

แนวทางเวชปฏิบัติในการวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วย
ดิสเพปซีเย (Dyspepsia)
และผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อ Helicobacter pylori ในประเทศไทย พ.ศ. 2553

Guideline for the Management of
Dyspepsia & *Helicobacter pylori* 2010

สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย



แนวทางเวชปฏิบัติในการวินิจฉัยและรักษา
ผู้ป่วยดีสเปปซิย (Dyspepsia) และผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อ[†]
เชลิโคแบคเตอร์ ไพลอไธ (Helicobacter pylori) ในประเทศไทย

จากการประชุม

**Thailand Consensus for the management of Dyspepsia
and *Helicobacter pylori* 2010**

จัดโดย
กลุ่มวิจัยโรคกระเพาะอาหาร
สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย



แนวทางเวชปฏิบัติในการวินิจฉัยและรักษา

ผู้ป่วยดีสเปปเซีย (Dyspepsia) และผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อ

เอลิโคแบคเตอร์ ไพลอไธ (Helicobacter pylori) ในประเทศไทย

กลุ่มวิจัยโรคกระเพาะอาหาร

สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

พิมพ์ครั้งที่ 1

พฤษจิกายน 2553

คณะกรรมการ

- ที่ปรึกษา : นพ.องอาจ ไพรสันทราภูร
ประธาน : พญ.โอมครี ใจมิตรชัยวัฒน์
รองประธาน : นพ.อุดม คชินทร
กรรมการ : นพ.บัญชา โอวาทพารพ
: พล.ต.นพ.สุรพล ชื่นรัตนกุล
: พญ.วรacha มาหาชัย
: นพ.พิศาล ไม้เรียง
: นพ.ลิริวัฒน์ อนันตพันธุ์พงศ์

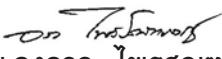
ส่วนลิขสิทธิ์

- พิมพ์ที่ : สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร
3/3 สุขุมวิท 49 แขวงคลองตันเหนือ เขตวัฒนา
กรุงเทพมหานคร 10110
โทร 0-2258-7954 โทรสาร 0-22587954
E-mail: bkkmed@gmail.com

คำนำ

ภาวะดีสเปปเซีย (dyspepsia) และการติดเชื้อเอลิโคแบคเตอร์ ไพโลอิร (Helicobacter pylori) เป็นปัญหาที่พบบ่อยมากในเวชปฏิบัติทั่วไป สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทยได้จัดทำและเผยแพร่ “แนวทางการวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วย Dyspepsia และผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อ *Helicobacter pylori* ในประเทศไทย” ครั้งแรกตั้งแต่ปีพ.ศ. 2542 ในระยะเวลากว่า 10 ปีที่ผ่านมา ความรู้เรื่อง dyspepsia โดยเฉพาะโรค Functional dyspepsia รวมทั้งความรู้เกี่ยวกับเชื้อ *Helicobacter pylori* ได้เพิ่มขึ้นมาก ประกอบกับนโยบายและระบบบริการด้านสุขภาพของประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก กลุ่มวิจัยโรคระบบทางเดินอาหาร สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย จึงได้ดำเนินการให้มีการบททวนและจัดทำ “แนวทางเวชปฏิบัติในการวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยดีสเปปเซีย (Dyspepsia) และผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อเอลิโคแบคเตอร์ ไพโลอิร (*Helicobacter pylori*) ในประเทศไทย” ฉบับที่ 2 ขึ้น เพื่อเสนอแนะแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยในภาวะดังกล่าวให้มีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยยืนอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลของประเทศไทยมากที่สุด และลดผลกระทบกับสภากาณ์ในปัจจุบันของประเทศไทย

ในการประชุมครั้งนี้ได้เชิญแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคระบบทางเดินอาหาร อายุรแพทย์ และแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปจากทั่วประเทศเข้าร่วมประชุมโดยมีความร่วมมือกันอย่างดียิ่ง สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทยขอขอบคุณแพทย์ทุกท่านที่ได้สละเวลาทำความรู้และประสบการณ์เพื่อร่วมในการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติในการวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยดีสเปปเซีย (Dyspepsia) และผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อเอลิโคแบคเตอร์ ไพโลอิร (*Helicobacter pylori*) ในประเทศไทย พ.ศ. 2553 ให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดีสมความมุ่งหมายทุกประการ อันจะส่งผลให้คุณภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วยดีสเปปเซียและผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อเอลิโคแบคเตอร์ ไพโลอิร ดียิ่งขึ้น เป็นประโยชน์โดยรวมต่อการสาธารณสุขของประเทศไทยและช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายอีกด้วย


พศ.นพ.องอาจ ไพรสอนทรางกูร

นายกสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

สารบัญ

คำนำ	i
การดำเนินการเพื่อจัดทำเวชปฏิบัติ	1
แหล่งการณ์ตามมติที่ประชุม (Consensus statements)	
แนวทางเวชปฏิบัติในการวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยด้วยดีสเปปเชีย	3
แนวทางเวชปฏิบัติในการวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วย ที่มีการติดเชื้อเอลิโคแบคเตอร์ ไพโลไร	15
การประชุมสัมมนา Thailand Consensus for the management of Dyspepsia and <i>Helicobacter pylori</i> 2010	20
รายงานผู้เข้าร่วมประชุม Thailand Consensus for the management of Dyspepsia and <i>Helicobacter pylori</i> 2010	23

ການດຳເນີນການເພື່ອຈັດກຳແນວທານເວັບປົງບົດ

ການຈັດກຳແນວທານເວັບປົງບົດນີ້ ດຳເນີນການໂດຍກຸ່ມວິຈັຍໂຄກະເພະອາຫາຣສມາຄມແພທຍໍຮະບບທາງເດີນອາຫາຣແທ່ງປະເທດໄທ ໂດຍໄດ້ຈັດການປະໜຸນຂຶ້ນເມື່ອວັນທີ 11-13 ມີຖຸນາຍັນ ພ.ຄ. 2553 ທີ່ອຳເກອະຊະວ່າ ຈັງຫວັດເພື່ອຈຸດກຳແນວທານເວັບປົງບົດ ມີຜູ້ເຂົ້າວ່ວມປະໜຸນທັງລື້ນ 23 ທ່ານ ເປັນແພທຍໍຜູ້ເຊີ່ຍວິຊາລຸ່າງສາຂາໂຄຮະບບທາງເດີນອາຫາຣຈາກຄະນະແພທຍໍສາດຕ່ຽວ່າງໆ ຈຳນວນ 14 ທ່ານ ເປັນແພທຍໍຜູ້ເຊີ່ຍວິຊາລຸ່າງສາຂາໂຄຮະບບທາງເດີນອາຫາຣທີ່ປົງບົດ ຈາກອຸ່ນໂຮງພຢາບາລຄູນຍໍ ລັກດັກກະທຽວສາຫະລຸນສຸຂ ຈຳນວນ 6 ທ່ານ ເປັນແພທຍໍເວັບປົງບົດທີ່ໄປທີ່ປົງບົດຕົງຈາກອຸ່ນໂຮງພຢາບາລລຸ່ມໜັນ ລັກດັກກະທຽວສາຫະລຸນສຸຂ ຈຳນວນ 2 ທ່ານ ແລະ ເປັນແພທຍໍເວັບປົງບົດທີ່ໄປທີ່ປົງບົດຕົງຈາກອຸ່ນໂຮງພຢາບາລເອກະນຸມາຈຳນວນ 1 ທ່ານ

ກ່ອນການປະໜຸນ ກຸ່ມວິຈັຍກະເພະອາຫາຣໄດ້ມອບທ່ານໄທ້ແພທຍໍບາງທ່ານທບທວນອນຄໍຄວາມຮູ້ຕ່າງໆ ທີ່ເກີຍວ່າຂັ້ງ ໂດຍເລັກປະໜຸນໃນປະເທດໄທ ຕລອດຈຸນໄດ້ຈັດການປະໜຸນວິຊາການສົ່ງຈາກປະຕາມການຕ່າງໆ ທັ້ງ 4 ການໃນປະເທດໄທ ໃນຈົ່ງ 2 ປີທີ່ຜ່ານມາ ເພື່ອແລກປັບປຸງປະລັດການຄຸງແລ້ວກ່າຍຜູ້ປ່ວຍ dyspepsia ແລະ ຜູ້ປ່ວຍທີ່ສີກາຣຕິດເຊື້ອ *Helicobacter pylori* ກັບແພທຍໍທີ່ປົງບົດຕົງໃນສັນພາຍາລະຮັບຕັ້ນຕ່າງໆ ຮວມທັ້ງເກີບຮົບຮວມປະເທດີນປັບປຸງທີ່ແພທຍໍເວັບປົງບົດປະລົບ ເພື່ອໃຊ້ພິຈາລານາປະກອບໃນການທບທວນແນວທານເວັບປົງບົດ ຄະນະທຳກຳຂອງກຸ່ມວິຈັຍກະເພະອາຫາຣ ມີການຈັດປະໜຸນລ່ວງໜ້າ 2 ຄຮ້າງ ຄຮ້າງແກຣເພື່ອທບທວນແນວທານເວັບປົງບົດຕົບຕັບເດີມປີ 2542 ແລະ ຮະບຸປະເທດີນທີ່ພບວ່າເປັນປັບປຸງທາເມື່ອມີການນຳແນວທານເວັບປົງບົດໄປໃໝ່ ຜົນຂອງປະເທດີນທີ່ອາຈາດຕ້ອງນຳມາພິຈາລານາທວນເນື່ອງຈາກມີຂໍ້ອມຸລເພີ່ມເຕີມ ຜົນຂອງມີຂໍ້ອມຸລໃໝ່ ທີ່ໜັດເຈນກວ່າຂໍ້ອມຸລເດີມ ໃນການປະໜຸນຄຽວ່າ 2 ຄະນະທຳກຳ ໄດ້ກຳທັນດທລັກເກີນທີ່ໃນການຈັດຮະດັບຂອງທລັກສູາເຊີງປະຈັກໝັ້ງ (level of evidence) ທີ່ໃຊ້ເພື່ອສັນບລຸ່ມນັ້ນໜ້າ ໜັກຂອງຂໍ້ອ່ານຸ່ານຳແນະນຳ (grade of recommendation) ໂດຍທຳໄທ້ເຂົ້າໃຈ່ງຍາແລະໄມ້ເຊັບຊ້ອນ (ຕາຮາງທີ່ 1) ແລະ ກຳທັນປະເທດີນສຳຄັນທີ່ຕ້ອງການຄວາມຕກລງຈາກທີ່ປະໜຸນເພື່ອເຊີຍເປັນແລກງການຄົນແຕ່ລະຂໍ້ອ

ตารางที่ 1 ระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ (level of evidence) เพื่อสนับสนุนน้ำหนักของข้อแนะนำ (grade of recommendation) ที่ใช้ใน “แนวทางเวชปฏิบัติในการวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยดีสเปปซิยา (Dyspepsia) และผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อ เอลิโคแบคเตอร์ ไพลอโร (Helicobacter pylori) ในประเทศไทย ฉบับปีพ.ศ. 2553”

น้ำหนักของข้อแนะนำ (Grade of recommendation)	ระดับของหลักฐาน เชิงประจักษ์ (Level of evidence)	ประเภทการศึกษา (Type of studies)
1	1	<ul style="list-style-type: none"> - Systematic review of randomized controlled trials (RCTs) of good methodological quality - Individual RCT - Comparative non-controlled studies
2	2	<ul style="list-style-type: none"> - Systematic review of cohort studies or case-control studies - Individual cohort studies/ Non-controlled cohort studies - Individual case-control studies
3	3	<ul style="list-style-type: none"> - Case series - Poor quality cohort or case-control studies
4	4	<ul style="list-style-type: none"> - Expert opinions - Clinical experiences of respected authorities

ແນວທາງເວັບປະກຸບຕີໃນກາຮວິນິຈອົຍແລກ້າຫຼັກຫາຜູ້ປ່ວຍ ດີສເປປເຊີຍ (Dyspepsia)

คำจำกัดความของດີສເປປເຊີຍ (Dyspepsia)

คำจำกัดความของ Dyspepsia มีความแตกต่างกันໃນແນວທາງເວັບປະກຸບຕີຂອງແຕ່ລະປະເທດ ແລະ ມີວິວດັນນາກາຮາມຄວາມຮູ້ດ້ານພາຫືສະລວັງທີ່ເປັນໄປ ໃນອົດຕີ dyspepsia ໄດ້ຮັມເອົາອາກາຮແສບຮ້ອນບຣິເວັນກີ່ກລາງໜ້າອັກ (heartburn) ເອົາໄວ້ດ້ວຍແຕ່ປັ້ງຈຸນັນວັນກາຮແພທຍ່ວນທາງເດີນອາກາຮທ່າວໂລກມີແນວໂນມທີ່ຈະແຍກຜູ້ປ່ວຍທີ່ມີອາກາຮ heartburn ເປັນອາກາຮເດິນ ອອກຈາກຜູ້ປ່ວຍທີ່ມີປັ້ງຫາ dyspepsia ໂດຍແນະນຳໃຫ້ດູແລກ້າຫຼັກຫາຜູ້ປ່ວຍທີ່ມາດ້ວຍ heartburn ເປັນອາກາຮເດິນເລີມອັນຫົ່ງເປັນໂຄກຣດໄຫລຍ້ອນ (Gastroesophageal reflux disease; GERD)

คำจำกัดความຂອງ Dyspepsia ໃນແນວທາງເວັບປະກຸບຕີບັນນີ້ໃຊ້ເກລນທີ່ຂອງ ROME III ກລ່າວົກີ່ ເປັນອາກາຮປວດທ້ອງຫົວໝາຍທ້ອງທີ່ລັນນິຍສູາວ່ານ່າຈະມີສາເຫຼືດຈາກຄວາມຜິດປົກຕິຂອງກະເພະອາກາຮຫົວໝາຍລຳໄສເລັກສ່ວນຕົ້ນ (Gastroduodenum) ອາກາຮເຫັນນີ້ ໄດ້ແກ່

ກ. ປວດທ້ອງບຣິເວັນໃຕ້ລົ້ນປີ (Epigastric pain) ສື່ອາກາຮປວດທີ່ເກີດບຣິເວັນຮະຫວ່າງສ່ວນປາຍຂອງ sternum ກັບສະດືອແລະອູ້ໃນຮະຫວ່າງເລັ້ນ mid clavicular line 2 ຊ້າງ (Epigastrium)

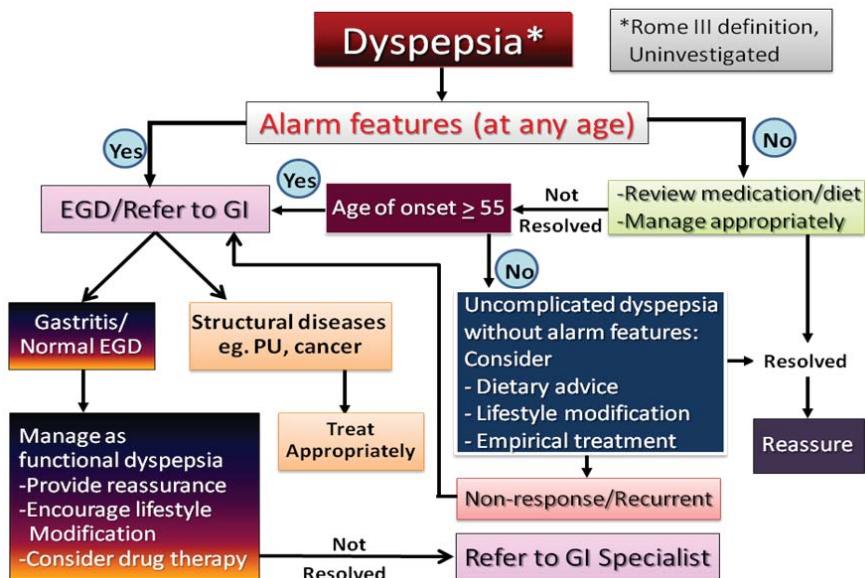
ຂ. ແສບຮ້ອນທ້ອງບຣິເວັນໃຕ້ລົ້ນປີ (Epigastric burning) ສື່ອາກາຮປວດ epigastrium ທີ່ເປັນອາກາຮແສບຮ້ອນ (Burning) ແລະ ໂມ່ວ້າວັ້ນໄປທີ່ບຣິເວັນໜ້າອັກ

ຄ. ແນ່ນຫົວໝາຍເອົດອັດທ້ອງຫັ້ງໜົ້ມ້ອງອາກາຮ (Post-prandial fullness) ສື່ອາກາຮຮູ້ສຶກໄມ່ສບາຍເໜີ້ອັກວ່າອາກາຮຄ້າງອູ້ໃນກະເພະນານຜິດປົກຕິ

ງ. ອື່ມເຮົວກວ່າປົກຕິ (Early satiation) ສື່ອາກາຮຮູ້ສຶກວ່າກະເພະເຕັມເຮົວຜິດປົກຕິຫັ້ງຈາກເຮັມກິນອາກາຮ ທັ້ງທີ່ປະມານອາກາຮທີ່ກິນເຂົາໄປນ້ອຍ ແລະ ຕຳໃຫ້ໄໜ່ສາມາດກິນອາກາຮປະມານປົກຕິທີ່ເຄຍກິນໄດ້ໜົດ

ผู้ป่วย dyspepsia บางราย อาจมีอาการเรื้อรัง หรือคลื่นไส้ อาเจียนได้ บางรายอาจมีอาการแสบร้อนหน้าอก หรือมีเรอเปรี้ยวได้นานๆ ครั้ง แต่ไม่ใช่อาการเด่น กรณีนี้ให้การดูแลตามแนวทางเวชปฏิบัติฉบับนี้ได้ ที่สำคัญอาการเรื้อร่ายฯ ไม่ใช่อาการจำเพาะของโรคกรดไหลย้อน สำหรับผู้ป่วยที่มาด้วยอาการแสบร้อนบริเวณกึ่งกลางหน้าอก (Heartburn) หรือมีน้ำย่อยออกจากกระเพาะอาหารวิ่งขึ้นมาที่ลำคอ (Acid regurgitation) เป็นอาการเด่น ให้ดูแลรักษาตามแนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลรักษาภาวะกรดไหลย้อน ของสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย ปีพ.ศ. 2547

แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มาด้วยปัญหา dyspepsia ได้แสดงให้จ่ายและระบุขั้นตอน (Algorithm) ข้างล่าง ทั้งนี้ขอให้อ่านรายละเอียดเพิ่มเติมตามข้อความในแหล่งการอ่านแต่ละข้อประกอบด้วย



ແກລງການນົມຕາມມົກືປະຊຸມ (Consensus statements)

ແກລງການນົມຂອງທີ່ 1

ຜູ້ໃໝ່ທຸກກຸລຸມອາຍຸ ທີ່ມາດ້ວຍ dyspepsia ທີ່ໄມ່ເຄີຍໄດ້ຮັບການตรวจວິນິຈັຍ
ເພື່ອຫາສາເຫຼຸ່ງທີ່ແນ່ນອນ (Uninvestigated dyspepsia) ແລະ ທັກປະວັດຫົວ
ຕຽບຈ່າງກາຍໄດ້ວ່າມີລົ້ງຢານອັນຕរາຍ ແນະນຳໃຫ້ສ່ອງກລັ້ອງຕຽບທາງເດີນອາຫາ
ສ່ວນຕົ້ນ (Esophagogastroduodenoscopy, EGD)

ຫລັກສູນເຊີງປະຈັກໜີ : ຮະດັບ 2

ໜີແນະນຳ : ຮະດັບ 2

ຜູ້ໃໝ່ໃນທີ່ນີ້ໝາຍຄື່ງອາຍຸຕັ້ງແຕ່ 18 ປີເປັນໄປ ທາກນີ້ອາການ dyspepsia ແລະ
ໄມ່ເຄີຍໄດ້ຮັບການตรวจວິນິຈັຍເພື່ອຫາສາເຫຼຸ່ງທີ່ແນ່ນອນ (Uninvestigated dyspepsia)
ໂດຍເນັພາວອຍ່າງຍິ່ງໄມ່ເຄີຍໄດ້ຮັບການສ່ອງກລັ້ອງຕຽບທາງເດີນອາຫາສ່ວນຕົ້ນ ແລະ ທັກ
ປະວັດຫົວຕຽບຈ່າງກາຍໄດ້ວ່າມີລົ້ງຢານອັນຕරາຍ ຕາມຕາരາງທີ່ 2 ແນະນຳໃຫ້ສ່ອງ
ກລັ້ອງຕຽບທາງເດີນອາຫາສ່ວນຕົ້ນເສົ່ວໂມງ ແລ້ວການຮັກຫາດ້ວຍຍາລຸດກາຮັ້ງກຽດຈະ
ທຳໃຫ້ອາການ dyspepsia ຖຸເລາລົງຫົວຫາຍໄປກົດຕາມ ເນື່ອຈາກຜູ້ທີ່ເປັນແພລມະເຮົງ
ກະເພະວັດອາຫາບາງຮາຍ ການໄດ້ຮັບຍາລຸດກາຮັ້ງກຽດທຳໃຫ້ອາການ dyspepsia
ຖຸເລາຫົວຫາຍໄດ້ໃນຮະຍະແຮກ ດັ່ງນັ້ນການທັກປະວັດແລະ ຕຽບຈ່າງກາຍເພື່ອມອງຫາ
ລົ້ງຢານອັນຕරາຍຈຶ່ງມີຄວາມສຳຄັນແລະ ຕ້ອງກະທຳຖຸກຮັ້ງທີ່ຜູ້ປ່ວຍມາພົບແພຕຍໍ
ສໍາຫັກສ່ານພຍາບາລທີ່ໄມ່ສາມາດຮັບໃຫ້ບໍລິການສ່ອງກລັ້ອງຕຽບທາງເດີນອາຫາສ່ວນຕົ້ນໄດ້
ແນະນຳໃຫ້ສ່ອງຕ່ອຜູ້ປ່ວຍໄປຢັ້ງສ່ານພຍາບາລທີ່ສາມາດຮັບໃຫ້ໄດ້

ຕາරາງທີ່ 2 ລົ້ງຢານອັນຕරາຍ (Alarm symptoms) ໃນຜູ້ປ່ວຍ dyspepsia ທີ່ຄວາມໄດ້ຮັບການສ່ອງກລັ້ອງຕຽບ
ທາງເດີນອາຫາສ່ວນຕົ້ນ

1. ກລືນລຳບາກ (Dysphagia)
2. ມີປະວັດຫົວຫລັກສູນວ່າມີເລືອດອົກໃນທາງເດີນອາຫາ (Evidence of gastrointestinal blood loss)
ເຫັນ ມີປະວັດອາເຈີນເປັນເລືອດ ຄ່າຍອຸຈະຈະເປັນ melena ມີກາວະເຟີດຈາກກາຮາດຫຼຸ່ມເຫຼັກ ເປັນຕົ້ນ
3. ນ້ຳໜັກລັດໂດຍໄມ່ສາມາດຮັກຫາເຫຼຸ່ງມາອີນຍາໄດ້ (Unexplained weight loss) ເຫັນ ໄມ່ໄດ້ຕັ້ງໃຈລັດ
ນ້ຳໜັກ ໄນໄດ້ເຮັມເປັນເນາຫວານ ໄນໄດ້ມີກາວະໄທຮອຍດີເປັນພິຟ ເປັນຕົ້ນ
4. ອາເຈີນຕ່ອນເອົ້າ (Persistent vomiting)

๒ แหล่งการณ์ข้อที่ 2

ผู้ป่วยที่ไม่มีลักษณะอันตราย ให้กับทวนการใช้ยา และอาหารที่อาจทำให้มีอาการ dyspepsia

หลักฐานเชิงประจักษ์ : ระดับ 3

ข้อแนะนำ : ระดับ 3

ยาที่พบว่าเป็นสาเหตุของ dyspepsia มีเป็นจำนวนมาก ดังแสดงในตารางที่ 3 จึงต้องซักประวัติการกินยาต่างๆเหล่านี้ ว่าสัมพันธ์กับช่วงเวลาที่มีอาการ dyspepsia หรือไม่ หากอาการ dyspepsia เกิดขึ้นหลังกินยาดังกล่าว แนะนำให้หยุดยา หากหยุดได้หรือพิจารณาเปลี่ยนยาตามความเหมาะสม ไม่แนะนำให้คงกินยาที่ทำให้เกิดอาการ dyspepsia ควบคู่ไปกับการให้ยารักษาอาการ dyspepsia เว้นแต่มีความจำเป็นที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้จริงๆ

นอกจากซักประวัติการกินยา ควรซักประวัติเกี่ยวกับอาหารด้วย เพราะผู้ป่วยบางรายอาจให้ประวัติชัดเจนว่าอาการ dyspepsia สัมพันธ์กับการกินอาหารบางชนิด เช่น อาหารรสเผ็ดจัด เปรี้ยวจัด การดื่มน้ำมันหรือน้ำอัดลม เป็นต้น ในกรณีนี้แนะนำให้หลีกเลี่ยงอาหารดังกล่าวก่อน โดยอาจยังไม่จำเป็นต้องให้ยารักษาอาการ dyspepsia

ตารางที่ 3 ยาที่เป็นสาเหตุของอาการ dyspepsia

- NSAIDs และ แออลไฟริน (ASA)
- ยาปฏิชีวนะ ได้แก่ penicillin, sulphonamides, macrolides, doxycycline, tetracycline เป็นต้น
- ยาประเภทฮอร์โมน ได้แก่ อินซูลิน, ยากินเพื่อลดระดับน้ำตาล (Oral anti-diabetics), เอสโตรเจน และ กัมมุคอร์ติโคสเตียรอยด์
- ยาที่มีฤทธิ์ต่อหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ digoxin, calcium channel blockers
- โซเดียมเชียร์ม (potassium supplement)
- ยาที่มีผลต่อกระดูก เช่น alendronate
- ยาขยายหลอดลม ได้แก่ theophylline

ແດລກກາຣນ້ອຂອກທີ 3

ຜູ້ປ່ວຍທີ່ມາດ້ວຍອາການ dyspepsia ໂດຍອາຍຸເມື່ອເຮີ່ມມືອກາກ 55 ປີຂຶ້ນໄປ ແລະ ໄມມີປະວັດໃຫ້ສັງສົນວ່າຍາ ທີ່ອາຫານຈະເປັນສາເຫຼຸ ແນະນຳໃຫ້ລົງກລົງ ຕຽບທາງເດີນອາຫານສ່ວນຕົ້ນ (EGD)

ຫລັກສູ່ານເຊີງປະຈັກໝີ : ຮະດັບ 3

ຂັ້ນແນະນຳ : ຮະດັບ 3

ຜູ້ປ່ວຍສູງອາຍຸທີ່ມີອາການ dyspepsia ເປັນຄວັງແຮກ (new onset dyspepsia) ແລະ ອາການ dyspepsia ໄມສັມພັນຮັກກັບກາຮົກນິຍາຫວີອາຫານໄດ້ ທີ່ວີເມື່ອໃຫ້ຫຼຸດຍາ ແລະ ເຫັນເລີ່ມຈຳກັດອາຫານທີ່ຈະໄດ້ໃຫ້ເກີດອາການ dyspepsia ແລ້ວ ອາການໄມ້ດີຂຶ້ນຄວາມໄດ້ຮັບການລົງກລົງຕຽບທາງເດີນອາຫານສ່ວນຕົ້ນ ເນື່ອຈາກອຸບັດກາຣນ້ອຂອງໂຮຄມະເຮົງ ກະະເພາະອາຫານທີ່ເປັນເປົ້າແລະ ແຫຼ່ງໃນປະເທດໄທຢູ່ໃນຜູ້ທີ່ມີອາຍຸນ້ອຍກວ່າ 45 ປີ ຄອນ ຂ້າງຕໍ່ແລະ ຈະສູງຂຶ້ນເຮືອຍາ ເມື່ອອາຍຸມາກຂຶ້ນ ດັ່ງນັ້ນເມື່ອພິຈານາຈາກອຸບັດກາຣນ້ອ ແລະ ຄວາມເໝາະສົມ ຄວາມລົງກລົງຕຽບທາງເດີນອາຫານສ່ວນຕົ້ນໃນຜູ້ປ່ວຍທີ່ເຮີ່ມມືອກາກ ຄວັງແຮກ ເມື່ອມີອາຍຸຕັ້ງແຕ່ 55 ປີຂຶ້ນໄປ ໄມວ່າຜູ້ປ່ວຍຈະມີຫວີ່ໂມ່ສັນຍາລົງກລົງຕຽບທາງເດີນອາຫານສ່ວນຕົ້ນໃນບາງຮາຍ ເພື່ອຍືນຍັນສາເຫຼຸຂອງໂຮຄ ແລະ ລົດຄວາມວິຕກັງຈະວ່າຈະເປັນໂຮຄຮ້າຍແຮງຂອງຜູ້ປ່ວຍ

ແດລກກາຣນ້ອຂອກທີ 4

ກາຮົງແລະເບື້ອງຕົ້ນໃນຜູ້ປ່ວຍ dyspepsia ທີ່ອາຍຸເມື່ອເຮີ່ມມືອກາກນ້ອຍກວ່າ 55 ປີ ແລະ ໄມມີສັນຍາລົງກລົງຕຽບທາງເດີນອາຫານ ດັ່ງນັ້ນເມື່ອພິຈານາຈາກອຸບັດກາຣນ້ອ ປະຫຼິບຕົວ

ຫລັກສູ່ານເຊີງປະຈັກໝີ : ຮະດັບ 3

ຂັ້ນແນະນຳ : ຮະດັບ 3

ແມ່ອາຫານແລະ ຄວາມເຄີຍດອກຈະກະຕຸນຫວີ່ໂມ່ສັນຍາລົງກລົງຕຽບທີ່ມີອາການ dyspepsia ຫວີ່ໂມ່ສັນຍາລົງກລົງຕຽບທີ່ມີອາການ dyspepsia ກຳເຮີບ ແຕ່ໄມ້ມີກາຮົກນິຍາທີ່ສາມາຮັດຍືນຍັນປະລິຫຼືພຸດ ພະຍາຍາການປັບປຸງແບ່ລືນອາຫານ ແລະ ກາຮົງແລະ ປະຫຼິບຕົວທີ່ຈຳເພາະທີ່ສາມາຮັດໃຫ້ອາການ dyspepsia ທີ່ວີ່ໄດ້ອ່າງເຈັດເຈັນ ອ່າງໄວ້ກົດຕາມມີຄໍແນະນຳລົງກລົງຕຽບທີ່ອາຍຸນ້ອຍ ແລະ ໄມມີສັນຍາລົງກລົງຕຽບທີ່ຈຳເພາະທີ່ວີ່ໄດ້ ດັ່ງຕ່ອໄປນີ້

1. หลีกเลี่ยงอาหารหรือเครื่องดื่มที่ทำให้มีการเพิ่มน้ำหนักหรือกำเริบ เช่น อาหารเผ็ด รสจัด ของหมักดอง เครื่องดื่มจำพวกน้ำอัดลม กาแฟ โกโก้ และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ทุกชนิด
 2. งดหรือลดการสูบบุหรี่
 3. ถ้ามีน้ำหนักเกินควรพยายามลดน้ำหนักให้้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน อาจช่วยลดอาการจุกแน่นหลังอาหาร และอาการคล้ายกรดไหลย้อนได้
 4. ควรหลีกเลี่ยงการใส่กางเกง กระโปรงหรือคาดเอวมีขั้ดที่รัดแน่นเกินไป
 5. ไม่ควรเข้านอนทันทีหลังจากกินอาหารอิ่มใหม่ๆ ควรรออย่างน้อย 2-3 ชั่วโมง
 6. ออกกำลังกายแบบแอโรบิคอย่างสม่ำเสมอ 20-40 นาทีต่อครั้ง 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ และไม่ควรออกกำลังกายทันทีหลังจากกินอาหาร

ແດລງກາຣນີຂ້ອທີ່ 5

แนวทางการดูแลผู้ป่วยอายุน้อยที่มาด้วยปัญหา dyspepsia และไม่มีลักษณะอันตราย ไม่ว่าจะเริ่มด้วยการล่องตรวจทางเดินอาหารล้วนต้นก่อน หรือการเลือกทดลองการติดเชื้อเอลิโคแบคเตอร์ ไพโลไร โดยไม่ล่องกล้องและให้การรักษา หรือการให้ยาลดการหลั่งกรดก่อน พบร่วมทำให้อาการ dyspepsia ดีขึ้นไม่แตกต่างกัน

หลักฐานเชิงประจักษ์ : ระดับ 1

ข้อแนะนำ : ระดับ 1

จากรายงานการศึกษาในต่างประเทศ การรักษาผู้ป่วย uninvestigated ของ dyspepsia ที่อายุน้อย และไม่มีลักษณะอันตราย ไม่ว่าจะใช้แนวทางการเลือกวิธีส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้นตั้งแต่แรกและให้การรักษาตามลิํงตรวจพบหรือการเริ่มต้นด้วยการทดสอบทางการติดเชื้อในผู้ป่วยเอลิโคแบคเตอร์ ไพโลไร (*H. pylori*) โดย urea breath test และให้ยากำจัดเชื้อในรายที่พบว่ามีการติดเชื้อหรือเลือกให้ยาลดการหลังกรดแบบครอบคลุม (empirical acid suppressive therapy) พบว่า ที่เวลา 6 เดือนถึง 1 ปีหลังเริ่มให้การรักษา อาการ dyspepsia ดีขึ้นหรือหายไม่แตกต่างกัน การจะเลือกแนวทางใดจึงขึ้นกับดุลยพินิจของแพทย์ร่วมกับผู้ป่วย โดยคำนึงถึงศักยภาพในการให้บริการของสถานพยาบาลนั้นๆ ค่าใช้จ่าย และความคาดหวังของผู้ป่วย

ແດລກກາຣົນຂັ້ອກີ່ 6

ກາຮລົງກລັ້ອງຕຽບທາງເດີນອາຫາຮສ່ວນດັນ (EGD) ໃນຜູ້ປ້ອຍອາຍຸນ້ອຍທຸກ
ຮາຍທີ່ມາດ້ວຍປໍ່ປູ້ຫາ dyspepsia ແລະ ໄມມີສັນຄູາຜົນອັນຕາຍ ເປັນແນວທາງທີ່ໄມ້ຄຸ້ມ
ຄ່າທາງເສຣະສູກິຈ

ຫລັກສູານເຊີງປະຈັກໝີ : ຮະດັບ 4

ຂຶ້ອແນວນຳ : ຮະດັບ 4

ໂດຍຄວາມເຫັນພ້ອງຂອງຜູ້ເຂົ້າວ່ວມປະຫຼຸມທັງໝົດ ເຫັນວ່າກາຮເລືອກ EGD ເປັນ
ອັນຕັບແຮກໃນຜູ້ປ້ອຍ uninvestigated dyspepsia ທີ່ອາຍຸທີ່ເຮີ່ມມີອາການນ້ອຍກວ່າ 55 ປີ
ແລະ ໄມມີສັນຄູາຜົນອັນຕາຍ ເປັນວິທີທີ່ໄມ້ຄຸ້ມຄ່າທາງເສຣະສູກິຈ ເນື່ອງຈາກໂຄກສໍາລັບ
ຮອຍໂຄກທີ່ສຳຄັນໃນກະເພະອາຫາຮຫຼື duodenum ມີນ້ອຍນັກ ໂອກາສພບມະເຮົງ
ຍິ່ງນ້ອຍນັກ ຜູ້ປ້ອຍກຸ່ມນີ້ສ່ວນໃຫ້ຢູ່ຂອງປະມານກວ່າ 80% ເປັນ functional dyspep-
sia ນອກຈາກນັ້ນປໍ່ປູ້ຫາ dyspepsia ເປັນປໍ່ປູ້ຫາທີ່ພົບນ່ອຍນັກໃນໂຮງພຍາບາລຮະດັບ
ໜຸ່ມໜຸ່ນ ຜູ້ປ້ອຍສາມາດຮັດໃນກາຮໃຫ້ບໍລິການລົງກລັ້ອງຕຽບທາງເດີນອາຫາຮສ່ວນດັນໄດ້
ກາຮເລືອກແນວທາງດັ່ງກ່າວຈະຕ້ອງສົ່ງຕ່ອງຜູ້ປ້ອຍໄປຢັງໂຮງພຍາບາລອຍ່າງນ້ອຍຮະດັບ
ຈັງຫວັດ ພົບນ່ອຍນັກ ຢັງເກີດຄ່າໃໝ່ຈ່າຍທີ່
ເປັນຄ່າເດີນທາງ ແລະ ຄ່າສູ່ງເວລາຂອງຜູ້ປ້ອຍແລະ ສູາຕີເພີ່ມເຕີມດ້ວຍ ຈາກກາຮປະເມີນ
ຄ່າວ່າງ ແນວທາງນີ້ຈະກ່ອໃຫ້ເກີດກາຮສູ່ງເລີຍຄ່າໃໝ່ຈ່າຍຈຳນວນນັກ ໄມ້ຄຸ້ມກັບປະໂຍ່ນ
ທີ່ໄດ້ຮັບ

ແດລກກາຣົນຂັ້ອກີ່ 7

ກາຮທດລອບທາກາກຕິດເຫື້ອເຂົລືໂຄແບຄເຕອວ໌ ໄພລອວີຣ໌ ໂດຍໄມ້ລົງກລັ້ອງ ວິທີ
ມາຕຽນສູານທີ່ດີທີ່ສຸດ ອີກາຮຕຽບດ້ວຍວິທີເປົາລາມຫາຍໃຈແລະ ວັດທາຮະດັບຢູ່ເຮົງ (urea
breath test) ກາຮຕຽບໂດຍໃໝ່ປົກກີຣີຢາ້ນ້າເຫຼືອຈາກເລືອດມີຄວາມໄວແລະ ຄວາມ
ຈຳເພາະຕໍ່າ ໄມເປັນທີ່ຍອມຮັບແລະ ໄມ້ແນະນຳໃຫ້ໃໝ່

ຫລັກສູານເຊີງປະຈັກໝີ : ຮະດັບ 1

ຂຶ້ອແນວນຳ : ຮະດັບ 1

ໃນກາຮນີ້ທີ່ຕ້ອງກາຮຕຽບວ່າມີກາຮຕິດເຫື້ອ *H. pylori* ຢັງຈາກໄມ້ ໂດຍໄມ້ລົງກລັ້ອງ
ຕຽບທາງເດີນອາຫາຮ ວິທີທີ່ຄືວ່າເປັນມາຕຽນ ແລະ ເຫື້ອໄດ້ຕີ ອີກາຮ urea breath test
(UBT) ໄມ້ແນະນຳໃຫ້ໃໝ່ກາຮຕຽບທາງ serology ໄມ້ວ່າຈະເປັນ office-based ຢັງຈາກ labo-

ratory-based ในการวินิจฉัยว่าขณะนี้มีป่วยกำลังมีการติดเชื้อ *H. pylori* หรือไม่ เนื่องจากมีความไวและความจำเพาะต่ำ จึงไม่เป็นที่ยอมรับ การตรวจทาง serology จะมีประโยชน์ชันเพื่อการศึกษาทางระบบดิบพยาบาลเป็นส่วนใหญ่

เพื่อหลีกเลี่ยง false negative UBT แนะนำให้หยุด PPI อย่างน้อย 14 วัน ก่อนทำ และแนะนำให้หยุด antibiotics อย่างน้อย 28 วันก่อนทำ สำหรับ H2-blockers อาจหยุดอย่างน้อย 7 วันก่อนทำได้ ในช่วงระหว่างที่หยุดยาหากผู้ป่วยมีอาการ แนะนำให้ใช้ antacids เพื่อรักษาอาการ

เนื่องจากสถานพยาบาลส่วนใหญ่ในประเทศไทยไม่สามารถทำ UBT ได้ การเลือกกล่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้นเป็นอันดับแรกในผู้ป่วยทุกรายเป็นแนวทางที่ไม่คุ้มค่าทางเศรษฐกิจ ผลการรักษาในผู้ป่วย uninvestigated dyspepsia ที่ไม่มีลักษณะอันตรายด้วย empirical acid suppressive therapy ก่อน ไม่แตกต่างจากการให้การรักษาด้วยแนวทางอื่น ดังนั้นจึงแนะนำให้พิจารณาให้ empirical treatment เป็นอันดับแรก ดังแสดงใน algorithm

██████████

การใช้ยาลดการหลั่งกรดหรือยากลุ่ม prokinetics มีประสิทธิภาพดีกว่ายาหลอกในการรักษาอาการ dyspepsia จึงแนะนำให้เลือกใช้ในการรักษาด้วยยาแบบครอบคลอม (empirical treatment)

หลักฐานเชิงประจักษ์ : ระดับ 1

ข้อแนะนำ : ระดับ 1

ผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 55 ปี อาการ dyspepsia ไม่ได้เกิดจากยาใดๆ คือเป็น uncomplicated dyspepsia และไม่มีลักษณะอันตราย นอกจากให้คำแนะนำเรื่องอาหารและการปฏิบัติตัว หากอาการ dyspepsia รบกวนผู้ป่วยมาก อาจพิจารณาให้ยาแบบครอบคลุม (empirical treatment) ด้วยยาที่ออกฤทธิ์ลดการหลั่งกรดหรือยากระตุ้น prokinetics โดยอาจเลือกใช้ยาลดการหลั่งกรดหากอาการปวดท้อง (epigastric pain) หรือแสบท้อง (epigastric burning) เป็นอาการเด่น และใช้ยากระตุ้น prokinetics หากอาการแน่นหลังกินอาหาร (post-prandial fullness) หรืออาการอิ่มเร็ว (early satiation) เป็นอาการเด่น หากผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อยากระตุ้นแรกหลังจากได้รับยาแล้วเป็นเวลา 2-4 สัปดาห์ พิจารณาเปลี่ยนเป็นยาอีกกลุ่มหนึ่งได้

เช่น หากเริ่มต้นด้วยกลุ่มยา prokinetics และไม่ดีขึ้น ให้เปลี่ยนเป็นยาลดการหลั่งกรด เป็นต้น กรณีที่ผู้ป่วยมีทั้งอาการปวดหรือแสบและแน่นท้องรุนแรงใกล้เคียงกัน อาจพิจารณาให้ยาทั้งสองกลุ่มร่วมกันได้

ไม่มีหลักฐานว่าการให้ยาลดกรดหลายๆ ชนิดพร้อมกัน หรือยากลุ่ม prokinetics หลายชนิดพร้อมๆ กัน มีประสิทธิภาพดีกว่าการใช้ยาลดการหลั่งกรดชนิดเดียว หรือยากลุ่ม prokinetics ชนิดเดียว ในการรักษาผู้ป่วย uninvestigated dyspepsia จึงไม่แนะนำให้ใช้ยากลุ่มเดียวกันหลายๆ ชนิดร่วมกัน

๔๙ กล่องการณ์ข้อที่ 9

การรักษาด้วยยาลดการหลั่งกรดพบว่า การเริ่มต้นด้วยยาที่มีฤทธิ์ลดกรดน้อยและปรับเปลี่ยนเป็นยาที่มีฤทธิ์ลดกรดสูงขึ้นเมื่อยังไม่ตอบสนองต่อการรักษา (Step-up) ให้ผลการรักษาที่ 6 เดือนไม่แตกต่างจากการเริ่มต้นด้วยยาที่มีฤทธิ์ลดกรดสูงและค่อยๆ ปรับลดเป็นยาที่มีฤทธิ์ลดกรดน้อยกว่า (Step-down)

หลักฐานเชิงประจักษ์ : ระดับ 1

ข้อแนะนำ : ระดับ 1

มีการศึกษาในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ (primary care) ในผู้ป่วย uninvestigated dyspepsia ที่อายุน้อยและไม่มีลักษณะอันตรายเบรี่ยงเทียบระหว่าง step-up acid suppressive therapy คือ เริ่มด้วย alum milk และเพิ่มระดับความแรงของการลดกรดเป็น histamine-2 receptor antagonist (H2 antagonist) และยา proton pump inhibitor (PPI) standard dose ตามลำดับ เบรี่ยบเทียบกับ step-down คือขั้นทางกับ step-up หากผู้ป่วยรายได้อาการหายเป็นปกติให้หยุดยาทันใด พบร้าเมื่อสิ้นสุดการรักษาที่ 6 เดือน การรักษาได้ผลดีประมาณร้อยละ 70 ไม่แตกต่างกัน แต่กกลุ่ม step-up ใช้เงินน้อยกว่า

ข้อจำกัดของการศึกษานี้คือ ผู้ป่วย dyspepsia ในการศึกษานี้ได้รวมผู้ป่วยที่มี heartburn ไว้ด้วย และเมื่อวิเคราะห์ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการ reflux เป็นอาการเด่น (reflux pre-dominant) พบร้าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีแนวโน้มตอบสนองต่อการให้ยาแบบ step-down ดีกว่า step-up เล็กน้อย (แม้ไม่แตกต่างกันทางสถิติ) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาในผู้ป่วย GERD จากรายงานอื่นๆ

ดังนั้นจึงควรประเมินความรุนแรงของอาการที่รับกวนผู้ป่วย รวมทั้งอาการเด่น แล้วพิจารณาให้ยาตามความเหมาะสม ไม่จำเป็นต้องเริ่มต้นด้วยยาที่มีประสิทธิภาพลดกรดขนาดสูงมากเป็นตัวแรกเสมอไป

๙. แกลงการณ์ข้อที่ 10

ผู้ป่วยอายุน้อยที่ไม่มีลัญญาณอันตราย และอาการ dyspepsia ไม่ดีขึ้น หรืออาการกลับเป็นช้าบ่อยๆ หลังได้รับการรักษาด้วยยาแบบครอบคลุม แนะนำให้รับการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้น (EGD)

หลักฐานเชิงประจักษ์ : ระดับ 3

ข้อแนะนำ : ระดับ 3

ผู้ป่วยที่อาการไม่ดีขึ้นหลังได้ empirical treatment และได้มีการปรับเปลี่ยนยา หรือให้ยาลดการหลั่งกรดที่มีประสิทธิภาพสูงแล้ว แต่ไม่ตอบสนอง หรืออาการกลับเป็นช้าบ่อยๆ แนะนำว่าควรได้รับการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้น เพื่อจะได้ให้การวินิจฉัยที่แน่นอน และให้การรักษาตามความเหมาะสม

๑๐. แกลงการณ์ข้อที่ 11

ยาลดการหลั่งกรด และยากระตุ้น prokinetics มีประสิทธิภาพในการรักษาอาการ functional dyspepsia ดีกว่ายาหลอกไม่มากนักแต่มีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะยังคงมีอาการเป็นๆ หายๆ

หลักฐานเชิงประจักษ์ : ระดับ 1

ข้อแนะนำ : ระดับ 1

แม้ข้อมูลจากการศึกษาพบว่า ยาลดการหลั่งกรดและยากระตุ้น prokinetics มีประสิทธิภาพในการรักษาอาการของ functional dyspepsia ได้ดีกว่ายาหลอกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ผู้ป่วยกว่าร้อยละ 50 จะยังคงมีอาการเป็นๆ หายๆ แม้กินยาอยู่เป็นประจำ ผู้ป่วยที่กินยาแล้วอาการ dyspepsia ไม่แตกต่างจากการไม่กินยา แนะนำให้หยุดยาทั้งสองกลุ่ม (ยาลดการหลั่งกรด และยากระตุ้น prokinetics) และพิจารณาเปลี่ยนเป็นยาอื่นๆ หรือการรักษาวิธีอื่น

ແກດການຄົວໜັກທີ 12

ກາຣຶກໝາປະລິກີພາບຂອງຍາ antidepressant ໃນຜູ້ປັ້ງ functional dyspepsia ມີຮາຍຈານໄມ່ມາກ ທີ່ມີຮາຍຈານວ່າໄດ້ຜລໄດ້ແກກລຸ່ມ tricyclics, tetracyclics ແລະ ກລຸ່ມ selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) ພລ ກາຣຶກໝາດ້ວຍຍາ antidepressant ໃນຜູ້ປັ້ງທີ່ໄດ້ຮັບກາຣຶກໝາດ້ວຍຍາລັດກາຣ ທັລິ່ງກຽດຫຼືຍາກລຸ່ມ prokinetics ແລ້ວໄມ້ດີຂຶ້ນ ມີຂໍ້ອມຸລຈຳກັດມາກ ອາຈຈະ ພົຈາຮານໃຫ້ໄດ້ສ້າງຈຳເປັນ

ຫລັກສູ່ານເຊີງປະຈັກໜ້າ : ຮະດັບ 3

ໜັກແນະນຳ : ຮະດັບ 3

ກາຣຶກໝາປະລິກີພາບຂອງຍາ antidepressants ໃນກາຣຶກໝາ functional dyspepsia ທີ່ໜົມດເປັນກາຣຶກໝາເລັກຖາ ທີ່ມີປະ່າກກຶກໝາໃນແຕ່ລະຮາຍຈານໄມ່ເກີນ 40 ດາວ ຍາກລຸ່ມ tricyclics antidepressant ທີ່ມີຮາຍຈານວ່າໄດ້ຜລ ໄດ້ແກ່ amitryptyline ແລະ deanxit[®] ຜົນມີສ່ວນປະກອບຂອງ flupentixol ອຸນສມບັດເປັນ neuroleptic ແລະ melitracen ເປັນ tricyclic antidepressant ລໍາຮັບ amitryptyline ພບວ່າໄດ້ຜລໃນຜູ້ປັ້ງທີ່ເຄຍໄດ້ຮັບກາຣຶກໝາດ້ວຍຍາລັດກາຣທັລິ່ງກຽດແລະ ຍາກລຸ່ມ prokinetics ແລ້ວໄມ້ດີຂຶ້ນດ້ວຍ ຍາ tetracyclic ທີ່ມີຮາຍຈານວ່າໄດ້ຜລຕົວ mirtazapine ສ່ວນຍາກລຸ່ມ SSRI ທີ່ມີຮາຍຈານວ່າໄດ້ຜລ ໄດ້ແກ່ fluoxetine ແລະ mianserin

ຜູ້ທີ່ໄດ້ຮັບກາຣລ່ອງກລົ່ງແລ້ວໄມ່ພບແພລ ຫຼືອມະເຮົງ ຫຼືອພຍາຫີສກາພອື່ນໆ ທີ່ອົບນາຍອາການໃຫ້ກາຣຶກໝາແບນ functional dyspepsia ໄດ້ແກ່ ກາຣໃຫ້ຄຳແນະນຳເຮືອງອາຫາຣແລະກາຣປົງປົດຕົວ ພົຈາຮານໃຫ້ຍາລັດກາຣທັລິ່ງກຽດ ຫຼືອ/ແລະ ຍາກລຸ່ມ prokinetics ຫຼືອ/ແລະ ຍາກລຸ່ມ antidepressants ສິ່ງສຳຄັງຄົວ ຕ້ອງໃຫ້ຄວາມມັນໃຈກັບຜູ້ປັ້ງໃນຄຳວິນິຈອັຍ ໂດຍເຂົາພະຜູ້ປັ້ງທີ່ກັງວລວ່າລະເປັນໂຮຄຮ້າຍແຮງເຊັ່ນ ມະເຮົງ ຄວາໃຫ້ເວລາໃນກາຮັກປະວັດ ຮາຍລະເອີດກາຮັກອາຫາຣ ແລະ ກາຣປົງປົດຕົວຂອງຜູ້ປັ້ງ ຮວມທັງຄວາມເຄີຍດຫຼືອປັຈລັຍອື່ນໆ ທີ່ທຳໃຫ້ມີອາການຫຼືອທຳໃຫ້ອາການກຳເຮັບ ໙ັ້ນຍ້າເຮືອງກາຣປົງປົດທີ່ສ້າງເສຣິມສຸກພາພທັກຍາແລະຈິຕ

॥กлогการณ์ข้อที่ 13

การให้ยากำจัดเชื้อเอลิโคแบคเตอร์ ไพลอโร ในการ functional dyspepsia แม้ทำให้อาการ dyspepsia หายได้ดีกว่ายาหลอก แต่ได้ประโยชน์ในผู้ป่วยส่วนน้อย กล่าวคือให้การรักษา 14-18 ราย อาการหาย 1 ราย ดังนั้นผู้ที่ได้รับการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้นและวินิจฉัยว่าเป็นกลุ่ม functional dyspepsia อาจพิจารณาทดลองและให้การรักษาการติดเชื้อเอลิโคแบคเตอร์ ไพลอโรได้ หลังจากได้ให้ข้อมูลกับผู้ป่วยอย่างเหมาะสมแล้ว

หลักฐานเชิงประจักษ์ : ระดับ 1

ข้อแนะนำ : ระดับ 1

จากการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพของการให้ยากำจัดเชื้อ *H. pylori* เทียบกับยาหลอกในผู้ป่วยที่เป็น functional dyspepsia พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้ยากำจัดเชื้อ อาการ dyspepsia หายหรือดีขึ้นในสัดส่วนที่มากกว่ากลุ่มยาหลอก แต่ก็ได้ประโยชน์ในผู้ป่วยส่วนน้อย และเมื่อนำมาวิเคราะห์เป็น number needed to treat พบว่า ถ้าให้ยากำจัดเชื้อ *H. pylori* กับผู้ป่วย 14-18 ราย จะมีเพียง 1 รายเท่านั้นที่ได้ผล ดังนั้นก่อนตัดสินใจทำการทดสอบว่าผู้ป่วยมีการติดเชื้อ *H. pylori* หรือไม่ ซึ่งต้องให้การรักษาหากพบว่ามีการติดเชื้อจริง ต้องขอ忠告ให้ผู้ป่วยเข้าใจวัตถุประสงค์ของการตรวจให้ชัดเจน รวมทั้งบอกประโยชน์ที่จะได้รับจากการให้ยากำจัดเชื้อ และประสิทธิผลในการรักษาอาการ dyspepsia

ແນວທາງເວັບປະກຸບຕິໃນກາຮວິນິຈົດຍະລະຮັກເຊາ ພູ້ປຶ້ງຢທີ່ມີກາຮຕິດເຊື່ອ¹ ເຂົລືໂຄແບຄເຕୋຣ ໄພລອໂໄຣ (*Helicobacter pylori*)

ກາຮດສອບຫາວ່າຜູ້ປຶ້ງຢມີກາຮຕິດເຊື່ອ *H. pylori* ມີ ຈະກະທຳເຂົາພະກົນທີ່ຕ້ອງກາຮໃຫ້ກາຮກົນດ້ວຍກາຮກຳຈັດເຊື່ອທາກພິສູນນີ້ວ່າມີກາຮຕິດເຊື່ອຈົງເຖິງເຖິງເນັ້ນໆ ຫາກຈະໄມ້ໃຫ້ກາຮກຳຈັດເຊື່ອກີ້ມີກາຮທຳກາຮດສອບວ່າຜູ້ປຶ້ງຢມີກາຮຕິດເຊື່ອ ມີ ຂີ້າ

ແດລກກາຮນີ້ຂອກ 14

ຜູ້ປຶ້ງຢ dyspepsia ທີ່ຄວາມໄດ້ຮັບກາຮຕິດຊັ້ນເນື້ອເຢືອບຸກະເພາະອາຫານເພື່ອຫາເຊື່ອເຂົລືໂຄແບຄເຕୋຣ ໄພລອໂໄຣ ຂະນະສ່ອງກລົ່ວງ ໄດ້ແກ່ ຜູ້ທີ່ມີປະວັດທີ່ມີພົນຄວາມຜົດປັກຕິຂະນະສ່ອງກລົ່ວງ ດັ່ງນີ້

	ຫລັກສູນ ເຊີງປະຈັກໝໍ	ຂໍ້ແນະນຳ
ຜູ້ທີ່ພົບຫລັກສູນວ່າມີແພລທີ່ກະເພາະອາຫານ ທີ່ມີລຳໄສ້ເລັກສ່ວນຕົ້ນ (ໄມ່ວ່າແພລຈະ ຫາຍແລ້ວທີ່ມີ)	ຮະດັບ 1	ຮະດັບ 1
Atrophic gastritis	ຮະດັບ 2	ຮະດັບ 2
Hemorrhagic / erosive gastritis	ຮະດັບ 2	ຮະດັບ 2
MALToma	ຮະດັບ 1	ຮະດັບ 1
After gastric cancer resection	ຮະດັບ 2	ຮະດັບ 2
ຜູ້ທີ່ຕ້ອງຮັບປະທານຍາແອລໄພເຣີນໃນຮະຍະຍາວ ແລະ ມີຄວາມເລື່ອງທີ່ຈະເກີດແພລທີ່ ກວະແທກຂໍ້ອັນ ຈາກແພລທີ່ກະເພາະ ອາຫານທີ່ມີລຳໄສ້ເລັກສ່ວນຕົ້ນ	ຮະດັບ 2	ຮະດັບ 2

ผู้ที่รับประทานยาแอลเพรินขนาดต่ำใน ระยะยาว และมีประวัติเลือดออกใน ทางเดินอาหารส่วนต้น หรือประวัติ แผลเปปติกทะลุ	ระดับ 2	ระดับ 2
ผู้ที่ต้องรับประทานยา NSAIDs ในระยะยาว	ระดับ 1	ระดับ 1
ผู้ที่มีถ่าย漓清便เป็นมะเร็งกระเพาะอาหาร	ระดับ 2	ระดับ 2
ผู้ป่วยแสดงความจำบั้งค์ (หลังจากได้รับ คำอธิบายและแนะนำจากแพทย์แล้ว โดยละเอียด)	ระดับ 4	ระดับ 4

การวินิจฉัยการติดเชื้อ *H. pylori* จากการตัดซินเนื้อเยื่อบุกระเพาะอาหาร (Gastric biopsies) ใช้วิธี rapid urease test โดยอาจส่งตรวจซินเนื้อทางพยาธิร่วมด้วยหรือไม่ ขึ้นกับความผิดปกติที่เห็นจากการส่องกล้อง และผลการตรวจ rapid urease test (หากผลการตรวจเป็นลบ ต้องส่งตรวจทางพยาธิตัวยีสเมอ) ผู้ที่ตรวจพบว่ามีการติดเชื้อไม่จาก rapid urease test หรือจากการตรวจทางพยาธิ ควรให้ยากำจัดเชื้อทุกราย

แหล่งการณ์ข้อที่ 15

สูตรยากำจัดเชื้อเอลิโคแบคเตอร์ ไพลอโร ที่เป็น PPI-based triple therapy เป็นสูตรยามาตรฐานที่ได้รับการยอมรับและมีการใช้อย่างแพร่หลาย แต่มีแนวโน้มว่าประสิทธิภาพอาจลดลงในประเทศไทย

หลักฐานเชิงประจักษ์ : ระดับ 2

ข้อแนะนำ : ระดับ 2

ข้อมูลการศึกษาในประเทศไทยในช่วง 2-3 ปีที่ผ่านมา พบว่า PPI-based triple therapy ที่ให้ PPI ร่วมกับ amoxycillin และ clarithromycin เป็นเวลา 7-10 วัน มีประสิทธิภาพในการกำจัดเชื้อประมาณ ร้อยละ 69 ซึ่งต่ำกว่าในอดีตมาก เหตุผลสำคัญเนื่องจากมีอัตราการตีของของเชื้อต่อ clarithromycin สูงขึ้น อย่างไรก็ตาม ข้อมูลดังกล่าวมาจากสถาบันการศึกษาแห่งเดียวในกรุงเทพมหานคร และมีประชากรศึกษาไม่ถึง 100 คน ยังไม่มีข้อมูลจากภูมิภาคอื่นของประเทศไทย การ

ຄຶກຂາແບບ meta-analysis ຊຶ່ງລວມໄຫວ່ຢັ້ງເປັນການຄຶກຂາໃນຕ່າງປະເທດພວກເຮົາວ່າ ພຳການຮັກໝາດ້ວຍສູ່ຕຽບດັ່ງລວມຕ່າງໆ 14 ວັນ ມີອົກການກຳຈັດເຊື້ອສູງກວ່າ 10 ວັນແລະ 7 ວັນ ເລັກນ້ອຍແຕ່ມີນັ້ນຢັ້ງສູ່ຕຽບສົດຖານີ ດັ່ງນັ້ນຈີ່ງຍັງແນະນຳໃຫ້ໃຊ້ສູ່ຕຽບ PPI-based triple therapy ໄດ້ ໂດຍພິຈາລານາໃຫ້ 7-14 ວັນ ຕໍ່າທຳໄດ້ຄວາມມີການເກີບຂໍອມຸລປະລິທິພິບຊອງການກຳຈັດເຊື້ອນີ້ໃນແຕ່ລະກຸມົມົກາດ ແລະ ລຳຮັບສັກພາຍາບາລທີ່ມີຂໍອມຸລໃນກຸມົມົກາຂອງຕົນເອງ ຄວາມປິຈາລານາເລືອກໃຊ້ສູ່ຕຽບທີ່ມີປະລິທິພິບຊອງການກຳຈັດເຊື້ອໄມ້ຕໍ່າກວ່າຮັບອີຍລະ 80 ລຳຮັບສູ່ຕຽບ PPI-based triple therapy ໄດ້ແສດງໃນຕາງໆທີ່ 4

ຕາງໆທີ່ 4 ສູ່ຕຽບກຳຈັດເຊື້ອ *H. pylori*

PPI-based triple therapy	
• PPI bid + amoxicillin 1 g bid + clarithromycin 500 mg bid	
• PPI bid + metronidazole 400 mg bid + clarithromycin 500 mg bid	7-14 ວັນ
• PPI bid + amoxicillin 1 g bid + metronidazole 400 mg bid	
Bismuth-based quadruple therapy	
• PPI bid + bismuth 240-525 mg bid + metronidazole 400 mg bid or tid + tetracycline 500 mg qid	14 ວັນ
• PPI bid + bismuth 240-525 mg bid + metronidazole 400 mg bid or tid + clarithromycin 500 mg bid	
Sequential therapy	
• PPI bid + amoxicillin 1 g bid ເປັນເວລາ 5 ວັນ ແລ້ວຕ່ອດ້ວຍ PPI bid + metronidazole 400-500 mg bid + clarithromycin 1000 mg od ອີ່ວີ 500 mg bid ເປັນເວລາ 5 ວັນ	ຮວມ 10 ວັນ
Levofloxacin-based triple therapy	
• PPI bid + levofloxacin 250 mg (or 500 mg) bid + amoxicillin 1 g bid	10 ວັນ
Rifabutin-based triple therapy: 7-10 days	
• PPI bid + rifabutin 150 mg bid + amoxicillin 1 g bid	
Concomitant therapy	10 ວັນ
• PPI bid + amoxicillin 1 g bid + clarithromycin 500 mg bid + metronidazole 400 mg tid	10 ວັນ

॥ กองการณ์ข้อที่ 16

สูตรยาจำจัดเชื้อเอลิโคแบคเตอร์ ไพลอโร แบบ sequential therapy ข้อมูลเท่าที่มีในประเทศไทยพบว่ามีประสิทธิผลสูง สามารถกำจัดเชื้อได้ถึงกว่า ร้อยละ 90

หลักฐานเชิงประจักษ์ : ระดับ 2

ข้อแนะนำ : ระดับ 2

เนื่องจากมีการรายงานการตือของเชื้อต่อยา clarithromycin สูงขึ้นเรื่อยๆ ทั่วโลก จึงมีการศึกษาสูตรยาใหม่ๆ สูตรยาที่มีรายงานว่าได้ผลดีมาก คือแบบ sequential โดย 5 วันแรกให้ PPI ร่วมกับ amoxicillin แล้วตามด้วย PPI ร่วมกับ metronidazole และ clarithromycin อีก 5 วัน รวมระยะเวลาการให้ยารักษาทั้งสิ้น 10 วัน (ตารางที่ 4) การรักษาในช่วง 5 วันแรก ห้ามใช้ clarithromycin หรือ metronidazole แทน amoxicillin ดังนั้นผู้ป่วยที่แพ้ penicillin จึงไม่สามารถใช้สูตร yanี้ได้

การศึกษาในประเทศไทยด้วยสูตรยา PPI (standard dose) + amoxicillin 1 gm วันละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 5 วัน ต่อด้วย PPI (standard dose) bid + metronidazole 500 mg bid + clarithromycin 1000 mg od อีก 5 วัน จำนวนผู้ป่วย 115 คน พบรักษาด้วยสูตรยาแบบ sequential 95 แต่ในการศึกษานี้อัตราการตือต่อยา clarithromycin ค่อนข้างต่ำ คือร้อยละ 6.1 และไม่ได้เปรียบเทียบกับสูตรยาแบบ PPI-based triple therapy จึงไม่สามารถสรุปได้อย่างชัดเจนว่า sequential therapy ดีกว่า PPI-based triple therapy ในประชากรกลุ่มนี้ อย่างไรก็ตามอาจพิจารณาใช้ สูตรยาแบบ sequential เป็นอันดับแรกในการรักษาผู้ที่ติดเชื้อ *H. pylori* ได้โดยเฉพาะ ในพื้นที่ที่พบว่าสูตรยา PPI-based triple therapy สามารถกำจัดเชื้อได้น้อยกว่า ร้อยละ 80

॥ กองการณ์ข้อที่ 17

ในผู้ป่วยที่แพ้เพนนิซิลลิน พิจารณาใช้สูตรยา 4 ตัวที่มีบิสเมท (bismuth-based quadruple therapy) เป็นเวลานาน 14 วัน เป็นอันดับแรก สูตรยา PPI-based triple therapy ที่ไม่มี amoxicillin อาจพิจารณาใช้ได้ แต่ประสิทธิภาพ ต่ำกว่า

หลักฐานเชิงประจักษ์ : ระดับ 2

ข้อแนะนำ : ระดับ 2

ແຄລົງກາຣณົມຂອ້າທີ 18

หากການກຳຈັດເຊື້ອເຢັລືໂບແບຄເຕົວໆ ໄພລອໄຮ ດ້ວຍ PPI-based triple therapy ທີ່ວີ່ ຂອງ sequential therapy ໄນໄດ້ຜລ ແນະນຳໃຫ້ສູ່ສູ່ຕຽາ 4 ຕັວທີມີບິສົມັກ (bis-muth-based quadruple therapy) ເປັນເວລານາ 14 ວັນ ທີ່ວີ່ສູ່ຕຽາ 3 ຊົນດ ທີ່ມີ levofloxacin ທີ່ວີ່ rifabutin ນານ 10 ວັນ ທີ່ວີ່ສູ່ຕຽາທີ່ມີຢາປົງສືວະ 3 ຕັ້ວຮ່ວມກັນ PPI 1 ຕັວ (Concomitant therapy) ນານ 10 ວັນ

ຫລັກສູ່ານເຫັນປະປະຈັກໜີ້ : ຮະດັບ 2

ໜີ້ແນະນຳ : ຮະດັບ 2

ກາຮຸບນຸ່ຫີ່ຈະລົດປະລິທິກາພໃນການກຳຈັດເຊື້ອ *H. pylori* ຈຶ່ງຄວບແນະນຳໃຫ້ ຜູ້ທີ່ສຸບນຸ່ຫີ່ຫຼຸດສຸບໃນຮ່ວ່າງກົນຍາກຳຈັດເຊື້ອດ້ວຍ

ແຄລົງກາຣณົມຂອ້າທີ 19

ຜູ້ປ່ວຍທີ່ເປັນແຜລທີ່ກະເພາະອາຫາຣ (gastric ulcer) ທີ່ວີ່ເປັນແຜລລຳໄລ້ເລັກ ສ່ວນຕັ້ນທີ່ມີກາວະແທກຂ່ອນ (complicated duodenal ulcer) ຄວາມໄດ້ຮັບການສ່ອງ ກລັ້ອງຕຽບທາງເດີນອາຫາຣສ່ວນຕັ້ນໜ້າ ເພື່ອຍືນຍັນກາຮ່າຍຂອງແຜລ ແລະ ຍືນຍັນ ພົມການກຳຈັດເຊື້ອເຢັລືໂບແບຄເຕົວໆ ໄພລອໄຮ ໂດຍການຕວະຈະດັບຢູ່ເຮົາຈາກລາມຫາຍໃຈ (urea breath test) ໃນສັກນີ້ທີ່ໄມ່ມີການຕຽບທັງກຳລ່າວ ຄວາມໃຊ້ການຕັດຊື້ນເນື້ອເບຸ ກະເພາະອາຫາຣຕວະ rapid urease test ວ່ວມກັບການຕຽບທາງພາຫີ (histology)

ຫລັກສູ່ານເຫັນປະປະຈັກໜີ້ : ຮະດັບ 4

ໜີ້ແນະນຳ : ຮະດັບ 4

ຜູ້ປ່ວຍ gastric ulcer ຄວາມໄດ້ຮັບການສ່ອງກລັ້ອງໜ້າ ເພື່ອໃຫ້ແນໃຈວ່າແຜລຫາຍດີ ແລະ ໄນໄປແຜລມະເຮົງ ໃນຮາຍ complicated duodenal ulcer ກາຮ່າຍຍືນຍັນກາຮ່າຍ ຂອງແຜລມີຜລຕ່ອງການຮັກໝາທີ່ຈະເທັກຜູ້ປ່ວຍຕ່ອງໄປ ລຳທັບຮ່າຍທີ່ມີການຕິດເຊື້ອ *H. pylori* ວ່ວມດ້ວຍ ການຕຽບເພື່ອຍືນຍັນພົມການກຳຈັດເຊື້ອໜ້າຍລົດໂອກາສເກີດແຜລກລັບເປັນໜ້າ (recurrent ulcer) ເນື່ອຈາກຜູ້ທີ່ຍັກຄົງມີການຕິດເຊື້ອ *H. pylori* ອູ້ ຈະມີໂອກາສເກີດແຜລ ກລັບເປັນໜ້າສູງມາກ ການຕຽບເພື່ອຍືນຍັນພົມການກຳຈັດເຊື້ອກວ່າການທຳຫັ້ງລື້ນສຸດການຮັກໝາ ແລ້ວອຍ່າງນ້ອຍ 4 ລັ້ມປາທ໌ ການຕຽບທີ່ດີທີ່ສຸດຄືອ *urea breath test* ກຣັບທີ່ໄມ່ສາມາດ ທຳໄດ້ ທີ່ວີ່ຜູ້ປ່ວຍຕ້ອງໄດ້ຮັບການສ່ອງກລັ້ອງໃນໜ້າວັນນັ້ນອູ້ແລ້ວ ໃຫ້ຕັດຊື້ນເນື້ອເບຸ ກະເພາະອາຫາຣສ່າງຕວະ rapid urease test ວ່ວມກັບການຕຽບທາງພາຫີ ທັກພົມການຕຽບຈອຍ່າງໃດຍ່າງໜຶ່ງໃຫ້ພົບວາກ ຖື້ນວ່າກຳຈັດເຊື້ອໃນຄົ້ງແຮກໄມ່ສໍາເລີຈ ໃຫ້ ພົມການໃຫ້ສູ່ຕຽາກຳຈັດເຊື້ອຂານໃໝ່

การประชุมสัมมนา

Thailand Consensus for the management of Dyspepsia and *Helicobacter pylori* 2010

1. หน่วยงานผู้รับผิดชอบ กลุ่มวิจัยโรคกระเพาะอาหาร
สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

2. หลักการและเหตุผล

Dyspepsia เป็นปัญหาที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติทั่วไป มีความซุกในประชากรไทยทั่วไปมากกว่าร้อยละ 50 และมีความซุกในผู้ป่วยที่มารักษาในสถานพยาบาลแบบปฐมภูมิประมาณร้อยละ 10 โดยร้อยละ 60-90 ของผู้ป่วย dyspepsia จะเป็นผู้ป่วย Functional dyspepsia สำหรับความซุกของการติดเชื้อ *Helicobacter pylori* ในประชากรไทยทั่วไปแม้จะลดลงจากเมื่อ 10 ปีที่แล้ว ซึ่งพบได้ร้อยละ 60-70 เป็นในปัจจุบันเหลือเพียงร้อยละ 30-40 แต่ยังถือว่ามีความสำคัญ เนื่องจากยังพบว่าการติดเชื้อ *Helicobacter pylori* เป็นสาเหตุสำคัญของผู้ป่วย peptic ulcer ที่ผ่านมาการดูแลรักษาผู้ป่วย dyspepsia และผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อ *Helicobacter pylori* มีความหลากหลายทั้งในการวินิจฉัยและการปฏิบัติรักษา ทำให้เกิดความลืนเปลืองของค่าใช้จ่ายอย่างมาก ทางกลุ่มวิจัยโรคกระเพาะอาหาร สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารได้จัดทำและเผยแพร่ “แนวทางการวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วย Dyspepsia และผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อ *Helicobacter pylori* ในประเทศไทย” ครั้งแรกตั้งแต่ปีพ.ศ. 2542 ในระยะเวลากว่า 10 ปีที่ผ่านมา ความรู้เรื่อง dyspepsia โดยเฉพาะโรค Functional dyspepsia รวมทั้งความรู้เกี่ยวกับเชื้อ *Helicobacter pylori* ได้เพิ่มพูนขึ้นมาก ประกอบกับนโยบายและระบบบริการด้านสุขภาพของประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก กลุ่มวิจัยโรคกระเพาะอาหาร สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย จึงได้ดำเนินการให้มีการบทวนและจัดทำ “แนวทางเวชปฏิบัติในการวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยดีสเปปเซีย (Dyspepsia) และผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อเอลิโคแบคเตอร์ ไพลอโร (Helicobacter pylori) ในประเทศไทย” ฉบับที่ 2 ขึ้น เพื่อเสนอแนะแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยในภาวะดังกล่าวให้มี

ความหมายล้มเหลวมีประลิพธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยยืนยันอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลของประเทศไทยมากที่สุด และสอดคล้องกับสภากาณณ์ในปัจจุบันของประเทศไทย

3. วัตถุประสงค์

3.1 เพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้ร่วมกันทบทวนและระดมความคิด เพื่อหาแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยดีสเปปเซีย (Dyspepsia) และผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อเอลิโคแบคเตอร์ ไพลอโตร (Helicobacter pylori) ให้ได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้อง มีประลิพธิภาพสูงสุดตามองค์ความรู้ที่เกิดขึ้นใหม่ และให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับสภากาณณ์ของประเทศไทยในปัจจุบัน

3.2 เพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุมหาข้อตกลงร่วมกัน และจัดทำเป็น guideline สำหรับการดูแลรักษาภาวะดังกล่าวในนามของสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหาร แห่งประเทศไทย โดยยืนยันอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลของประเทศไทยให้มากที่สุด เพื่อให้แพทย์สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง รวมทั้งจัดส่งต่อไปยังราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยและกระทรวงสาธารณสุขเพื่อเผยแพร่ต่อไป

3.3 เพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้มีโอกาสพบปะสัมมาร์ค และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยดีสเปปเซีย (Dyspepsia) และผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อเอลิโคแบคเตอร์ ไพลอโตร (Helicobacter pylori)

4. ระยะเวลากลางๆ กับการประชุม

ก่อนมีการจัดประชุมเพื่อทำ consensus ครั้งสุดท้าย กลุ่มวิจัยโรคกระเพาะอาหาร ได้มีการจัดการประชุมระดมความเห็นแพทย์และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยดีสเปปเซีย (Dyspepsia) และผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อเอลิโคแบคเตอร์ ไพลอโตร (Helicobacter pylori) ในแต่ละภาคร่วม 4 ครั้ง หลังจากนั้นจึงจัดการประชุมใหญ่ครั้งสุดท้าย เพื่อจัดทำ Thailand Consensus for the Management of Dyspepsia and *Helicobacter pylori* 2010

ครั้งที่ 1 วันที่ 28-29 มีนาคม 2551 ณ โรงแรมไดมอนด์ จ.สุราษฎร์ธานี

ครั้งที่ 2 วันที่ 21-22 กรกฎาคม 2551 ณ โรงแรมโนโวเทล ริมเพรีสอร์ท
จ.ระยอง

ครั้งที่ 3 วันที่ 14-15 พฤศจิกายน 2551 ณ โรงแรมริมป่า จ.กาฬสินธุ์

ครั้งที่ 4 วันที่ 19-20 ธันวาคม 2551 ณ โรงพยาบาลไครซัน วิลเลจ
จ.เชียงใหม่

ครั้งสุดท้าย วันที่ 11-13 มิถุนายน 2553 ณ โรงพยาบาลดယาร์ด ชะอำ
จ.เพชรบุรี

5. จำวนผู้เข้าร่วมประชุม

ประกอบด้วยแพทย์ผู้เข้าร่วมประชุมทั้งสิ้น 23 ท่าน เป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาโรคระบบทางเดินอาหารจากคณะแพทยศาสตร์ต่างๆ จำนวน 14 ท่าน เป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาโรคระบบทางเดินอาหารที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลศูนย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 6 ท่าน เป็นแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 2 ท่าน และเป็นแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลเอกชนจำนวน 1 ท่าน

6. ผลการประชุม

บรรลุวัตถุประสงค์ของการประชุม และสามารถหาข้อตกลงร่วมกันเกี่ยวกับแนวทางเวชปฏิบัติในการวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยดิสเพปเซีย (Dyspepsia) และผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อเอลิโคแบคเตอร์ ไพลอไพร (*Helicobacter pylori*) ในประเทศไทย อันจะส่งผลให้คุณภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วยดังกล่าวดียิ่งขึ้น เป็นประโยชน์โดยรวมต่อการสาธารณสุขของประเทศไทยและช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายอีกด้วย

รายนามผู้เข้าร่วมประชุม

Thailand Consensus for the Management of Dyspepsia and *Helicobacter pylori* 2010

11-13 มิถุนายน 2553

ณ โรงแรม Courtyard by Marriott Hua Hin at Cha Am Beach จ.เพชรบุรี

1. พญ.กานุจันี เจนวนิชสสถาพร	รพ.สุราษฎร์ธานี	จ.สุราษฎร์ธานี
2. นพ.กิตติ จันทร์เลิศฤทธิ์	รพ.ศรีนครินทร์	จ.ขอนแก่น
3. พ.ท.(หญิง)พญ.จินดารัตน์ เจียเจษฎาภากุล	รพ.พระมงกุฎเกล้า	จ.กรุงเทพฯ
4. พญ.โอมครี โภษิตชัยวัฒน์	รพ.รามาธิบดี	จ.กรุงเทพฯ
5. พญ.ชวนพิศ สุทธินันท์	รพ.มหาราชนครราชสีมา	จ.นครราชสีมา
6. นพ.อเนค ชิตาพนารักษ์	รพ.มหาราชนครเชียงใหม่	จ.เชียงใหม่
7. นพ.บัญชา โอ瓦ทพารพร	รพ.สังฆลมศรีนทร์	จ.สงขลา
8. นพ.พิศาล ไม้เรียง	รพ.ศรีนครินทร์	จ.ขอนแก่น
9. นพ.มกรเทพ เพพกานุจนา	รพ.รัชดา-ท่าพระ	จ.กรุงเทพฯ
10. นพ.มล.ไทย กิตติยักษ์	รพ.รามาธิบดี	จ.กรุงเทพฯ
11. นพ.รัฐกร วิไลชนม์	รพ.ธรรมศาสตร์	จ.กรุงเทพฯ
12. พญ.วรมน เจียมศรีพงษ์	รพ.พุทธชินราช	จ.พิษณุโลก
13. พญ.วีระชา มหาชัย	รพ.จุฬาลงกรณ์	จ.กรุงเทพฯ
14. พญ.วัลย์รัตน์ ไชยฟู	รพ.ป่างมะผ้า	จ.แม่ฮ่องสอน
15. นพ.ศรัณย์ วรรณภานันต์	รพ.สรพลีพิประสงค์	จ.อุบลราชธานี
16. นพ.สมชาย ลีลาภุศลวงศ์	รพ.ศิริราช	จ.กรุงเทพฯ
17. นพ.สุเทพ กลชาญวิทย์	รพ.จุฬาลงกรณ์	จ.กรุงเทพฯ
18. พล.ต.นพ.สุรพล ชื่นรัตนกุล	รพ.พระมงกุฎเกล้า	จ.กรุงเทพฯ
19. นพ.สุรพันธ์ วิชิตนาค	รพ.ป่าโมก	จ.อ่างทอง
20. นพ.օ่งօຈ ໄພຮັນທຽງກູງ	รพ.มหาราชนครเชียงใหม่	จ.เชียงใหม่
21. พญ.อรวรรณ ไชยมหากฤกษ์	รพ.พุทธชินราช	จ.พิษณุโลก
22. นพ.อุดม คชินทร์	รพ.ศิริราช	จ.กรุงเทพฯ
23. นพ.โอพาร วิวัฒนาช่าง	รพ.อุดรธานี	จ.อุดรธานี



Dyspepsia*

*Rome III definition,
Uninvestigated

