที่ฝ่ายเอ็นโดสโคปียี มีโครงการที่จะดำเนินจัดทำระบบฐานข้อมูลของเอ็นโดสโคปียีให้เหมือนกันทุกสถาบันนั้น ขณะนี้มีผู้เสนอโครงการดังกล่าว จึงขอให้ที่ประชุมช่วยพิจารณาด้วย ดังเอกสารประกอบการประชุม

ที่ประชุมได้ร่วมกันพิจารณาและมีความเห็นว่าโครงการที่เสนอนั้นยังไม่สมบูรณ์และควรส่งให้คณะกรรมการวิจัยเป็นผู้พิจารณา

3. แพทย์หญิงชุติมา ประมูลสินทรัพย์ ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบดังนี้

1. สรุปกระแสเงินสดของสมาคม ดังเอกสารประกอบการประชุม
2. ได้มีการประชุมคณะกรรมการเงินออมสมาคมเมื่อเข้าวันศุกร์ที่ 14 กันยายน 2544 สรุปได้ดังนี้

2.1 จากการที่ได้รับดอกเบี้ยจากบัตรเงินฝาก (15 ล้านบาท) ของสมาคม ทำให้ยอดเงินในบัญชีออมทรัพย์มากขึ้น ซึ่งตามระเบียบสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย ว่าด้วยการเก็บรักษาและใช้จ่ายเงินของสมาคม พ.ศ.2542 ข้อ 19 เงินหมุนเวียนสมาคม ให้ฝากไว้กับธนาคารหรือสถาบันการเงินที่คณะกรรมการอำนวยการเห็นชอบในนามของสมาคม เงินหมุนเวียนสมาคมส่วนที่เกิน 3 ล้านบาทจะต้องโอนเข้าบัญชีเงินออมสมาคม ดังนั้นจะดำเนินการโอนเงินเข้าบัญชีเงินออมจำนวน 2 ล้านบาท

2.2 ตามระเบียบสมาคม ว่าด้วยการเก็บรักษาและใช้จ่ายเงินของสมาคม พ.ศ.2542 ข้อ 11 การเบิกถอนเงินออมจะต้องมีหนังสืออนุมัติของคณะกรรมการดูแลเงินออมสมาคม แนบติดกับลายเซ็น ผู้มีอำนาจสั่งจ่าย 2 ใน 3 ได้แก่ นายกสมาคมหรืออุปนายก คนใดคนหนึ่งร่วมกับเหรัญญิก นั้น ทางธนาคารไม่สามารถที่จะรับเงื่อนไขดังกล่าว ดังนั้นคณะกรรมการดูแลเงินออมจะเสนอต่อคณะกรรมการอำนวยการสมาคมว่าจะมีการ

อนุมัติหรือไม่ถ้ามีความต้องการที่จะเบิกเงินจากบัญชีเงินออม แล้วจึงไปเบิกกับทางธนาคาร

2.3 เพื่อความคล่องตัวในการพิจารณางบประมาณสำหรับปีหน้า ดังนั้นดอกเบี้ยของเงินออมทั้งหมดจะนำไปฝากในบัญชีดอกเบี้ยเงินออมซึ่งจะดำเนินการเปิดขึ้นใหม่อีก 1 บัญชี

2.4 สมุดบัญชีเงินออมทั้งหมดขณะนี้ได้ส่งมอบให้แก่นายแพทย์เกรียงไกร อัครวงค์ ประธานคณะกรรมการดูแลเงินออมเป็นผู้เก็บรักษาไว้ทั้งหมด

ที่ประชุมรับทราบ

4. นายแพทย์ทวีศักดิ์ แทนวันดี ได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่าสมาชิกสมัคครใหม่ จำนวน 8 ท่าน คือนายแพทย์นิกร กุญรัตน์, นายแพทย์สมิทธิ สร้อยมาดี, นายแพทย์ธีระเกียรติ สีลาจเลข, นายแพทย์สว่างพงษ์ พูลทรัพย์, นายแพทย์พงศธร อาสนศักดิ์ เป็นสมาชิกสามัญ และแพทย์หญิงสมสุข ตติยานุพันธ์วงศ์, นายแพทย์วรวิมล เจียรจรรยาวงศ์, แพทย์หญิงชมพูนุรแสงบริสุทธิ์ เป็นสมาชิกสมทบ ซึ่งฝ่ายเลขาธิการสมาคมได้ตรวจสอบคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบข้อบังคับสมาคม

ที่ประชุมมีมติรับรองสมาชิกใหม่ทั้ง 8 ท่าน

ปิดประชุมเวลา 12.45 น.

นายแพทย์ทวีศักดิ์ แทนวันดี

บันทึกการประชุม

1. Interhospital GI Conference

นพ. จตุรงค์ อมรรัตนโกศล

นพ. รังสรรค์ ฤกษ์นิมิตร

หน่วยโรคทางเดินอาหาร โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 47 ปี อาชีพรับจ้าง ภูมิลำเนา นครสวรรค์

อาการสำคัญ

ปวดท้องด้านขวาบน 3 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล

อาการปัจจุบัน

5 วันก่อนมาโรงพยาบาล ขณะนั่งอยู่เฉยๆ มีอาการปวดบริเวณหัวไหล่ด้านขวา ปวดมาก ไม่มีไข้ ไม่ร้าวไปที่ไหน มีอาการท้องเสีย ถ่ายเหลวเป็นน้ำ 3 ครั้ง มีมูกปนเล็กน้อยแต่ไม่มาก ทานยาพาราเซตามอล อาการปวดก็ดีขึ้น

4 วันก่อนมาโรงพยาบาล ยังคงมีอาการปวดหัวไหล่ด้านขวา แต่อาการถ่ายเหลวหายเป็นปกติ ยังคงไม่มีไข้

3 วันก่อนมาโรงพยาบาล ปวดท้องด้านขวาบน ปวดแน่น เสียด ไม่มีไข้ ไม่ร้าวไปที่ไหน อาการปวดไหล่หายไป อุจจาระ บัสสาวะปกติ อาการปวดเป็นครั้งคราว หายใจเข้าจะเสียดชายโครงขวา มีช่วงที่หายปวดแต่ไม่สนิท ขยับตัวก็จะปวดมากขึ้น ไปที่โรงพยาบาลอำเภอทานยาอาการไม่ดีขึ้น จึงมาโรงพยาบาลจุฬา

ประวัติอดีต

สุขภาพแข็งแรงดีมาตลอด ไม่เคยมีประวัติได้รับอันตรายหรือถูก
กระแทกบริเวณหน้าท้องมาก่อน

ประวัติครอบครัว

ไม่มีประวัติโรคมะเร็ง โรคติดต่อทางพันธุกรรมในครอบครัว แต่งงาน
แล้ว มีบุตร 2 คน ทำหมันมา 15 ปี

ประวัติส่วนบุคคล

ไม่ดื่มเหล้า ไม่สูบบุหรี่ ชอบทานอาหารสุกๆดิบๆ

การตรวจร่างกาย

A middle age woman, good consciousness, low grade fever,
looked pallor

T=38⁰C, PR=88/min, RR=15/min, BP= 120/80 mmHg

Mild tender at RUQ of abdomen, mild guarding,

Murphy's sign-negative

No hepatosplenomegaly

Others : WNL

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

CBC : Hb 9.1, Hct 27%, MCV 93, WBC 14,400, N 47%,

L 18%, Eo 28%

Platelet 345,000

U/A and stool exam/ occult blood-normal

BS 89, BUN 11, Cr 1.1, Na 136, K 5.5, Cl 100, HCO₃ 21

TB 1.1, DB 0.33, AST 111, ALT 173, AP 145, Alb 3.2, Glob 3.1

PT and PTT normal

Progression

ในช่วงที่อยู่ในโรงพยาบาล มีไข้ต่ำๆตลอด อาการปวดท้องดีขึ้น กดไม่ค่อยเจ็บ เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการปวดไหล่ขวานำมาก่อน และค่อยมีอาการปวดท้องด้านขวาบนตามมาคิดว่า อาการปวดไหล่ขวาน่าจะเป็น referred pain จาก Right diaphragmatic irritation ซึ่งการตรวจหน้าท้องพบ mild guarding ดังนั้นจึงส่งทำ Ultrasound พบว่ามี A large hypo-hyperechoic mass adjacent to right hepatic lobe consistent with subcapsular collection of liver จึงได้ส่ง CT scan ผลเป็น A large lens shape hypodensity subcapsular lesion at lateral aspect of the liver

เนื่องจากผู้ป่วยยังมีไข้ตลอด จึงได้ทำ Ultrasound guided aspiration ได้เป็น unclotted blood ส่งย้อม gram's stain และ culture โดยจาก gram's stain ไม่พบ organisms และผล final culture ไม่มีเชื้อขึ้น

วันที่ 4 ของการ admission พบว่าไข้หายไปเอง และตรวจพบว่ามีผื่นแดงคัน ย้ายที่ได้ที่สะโพกขวา ปรีกษากับทาง Dermatology ทำ skin test for Gnathostomiasis และได้ส่งไปตรวจ Gnatho. titer ด้วย พบว่าผล positive ทั้งคู่ จึงได้ให้การรักษาไป

ในผู้ป่วยรายนี้ได้ supportive treatment โดยไม่ได้ให้ antibiotics อาการผิดปกติทุกอย่างหายไป ผล CBC, liver function test กลับมาเป็นปกติ และ ได้ทำ CT scan ซ้ำอีก 1 เดือนต่อมา พบว่าขนาดของ subcapsular hematoma ลดลงอย่างมาก และ liver parenchyma ก็ปกติ สาเหตุของการเกิด subcapsular hepatic hematoma ในผู้ป่วยรายนี้ น่าจะเกิดจาก Gnathostomiasis มากที่สุด (Visceral larva migrans)

1. Subcapsular hematoma of the liver



นพ. จิตรงค์ อมรรัตนโกศล

หน่วยโรคทางเดินอาหาร โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

เป็นภาวะที่มีเลือดออกใต้ Glisson's capsule ของตับ สาเหตุที่พบบ่อย คือ trauma ⁽¹⁻⁴⁾ นอกจากนั้นยังพบได้ในภาวะ

- Pregnancy⁽⁵⁾, Preeclampsia และ HELLP syndrome ⁽⁶⁻⁹⁾
- Tumor ทั้ง benign และ malignant เช่น adenoma, hemangioma, hepatocellular carcinoma, metastasis tumor ฯลฯ
- Connective tissue disease เช่น SLE
- Infections เช่น malaria, syphilis
- Parasites เช่น Fascioliasis ⁽¹⁰⁾
- Others เช่น anticoagulant therapy, long term hemodialysis, post ESWL ⁽¹¹⁾ และ amyloidosis ⁽¹²⁾

อาการและอาการแสดง

ผู้ป่วยจะมีอาการปวดท้องด้านขวาบน หรือปวดบริเวณไหล่ขวา (Referred pain) หรือปวดทั้งที่ท้องและที่ไหล่ขวา อาจจะมีไข้หรือไม่ไข้

การตรวจร่างกาย จะพบว่ามีการกดเจ็บบริเวณท้องด้านขวาบน ตรวจพบ guarding, rigidity หรือตรวจพบก้อนกดเจ็บบริเวณด้านขวาบน แต่ในผู้ป่วยบางรายอาจกดเจ็บเล็กน้อยเท่านั้น เนื่องจากเป็นเลือดที่ออกได้ ชั้น Glisson's capsule โดยไม่มี peritoneal irritation แต่ในกรณีที่เลือดออกมา หรือมีการฉีกขาดของ Glisson's capsule ก็อาจซ้อคได้

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

Hemoglobin มักจะต่ำกว่าปกติเล็กน้อย ตรวจพบความผิดปกติของหน้าที่การทำงานของตับ

การทำอัลตราซาวด์จะพบ hypo-hyperechoic mass แต่วิธีการวินิจฉัยที่ดีที่สุดคือการทำ CT scan ^(6, 13) เพราะจะสามารถบอก underlying etiology, extent และอายุของ hematoma ได้ ลักษณะของ CT scan จะเป็น lens shape subcapsular lesion โดยที่ acute hematoma (24-72 ชั่วโมง) จะมีลักษณะ hyperdense แต่หลังจากนั้นประมาณ 10-30 วัน จะพบว่า density ลดลง และมี pseudocapsule เกิดขึ้นในกรณีที่ CT scan พบเป็น hypodensity อาจจะแยกยากกับ abscess หรือ tumor

การทำ MRI จะพบลักษณะ concentric "ring sign" ในกรณีที่เป็น chronic hematoma

การรักษา

การเฝ้าติดตามดูอาการของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญที่สุด ในระยะแรก อาจจะใช้ conservative treatment โดยการให้ analgesic, hydration และ blood transfusion (2-3, 14-15) แต่ถ้าอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยแย่ลง หรือมีลักษณะที่บ่งว่ายังมีเลือดออกตลอด อาจจะทำ selective hepatic angiography with hepatic artery embolization (16) หรือทำ surgery

Subcapsular hematomas of the liver related to trauma

มักพบใน newborn หลังคลอด หรือทำ CPR มี blunt abdominal trauma หรือพบในเด็กเล็กที่มีประวัติ trauma มาก่อน แต่ในบางครั้งก็ไม่พบว่า มีประวัติ trauma ที่ชัดเจน สาเหตุที่เด็กเกิด subcapsular hematomas ได้บ่อยกว่าในผู้ใหญ่ อาจเป็นเพราะตับของเด็กเมื่อเทียบกับขนาดของตัวแล้วมีขนาดใหญ่ และ connective tissue framework ก็อ่อนแอกว่าในผู้ใหญ่

Subcapsular hematomas of the liver related to pregnancy & toxemia of pregnancy (17)

Hepatic rupture in pregnancy รายงานครั้งแรกโดย Abercrombie ในปี ค.ศ. 1844 โดย 94% ของผู้ป่วยพบในภาวะ eclampsia หรือ preeclampsia สาเหตุเกิดจาก confluent hepatic necrosis มีรายงาน

ว่าการเกิดภาวะนี้ พบได้ประมาณ 1-77 จากการคลอด 100,000 ครั้ง และพบได้ 1-2% ในผู้ป่วย preeclampsia จัดว่าเป็น serious และ life-threatening complications ของการตั้งครรภ์

การเกิดเลือดออกมักพบในไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์ ไปจนถึง 48 ชั่วโมง หลังคลอด ให้สงสัยภาวะนี้ในผู้ป่วยที่ตั้งครรภ์ระยะท้าย หรือมี toxemia of pregnancy แล้วมีอาการปวดท้องหรือปวดไหล่ขวา

การรักษา พิจารณาเป็นรายๆ ไป อาจจะใช้ conservative treatment หรือถ้าอาการแยลง ก็พิจารณาทำ surgery พบว่าอัตราการตายของแม่และลูก ประมาณ 49% และ 59% ตามลำดับ เนื่องจากภาวะนี้มีโอกาสที่จะเกิดขึ้นได้ในการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป⁽⁷⁾ ดังนั้นจึงไม่แนะนำให้ตั้งครรภ์อีก แต่ก็มีรายงานว่ามีผู้ป่วยที่สามารถตั้งครรภ์ครั้งต่อไปได้ และเด็กคลอดออกมาปกติ⁽¹⁸⁾

Subcapsular hematomas of the liver related to tumor

เป็นสาเหตุของ non-traumatic subcapsular hepatic hematoma ที่พบบ่อยที่สุด อาจเกิดจาก benign หรือ malignant tumor ของตับ

การรักษาก็ขึ้นกับสาเหตุ เช่น ถ้าเป็น adenoma ก็แนะนำให้ทำ hepatic resection เป็นต้น

Subcapsular hematomas of the liver related to visceral larva migran

Visceral larva migran ที่มีรายงาน ส่วนใหญ่เป็น Toxocariasis⁽¹⁹⁻

²¹⁾ และ Ascariasis⁽²²⁾ ซึ่งทำให้เกิด liver abscess, eosinophilia,

pericardial effusion และ ascites การวินิจฉัยโดยการตรวจ Immunoserologic test for Toxocara และ Ascaris ส่วนการทำ tissue biopsy นั้นมักไม่พบ parasite หรือ ไข่ของพยาธิ

การเกิด subcapsular hepatic hematoma ในผู้ป่วยรายนี้ เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบไม่บ่อยของ visceral larva migrans จาก Gnathostomiasis ซึ่งหลังจากติดตามดูอาการ/ อาการแสดง/ CT scan ของผู้ป่วยพบว่าดีขึ้นจากการรักษาโดยการให้ Albendazole และ supportive treatment

References:

1. Tonmukayakul A, Tragwatakorn T. Subcapsular hematoma of the liver. A case report. J Med ass Thailand 1983 Sept;66 (9) : 567-71.
2. Cheatham JE, JR, Smith EI, Tunell WP, Elkins RC. Nonoperative management of subcapsular hematomas of the liver. Am J Surg 1980 Dec;140 : 852-57.
3. Richie JP, Fonkalsrud EW. Subcapsular hematoma of the liver. Nonoperative management. Arch Surg 1972 June;104 : 781-84.
4. Lewis MI, Subcapsular hematomas of the liver in adults. Am J Surg 1967 Dec;114 : 966-68.

5. Schwantz ML, Lien JM. Spontaneous liver hematoma in pregnancy not clearly associated with preeclampsia : A case presentation and literature review. Am J Obstet Gynecol 1997 June;176(6) : 1328-32.
6. Merine D, Fishman EK., Zerhouni EA. Spontaneous hepatic hemorrhage : Clinical and CT findings. J Comput Assist Tomogr 1988 May/June, 12(3) : 397-400.
7. Greenstein D, Henderson JM, Boyer TD. Liver hemorrhage : recurrent episodes during pregnancy complicated by preeclampsia. Gastroenterol 1994 Jun;106(6) : 1668-71.
8. Matar N, Morsad M, Ghazli M, Abassi H et al. Subcapsular hematoma of the liver. Six cases and review of the literature. J Gyneol obstet Biol Preprod 1996;25(1) : 89-93.
9. Mahi M, Chellaoui M, Nassen I, Chat L et al. Subcapsular hematoma of liver during pregnancy. A report of 4 cases. J Radiol 2001 Jun;82(6) : 679-82.
10. Sauvage PJ, Dhers A, Sauzedde JM, Bakhti et al. Subcapsular hematoma of the liver complicating hepatic fascioliasis. J Radiol 1996 Aug;77(8) : 583-4.

11. Hirata N, Kushida Y, Ohguri T, Wakasugi S et al. Hepatic subcapsular hematoma after extracorporeal shock wave lithotripsy (ESWL) for pancreatic stones. J Gastroenterol 1999 Dec 34(6) : 713-6.
12. Bujanda L, Beguiristain A, Alberdi F, Cosme A et al. Spontaneous rupture of the liver in amyloidosis. Am J Gastroenterol 1997 Aug;92(8) : 1385-6.
13. Casillas VJ, Amendola MA, Gascue A, Pinnar N, et al. Imaging of nontraumatic hemorrhagic hepatic lesions. Radiographic 2000 Mar-Apr;20(2) : 367-78.
14. Hiah JR, Harrer HD, Koenig BV and Ransom KJ. Nonoperative management of major blunt liver injury with hemoperitoneum. Arch Surg 1990 Jan;125(1) : 101-3.
15. Farnell MB, Spencer MP, Thompson E, William HJ Jr et al. Nonoperative management of blunt hepatic trauma in adults. Surgery 1980 Oct;104(4) : 748-56.
16. Wagner WH, Landell CJ, Donoran AJ. Percutaneous angiographic embolization for hepatic arterial hemorrhage. Arch Surg. 1985 Nov;120(11) : 1241-9.

17. Rebecca W. The liver in pregnancy. In : Zakim-Boyer(3rd ed) Hepatology. A textbook of liver disease.WB Saunders Co.,1996
18. Sakala EP, Moore WD. Successful term delivery after previous pregnancy with ruptured liver. Obstet Gynecol 1986; 68:124
19. Gonzalez MT, Ibanez O, Balcarce N, Nanfito G et al. Toxocariasis with liver involvement. Acta Gastroenterol Latinoam. 2000; 30(3); 187-90
20. Rayes A, Teixeira D, Nobre V, Serufo JC et al. Visceral larva migrans syndrome complicated by liver abscess. Scan J Infect Dis. 1999;31(3): 324-5
21. Bhatia V, Sarin S. Hepatic visceral larva migrans: Evolution of the lesion, diagnosis and role of high dose albendazole therapy. Am J Gastroenterol. 1994 Apr; 89(4): 624-7
22. Hayashi K, Tahara H, Yamashita K, Kuroki K et al. Hepatic imaging studies on patients with visceral larva migrans due to probable Ascaris Suum infection. Abdom Imaging. 1999 Sep-Oct; 24(5):465-9

2. Interhospital GI Conference

พญ. เปรม เก่งชน

หน่วยทางเดินอาหารและโรคตับ รพ.พระมงกุฎเกล้า

Hx : ผู้ป่วยชายไทย, โสัด, อายุ 26 ปี, รับประทานทหารประจำอยู่ที่จ.บุรีรัมย์
ขณะที่มารพ.พระมงกุฎนั้นผู้ป่วยมาฝึกอบรมงานสารบรรณที่กรุงเทพฯ

CC : ปวดท้องใต้ลิ้นปี่ร่วมกับหน้ามืด ใจสั่น 3 ชม.ก่อนมาโรงพยาบาล

PI : - 6 วัน PTA ปวดท้องบริเวณลิ้นปี่, ปวดแปล็บๆเป็นระยะๆ, ปวด
นาน ครั้งละ ประมาณ 15 นาทีแล้วหายไป 3-4 ชม.ต่อมาจึงมีอาการปวดขึ้น
มาอีก อาการปวดทั้งกลางวันและกลางคืน, ไม่มีปวดร้าวไปตำแหน่งอื่น,
อาการปวดไม่สัมพันธ์กับการกินอาหารหรือท่าทาง, กินยาลดกรดรักษาโรค
กระเพาะอาหารช่วยอาการปวดทุเลาบ้าง, ไม่มีไข้ กินอาหารได้ปกติ, ไม่มี
คลื่นไส้/อาเจียน บัสสาวะปกติ, ถ่ายอุจจาระปกติ (ไม่มีท้องเสีย, ไม่มีถ่ายดำ
หรือถ่ายเป็นเลือด)

- 2 วัน PTA ปวดท้องรุนแรงขึ้นและเป็นถี่ขึ้น, ไม่มีปวดร้าวไป
ตำแหน่งอื่น, อาเจียนออกมาเป็นน้ำสีดำ 1 ครั้งประมาณ 2 แก้วน้ำ(500 ml.),
ถ่ายอุจจาระเหลวสีแดงเข้ม ปนดำครั้งละไม่มาก รวม 3 ครั้ง, รู้สึกว่ามีไข้ต่ำๆ

- 3 ชม. PTA หน้ามืด ใจสั่น คล้ายจะเป็นลม เพื่อนจึงนำส่ง
รพ.พระมงกุฎเกล้า

PH: - 8 ปี PTA ได้รับการผ่าตัดเนื่องจากลำไส้อุดตัน ที่จังหวัดบุรีรัมย์
- ปฏิเสธโรคประจำตัวอื่นๆ, ไม่เคยแพ้ยา
- ไม่ใช้ยาแก้ปวดเมื่อย/ยาแก้เคล็ดขัดยอก, ไม่ใช้ยาชุด/ยาลูก
กลอน, ไม่กินสมุนไพรใดๆ
- ไม่สูบบุหรี่
- ดื่มสุราตามโอกาส(นานๆครั้ง)

FH: - ไม่มีประวัติโรคเลือด/ โรคตับ/ โรคมะเร็งใดๆ

PE.:

V/S: BP 120/70mmHg., PR 88/min., RR 18/min., T 36.8^oc.

GA: Good consciousness, sthenic built

HEENT:

- Markedly pale, no icteric sclerae, no signs of chronic liver disease
- no lymphadenopathy

SKIN: Normal skin turgor, no dry-lips, no bruise

CVS: - Equal pulse rate of all extremities, regular rhythm

PMI at 5th ICS. mid-clavicular line, no heaving
normal S₁S₂, no murmur

LUNGS: - Fully expansion with equal breath sound of both lungs

No adventitious sounds

ABDOMEN :

- Old surgical scar at midline
- Moderate distension, no superficial vein dilatation, no bruise
- Decreased bowel sound
- Soft abdomen, moderate tenderness at epigastrium, no rebound tenderness, no guarding, spleen can't be palpable
- Liver span 10 cm., smooth surface
- No ascites

PR : normal sphincter tone, no rectal shelf, melena was detected

CVA : not tender (both sides)

EXTREMITIES : no edema

CNS : normal

Investigation

CBC : Hb. 9.2, Hct. 27.7%, WBC 9,400 (N85%, L10%, M5%),

Plt. 233,000

COAGULOGRAM : PT 14.2/14.5, PTT 28.8/39.5, TT4.8/8.4

BUN 5.4 mmol/L, Cr. 75 mmol/L

U/A : pH 5, Sp.gr. 1.010, no WBC, no RBC

Management (at ER)

- Retain NG-tube irrigation ---> ได้น้ำสีเหลืองจางๆ
- 5%D/N/2 80 ml/hr
- PRC 1 unit
- Ranitidine 50 mg, iv
- Buscopan 1 amp, iv

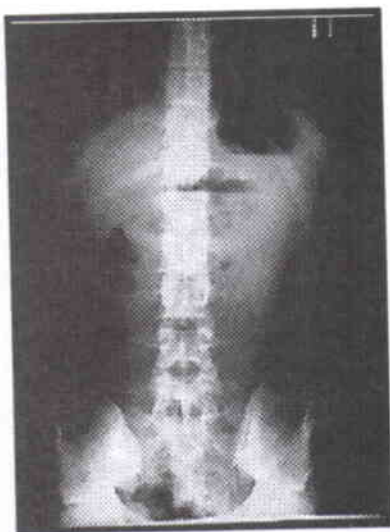
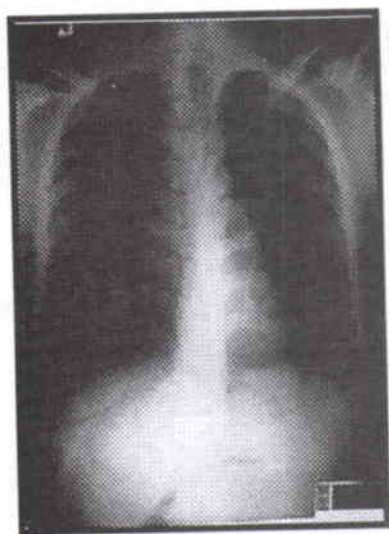
Progression & management (at ER : 20 hours later)

- V/S : 40.6 °C, RR 24, PR 136, BP 136/66
- CBC : Hct. 26.5%, WBC 12,200 (N96%, L3%, M1%), Plt. 197,000
- Rx : - PRC

- Film acute abdomen series

report :

- Normal chest
- Normal air pattern in stomach, small bowel and colon, no bowel ileus
- Large soft tissue density lesion at L1-L2 level (DDx : Pancreas, Lt. lobe liver, Transverse colon) with multiple small air intralesion; suspected from inflammatory process or perforation into the lesser sac



Progression & management (at ER : 24 hours later)

- V/S : 38.8⁰C, RR 24, PR 174, BP 61/40
- Hct. 25.5%
- NG-tube : Fresh blood ~ 1L irrigate (not clear)
- ผู้ป่วยอาเจียนออกมาเป็นเลือดสด ร่วมกับถ่ายเป็นเลือดสด ต่อมาผู้ป่วยหมดสติ และวัดความดันโลหิตไม่ได้
- Rx : - ET-tube intubation
 - CVP = 5 cm.H₂O
 - Crystalloid 3L, Colloid 2L
 - Dopamine (2:1) 5 microdrop/min.
 - จอง : PRC 10 units, Plt. 10 units, FFP 6 units

Consult: Surgeon, GI-Med.

Intraoperative endoscopy: Marked fresh blood, couldn't identify bleeding site

- ผ่าตัดนาน 4 ชม. 30 นาที , ได้รับ PRC 10 units, FFP 3 units, Plt. 5 unit, Crystalloid 5L, Colloid 4L (Total = 13,241 ml.)
- Estimated blood-loss = 1,100 ml.

Operation: Explore with gastrotomy & duodenotomy

Findings:

1. Previous gastrojejunostomy with adhesion of the stomach with pancreas.
2. Markedly distended stomach contain with blood-clot.
3. Cystic mass lesion 5 cm. in diameter, lying behind the head & body of pancreas.

Procedure :

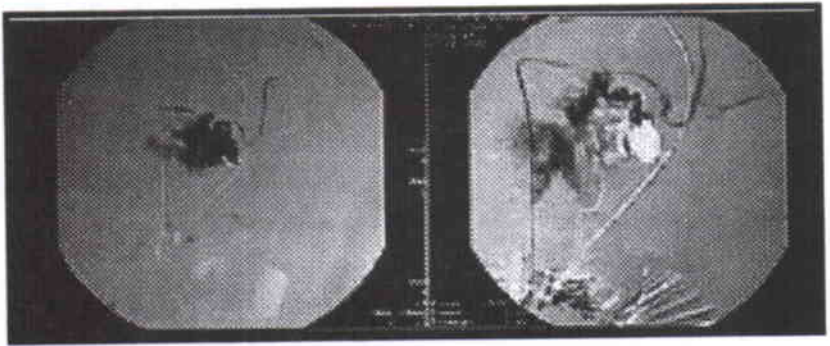
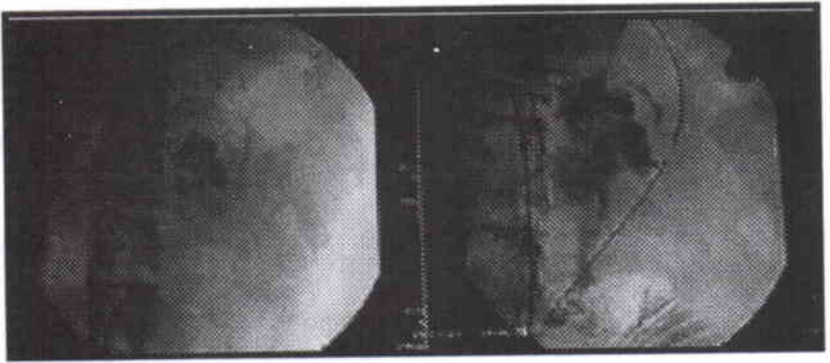
1. Gastrotomy at antrum
 - Remove blood-clot
 - No GU, some gastritis
 - Not seen point of bleeding
2. Duodenotomy (1st + 2nd part)
 - Identify ampulla of Vater
 - No DU/Duodenitis
 - Not seen point of bleeding then extended excision
Blood oozing from 3rd part of duodenum,
compressing the aorta the bleeding slowly
3. Aspiration the cystic masses behind the pancreas ได้เป็น fluid ลักษณะเหมือน dilutional blood
4. Generalized exploration was done.
 - Closed stomach and duodenum with duodenostomy tube

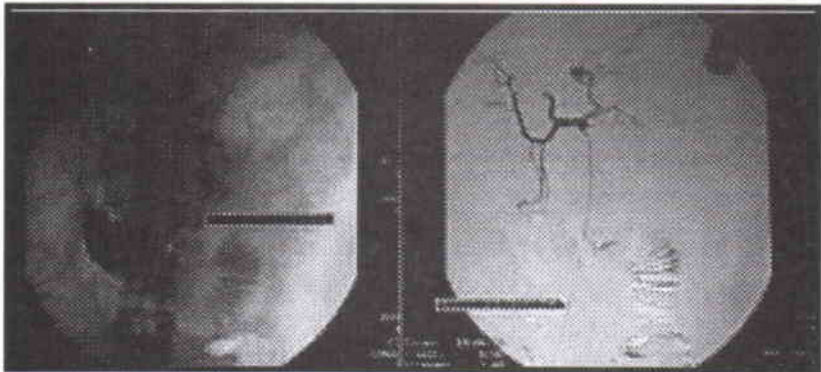
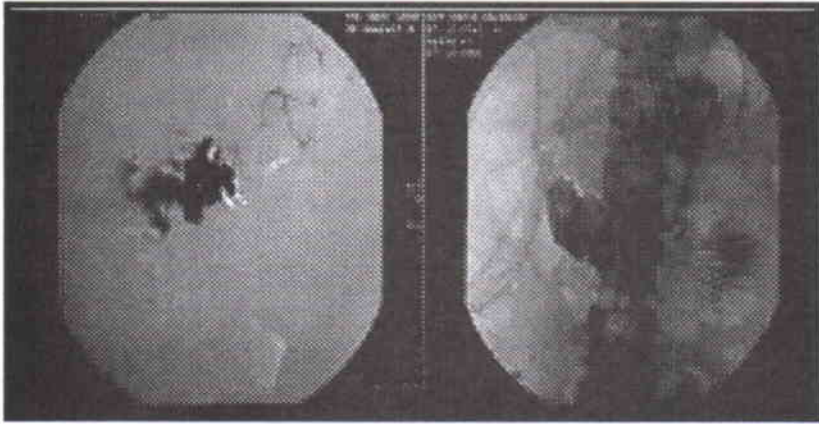
- Sump-drain was insert at subhepatic area.

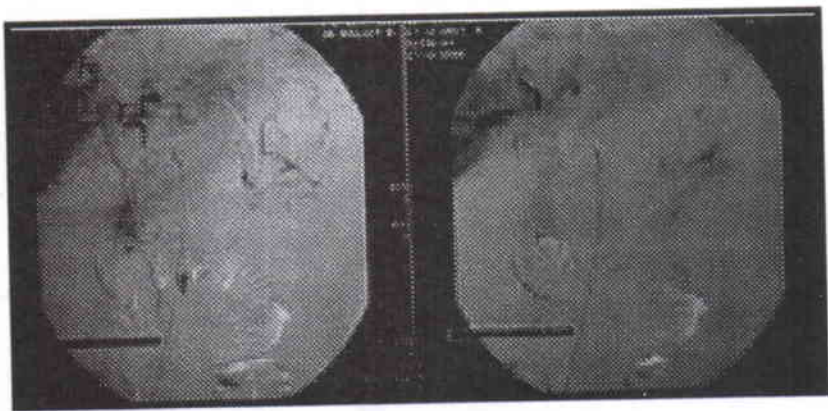
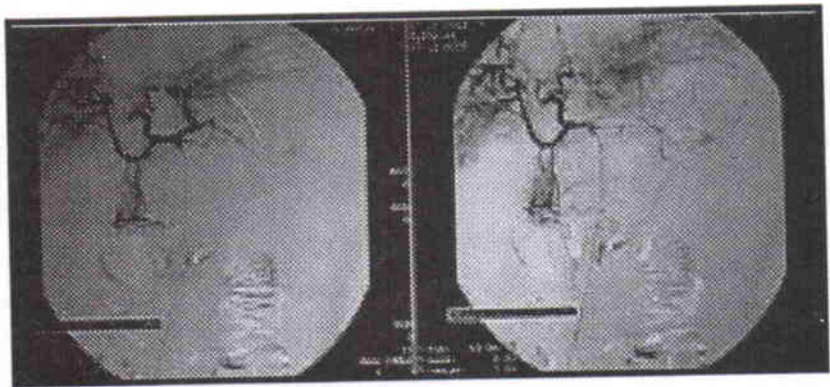
Consult: Interventional radiologist for emergency percutaneous angiography embolization (PAE)

Angiogram report:

- Aortogram, selective angiogram in celiac & SMA & splenic arteries was performed.
- Aortogram :
 - Absent in celiac branch; splenic artery but there is presented in distal part of the splenic artery in delayed phase; may be from distal collateral anastomosis
 - No evidence of abnormal extravasation contrast media collection is seen
- Splenic angiogram:
 - Abnormal severe stenosis in proximal part of splenic artery with abnormal extravasation of the contrast media; about 3 cm. in diameter with connection to the duodenum by the presentation of contrast media in the duodenum by splenic angiogram
 - *Suggested* : erosion of splenic pseudoaneurysm ruptured into the duodenum; may be from pancreatitis or complication of pancreatic-pseudocyst







GELFOAM - EMBOLIZATION IN PROXIMAL PART OF SPLENIC ARTERY :

- Gelfoam were injected into the prox.part of splenic artery with lower pressure.

- Post-embolization splenic angiogram was performed; it is not seen the extravasation of the contrast media and still shown distal collateral anastomosis to the distal part of splenic artery

- *IMP* : Successful gelfoam embolization in ruptured splenic artery aneurysm or pseudoaneurysm

CT-abdomen.(S/P embolization of splenic artery; 10 days later)

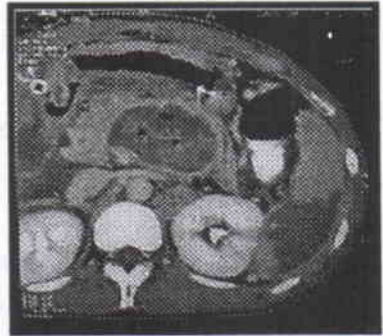
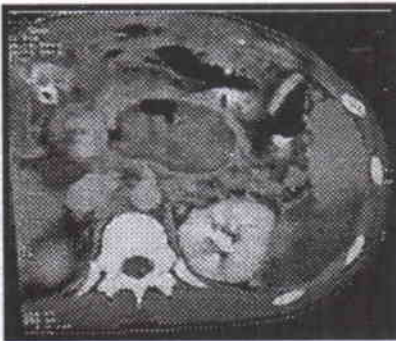
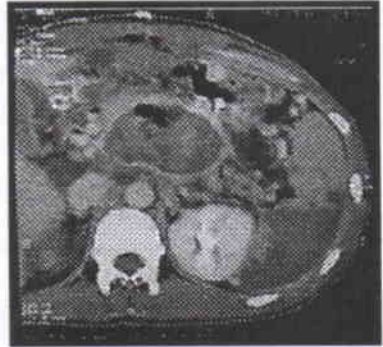
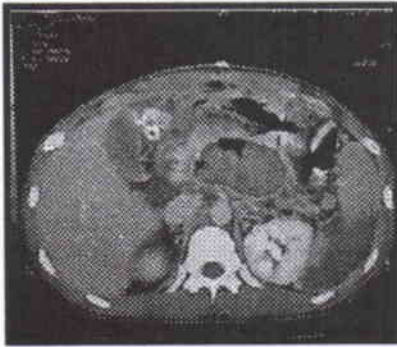
- Cystic lesion 4x5x8 cm.in size with containing air and internal hyperechoic content at dorsal aspect of pancreas; likely to be hemorrhagic pseudocyst with containing air (possible from either infective process or fistula with GI-tract or introduced by previous surgery

- Hazziness at peripancreatic fat, the visualized pancreas appears normal size

- No demonstrable of splenic vein; possibly either from compress by pseudocyst or thrombosis in splenic vein, Multiple collateral vessels at splenic hilum, omentum and periportal vein

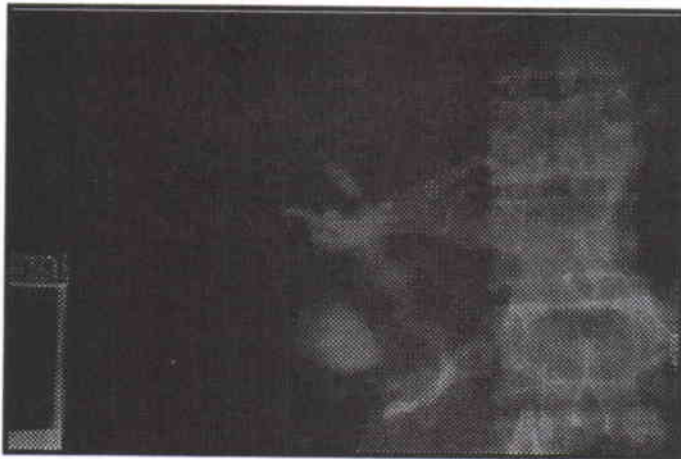
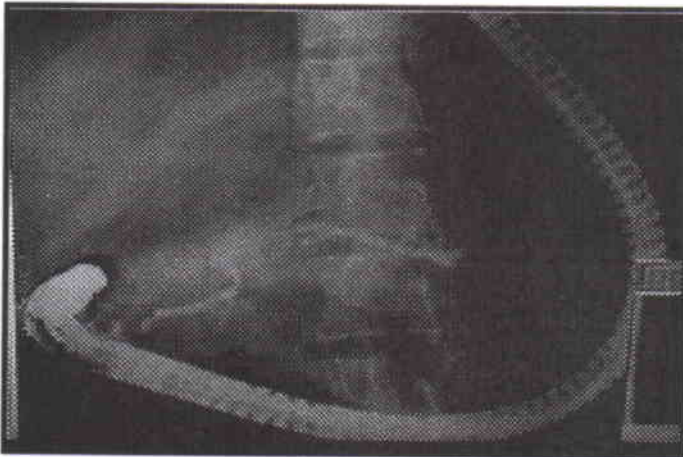
- Splenomegaly with patchy area of hypodensity in spleen;
compatible with splenic infarction

- No liver mass
- Normal both kidneys
- Ascites
- Pleural effusion



ERCP : (S/P Sx & embolization; 20 days later)

- Normal pancreatic duct, no connection with pancreatic-cyst
- Normal CBD



• Medications:

- ceftriazone x 14 days
 - metronidazole (iv) x 14 days
 - amikacin x 10 days
 - omeprazole (iv) x 20 days
 - vitamin-K (iv) x 27 days
 - dopamine(2:1) 3 microdrop/min. x 7 days (ระหว่างที่ผู้ป่วย
อยู่ ICU-Sx)
- Off ET-TUBE & Ventilator at day3-postop.
 - Off Sump-drain at day12-post op.
 - Start : liquid diet at day20-post op. ---> soft diet ---> regular diet

F/U:

ทุก 1 เดือน (ครั้งล่าสุดคือเดือนที่ 4 หลังจากออกจากรพ.) ผู้ป่วย
สบายดีตลอด, กินได้ปกติ, ไม่ปวดท้อง, ไม่อาเจียน, ไม่มีไข้, ไม่มีถ่ายดำ /
ถ่ายเป็นเลือด

2. Visceral artery aneurysm



พญ. เปรม เก่งชน

หน่วยทางเดินอาหารและโรคตับ รพ.พระมงกุฎเกล้า

Visceral artery aneurysm (VAA)

- Uncommon form of vascular pathology^{5,14}
- อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยมากกว่า 50 ปี^{1,14}
- Mortality rate in Ruptured VAA 25%¹⁰
- เส้นเลือดที่เกี่ยวข้อง^{8,10,14,27}
 - Splenic AA
 - Gastroepiploic AA
 - Hepatic AA
 - Ileal AA
 - Gastroduodenal AA
 - Celiac AA
 - Pancreaticoduodenal AA
 - Gastric AA
- 31% ของผู้ป่วยมี involve associate aneurysm อื่นๆ ได้แก่¹⁰
 - Thoracic aorta
 - Lower extremities
 - Abdominal aorta
 - Intracranium
 - Renal artery
 - Iliac artery

อาการ :^{20,29,31}

- 74% Abdominal pain (RUQ, Epigastrium)
- Abdominal distension
- GI-Bleeding (UGIB > LGIB)
- Recurrent GI-Bleeding
- Hemodynamic instability (Shock)

58% ของผู้ป่วย Detect aneurysm before rupture by chance or abdominal symptoms¹⁰

สาเหตุ :^{4,5,7,9,12}

- Definite etiology
- Unknown
- Pancreatitis
- Trauma
- Connective tissue disease เช่น Ehlers-Danlos syndrome type4
- Alpha1-antitrypsin deficiency
- etc.

Pancreatitis :

- Vascular pathology เกิดขึ้นจาก²⁵
1. Pancreatic inflammatory process

- enzymatic autodigestion peripancreatic artery
- weakening the wall of peripancreatic blood vessels

2. Pancreatic pseudocyst

- vessel wall erosions
- 10% ของผู้ป่วย Chr.pancreatic มี Pseudoaneurysm โดย 50% ของ Pseudoaneurysm คือ *Splenic artery*³⁴

GI-Bleeding :

- Erosion of these aneurysms into
- abd.vicera เช่น stomach, duodenum, CBD, pancreatic duct^{20,28,29,31}
- abd.vessel เช่น pseudoaneurysm, arteriovenous fistula^{3,6,21}
- Free intraperitoneal rupture^{15,23}
- ควรนึกถึง Hemorrhage จาก VAA ในกรณีต่อไปนี้^{6,30}
 1. Obscure case of GI-Bleeding
 2. Hx alcoholism + RUQ/Epigastric pain
 3. Chr.pancreatitis c/s pseudocyst
 4. Elderly+recurrent GI-Bleeding with obscure source

Pathological findings:^{20,32}

- Diffuse deficiency of internal elastic lamina
- Fibromuscular dysplasia
- Atherosclerosis
- Cystic medial necrosis

Investigations :^{16,17,18}

- Definite Dx of aneurysm : *Angiography*
- Spiral CT
- 99mTc Red blood cell scintigraphy
 - ใช้ Dx low-flow GI-Bleeding ในรายที่ endoscopic negative
 - 91% Sensitivity for Dx active GI-Bleeding

Management :

1. Selective visceral angiography during acute hemorrhage

Embolization

- ควรพิจารณาให้ embolization เป็น Primary treatment ในผู้ป่วยที่
ได้รับการวินิจฉัยต่อไปนี้⁶

- Splenic AA
- Intrahepatic AA
- Gastric/gastroduodenal/gastroepiploic AA

- Pseudoaneurysm associated with pancreatitis

- พบว่า success rate ~80%²⁴

2. Surgery^{14,24} - Simple ligation

- Aneurysm resection

พบว่า surgical approach มี Mortality rate 16-50%

Splenic artery aneurysm (SAA)

- พบไม่บ่อย^{2,11}

- Incidence จาก Autopsy 0.07%, ในคนแก่ 10%

- Most common of splanchnic aneurysm²¹

- 60% of VAA⁵

- Potential ruptured¹¹

- Ruptured associated Mortality rate 36%⁵

- F:M = 4:1¹⁴

Major risk factor_:^{11,21}

- PHT with splenomegaly

- Infection (Mycotic aneurysm)

- Multiple pregnancies

- Trauma

- Inflammation (Pancreatitis)

- Vasculitis

Causes:⁵

- Medial degeneration with superimposed atherosclerosis (2/3 ของผู้ป่วยมี calcification of aneurysm wall)
- Arterial fibrodysplasia
 - incidence SAA เพิ่มขึ้น 6 เท่า เมื่อเทียบกับ general population
 - inflammation secondary to pancreatitis

Form and size :^{13,14,21}

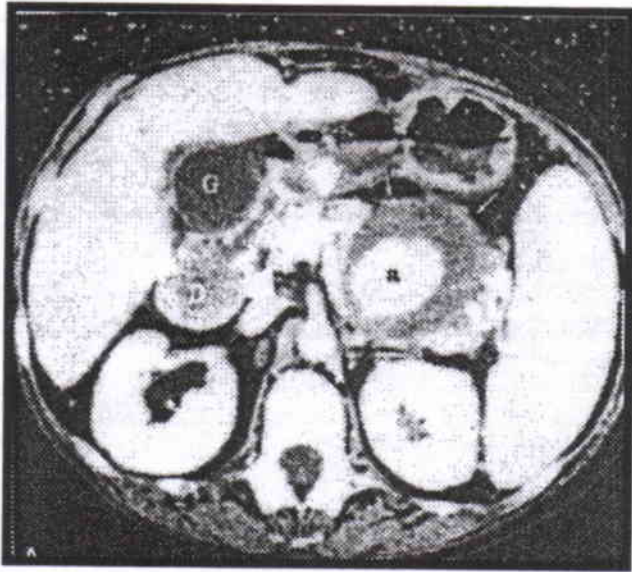
- Solitary, sacular lesion
- ส่วนใหญ่มีเส้นผ่าศูนย์กลาง ≤ 3 cm. (rare: Giant > 10 cm.)
- Arising/near vascular bifurcation

อาการ:^{11,21}

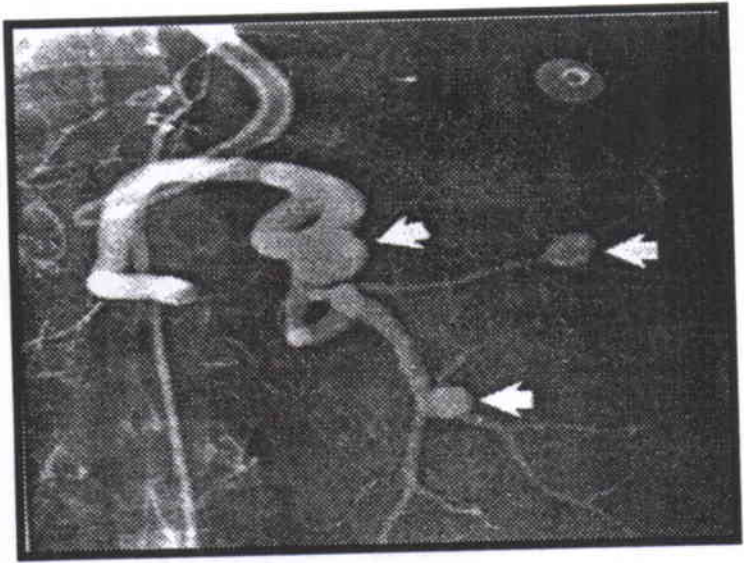
- ส่วนใหญ่เป็น incidental findings
- 20% มาด้วย Abd.pain (chronic, vague, LUQ/epigastric pain)
- 10% มี Acute rupture²¹
 - MR. 25%
 - Free intra peritoneal rupture
 - Erosion into abd.viscera/vessels เช่น splenic AA erode splenic vein AV

Dx :¹¹

- angiography
- U/S
- CT
- exploratory laparotomy



SPENIC ARTERY PSEUDOANEURYSM :³⁴ Pancreatic pseudocyst (small arrows) contains a large splenic artery pseudoaneurysm(a) in a patient with calcified atrophic chr.pancreatitis(large arrow). Enhancement of pseudoaneurysm equal aorta and portal vein. D=duodenum, G=gallbladder



*Splenic artery aneurysm.*³⁴ Multiple splenic AA (arrows) and splenomegaly are demonstrated in this patient with cirrhosis and portal hypertension.

Management :²¹

- เนื่องจาก High mortality ดังนั้นควรพิจารณาให้การรักษาในกรณีต่อไปนี้

1. Symptomatic

2. Asymptomatic

- enlarging
- diameter > 3 cm.
- woman in child bearing age
- found during pregnancy

วิธีการ :³³

1. Angiographic embolization

- success rate 75-100%
- low morbidity 14-25%
- death rate 0-14%

3. Simple ligation of the splenic artery or aneurysm resection (mortality rate 62%)

SAA – during pregnancy

Incidence:

- มักพบใน multiparous women, women in child bearing age^{3,11,21}
- 2/3 เกิดใน 3rd trimester²⁶

อาการ^{21,22}

- Clinical presentation : Non-specific
- ให้นึกถึงในกรณีต่อไปนี้

1. Good hemodynamic compensation --> *rapid deterioration*
2. Abd.pain + progressive hypotension

Causes :^{21,26}

- Increase blood flow
- Change in vascular-wall

Mortality :^{4,22}

- Rare event but *high ruptured mortality*

--> MR. ของแม่ 70%

--> MR. ของfetus (fetus loss) 95%

Dx :²²

- Laparotomy

References:

1. Salam TA, Lumsden AB, Martin LG, Smith RB 3rd. Nonoperative management of visceral aneurysms and pseudoaneurysms. Am J Surg 1992 Sep;164(3):215-219
2. Asokan S, Chew EK, Ng KY et al. Post partum splenic artery aneurysm rupture. J Obstet Gynaecol Res 2000 Jun;26(3):199-201
3. Lambert CJ Jr, Williamson JW. Splenic artery aneurysm. A rare cause of upper gastrointestinal bleeding. Am Surg 1990 Sep;56(9):543-5
4. Shimonov M, Nobel m, Kunichevski M,et al. Splenic artery aneurysm. Harefuah 1998 Jun 1;134(11):844-6,919

5. Gaglio PJ, Regenstein F, Slakey D, et al. Alpha-1 antitrypsin deficiency and splenic artery aneurysm rupture: an association?. Am J Gastroenterol 2000 Jun;95(6):1531-4
6. Steckman ML, Dooley MC, Jacques PF, et al. Major gastrointestinal hemorrhage from peripancreatic blood vessels in pancreatitis. Treatment by embolotherapy. Dig Dis Sci 1984 Jun;29(6):486-97
7. Horowitz MB, Purdy PD, Valentine RJ, et al. Remote vascular catastrophes after neurovascular interventional therapy for 4 Ehlers-danlos Syndrome. AJNR Am J Neuroradiol 2000 May;21(5):974-6
8. Koehler PR, Nelson JA, Berenson MM. Massive extra-enteric gastrointestinal bleeding angiographic diagnosis. Radiology 1976 Apr;119(1):41-4
9. Chou YH, Tiu CM, Hsu CC, et al. Hereditary hemorrhagic telangiectasia: hepatic lesions demonstrated with color Doppler and power Doppler sonography. Eur J Radiol 2000 Apr;34(1):52-6
10. Carr SC, Mahvi DM, Hoch JR, et al. Visceral artery aneurysm rupture. J Vasc Surg 2001 Apr;33(4):806-11

11. Dave SP, Reis ED, Hossain A, et al. Splenic artery aneurysm in the 1990s. *Ann Vasc Surg* 2000 May;14(3):223-9
12. De Toma G, Plocco M, Nicolanti V, et al. Arterial aneurysms associated with cystic hepato-renal disease. *Press Med* 2000 Sep 30;29(28):1559-61
13. Bornet P, Medjoubi SA, Tissot A, et al. Giant aneurysm of the splenic artery-a case report. *Angiology* 2000 Apr;51(4):343-7
14. Carmeci C, AcClenathan J. Visceral artery aneurysms as seen in community hospital. *Am J Surg* 2000 Jun;179(6):486-9
15. Safioleas M, Misiakos EP, Kakisis J, et al. Splenic artery aneurysm rupture. *Acta Chir Belg* 1999 Dec;99(6):306-8
16. Neri E, Bonanomi G, Vignali C, et al. Spiral CT virtual endoscopy of abdominal arteries: clinical applications. *Abdom Imaging* 2000 Jan-Feb;25(1):59-61
17. Tandon V, Shanna R, Pande GK. Post-traumatic pancreatitis with associated aneurysm of splenic artery: report of 2 cases and review of the literature. *Can J Surg* 1999 Jun;42(3):215-9
18. Orellana P, Vial I, Prieto C, et al. ^{99m}Tc red blood scintigraphy for the assessment of active gastrointestinal bleeding. *Rev Med Chil* 1998 Apr;126(4):413-8

19. Ammori BJ, Madan M, Alexander DJ. Hemorrhagic complications of pancreatitis: presentatio, diagnosis and management. Ann R Coll Surg Engl 1998 Sep;80(5):316-25
20. Wagner WH, Allins AD, Treiman RL, et al. Ruptured visceral artery aneurysms. Ann Vas Surg 1997 Jul;11(4):342-7
21. Sendra F, Safrah DB, Mcgee G. A rare complication of splenic arthey aneurysm. Nesenteric steal syndrome, Arch Surg 1995 Jun;130(6):669-72
22. Shahabi S, Jani J, Masters L, er al. Spontaneous rupture of splenic artery aneurysm in pregnancy: report of two cases. Acta Chir Belg Sep-Oct 2000;100(5):231-3
23. Deshpande AA, Kulkami VM, Rege S, et al. Ruptured true aneurysm of splenic artery: an unusual cause of hemoperitoneum. J Postgrad med 2000 Jul-Sep;46(3):191-2
24. Mandel SR, JaQues PF, Sanofsky S, et al. Nonoperative management of peripancreatic arterial aneurysm. A 10-year experience. Ann Surg 1987 Feb;205(2):126-8
25. Singh G, Lobo DR, Jindal A, et al. Splenic arterial hemorrhage in pancreatitis: report of three cases. Surg Today 1994;24(8):752-5

26. Sam CE, Rabl M, Joura EA. Splenic artery aneurysm. *Wein Klin Wochenschr* 2000 Oct 27;112(20):896-8
27. Skettrup M, Rosted A, Holm M. Visceral aneurysms. Two case reports. *Ugeskr Laeger* 1998 Dec 7;160(50):7270-1
28. De mas R, Kohler B, Ante D, et al. Hemosuccus pancreaticus following rupture of a hepatic artery aneurysm. *Z Gastroenterol* 1989 Dec;27(12):736-8
29. Shahani RB, Bijlani RS, Dalvi AN, et al. Massive upper gastrointestinal hemorrhage due to direct visceral erosion of splenic artery aneurysm. *J Postgrad Med* 1994 Oct-Dec;40(4):220-2
30. Wagner WH, Cossman DV, Treiman RL, et al. Hemosuccus pancreaticus from intraductal rupture of primary splenic artery aneurysm. *J Vasc Surg* 1994 Jan;19(1):158-64
31. Bivins BA, Sachatello CR, Chuang VP, et al. Hemosuccus pancreaticus (Hemoductal pancreatitis): gastrointestinal hemorrhage due to rupture of a splenic artery aneurysm into the pancreatic duct. *Arch Surg* 1978 Jun;113(6):751-3

32. Matsumoto T, Sumiyama M, Fukami H, et al. A case report of hemosuccus pancreaticus caused by a ruptured splenic aneurysm. Nippon Geka Gakkai Zasshi 1998 Jan;89(1):128-32
33. John AC, Jae-sung, Cho, Alexander D, et al. Visceral pseudoaneurysms due to pancreatic pseudocysts: Rare but lethal complications of pancreatitis. J Vas Surg 2000;32:722-30
34. Gore, Levine, Laufer. Pancreatitis. Text book of gastrointestinal radiology. W.B. Saunders;1994:2152, 2228, 2230

3. Interhospital GI Conference

นพ. ขจรศักดิ์ มีมงคลกุลดิลก
หน่วยโรคทางเดินอาหาร รพ. จุฬาลงกรณ์

ผู้ป่วยหญิงพม่าคู่อายุ 26 ปี อาชีพรับจ้าง

ปป : ปวดท้องบริเวณด้านขวาบน 3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ปวดท้องบริเวณด้านขวาบน ปวดแบบตื้อๆเป็นพักๆครั้งละประมาณ 30 นาที อาการปวดไม่ร้าวไปที่ใด คลื่นไส้ไม่อาเจียน ปัสสาวะอุจจาระปกติ ไม่มีตัวเหลืองตาเหลือง ผู้ป่วยทานยาเม็ดแก้ปวดท้อง แต่อาการไม่ดีขึ้นจึงมาโรงพยาบาล

ปอ : 2 ปีก่อนมาโรงพยาบาล เคยปวดท้องบริเวณด้านขวาบน ขณะนั้นตั้งครรภ์ได้ 20 สัปดาห์ แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นนิ่วในถุงน้ำดีและผ่าตัดถุงน้ำดีออกไป หลังจากนั้นไม่มีอาการปวดท้องอีกเลย
ไม่ดื่มเหล้า ไม่สูบบุหรี่

PE : T 37°C BP 120/80 mmHg PR 98/min RR 20/min

General Appearance : good consciousness , not pale , no jaundice

HEENT : normal , no lymphadenopathy

Heart : normal S1S2, no murmur

Lungs : clear

Abdomen : old surgical scar RUQ

Tenderness RUQ , no guarding

No hepatosplenomegaly , active bowel sound

PR : no mass , not tender

Ext : no edema

Investigation

CBC : Hb 11.8 Hct 33.4 MCV 82 wbc 8,900 cell / mm³

PMN 72 % lymphocyte 20 % monocyte 4 % Eo 4 %

Plt 215,000

U/A : Spgr 1.004 PH 6.5 no wbc no rbc

LFT : SGOT 21 SGPT 21 ALP 75

T Bili 1.64 D Bili 0.6

Amylase 135 IU/L

Lipase 24 IU / L

Discussion

ผู้ป่วยรายนี้เป็นผู้หญิงมีประวัติผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีมาก่อน ครั้งนี้ มาด้วยอาการของ acute biliary colic pain ทำให้นึกถึงว่าจะเป็นเรื่องของ common bile duct stone , sphincter of Oddi dysfunction หรือ parasite เนื่องจากเป็นชาวพม่า มีประวัติรับประทานอาหารสุกๆดิบๆ ผลเลือดมี Eosinophilia ได้ทำ U/S พบ common bile duct dilate 1.2 ซม.

ไม่พบ stone จึงได้ตัดสินใจทำ endoscopic retrograde cholangiopancreatography พบ filling defect ใน common bile duct เป็นลักษณะของ *Ascaris lumbricoides* ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการใช้ tripod คีบตัว parasite ออกมา และให้ยารักษาต่อคือ Mebendazole (100) 1 เม็ดวันละ 2 ครั้งอยู่ 3 วัน อาการดีขึ้นจนกลับบ้านได้

3. Ascariasis



นพ.ชจรศักดิ์ มีมงคลกุลดิลก

หน่วยโรคทางเดินอาหาร รพ.จุฬาลงกรณ์

Ascaris Lumbricoides^{1,2} เป็นพยาธิตัวกลมที่มีขนาดใหญ่ที่สุด อาศัยอยู่ในลำไส้เล็กส่วน jejunum และ ileum เป็นพยาธิที่พบได้ทั่วโลก พบมากในเขตร้อนและมีความขึ้นสูง โดยเฉพาะในหมู่ประชากรที่มีสุขอนามัยไม่ดี สำหรับในประเทศไทยพบได้ทุกภาค

วงจรชีวิต^{3,4} :-

เนื่องจากไม่มีอวัยวะสำหรับกัดหรือเกาะอยู่กับผนังของลำไส้ จึงอาศัยอยู่โดยการร่ายทวนการบีบตัว (peristalsis) ของลำไส้ตลอดเวลา เพราะฉะนั้นในพยาธิที่แก่คือมีอายุ (life span) ประมาณ 1 ปี จะร่ายทวน peristalsis ไม่ไหว ผู้ป่วยก็จะถ่ายออกมาเอง พยาธิตัวเมียเพียงหนึ่งตัวจะสามารถผลิตไข่ได้เป็นจำนวนหลายล้านฟองตลอดชีวิตของมัน และสามารถออกไข่ได้ประมาณ 200,000 ฟองต่อวัน Fertilized egg เมื่อออกมากับ

อุจจาระมาอยู่ตามพื้นดิน มีความชื้นที่เหมาะสม และมีอุณหภูมิประมาณ $22^{\circ}\text{C} - 33^{\circ}\text{C}$ ประมาณ 2 สัปดาห์จะเจริญแบ่งตัวกลายเป็นตัวอ่อนระยะที่ 1 และเจริญต่อไปกลายเป็นตัวอ่อนระยะที่ 2 ซึ่งยังอยู่ในเปลือกไข่ ภายในเวลา 1 สัปดาห์ ซึ่งเป็นระยะติดต่อกัน (Infective stage) ไข่ระยะติดต่อกันนี้จะอยู่ตามพื้นดิน สนามหญ้า มีความทนทานต่อดินฟ้าอากาศ ความแห้งแล้ง หรือน้ำยาฆ่าเชื้อต่างๆไป และอาจคงอยู่ในสภาพนี้ได้ยาวนานถึง 1 ปี แต่จะถูกทำลายโดยแสงแดดหรือความร้อนตั้งแต่ 15°C ขึ้นไป เมื่อติดไปกับอาหารหรือเครื่องดื่ม ผ่านถึงลำไส้ ตัวอ่อนจะออกจากเปลือกไข่ไขผนังลำไส้เข้าสู่ mesenteric venules และ lymphatics ผ่าน portal circulation ไปที่ตับ เข้าหัวใจข้างขวา ไปที่ปอดอยู่รอบๆ alveolar capillaries ต่อไป larvae จะไชทะลุจาก capillaries เข้าสู่ air sacs ผ่านไปที่ bronchioles, trachea ในระยะที่ larvae เดินทางผ่านปอดนี้จะมีการลอกคราบอีก 2 ครั้ง larvae จะมีขนาดใหญ่และแข็งแรงขึ้น ต่อไปจะผ่านเข้าสู่ pharynx epiglottis ลงมาที่ esophagus และเจริญเป็นตัวแก่ในลำไส้เล็กต่อไป

พยาธิสภาพและอาการของโรค

1. ตัวอ่อนอาจจะทำให้เกิดมี minute hemorrhage ที่ผนังของลำไส้ในขณะที่ผ่านตับ ถ้ามีเป็นจำนวนมากอาจทำให้เกิดตับอักเสบ ตัวอ่อนเดินทางผ่านปอดโดยเฉพาะในเด็ก ทำให้เกิดอาการที่เรียกว่า Loeffler's syndrome มักเกิดภายหลัง 1 - 2 สัปดาห์

ที่ได้รับระยะติดต่อเข้าไป อาการแสดงคือไข้ หายใจหอบตื้นและเร็ว ไข eosinophilia , patchy pulmonary infiltration

2. พยาธิตัวแก่

2.1 Robbing effect โดยเฉพาะในเด็ก มีอาการขาดอาหาร ผอม ท้องป่อง

2.2 Injurious effect^{5,6,7,8}ทำให้เกิด intestinal obstruction, perforation, appendicitis, biliary colic , gallstone formation, cholecystitis, pyogenic cholangitis, liver abscess, pancreatitis

2.3 Allergic effect ทำให้เกิด urticaria , asthmatic bronchitis

Pancreatic – biliary Ascariasis⁹

Sandouk และคณะได้ทำการศึกษาผู้ป่วย 300 ราย ในประเทศซีเรีย พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 70% อายุเฉลี่ย 42 ปี (16 - 82 ปี) มาด้วยอาการปวดท้อง 98% ascending cholangitis 16% acute pancreatitis 4% ประวัติอาเจียนออกมาเป็นพยาธิ 25% จำนวนผู้ป่วยเฉลี่ยต่อเดือน 4.33 + 1.82 ราย ช่วงเดือนถือศีลอด (รอมดอน) จะเพิ่มเป็น 8.0 + 3.32 ราย สามารถวินิจฉัยตัวพยาธิได้จากคลื่นเสียงความถี่สูง 52 % การทำ ERCP พบตำแหน่งของพยาธิใน common bile duct 95 % ที่

ampulla และ duodenum 3 % ที่ pancreatic duct 2.3 % ลักษณะของ ampulla แบ่งได้เป็น 3 แบบคือ

- แบบที่ ampulla ถูกทำลายและมีพยาธิอยู่ พบ 86 %
- ampulla ปกติและมีพยาธิอยู่พบ 10 %
- ampulla ถูกทำลายแต่ไม่มีพยาธิพบ 4 %

จากรายงานวารสารนี้สรุปว่าใน endemic area สาเหตุของโรคทางเดินน้ำดีพบว่าเป็นจาก ascaris ได้ใกล้เคียงกับนิ่วในถุงน้ำดี fragment ของพยาธิตัวแก่หรือไข่ของพยาธิอาจเป็น nidus สำหรับการเกิด gallstone ได้ซึ่งจะพบเป็น pigment type เนื่องจากมี bile stasis ร่วมกับ ascending bacterial infection

pancreatic-biliary ascariasis มักพบในผู้ป่วยที่มีประวัติเคยผ่าตัดทางเดินน้ำดีมาก่อน เช่นตัดนิ่วในถุงน้ำดี เนื่องจากการผ่าตัดทางเดินน้ำดีเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญสำหรับการเกิด pancreatic - biliary ascariasis ซึ่งเป็นเหตุผลที่อธิบายว่าผู้หญิงมีโอกาสที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนจากพยาธิชนิดนี้ได้มากกว่า ในประเทศที่เป็น endemic area การทำ sphincterotomy ควรหลีกเลี่ยงเพราะเป็นปัจจัยที่ชักนำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากพยาธิชนิดนี้

การวินิจฉัย pancreatic-biliary ascariasis ต้องอาศัยการเฝ้าระวังและสงสัย เนื่องจากการวินิจฉัยที่ล่าช้าออกไป อาจจะไม่พบพยาธิเข้าไปใน

ทางเดินน้ำดีและท่อตับอ่อน เพราะว่าพยาธิสามารถเคลื่อนไหวไปมาเข้าออก
ได้ การทำ ERCP ถือเป็นกรณีวินิจฉัยที่สำคัญและควรทำทันทีที่ผู้ป่วยมี
อาการปวดท้อง

สำหรับในประเทศไทย¹⁰ วรพันธุ์ เสาวรส ได้รายงานผู้ป่วยหญิง
ไทย 1 รายที่มาด้วยอาการปวดท้องรุนแรงจากตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน
การตรวจวินิจฉัยเบื้องต้นและรักษาแบบประคับประคองไม่ได้ทำให้ผู้ป่วย
อาการดีขึ้นเลย จึงได้ตัดสินใจทำ ERCP วันที่ 12 หลังจากนอนโรงพยาบาล
พบพยาธิ 3 ตัวออกมาจากรูเปิดของ papilla การฉีดสีเข้าทางเดินน้ำดีพบ
พยาธิจำนวนมากจุกแน่นในท่อน้ำดีรวมและท่อน้ำดีภายในตับทั้ง 2 ข้าง ได้
คีบพยาธิออกมาโดยใช้ dormia basket ใช้เวลา 3 ชั่วโมงครึ่งได้พยาธิ
ออกมา 26 ตัวมีขนาดความยาวตั้งแต่ 13 ถึง 24 เซนติเมตร
ยาที่ใช้ในการรักษาพยาธิไส้เดือน

1. ผลมะเกลือสด 1 ผลต่ออายุ 1 ปีไม่เกิน 25 ผล มีรายงานว่าทำ
ให้เกิดตาบอดได้ จึงไม่นิยมใช้กัน
2. Piperazines citrate 75 มก./ น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ขนาดสูง
สุด 4 กรัม ทำให้พยาธิเกิด flaccid paralysis และถูกขับ
ถ่ายออกมา สำหรับผู้ป่วยที่ท้องผูกหลังจากใช้ยาชนิดนี้ ต้องใช้
ยาระบายช่วยเพื่อให้พยาธิถูกขับออกมาได้ง่าย
3. Pyrantel pamoate 10 มก./น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม

4. Mebendazole จะไปยับยั้ง glucose uptake และ phosphorylation ใน mitochondria ของพยาธิ ขนาดที่ใช้ 100 มก. วันละ 2 ครั้งเข้าเย็น 3 วันติดต่อกัน
5. Albendazole จะไปยับยั้ง glucose ของพยาธิทำให้เกิด glycogen depletion
6. Levamisol จะไปกระตุ้น ganglion และยับยั้ง succinate dehydrogenase และ fumarate reductase ทำให้เกิด paralysis ของพยาธิ ขนาดที่ใช้ 2.5 มก.ต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมครั้งเดียว
7. Thiabendazole จะไปยับยั้ง fumarate reductase ทำให้พยาธิ paralyse ขนาดที่ใช้ 25 มก. / น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม / วัน 2 วัน ติดต่อกัน ขนาดสูงสุดไม่เกิน 3 กรัมต่อวัน
8. Bephenium hydroxynaphtgoate เป็น cholinergic antagonist ทำให้พยาธิ paralyse ขนาดที่ใช้ 2.5 กรัมครั้งเดียว 1 - 3 วัน หยุดยา 15 วัน ถ้ายังตรวจพบไข่ในอุจจาระ เริ่มให้กินใหม่ได้ในขนาดเท่ากัน

References:

1. Pawlowski ZS . Ascariasis : Host – pathogen biology . Rev Infect Dis 1982 ; 4 :806-14.
2. Crompton DWT , Nesheim MC , Pawlowski ZS . Ascariasis and its prevention and control . London : Taylor and Frances , 1985.
3. พิสิัย กรัยวิเชียรและคณะ . ตำราปรสิตวิทยาทางการแพทย์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พิมพ์ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2534 ; หน้า 166-79.
4. นิภา จรุงเวสม์และคณะ . โรคเขตร้อน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล พิมพ์ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2534 ; หน้า 195 –6
5. Khuroo MS , Zargar SA , Mahajan R . Hepatobiliary and pancreatic ascariasis in India . Lancet 1990 ; 335: 1503 – 6.
6. Khuroo MS , Mahajan R , Zargar SA , et al . Prevalence of biliary tract disease in India : A sonographic study in adult population in Kashmir . Gut 1989 ; 30 ; 201-5.
7. Khuroo MS , Zargar SA . Biliary ascariasis : A common cause of biliary and pancreatic disease in endemic area Gastroenterology 1985 ; 88 : 418 –23.
8. Chen D , Li X . Forty-two patients with acute ascaris pancreatitis in China . J Gastroenterol 1994 ; 29 : 676 – 8 .

9. Sandouk , F, Haffar , S ,Zada , MM,et al. Pancreatic – biliary ascariasis : Experience of 300 cases. Am J Gastroenterol 1997; 92 : 2264 –7.
10. Saowaros V Endoscopic retrograde cholangiopancreatographic diagnosis and extraction of massive biliary ascariasis presented with acute pancreatitis : a case report . J Med Assoc Thai 1999 ; 82 : 515-9.

นพ.สมชาย ลีลากุลวงศ์
สาขาวิชาโรคระบบทางเดินอาหาร รพ.ศิริราช

คอลัมน์นี้กลับมาเช่นเคยนะครับ สำหรับฉบับนี้มีเรื่องที่น่าสนใจอยู่ 4 หัวเรื่องด้วยกัน หลากหลายสไตล์เช่นเดิม

1. ผลของเชื้อ *Helicobacter pylori* สายพันธุ์ Cag A ต่ออัตราเสี่ยง การเกิดหลอดอาหารอักเสบหลังจากการกำจัดเชื้อ *H.pylori*

มีการศึกษากันมากเกี่ยวกับบทบาทของเชื้อ *H.pylori* ในโรค peptic ulcer แต่บทบาทในโรค GERD ยังมีข้อมูลไม่ชัดเจน ซึ่งคาดว่าเชื้อ *H.pylori* สายพันธุ์ Cytotoxin-associated gene A (Cag A) จะป้องกันการเกิด GERD ได้ มีการศึกษาเพื่อประเมินผลของเชื้อ *H.pylori* สายพันธุ์ Cag A ต่อ ปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรค GERD หลังจากได้รับการกำจัดเชื้อแล้ว โดยทำการ ศึกษาในผู้ป่วยที่ติดเชื้อ *H.pylori* ที่ได้รับยากำจัดเชื้อแล้วจำนวน 50 ราย และไม่มีอาการแสดงของโรค GERD , esophagitis และ hiatal hernia ผู้ป่วย 44 % ที่มีผล Cag A positive ผู้ป่วยทุกคนไม่ได้รับยา antisecretory ติดต่อกันเป็นเวลา 3 เดือน และทำ endoscopy ทุก 6,12,18 และ 24 เดือน หลังจากได้รับยากำจัดเชื้อ *H.pylori* จากการศึกษาพบว่าอุบัติการณ์การเกิด esophagitis 50 % และ 2.8% ในกลุ่มผู้ป่วยที่ตรวจพบ Cag A positive และ Cag A negative ตามลำดับ .

แม้ว่าการศึกษานี้จะเป็นการศึกษาเล็กแต่ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าการกำจัดเชื้อ *H. pylori* สายพันธุ์ Cag A มีส่วนเกี่ยวข้องทำให้การเกิด esophagitis ตามมาและเป็นตัวสนับสนุนว่าสายพันธุ์นี้อาจป้องกันการเกิดโรค GERD ซึ่งให้ผลสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยโรค Barrett's esophagus ที่มีผล Cag A- negative มีอัตราเสี่ยงสูงในการเกิด dyspepsia และ มะเร็ง

(ย่อจาก Rokkas T et al. *The association between Cag A: status and the development of esophagitis the eradication of Helicobacter pylori.* Am J Med 2001. Jun 15;110:703-7)

2. Fibrosis Progression in HCV patients with normal ALT levels.

ผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี ส่วนใหญ่จะไม่แสดงค่า ALT ผิดปกติ จัดอยู่ในกลุ่ม persistently normal serum alanine aminotransferase (PNALT) แต่ยังไม่มีความชัดเจนว่าผู้ป่วยในกลุ่มนี้จะต้องมีการติดตามมากกว่าผู้ป่วยที่แสดงค่า ALT ผิดปกติ (persistently abnormal ALT levels) หรือจะต้องได้รับการรักษาด้วย interferon นักวิจัยชาวฝรั่งเศสทำการศึกษาเพื่อประเมิน natural history ของไวรัสตับอักเสบ ซี ในผู้ป่วยกลุ่ม PNALT โดยศึกษาในผู้ป่วยมีติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี จำนวน 535 คน ซึ่ง 80 ราย อยู่ในกลุ่ม PNALT และ 455 ราย อยู่ในกลุ่มที่มีค่า ALT ผิดปกติ (control group) ช่วงค่า ALT ที่ปกติคือ 5-29 SIU/L ผู้ป่วยในกลุ่ม PNALT จะต้องมี

3. ผลของการสูบบุหรี่ต่อไวรัสตับอักเสบ ซี

การสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะตับแข็งจากอัลกอฮอล์ และ ภาวะตับแข็งจากไวรัสตับอักเสบ บี คือ การสูบบุหรี่จะทำให้มีอัตราการตายสูงขึ้นในผู้ป่วยที่มีภาวะตับแข็งจากอัลกอฮอล์ นักผู้เชี่ยวชาญชาวฝรั่งเศสได้มีการวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัวแปร เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่กับการเกิดการอักเสบและการเกิด fibrosis จากเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี ในผู้ป่วยตับอักเสบจากเชื้อไวรัส ซี จำนวน 309 ราย พบผู้ป่วยที่ไม่สูบบุหรี่จำนวน 77 ราย ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ 56 ราย และผู้ป่วยที่ยังสูบบุหรี่อยู่ 176 ราย การวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียว ระหว่าง ผู้ป่วยที่ยังสูบบุหรี่ ต่อการเกิดภาวะ fibrosis และ inflammation พบค่า HCV viral load ของผู้ป่วยกลุ่มที่สูบบุหรี่มีค่าสูง แต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญกับผู้ป่วยที่ไม่สูบบุหรี่ ซึ่งอาจแสดงได้ว่าการสูบบุหรี่ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิด fibrosis หรือ inflammatory ในผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบ ซี แต่การวิเคราะห์แบบหลายตัวแปร (การสูบบุหรี่, อายุ) พบว่า การสูบบุหรี่สามารถเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญต่อภาวะการเกิด fibrosis และ inflammation ($P=0.009$) จากการศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลนี้ สามารถแนะนำผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 45 ปี ให้หยุดสูบบุหรี่ เนื่องจาก จะทำให้เกิดภาวะ fibrosis เพิ่มขึ้น หรือเกิดการอักเสบของตับมากขึ้น

(Pessione F et al. Cigarette smoking and hepatic lesions in patients with chronic hepatitis C. Hepatology 2001 Jul;34:121-5)

3. ผลของการสูบบุหรี่ต่อไวรัสตับอักเสบ ซี

การสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะตับแข็งจากอัลกอฮอล์ และ ภาวะตับแข็งจากไวรัสตับอักเสบ บี คือ การสูบบุหรี่จะทำให้มีอัตราการตายสูงขึ้นในผู้ป่วยที่มีภาวะตับแข็งจากอัลกอฮอล์ นักผู้เชี่ยวชาญชาวฝรั่งเศสได้มีการวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัวแปร เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่กับการเกิดการอักเสบและการเกิด fibrosis จากเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี ในผู้ป่วยตับอักเสบจากเชื้อไวรัส ซี จำนวน 309 ราย พบผู้ป่วยที่ไม่สูบบุหรี่จำนวน 77 ราย ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ 56 ราย และผู้ป่วยที่ยังสูบบุหรี่อยู่ 176 ราย การวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียว ระหว่าง ผู้ป่วยที่ยังสูบบุหรี่ ต่อการเกิดภาวะ fibrosis และ inflammation พบค่า HCV viral load ของผู้ป่วยกลุ่มที่สูบบุหรี่มีค่าสูง แต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญกับผู้ป่วยที่ไม่สูบบุหรี่ ซึ่งอาจแสดงได้ว่าการสูบบุหรี่ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิด fibrosis หรือ inflammatory ในผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบ ซี แต่การวิเคราะห์แบบหลายตัวแปร (การสูบบุหรี่, อายุ) พบว่า การสูบบุหรี่สามารถเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญต่อภาวะการเกิด fibrosis และ inflammation ($P=0.009$) จากการศึกษานี้สามารถแนะนำผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 45 ปี ให้หยุดสูบบุหรี่ เนื่องจาก จะทำให้เกิดภาวะ fibrosis เพิ่มขึ้น หรือเกิดการอักเสบของตับมากขึ้น

(Pessione F et al. Cigarette smoking and hepatic lesions in patients with chronic hepatitis C. Hepatology 2001 Jul;34:121-5)

4. What causes Abdominal and back pain in Pancreatic cancer

อาการปวดท้องและปวดหลังเป็นอาการปกติที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคมะเร็งตับอ่อน นักวิจัยจากญี่ปุ่นทำการศึกษาแบบ retrospective เกี่ยวกับสาเหตุและความสัมพันธ์ของอาการปวดนี้กับโรคมะเร็งตับอ่อน โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งตับอ่อนและจะได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดจำนวน 95 ราย แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการปวดและไม่มีอาการปวดก่อนการผ่าตัด การจำแนกระดับความเจ็บปวด (pain intensity) โดยระดับความรุนแรงถ้าผู้ป่วยได้รับยาในกลุ่ม NSAIDs หรือ opioids ทุกวัน และอาการปวดเล็กน้อย เมื่อผู้ป่วยรับประทานยาแก้ปวด (analgesic) เป็นครั้งแรก พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการปวด จำนวน 40 ราย แบ่งเป็น 29 ราย และ 11 รายอยู่ในกลุ่มที่มีอาการปวดเล็กน้อย และ อาการปวดรุนแรงตามลำดับ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลระหว่างขนาดของก้อนมะเร็ง การลุกลามเข้าเส้นประสาทรอบตับอ่อน การลุกลามของมะเร็งเข้าเยื่อหุ้มตับอ่อนด้านหน้า และการกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองกับระดับความเจ็บปวดพบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งผู้ป่วยที่มีอาการปวดร่วมด้วย จะมีอัตราการอยู่รอดน้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีอาการปวด นอกจากนั้นพบว่าระดับความเจ็บปวดมีความสัมพันธ์กับ survival time กล่าวคือ mean survival time มีความสัมพันธ์กับระดับความเจ็บปวดรุนแรงและเล็กน้อย และที่ไม่มีอาการปวดเท่ากับ 9 เดือน, 19 เดือน และ 29 เดือนตามลำดับ ($P = 0.01$ สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการปวดรุนแรงเทียบกับที่ไม่มีอาการปวด) จากการศึกษานี้สรุปว่าระดับความเจ็บปวดสามารถเป็นตัวบ่งบอกอัตราการอยู่รอดได้ แต่อย่างไรก็ตาม

การศึกษานี้ควรจะมีการอธิบายให้ชัดเจน เช่นผู้ป่วยที่มีการลุกลามไป
ต่อมน้ำเหลืองเกี่ยวข้องกับความเจ็บปวดเนื่องจากมีความสัมพันธ์กับขนาด
ของก้อนหรือไม่

*(Okusaka T et al. Abdominal pain in patients with resectable
pancreatic cancer with reference to clinicopathologic findings.*

Pancreas 2001 Mar;22:279-84)

increase in megakaryocytes, decrease granulocytic maturation, no cluster of blasts. Essential thrombocythemia was diagnosed. Computed tomography of upper abdomen revealed hepatosplenomegaly and multiple low density and wedge shaped lesions with enhancement after contrast medium injection of the spleen (as shown in Fig.A). Liver was normal attenuation, the main portal vein and superior mesenteric vein were thrombosis (as shown in Fig.B). The patient was given with intravenous fluids, 3rd generation cephalosporin and metronidazole, hydroxyurea, and platelet pheresis. He felt better after the medical treatment. On the 21th day, he developed fever and abdominal pain again. Then, operation was performed due to the suspicious of splenic abscess. The findings demonstrated splenic infarction, hemorrhagic necrosis without frank pus. Splenectomy was done. Histology of spleen showed recent and old infarction without organism. Subsequently, he had marked elevation of platelets after splenectomy, which was treated with platelet pheresis and hydroxyurea. He got better after the following days.

Phunchai Charuscharoenwitthaya ,M.D.

Somchai Leelakusolvong ,M.D.

Division of Gastroenterology ,Siriraj Hospital, Mahidol University

**บันทึกการไปประชุม UEGW ที่ Amsterdam
ระหว่างวันที่ 5-10 ตุลาคม 2544**

ศ.นพ.เดิมชัย ไชยнуวัตติ

ผมออกเดินทางไป Amsterdam วันศุกร์ที่ 5 ตุลาคม 2544 โดยสายการบิน KLM เนื่องจากบินตรงจากกรุงเทพฯ และก็ไม่ต้องไปแวะอีก ก็เสียค่ายเหมือนกันที่ไม่ได้ Mileage เครื่องเข้าถึงท่าอากาศยาน Schiphol เวลา ก่อนหกโมงเช้า กว่าที่จะออกมาก็ใช้เวลาประมาณครึ่งชั่วโมง มาถึงโรงแรม ก่อนเจ็ดโมง โชคดีอากาศค่อนข้างจะ clear แต่ว่าค่อนข้างจะเย็น อุณหภูมิ ก็ประมาณสัก 11 °C โรงแรมที่อยู่ก็คือโรงแรม Okura อยู่ใกล้ๆ กับ Convention Centre และก็เป็นที่ค่อนข้างจะดี หลังจาก check in แล้วก็ออกไปเดินเล่นดูสถานการณ์รอบๆ โรงแรมด้วย ต้องยอมรับว่าในขณะที่นั่งในเครื่องบินนั้นต้องทานยานอนหลับชนิดหนึ่ง เพราะว่าใจก็หวั่นๆเกี่ยวกับความปลอดภัยในเครื่องบิน แต่ก็คิดอีกอย่างหนึ่งว่าในช่วงนี้การบินน่าจะปลอดภัย เพราะมีการตรวจเช็คค่อนข้างมากแต่ถึงยังไงก็ตามไม่ได้ละเอียดมากสำหรับสายการบินที่มาจากยุโรป ซึ่งทราบว่าจะแตกต่างกับสายการบินที่เข้าสหรัฐฯ มาก ยังหวั่นๆ ในช่วงที่บินทางผ่านจุดที่มีการสู้รบกัน ถึงแม้จะทราบว่ามีการบินเพียงอย่างเดียว

ในเช้าวันนี้ (คือวันเสาร์ที่ 6 ตุลาคม) มีการประชุมของ Concordat แต่เผอิญว่าผมพลาดไปก็เลยไม่ได้เข้า ก็มาทราบภายหลังใน Steering Committee Meeting ว่าก็ได้มีการคุยกันเกี่ยวกับเรื่อง World Congress และ Prof. Classen ก็ได้เล่าให้ที่ประชุมฟังถึงความก้าวหน้าต่างๆ ซึ่งเป็นที่พอใจของ Concordat มาก

เวลาบ่ายสองโมงเป็น เป็นการประชุม Local Host Committee Meeting ในการประชุม Local Host Committee นี้ก็มีการคุยกันค่อนข้างจะราบรื่นดี Prof. Classen ก็ดีใจที่เราได้ Contract ของทางโรงแรม Oriental และ Contract ของทาง Transportation มาแล้ว ซึ่งก็คงต้องใช้เวลาที่จะส่งไปให้กับ Prof. Geenen เพื่อไปให้นายตรวจสอบอีกทีหนึ่ง ในคราวนี้ Prof. Geenen ไม่ได้มาด้วย เข้าใจว่าคงไม่สบายใจที่จะบิน เราก็มานั่งนึกในใจว่า พวกเรานี้มากันหมดมี อาจารย์กำธร เผ่าสวัสดิ์ อาจารย์ประวิทย์ เลิศวีระศิริกุล และอาจารย์อนุชิต จุฑะพุทธิ และก็มีคุณวนิดาด้วย ที่ผาอันตรราย เพื่อที่จะมาประชุม แต่ส่วน Prof. Geenen ซึ่งอยู่ใกล้กว่าแต่ก็ไม่มาครับ

ได้คุยเกี่ยวกับเรื่องการแสดง ซึ่งคุณวนิดาก็ได้เตรียม LCD ไป ก็รู้สึกเป็นที่ตื่นตาตื่นใจของ ทาง OMGE และผู้ที่เกี่ยวข้องมาก และในขณะที่เดียวกันก็ได้เอากะเป๋าซึ่งได้ทำเอาไว้สำหรับแจกผู้ลงทะเบียนประชุม World Congress ทั้งหมด 9 ใบด้วยกันและ Prof. Classen ชอบมากขอไปเลยใบหนึ่งในฐานะที่เป็นประธาน Ellen ขออีกใบหนึ่ง และอีกสองใบเอาไปติดไว้ในที่ Exhibition Hall ซึ่งผมจะกล่าวต่อไปนะครับ สำหรับเรื่องต่างๆไปก็ได้

ย้ำถึงวันของการประชุมซึ่งก็เป็นที่ตกลงกันว่าเราจะไม่เลื่อนการประชุมนี้แน่นอน และบริษัทที่เข้ามาสนับสนุนก็ยังไม่มีการถอนตัวออกเลย ซึ่งแตกต่างจากการประชุมซึ่งจะมีขึ้นที่ตุรกีที่จะมีอีกประมาณซักในสองสัปดาห์ข้างหน้า นี้ ปรากฏว่าทั้งหมดมีอยู่ 30 บริษัทด้วยกันที่สนใจที่จะเข้าประชุม และก็ได้อ้างอิงที่จะมาเข้าร่วมประชุมด้วย แต่ก็ปรากฏว่าในขณะนี้ในวันประชุมนี้ เหลืออยู่ 5 บริษัทเท่านั้น และคิดว่าและการประชุมที่ตั้งใจว่าจะจัด 3 วัน ก็จะลดเหลือ 1 วันเท่านั้น ก็น่าเห็นใจ

หัวข้อที่คุยกันหนักก็คือเรื่อง Promotion เราก็มีความกังวลใจนะครับ ว่าผู้ที่เข้าประชุมอาจจะน้อยลง ในขณะที่ตัวเลขของผู้ที่เข้าประชุมที่ลงทะเบียนมาจริง ๆ ก็มีประมาณ 1,200 คน และที่บริษัทฯ committedว่าจะลงทะเบียนให้และก็จะจองห้องไว้แล้วอีกประมาณอีก 2,600 คนทั้งหมดก็ประมาณ 3,800 คน ซึ่งก็ถือว่าน้อยมากนะครับเมื่อเทียบกับเมื่อคราวประชุมที่ Vienna แต่ผมก็ได้ชี้ให้เห็นว่าถ้าดูจากรายละเอียดแล้วจะเห็นว่าคนที่มาจากเอเชียก็น้อยมาก มาจากจีนมีเพียงไม่ถึง 50 คน ญี่ปุ่นไม่ถึง 50 คน และก็แทบไม่มีเลยที่มาจากประเทศอินโดนีเซีย ฟิลิปปินส์ ฮองกง และสิงคโปร์ ผมก็ชี้แจงว่าสำหรับคนเอเซียนั้นขณะนี้กำลังดูท่าทีก่อนและก็ความจริงแล้วเราเป็นคนที่สบาย ๆ เราอาจจะ register เข้ามาในช่วงใกล้ ๆ วันประชุม ผมเชื่อว่าเมื่อจวนถึงเดือนธันวาคมน่าจะมีการลงทะเบียนเข้ามาเยอะทีเดียว แต่ยังไงก็ตามเพื่อความมั่นใจ เราก็จะต้องมีการ campaign และ Promote กันค่อนข้างจะมากทีเดียว โดยที่ผมก็ตั้งใจว่าจะไปที่ Lima ประเทศเปรู

เพราะว่าจะมีการประชุมของ Pan American Congresses ในระหว่างวันที่ 29 ตุลาคม ถึงวันที่ 2 พฤศจิกายนครับ คีนี่มีการรับประทานอาหารตอนเย็นกัน โดยที่ทาง Congrex เป็นผู้เลี้ยงนะครับแต่เข้าใจว่าเป็นเงินของ OMGE อาหารก็เป็นอาหารอินโดนีเซีย รสชาติใช้ได้ ผู้ที่ไม่ได้เข้ามารับประทานอาหารด้วยคือ Prof. Classen ซึ่งติดงานอีกงานหนึ่ง มีเฉพาะ Prof. Quigley ที่มา และก็เจ้าหน้าที่ Congrex ซึ่งก็รวมทั้ง Tinkie, Ineke กับ Ellen พวกเรานี้มากันครบทุกคน

ในวันต่อไปซึ่งเป็นวันอาทิตย์ที่ 7 ตุลาคม ก็มีการประชุมของ Finance Committee Meeting ตั้งแต่ 10 โมงเช้า การประชุมวันนี้ความจริงไม่มีอะไรจะคุยกันมากโดยที่ได้ต่อสายถึง Joe Geenen และก็ได้คุยกันก็ตกลงกันว่าเราก็มีการตัดอะไรลงกันอีก สำหรับเรื่องกระเป๋านั้นก็ได้ลดมาได้ตั้งเยอะ จากบที่ได้ถึงประมาณ 40,000 เหรียญ จริงๆ เราได้ทำ Quotation ไปตกแล้วใบหนึ่งประมาณ 180.- บาท ซึ่งก็ประมาณ US\$ 4.5 แต่ผมคิดว่าถ้ามีการเพิ่มเติมนิดหน่อยก็คงใบหนึ่งประมาณ 200 บาท ก็ประมาณยังไม่ถึง US\$ 5 ซึ่งทุกคนพอใจและก็ว่าถูกด้วย สำหรับบของ Opening Ceremony กับงาน Thai Cultural Night นั้น ก็ได้มีการตกลงกันทีหลัง โดยที่คุณวนิดาได้เสนอว่าขอให้คิดว่าจะมีคนมางานแค่ 1,500 คน เพราะฉะนั้นค่าอาหารก็จะถูกลงไปด้วย จึงทำให้งบนั้นจะตัดเหลือประมาณ US\$290,000 ทั้งหมดอีก US\$100,000 ก็สำหรับค่าอาหาร ถ้ามีจำนวนคนถึง 5,500 คน สถานะการทางการเงินในขณะนี้ก็ขาดทุนไปแล้วประมาณสี่แสนเหรียญ

สำหรับรายจ่ายที่มีมากที่สุด คือ Scientific Program ก็ได้มีการตกลงกันว่าถ้าสมมุติว่าใครที่ ปฏิเสธแล้วเราก็จะไม่เชิญคนอื่นอีก ถ้าเชิญก็อาจจะเชิญใกล้ๆ บ้านเราโดยที่จะเสียเงินน้อยหน่อย และก็ขณะเดียวกันก็จะเอาพวก International Scientific Program Committee เข้ามาพูดแทนครับ การประชุมนี้ใช้เวลาแค่ชั่วโมงเดียวเท่านั้นเองครับ และทางฝ่าย OMGE, Prof. Classen กับ Professor Quigley ก็รีบเข้าไปประชุมอีกห้องหนึ่งซึ่งอยู่ข้างๆ กันท่าทางเขาค่อนข้างจะพอใจ ต่อจากนั้นก็มีการประชุม Council Committee Meeting ตั้งแต่เที่ยงถึงบ่ายโมงครึ่ง อันนี้ประชุมค่อนข้างจะเร็ว ประมาณ 1 ชั่วโมงก็เสร็จ เพียงแต่รายงานให้ Council Committee ทราบถึงการตัดสินใจของเรา ฟังความเห็นของ Council Committee ด้วย ซึ่ง Council Committee ก็ไม่มีความเห็นแตกต่างกับเราก็คือ

1. ต้องประหยัด
2. กำหนดวันเดิม และต้องทำ Promotion Campaign ให้มากที่สุด

คืนนี้มี Reception Party ของ UEGW ซึ่งเป็น Opening Ceremony ด้วยทุกคนเข้าชมได้ ผมก็ได้เข้าไปกับอาจารย์อนุชิต และก็เข้าไปกับ Prof. Classen ด้วย รู้สึกว่าค่อนข้างจะประทับใจกับงานเปิดของเขาคือง่ายและก็ได้เรื่องได้ราวได้เนื้อได้หนังดีทีเดียว ขอเล่าคร่าวๆ นิดหนึ่งว่า

ประมาณเจ็ดโมงเมื่อทุกคนเข้าไปพร้อมหมดเรียบร้อยแล้ว ก็มีการฉายมัลติวิชั่นสไลด์ โดยมี Prof. Tytgat ซึ่งเป็นประธานของการประชุมครั้งนี้ พูดอยู่ในมัลติวิชั่นสไลด์ต้อนรับแล้วก็เล่าให้ฟังถึงอะไรต่างๆ องค์การประชุม

ใช้เวลาประมาณสิบนาที และหลังจากนั้นก็มีการฉายมัลติวิชั่นอีก ซึ่งผมคิดว่าเขาทำได้ดีมากทีเดียว โดยที่เป็นการแนะนำสถาบันการแพทย์ทุกแห่งที่อยู่ในเนเธอร์แลนด์นี้ เขามีमुखอะไรแปลกๆ ดีๆ แสดงถึงความง่ายและก็ถึงขนบธรรมเนียมรวมทั้งนิสัยใจคอของคนเมืองนี้ อาทิ professor บางคนก็ขี่จักรยานไปทำงาน บางคนก็เดินไปทำงาน บางคนก็นั่งเรือไปทำงาน และกิจการนั้นก็จะมีเกี่ยวข้องกับหลายๆ อย่างด้วยกัน และก็มียู่ตอนหนึ่ง มีวงดนตรีของพวกหมอบำบัด ซึ่งเป็นการแสดงของพวกหมอบำบัดหรือพนักงานที่เกี่ยวข้องกับแพทย์ทั้งนั้นเลย ทั้งหมดประมาณซักสี่สิบนาที ซึ่งผมว่าดี รวมเวลาทั้งหมดเวลาที่แสดงประมาณชั่วโมงพอจบก็ไม่มีพิธีเปิด ไม่มีการพูดอะไรทั้งสิ้นจบแล้วทุกคนก็เดินออกไปทานอาหารกัน ซึ่งก็เป็น heavy cocktail มีเครื่องดื่มมีเหล้า มีไวน์ และก็มีการอาหารที่เราจิ้มทานได้

วันต่อไป คือ วันที่ 8 เป็นวันจันทร์ตอนเช้า วันนี้ก็เป็นวันประชุมของ Scientific Program Committee วันนี้เราเริ่มตั้งแต่เก้าโมงเช้ามีอาจารย์อนุชิตเป็นประธาน อาจารย์อนุชิตก็ได้เตรียมอะไรค่อนข้างจะครบถ้วนทีเดียว เพราะฉะนั้นก็ใช้เวลาไม่มากเท่าไรในการประชุมนี้ เพราะว่าโปรแกรมต่างๆ ได้วางเรียบร้อยแล้ว ก็สำหรับ speakers ก็ได้กำหนดไว้เรียบร้อยแล้ว ก็เท่าที่ทราบก็ยังไม่เห็น speaker คนไหนที่ตอบปฏิเสธว่าไม่มาเลย และก็ได้อยู่กันถึงบางเรื่องบางอย่าง Prof. Bar-Meir จากอิสราเอลนั้น ก็ได้เสนอว่ากรณีสมมุติว่า ถ้ามี speakers คนไหนไม่มานั้น ฝ่ายทาง International Advisor Committee ก็จะเข้าไปแทนที่ Prof. Mann ซึ่งเป็นคนที่ผมประทับใจมาก

เพราะเป็นคนทีเ่ก่ง lecture ดี และเป็นคนที่มิมุขยสัมพันธ์ที่ดีมาก สรุปว่าเราจะไม่ลดจำนวนวันประชุมลง แต่อาจจะลดเวลาลง ซึ่งนี่จะต้องพิจารณาอีกครั้ง เราคงต้องมีแผนซึ่งเราต้องปรับไปเรื่อยๆ จนกระทั่งถึงวันงาน และก็ขณะเดียวกันตกลงกันว่า abstracts ที่จะส่งมานั้น เป็น late abstracts breaker ซึ่งอันนี้เราก็จะให้ Deadline ถึงวันที่ 30 พฤศจิกายน 2544

วันอังคารที่ 9 พฤศจิกายนเป็นวันสำคัญเพราะว่าเป็น Presidential Dinner เราเชิญแขกใช้เวลาประมาณหกโมงครึ่ง หลังจากนั้นเวลา 2 ทุ่มก็จะเป็นงานใหญ่ คือเป็นงานคล้ายๆ กับ Party ของ UEGW งานของเรานั้นจัดที่ห้องซึ่งอยู่ใน Convention Centre นั้นเลย ต้องยอมรับว่าห้องมันไม่ค่อยดีเท่าไรนัก กะว่าคงมีคนมาประมาณ 200 คน ทั้งเหล้า ทั้งไวน์ ก็เตรียมไว้พร้อมรวมทั้งกับแกล้ม เป็น light cocktail ทางฝ่ายคนที่จัดงานก็คือ Bridgett และ Tinkie ก็ได้ร่วมมือกันที่จะจัดงานนี้ขึ้นโดยที่ผมไม่ทราบว่าจะมีโปรแกรมอะไรเลย ตอนแรกผมก็ยึดถือคำพูดครั้งเมื่อตอนประชุมที่ แอตแลนต้า ว่าจะใช้สไลด์ของผมที่ Atlanta และใช้ของ Ellen เพราะอุตสาหกรรมไปจ้างเขามาทำได้ดี และก็เสียเงินมากด้วย ส่วนโปรแกรมคืนนั้นก็คือรำอวยพรก่อน Prof. Classen พูดแล้วผมพูด หลังจากนั้นเป็นการสังสรรค์ซึ่งกันและกัน ตอนจบก็มีการรำอีกชุดหนึ่งเป็นรำแข็งของอิสาน คนรำรำไม่ค่อยสวยถือว่าใช้ได้ แต่อ้วนไปหน่อย (อิสานที่นี้สมบุญ) ในช่วงที่ผมพูดนั้นก็ปรากฏว่า ผมไม่ได้พูดมาก ผมพูดต้อนรับเสร็จเรียบร้อยใช้เวลาประมาณ 2 นาที เพราะผมไม่อยากจะไป repeat สิ่งที่จะแสดงใน slides หลังจากนั้นก็ฉาย slides ปรากฏว่าช่วงที่

ฉาย slides ซึ่งเป็น automatic ประมาณ 5-6 นาที ปรากฏว่าไม่มีใครฟังเลย
ทุกคนก็คุยกัน นี่ก็เป็นบทเรียนอันหนึ่ง ผมก็ยังเสียใจว่าผมไม่น่าสุภาพ น่าจะ
ฉาย slides ของตนเองและพูดเองคนจะเกรงใจและฟัง แต่พอเขาฉาย
slides ที่ไม่มีคนพูดแบบนี้คนไม่ฟัง คนก็นั่งคุยกัน เพราะฉะนั้น impact ที่ได้
ก็ไม่ดีเท่าที่ควร แล้วจำนวนคนที่เข้ามามีไม่ถึง 200 คน ผมคิดว่าประมาณ
ซัก 120 อย่างมาก คนที่เข้าก็น้ำตาซ้ๆ เป็นที่รู้จักกันมีพวกรัสเซียซึ่งผมมี
รายชื่อไว้แล้วก็แสดงความสนใจเหมือนกันและก็ประธานของ UEGW คนต่อ
ไป ซึ่งจะไปที่สเปน ชื่อ Dr. Javier Piqueres เป็น Chairman ของ 11th
United European Week ก็แสดงความสนใจและอยากจะให้เราจองโรงแรม
ให้ ซึ่งผมก็ได้ refer เรื่องนี้ให้ Tinkie ไป

ลืม comment ไป อีกนิดหนึ่งว่าผมได้เข้าไปเยี่ยม booth ของเราที่
Exhibition Hall แล้ว อันนี้ต้องขอบคุณ Prof. Tytgat ที่ได้กรุณาจัด booth ให้
ดีมาก ๆ เลย มัน exposed ดี ดีกว่าที่ซิดนีย์มากมาย ลูกของ Ellen และผู้
ชายอีกคนหนึ่งช่วยทำหน้าที่แจก brochure ส่วนกระเป๋าเรา 2 ใบ เขาแขวน
ไว้ตรง board ข้างหลังมีคนเข้ามาขอหลายคน แต่เราให้ไม่ได้ ทราบว่า
second announcement นั้นได้สอดเข้าไปกระเป๋าทุกใบ

งานปาร์ตีใหญ่ของเขานี้ต้องเสียเงินเข้าไป ประมาณสามพันบาท
แต่ว่าผมไม่ได้เสียเงินและไม่ได้ register ด้วย แม้แต่คนที่ registered ก็ต้อง
ซื้อบัตรเข้าไป เผลอว่าอาศัยเส้น Prof. Tytgat พาเราเข้าไป บอกว่าเราเป็น
แขกแถม 3 คน มีผม คุณวนิดา และอาจารย์อนุชิต เข้าไปปรากฏว่าห้องมัน

ใหญ่มาก มีด มีการแสดงอะไรต่างๆ เยอะแยะ แต่พอไปดูจริงๆ แล้วผมคิดว่ามันไม่ค่อยมีอะไรเลย จัดนี้ไม่ดีเท่าที่อยู่ชะไกลสุดโน่น ไกลมาก และเราก็เกาะอยู่มุมเดียวเท่านั้นเองแล้วก็เดินหาอาหาร ซึ่งอาหารมีอาหารอยู่แค่ 3 อย่างเท่านั้นเอง คือ 1. ข้าวกับสเด๊ะ 2. ปลาเน็ง 3. พอกของหวานต่างๆ ประกอบด้วย Cakes อ้อลืมไป ปลา Haring ซึ่งเป็นอาหารประจำหลักของเขาทานกับขนมปัง พอกทานได้ ส่วนเครื่องดื่มนั้นเพียบ ไวน์ เหล้า อะไรทุกอย่างมีครบหมด และก็ในงานก็ยังมี การแสดงศิลปะของชาวดัชท์ อาทิ การเป่าแก้ว เขาขายแก้วด้วย การเขียนรูปต่างๆ บนเซรามิคก็มีการขายด้วย ก็เป็นการแสดงเยอะ รวมทั้งมีเนยแจกให้ทาน เพราะทราบดีว่า ดัชท์ นั้นมีชื่อทางทำเนยมาก รู้สึกจะไม่ได้ขาย อาหารนี้เขาจัดไว้ประมาณ 4-5 กลุ่มด้วยกัน เท่านั้นเอง แต่จำนวนอาหารน้อยไม่มากเลย ไม่เหมือนกับที่เราจะจัดในงานในงาน Thai Cultural Night นี้ผมคิดว่าเราจะทำดีกว่าเขาประมาณไม่ต่ำกว่าสิบเท่าทีเดียว เพราะคุณวนิดา ได้ทุ่มเททั้งกำลังกายและกำลังใจทำทุกอย่างเพื่อให้งานนี้ออกมาดีเลิศเป็นชื่อเสียงแก่ประเทศไทย

วันที่ 10 เราก็ได้เดินทางกลับ แล้วก็ค่อนข้างจะเหนื่อยครับ ต้องยอมรับว่าได้ผลสมความตั้งใจแต่ว่าทุกคนที่ไปก็ได้ทุ่มเทและก็ทุกคนเหนื่อยทุกคน

บันทึกการไป Promte งาน World Congress of
Gastroenterology เกียวโต ประเทศญี่ปุ่น
ระหว่างวันที่ 17-20 ตุลาคม 2544

ศ.นพ.เดิมชัย ไชยบุวัตติ

การไปประชุมที่เกียวโต ในวันที่ 17 - 20 ตุลาคม 2544 ซึ่งเป็นงานของ Japanese Digestive Week ผมขอให้คุณวนิดาไปช่วยผมด้วย โดยเที่ยวบิน TG727 ออกจากกรุงเทพฯ ตั้งแต่ 07.35 น. เที่ยวบินนี้เป็นเที่ยวที่จะบินไปสหรัฐอเมริกาด้วย เพราะฉะนั้นการตรวจค้นก็ค่อนข้างจะมาก ดังนั้นบริษัทการบินไทยก็ได้แนะนำให้ไปถึงสนามบินก่อนเวลา 3 ชั่วโมง เราก็ไปถึงนั้นตี 4.35 นาฬิกา ปรากฏว่าไปถึงนั้น ไม่มีคนมากเท่าไร ก็มีการค้นกระเป๋าทุกใบ เมื่อค้นเสร็จเรียบร้อยแล้วก็รัดกระเป๋า เช็คอินท์เข้าไป ที่ดอนเมืองอาคารที่ 1 นั้นเหงาเลยครับ ช่วงนั้นไม่มีคนเลยแม้กระทั่งพนักงานที่ขายของตามร้านปลอดภาษีนั้นก็ยังไม่หลับกันเป็นแถวเลย ประมาณ ตีห้ากว่าๆเท่านั้นเอง คนถึงจะเริ่มมีเข้ามากันเยอะแยะ ก็ปรากฏว่าเราไปเร็วเกินไป ความจริงก็ไม่ได้ใช้เวลาเพราะเขาใช้จำนวนเจ้าหน้าที่เยอะ ในการตรวจกระเป๋าเจ้าหน้าที่ค้นกระเป๋าทุกใบ และก่อนขึ้นเครื่องก็มีการค้นกระเป๋าอีกครั้งหนึ่ง เครื่องก็บินดีเจอบางได้ฝุ่นนิดหน่อยช่วงได้หัววัน เครื่องบินสั้นประมาณครึ่งชั่วโมงเห็นจะได้ ใช้เวลาบิน 5 ชั่วโมงกับสิบนาที ก็ไปถึง Osaka

ที่ Osaka อากาศดี เราต้องนั่งรถต่อจากโอซาก้าเข้าเกียวโต ต้องชมว่าระบบของญี่ปุ่นนั้นดีมาก คือเขาจะมีรถ bus หรือรถไฟที่จะไปจาก Osaka Kansai Airport ไปเกียวโตเป็นระยะ เพราะฉะนั้นเราก็จะต้องทราบก่อนว่าจะไปขึ้นที่ป้ายอะไร ในการนี้ต้องไปขึ้นที่ป้ายเบอร์ 8 ซึ่งเราไม่ทราบว่าอยู่ที่ไหน แต่เขามีเจ้าหน้าที่ซึ่งเดินคอยให้ความช่วยเหลืออยู่ตลอดเวลาและพอพูดภาษาอังกฤษได้บ้าง ต้องไปซื้อบัตรเครื่องอัตโนมัติที่ใส่เงินแล้วทอนให้เสร็จสิบนาทีก่อนถึงเวลา เราตามกำหนดคือ 4 โมงเย็นรถก็มาเทียบ พอ 4 โมงเย็นเป๊ะ รถก็ออกเลย ใช้เวลาในการเดินทาง ประมาณ 90 -105 นาที พอขึ้นรถบัส ก็มีวีดีโอก็บอกว่าในการเดินทางครั้งนี้จะจอดที่ไหนบ้าง ทั้งหมดจะจอดสองสถานีก่อนและหลังจากนั้นก็ถึงเกียวโตเป็นสถานีสุดท้าย เราถึงเกียวโตประมาณซักห้าโมงครึ่งแต่ก็มืดแล้ว

ปรากฏว่าโรงแรมที่ผมอยู่นั้นมันอยู่อีกฝั่งหนึ่งของสถานีเกียวโต สเตชั่น ถ้าเดินมันก็ประมาณห้าร้อยเมตร กระเป๋าใบใหญ่สามใบไม่ถายเลยนะครับ แท็กซี่ไม่ยอมไปเพราะไกลมาก เราต้องถือกระเป๋าหัว เกือบห้าร้อยเมตร ทุกทีทุกเล ขึ้นกระโดดลงกระโดดต้องยอมรับว่าเหนื่อย เหนื่อยมากๆ ค่ะ ค่ะ นั้นก็เลยต้องพักก่อนครับ วันรุ่งขึ้นวันอังคารที่ 16 ตุลาคม 2544 เป็นวันก่อนวันที่จะเข้าประชุม เราก็ต้องไปสำรวจการประชุมชนิดหนึ่ง ในคืนวันที่ 16 ผมได้รับเชิญไปงาน Reception ของ JSG คือ Japanese Society of Gastroenterology เขาเลี้ยงที่โรงแรมเกียวโต เขานัดเจ็ดโมงครึ่ง ผมถึงนั่นเจ็ดโมงครึ่งเป๊ะ ปรากฏว่าการแสดงเริ่มแล้วเป็นการเป่าขลุ่ย เข้าใจว่าคนนี่เก่ง

มากและต้องมีมือดีมาก เชื้อใหม่ครบคน 200 คนนั่งฟังการเป่าขลุ่ยเสียบกริบ ถ้าสมมุติเข็มตักสักเล่มหนึ่งคงได้ยิน ผมเดินเข้าไปเขาจัดให้ผมนั่งโต๊ะหน้า ปรากฏว่าในโต๊ะผมมีคนนั่งอยู่แล้ว 6 คน เป็นคนญี่ปุ่นหมด ทุกคนไม่ได้หันมา มองผมเลยแม้แต่ชนิดเดียวและก็ไม่มีการยิ้มให้ด้วย ผมก็นั่งใจตุ้มๆ ต่อมๆ ว่า เรามาช้าหรือเปล่าน่าและคิดอะไรไปต่างๆนาๆ พอการแสดงจบ ผมก็หันไปยิ้ม กับคนที่นั่งข้างๆ และหลังจากนั้นก็ชะโงกเข้าไปคุยด้วย เขาจึงเริ่มคุยกับผม ถ้าผมไม่เข้าไปคุยด้วยเขาก็ไม่คุยด้วย ผมทราบมานานแล้วว่าคนญี่ปุ่นนี่เป็น คนที่ขี้อายและก็จะไม่เข้าไป approach ใครก่อน ส่วนมากถ้าเราเข้าไปคุย ด้วยเขาก็จะคุยด้วย หลังจากนั้นก็มีการรับประทานอาหารกัน พอรับประทานอาหารเสร็จเรียบร้อยแล้ว ก่อนรับประทานอาหารของหวานก็มีการ speech ของ Prof. Fujiwara นายกสสมาคมฯ และต่อด้วย Prof. Banba ซึ่งเป็นประธาน ของการจัดงานครั้งนี้ เพราะว่าเขาอยู่เกี่ยวโตนี่เอง ผมไม่ทราบว่าจะสองคนนี้ หน้าตาเป็นยังไง ไม่รู้จักมาก่อนเลย หลังจากนั้นผมก็เลยเข้าไปทำความรู้จัก และก็นำตัวเอง ซึ่งแกก็ดีมาก ๆ เลย friendly ดี พอทานของหวานเขาก็ให้ ผมขึ้นไปพูด ผมก็ได้มีโอกาสพูด ประมาณกะว่าซัก 3 - 4 นาที สั้นๆ เพียง แต่ว่าขอเชิญทุกคนมางานของ World Congress นี้ และก็ขอขอบคุณใน ความไมตรีและความเอื้อเฟื้อ ของ Prof. Fujiwara และ Prof. Banba ที่ กรุณาให้ผมโอกาสให้ผมมาพูดในงานนี้ แล้วก็ได้บอกว่า Scientific Program นั้นน่าสนใจเป็นงานที่ดีมากๆ เราก็พยายามเน้นถึงขนบธรรมเนียมประเพณี ขอเชิญมาเมืองไทย ในช่วงนั้นเป็นช่วงอากาศดีมาก และที่สำคัญที่สุดคือ

ประเทศไทยนั้นก็ปลอดภัย พอพูดเสร็จแล้วหลังจากนั้นก็ไม่มีโอกาสคุยกัน ก็มีหมอญี่ปุ่นคนหนึ่ง เข้ามาหาแอบบอกว่าถูกแล้วที่เน้นว่าปลอดภัยเพราะว่าเขาก็เชื่อว่าปลอดภัยเหมือนกัน แต่พอเน้นแบบนี้ช่วยให้เขามั่นใจมากขึ้น เขาคิดว่าตอนแรกเขาอาจจะไม่มา แต่ตอนนี้เขาจะมาแล้ว ผมคิดว่าอย่างน้อยสุดเราก็กระตุ้นให้เขาเกิดความมั่นใจพอสมควร วันรุ่งขึ้นเป็นวันพุธที่ 17 ตุลาคม คุณหวาน (คุณรัตนา ทรัพย์ประดิษฐ์) กับคุณน้อย (คุณปัญญาศิริ ปัญจะ) ไปแต่เช้า ต้องยอมรับว่าทั้ง 2 ชัยนมาก booth ซึ่งเขาให้ที่เราดีมาก เป็นโต๊ะยาวมากประมาณสัก 3-4 เมตรได้ หน้าห้องประชุม Main Hall แล้วข้างหลังก็เอาบอร์ดมาให้อันหนึ่ง เพื่อที่เราจะสามารถติดอะไรของเราได้ โต๊ะนั้นเป็นของเราหมด แล้วคุณหวานคุณน้อยก็ได้เตรียม display booth, Preliminary Program ซึ่งส่งผ่าน Olympus มาทั้งหมด 2,000 เล่ม เราก็ได้มาส่วนหนึ่ง Olympus distributed ให้ส่วนหนึ่ง แล้วก็โต๊ะเก้าอี้ที่เอามาแจก มีร่ม มีช้าง และที่สำคัญสุดมีปลาตะเพียน เรานั่งอยู่ประมาณสักสองชั่วโมงกว่า สิ่งเกิดอย่างหนึ่งว่าเวลาที่เรานั่งอยู่คนเดินเฉียดเข้ามานิดหนึ่งแล้วก็ออกไป คุณหวานจะพูดทัก Hello พอพูด Hello คนเดินหนีก็มี นอกจากบางคนที่จะเดินยื่นเข้ามาดู ผมคิดว่า เดินเฉียดมาสิบคน เข้ามาดูแค่สองคน แต่ก็ดีใจในช่วงนั้นก็ได้พบกับ President Elect ของเกาหลี คือ Prof. In Sik Chung เขาก็เล่าให้ผมฟังว่าจะมีการประชุมที่เกาหลีเดือนหน้าเป็นการประชุมใหญ่ มีคนประมาณตั้งพันกว่าคน ผมดีใจเพราะไม่ทราบมาก่อนเลย และเป็นโอกาส

ตีผมคิดว่าอย่างน้อยที่สุดเราคนใดคนหนึ่งจะต้องไปโปรโมทการประชุมนี้
เขายินดีที่จะเป็นคนติดต่อและประสานงานให้

เราก็ไม่ค่อยสบายใจคนที่มา booth น้อย ผมคิดว่าวันนั้นคงมาไม่ถึง
100 คน ทำยังไงดี และก็ตอนเที่ยงในการประชุมใหญ่ประจำปี มีคนเข้า
ประมาณสัก 300 กว่าคนได้ถือว่าไม่มาก ก็คงเหมือนการประชุมใหญ่ทั่วไป
โดยที่แพทย์ส่วนใหญ่จะไม่ได้สนใจ เช่นของสมาคมระบบทางเดินอาหารของ
เรา อาจจะมีคนเข้าประชุม 300 แต่การประชุมใหญ่อาจจะเหลือสามสิบคนก็
ได้ เขาให้เกียรติผมขึ้นไปพูดเกี่ยวกับ World Congress ผมได้เตรียม slides
ที่ทำเอาไว้ และก็ เป็น slides ที่เอาไปแสดงที่ออสเตรเลียแล้ว ก็ได้มีโอกาส
พูดซัก 4 นาที ก็คิดว่าได้ผล ให้นำมอญี่ปุ่นทราบว่าจะมีการประชุมที่นี้ อย่าง
น้อยที่สุดก็เป็นการเรียกร้องความสนใจ

คืนนั้นผมรู้สึกไม่ค่อยสบายใจว่าทำไมมอญี่ปุ่นไม่สนใจ ไม่แวะเข้า
มาที่ booth แต่ก็สังเกตอย่างหนึ่งว่าเมื่อเรานั่งอยู่คนอาจจะมาน้อย แต่ถ้า
เราออกไปทานอะไรกันกลับมาของมันพร่องไปเยอะกว่า ดังนั้นวันพฤหัสบดีที่
18 ตอนเช้าก็คุยกับกับคุณหวาน กับคุณน้อยว่า วันนี้เราจะไม่เฝ้า แต่เราจะ
ยืนดูอยู่ห่างๆ เราจะกองของไว้เต็มเพียบเลย ก็ปรากฏจริงๆ ว่าถ้าเราไม่เฝ้า
คนญี่ปุ่นก็สบายๆ เข้ามาเดินดูหยิบของ จึงเข้าใจว่าเขาคงจะกลัวว่าเราพูดกับ
เขา เขาพูดภาษาอังกฤษไม่ได้แล้วเขาจะตอบไม่ได้ เพราะฉะนั้นเขาไม่มี
ความมั่นใจที่จะเดินเข้ามาใน booth แต่ถ้าเราไม่อยู่เขาสามารถจะเดินดูหยิบ

นุ่นหยิบนี้ จะเอาอะไรไปก็ไม่มี ความไม่สบายใจ ข้อนี้ก็เป็นความรู้ อย่างหนึ่ง
ที่ได้

เย็นวันที่ 18 ซึ่งเป็นเย็นที่มีความสำคัญ เพราะว่าเป็นงานเลี้ยงใหญ่
ของสามสมาคม ก็คือ สมาคมโรคตับ ทางเดินอาหาร และก็ Endoscopy ที่
โรงแรม Prince ซึ่งอยู่ติดกับศูนย์การประชุม International Conference
Centre ของเกียวก๊อต มีคนเข้าประมาณสัก 400-500 คน อาหารนี้ดีมากเลย
เขาให้โอกาสผมขึ้นไปพูดอีก ผมใช้เวลาประมาณสัก 3 นาทีเพราะทราบว่า
งานแบบนี้ถ้าพูดนานจะไม่มีคนฟังต้องพูดสั้นและได้ใจความ ผมเน้นอยู่ 3 จุด
คือว่าเดือนกุมภาพันธ์ เป็นเดือนที่อากาศดีที่สุด และก็ต่อมาก็คือว่าเราได้เน้น
เกี่ยวกับเรื่องขนมธรรมเนียมประเพณี และก็ประเทศไทยนี้ปลอดภัย และก็ขอ
เชิญทุกคนที่จะมาให้มางานนี้ และตามด้วยคำขอบคุณ คือ อาริกาใต้ โกไซ
มัส อาริกาใต้ โกไซมัส คนก็ชอบ

ผมเดินทางกลับวันศุกร์ที่ 19 ตุลาคม 2544 ผมคิดว่า การเดินทาง
ครั้งนี้ได้ผลดีมาก ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งได้รับความเชื่อเพื่อ และช่วยเหลือมาก
จากทาง host ก็คือ Prof. Fujiwara และ Prof. Banba และก็ขณะเดียวกันก็
เป็นการตอบแทนเขา หากถ้าเขามาเมืองไทย จะขอเชิญเป็นเกียรติในงาน
Presidential Dinner, Professor Fujiwara เป็นคนที่มีอิทธิพลมาก คุยกับแก
แล้วก็ทราบว่าแกคงจะเป็นนายกญี่ปุ่น สมัยละ 2 ปี แกอาจจะได้ถึง 2 หรือ 3
สมัยด้วยกัน เพราะว่าเท่าที่ดูและคุยกับเขาแล้ว แกมั่นใจว่าแกได้ 2 สมัยแน่ ๆ

บันทึกการไป Promote งาน World Congress of
Gastroenterology ที่นครเซี่ยงไฮ้ ประเทศจีน
ระหว่างวันที่ 3-5 พฤศจิกายน 2544

ศ.นพ.เดิมชัย ไชยอนุวัต

ผมทราบว่าจะมีการประชุม The Second Congress of Digestive Disease Week – China ซึ่งจัดทุก 4 ปี เมื่อตอนที่ไปประชุม UEGW ที่ Amsterdam ต้นเดือนตุลาคม โชคดีที่ได้พบ Prof. Xiao Shu Dong (อ่านว่า เซียว ชู ตง) ซึ่งเป็นประธานจัดงาน และบอกว่าสนใจจะไป promote WCOG ที่เซี่ยงไฮ้ ผมขอ booth ฟรี และขอโอกาสที่จะกล่าวในที่ประชุมสัก 1 ครั้ง เพื่อเล่าถึงงาน WCOG Prof. Xiao ก็มีน้ำใจดีเหลือเกิน e-mail กลับมา พร้อมทั้งส่งจดหมายเชิญเสร็จ และบอกว่าให้ติดต่อกับเลขาคือ Susie Qi (ชู ซี ซี) ปัญหาคือ brochures Preliminary Programs ซึ่งต้องส่งจาก Amsterdam จำนวน 700 เล่ม เพราะทราบว่าจะมีหมอเข้าประชุมประมาณ 1,800 คน และภาษา โชคดีที่เพื่อนของผม คุณยุทธพงษ์ จารุรัตนพงษ์ ซึ่งพูดภาษาจีนได้ดี วางไปได้

เดือนพฤศจิกายน ที่เซี่ยงไฮ้หนาวแล้ว อุณหภูมิวันที่เครื่องลง ประมาณ 6 °C โรงแรมที่อยู่ก็เป็นทีเดียวกับที่ประชุมคือ Oriental Riverside Hotel ซึ่งอยู่ที่ Pudong (ปุดง) เมืองใหม่ วันแรกนั้น พิธีเปิดง่ายมาก มีคน

พูด 4 คนคือ ประธานของงาน Prof. Xiao, และนายกสมาคมเอ็นโดสโคปีย์ และนายกสมาคมตับ และเจ้าของสถานที่ ซึ่งต่างคนพูดกันเพียง 2-3 นาที มีคนตบมือกันก็รู้ว่าจบแล้ว ที่ขำก็คือบางทีคนพูดก็ตบมือเอง และก็เริ่ม lecture เลย วันแรกเป็นภาษาอังกฤษที่ Grand Ball Room ผมสังเกตว่ามีคนเข้าประชุมในพิธีเปิดนี้ไม่ต่ำกว่า 1,000 คน ซึ่งไม่เหมือนของเราที่ไม่สนใจในพิธีเปิดเท่าไร คงเป็นประเพณีและน้ำใจที่ทำให้กำลังใจกับคนจัดงาน กระมัง

ปัญหาของผมนักคือ Booth อยู่ที่ไหน เพราะไม่มีข้อมูลเลย โชคดีที่คุณยุทธพงษ์อยู่ด้วยจึงเจอมาได้ เลยได้รับความกรุณาจากเลขาธิการของงานนี้คือ Prof. Xu Guoming ช่วยหาที่ให้ เขาบอกว่าทราบว่าจะมา แต่ไม่มี booth มีแต่โต๊ะ ไม่มีไฟ มีแต่ที่ว่างๆ ข้างๆ กับบริษัท Blackwell และมีบริษัท IMS จีนที่พิมพ์ MIMS ปรากฏว่าคนจีนที่ดูแล booth ของบริษัท Blackwell นอกจากจะไม่เป็นมิตรแล้วยังวางป้ายมากินเนื้อที่เราตั้งแยะ และยังส่งคุณยุทธพงษ์ว่า "อย่าขยับนะ" โต๊ะก็ต้องไปเช่า 200 * ไม่มีเก้าอี้ สรุปเราต้องยืนกันตลอดเวลาหลายชั่วโมง

เรามีรูปของการท่องเที่ยวเกี่ยวกับเมืองไทยไปหลายรูปเลย แต่ปรากฏว่าติดไม่ได้เพราะว่าเขาไม่อนุญาตให้ติดที่ข้างฝา โชคดีที่เอาป้าย Portable ที่ทำไว้ไปด้วย Brochures ก็โชคดีที่ว่าได้ส่งมาให้แล้วในนามของ Prof. Quigley

โต๊ะของเราตามเคย อยู่ในที่ข้างหลังสุดเพราะฟรี มี Booths ที่เด่นๆ คือ Olympus, Fujinon, AstraZeneca และ Kinnan, Livzon 2 บริษัทหลังนี้เป็นบริษัทจีน สังเกตว่า Booth ที่มีของแจกและมี game นั้นจะมีหมอยืนมุงกันเต็มเลย ส่วนที่ไม่มีก็เหงา ของเรามีปลาตะเพียนไป 100 ตัว ปากต่อปากขอกันใหญ่ ที่น่าขันคือมีหมอยืนมุงสาว 1 คู่ได้ปลาไปคนละตัว อีก 5 นาทีก็กลับมาอีกและบอกว่าขออีก 2 ตัว จะเอาไปให้ครู ผมปฏิเสธไป แกก็อ่อน please, please, I shall give to my teacher เลยตัดใจให้ไปอีก 1 ตัว เป็น 3 แกก็ไม่ยอมไป ขออีก 1 ตัว ขอจริงๆ ผมก็ต้องยั้ง ใจเย็นตอบเสียงแข็งว่า ต้องเก็บไว้ให้ Professor ที่สำคัญจะมาเยี่ยมโต๊ะเรา (ไม่ใช่ booth) คำว่า Professor (เจี๊ยว ชื่อ) นั้นหลัง แกไปเลยและไม่กลับมาอีก

งานเลี้ยงวันที่ 6 บริษัท AstraZeneca เป็นเจ้าภาพ หลังจาก symposium เลิกแล้ว ประมาณทุ่มครึ่งก็เริ่มงาน ผมได้พูดทันทีเมื่อเริ่มงาน - และต้องมีล่ามคือ คุณยุทธพงษ์แปลให้ เห็นคนที่มาทานอาหารแล้วตื่นตาตื่นใจ 1,300 คน (160 โต๊ะ) ลานตาไปหมดเลย ต้องขอบคุณ Prof. Xiao ที่กรุณาและมีน้ำใจจัดให้ วันรุ่งขึ้นมีคนมาขอ Brochures กันมากขึ้น หมดไปประมาณ 300 เล่ม

สรุปว่า 4 วันนี้ เราแจก brochures ไป 500 เล่ม และทราบต่อมาว่ามีหลายบริษัทจะส่งหมอยืนมาเช่น AstraZeneca 100 กว่าคน, Byk-Gulden เกือบ 100 คน, เคยทราบว่า Glaxo จะส่งมา และล่ามบริษัท Livzou จะส่งมาเกือบ 100 คน คิดว่าตั้งเป้าไว้ 700-800 คนน่าจะถึง

จากงานนี้ก็ต้องไปเกาหลี ซึ่งเห็นว่าจะมีหมอมารประชุมประมาณ 1500-2000 คน จากประสบการณ์ผมคิดว่าจะต้องมีล่ามแน่นอน

หมोजีนที่จะมา มีบางคนจะมาเองไม่มี sponsor แต่ทุกคนจะมาได้ คือคือต้องมีจดหมายเชิญ เพราะการจะออกนอกประเทศจะต้องมีจดหมายเชิญด้วย

เมืองเซียงไฮ้เป็นเมืองใหญ่มาก มีพลเมืองเกือบ 20 ล้านคน เป็นเมืองค้าขาย เพราะฉะนั้นจะไม่ค่อยมีนักท่องเที่ยวมา ถนนที่เดิน shopping ได้มี 2 ถนน คือ Nanjing Road และ Hua Hei Road มีทุกอย่างแต่ที่มากที่สุดคือเสื้อผ้า ซึ่งมีทุกแบบ ราคาตั้งแต่ถูกจนไม่น่าเชื่อ จนแพงไม่น่าเชื่อ และทราบจาก Prof. S.K. Lam ว่าถ้าจะซื้อของที่นี้ควรซื้อ made in China และถ้า import จะแพงมาก ถามว่ามาเซียงไฮ้ทำอะไรดี Mrs. Lam บอกว่า shopping and eat

บรรณาธิการแถลง

ผมต้องขอโทษด้วยที่ทำให้จุลสารล่าช้าออกไป ตั้งแต่เล่ม 3 เลยทำให้ต้องทิ้งช่วง ฉบับต่อไปคงจำเป็นต้องออกติดต่อกันนะครับ

งานประชุมปลายปีของสมาคม เมื่อวันที่ 27-30 พฤศจิกายน 2544 ผ่านไปด้วยดีกับงาน Live Demonstration ของ Endoscopy และ Scientific Program ซึ่งปีนี้เราจัดในกรุงเทพฯ เผลอแป๊บเดียวงานใหญ่ของเราชาว GI ก็ใกล้เข้ามาแล้วนะครับ นั่นก็คือ World Congress of Gastroenterology 2002 ซึ่งจะจัดที่ศูนย์ไบเทค, บางนา กรุงเทพฯ ระหว่างวันที่ 24 กุมภาพันธ์-1 มีนาคม 2545 ฉบับนี้ผมเลยถือโอกาสนำเอาบันทึกการเดินทางพร้อมกับความก้าวหน้าของการประชุม World Congress of Gastroenterology 2002 จากท่านประธานฯ อาจารย์เดิมชัย ไชยบุญวิติ มาลงให้พวกเราได้ทราบทั้งหมดเลยนะครับ กินพื้นที่ซึกเล็กน้อย แต่ก็คงจะดีเนื่องจากว่าใกล้ถึงเวลาประชุมจริงแล้วนะครับ ถ้าเป็นไปได้ผมรบกวนพวกเราช่วยกันประชาสัมพันธ์หรือชวนเพื่อนๆ ชาวต่างประเทศมาร่วมประชุมในงานนี้ให้มากขึ้นนะครับ เพราะผลของบิน ลาติน มีผลกระทบต่อพอสมควร

กลับมาเนื้อหาของจุลสารนะครับ ฉบับนี้คงเนื้อหาทุกอย่างไว้เช่นเดิม เปลี่ยนหัวข้อเรื่องใหม่หน่อย ร่วมกับเพิ่มคอลัมน์ "ถามตอบจากภาพ" ของอาจารย์พูลชัย จรัสเจริญวิทยา เข้ามาด้วย คงทำให้พวกเราสนุกขึ้นบ้าง ส่วน Interesting case และ Topic review ฉบับนี้มี 3 หัวเรื่องด้วยกัน

ในอนาคตผมคิดว่าท่านที่อ่านจุลสาร ไหนๆก็เสียเวลาอ่านแล้ว ผมคิดว่าหลังจากที่เราออก CME credit ของสมาคมเอง ท่านที่อ่านจุลสารก็จะได้ CME ไปด้วยนะครับ เรื่องนี้คงจะนำเข้าไปประชุมหลังจากแพทยสภาอนุมัติให้สมาคมสามารถออก CME ได้เองแล้ว

ยังคงเช่นเคยสำหรับสมาชิกหรือท่านผู้อ่านทุกท่านที่ต้องการเสนอความเห็นหรือปรับปรุงจุลสาร ส่งข้อมูลมาที่ผมโดยตรงหรือ e-mail ก็ได้ นะครับ

นายแพทย์สมชาย สีลากุลวงศ์

Kob9@hotmail.com

ใบสมัครสมาชิกสมาคม

ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิกตลอดชีพ สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกตลอดชีพของ "สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย" โดยรับรองว่าจะปฏิบัติตามกฎข้อบังคับและระเบียบของสมาคมทุกประการ รายละเอียดของข้าพเจ้ามีดังนี้

(กรุณาเขียนด้วยตัวบรรจง) [] นายแพทย์ [] แพทย์หญิง

1. ชื่อ.....

First Name.....

นามสกุล.....

Last Name.....

ยศ, ตำแหน่งทางวิชาการ.....

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

คุณวุฒิ.....

2. ท่านปฏิบัติงานด้านโรกระบบทางเดินอาหาร

[] น้อยกว่า 50% ของเวลาทำงาน

[] มากกว่า 50% ของเวลาทำงาน

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

ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

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

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: ในการสมัครสมาชิกจะสมบรูณ์ต่อได้ผ่านมติที่ประชุมของกรรมการสมาคมฯ แล้วเท่านั้น

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

เงินสด

เช็คธนาคาร.....สาขา.....เลขที่.....ลงวันที่.....

ลงชื่อ.....

(.....)