



กลุ่มวิจัยโรคกระเพาะอาหาร

แนวทางในการวินิจฉัยและการรักษา

# *Dyspepsia*

ในประเทศไทย พ.ศ. 2561

Thailand Consensus on

## *Dyspepsia*

Management 2018





# คำนำ

Dyspepsia เป็นภาวะในระบบทางเดินอาหารที่พบบ่อยในประเทศไทย แพทย์ทั่วไปจึงควรจะสามารถตรวจวินิจฉัย และให้การดูแลรักษาเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยเหล่านี้ได้อย่างถูกต้อง เพื่อประโยชน์แก่ผู้ป่วย และยังสามารถลดค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็นในการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมหรือส่งต่อผู้ป่วยมารับการตรวจรักษากับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรกระบบทางเดินอาหารในเวลาที่ไม่เหมาะสม ซึ่งเป็นการลดภาระงานของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทั่วประเทศซึ่งยังมีจำนวนน้อยและสามารถประหยัคงบประมาณของประเทศทางด้านสาธารณสุขได้อีกด้วย

ชมรมกระเพาะอาหารจึงได้จัดทำแนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วย Dyspepsia ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2561 ขึ้น โดยรวบรวมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรกระบบทางเดินอาหารทั่วประเทศทั้งหมด 50 ท่าน มาประชุมกันและสรุปเป็นข้อเสนอแนะทั้งหมด 11 ข้อ เพื่อให้แพทย์ทั่วประเทศได้รับทราบข้อมูลและความรู้ที่ถูกต้อง ทันสมัย และเหมาะสมสำหรับการนำมาใช้ในประเทศไทย เพื่อให้มีความมั่นใจในการดูแลรักษาผู้ป่วย Dyspepsia มากยิ่งขึ้น

ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่า แนวทางเวชปฏิบัตินี้ จะสามารถช่วยเหลือแพทย์ในการปฏิบัติงานดูแลรักษาผู้ป่วย Dyspepsia ทั่วทุกภูมิภาคของประเทศไทย และทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้ได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น



ศ.พญ.วโรชา มหาชัย

ประธานกลุ่มวิจัยโรกระเพาะอาหาร

# สารบัญ

บทนำ	1
คำนิยาม	1
คำชี้แจงคุณภาพหลักฐานและน้ำหนักคำแนะนำ	6
คุณภาพหลักฐาน (Quality of evidence)	6
น้ำหนักคำแนะนำ (Strength of recommendation)	7
ระบาดวิทยา	8
การประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะ dyspepsia	8
การวางแผนดูแลรักษาผู้ป่วย	11
ผู้ป่วยเฉพาะกลุ่ม	16
การตรวจติดตามระยะยาว	20
บรรณานุกรม	27
รายนามคณะกรรมการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติ สำหรับโรค Dyspepsia ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2561	33

# แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วย Dyspepsia ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2561

## บทนำ

Dyspepsia เป็นภาวะที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติ “กลุ่มวิจัยโรคกระเพาะอาหาร” จึงได้จัดทำแนวทางเวชปฏิบัติ เพื่อให้แพทย์ทั่วไปสามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม แนวทางเวชปฏิบัตินี้มีคณะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคระบบทางเดินอาหารทั่วประเทศ ซึ่งประกอบด้วย อาจารย์แพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย แพทย์จากโรงพยาบาลรัฐบาลทั้งในกรุงเทพมหานครและต่างจังหวัด รวมถึงแพทย์จากโรงพยาบาลเอกชน รวมทั้งหมด 50 ท่าน มาประชุมกันและสรุปเป็นข้อเสนอแนะทั้งหมด 11 ข้อ โดยใช้แนวทางการทบทวนรายงานการวิจัยและคุณภาพหลักฐาน และการให้นำหนักคำแนะนำจากคู่มือของแพทยสภา เพื่อให้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่มี Dyspepsia ในประเทศไทยต่อไป

## คำนิยาม

“Dyspepsia” ที่กล่าวถึงในที่นี้ อ้างอิงตามคำนิยามของ dyspepsia ใน Rome IV<sup>1</sup> โดยหมายถึง อาการปวด มวน แน่น แสบ ไม่สุขสบายบริเวณช่องท้องส่วนบน (upper abdomen) ซึ่งบ่งบอกถึงความผิดปกติในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น โดยต้องมีอาการมาไม่น้อยกว่า 4 สัปดาห์ และอาจมีอาการอื่น ๆ เช่น ท้องอืด (เป็นอาการที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยเอเชียที่เป็น dyspepsia)<sup>2, 3</sup> คลื่นไส้ เรอ หรือ แสบร้อนกลางอก ร่วมด้วยได้ แต่ต้องไม่มีสัญญาณเตือน (alarm features)

“สัญญาณเตือน” หรือ alarm features หมายถึง อาการหรืออาการแสดงของโรคที่มีความรุนแรงหรือมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรครุนแรงขึ้นรวมทั้งโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร ซึ่งได้แก่

- ภาวะเลือดออกทางเดินอาหาร เช่น อาเจียนเป็นเลือด อุจจาระสีดำผิดปกติ
- ภาวะซีด
- กินอาหารได้น้อยกว่าปกติ หรืออึดเร็วกว่าปกติอย่างชัดเจน
- น้ำหนักลดลงโดยไม่ได้ตั้งใจมากกว่าร้อยละ 5 ในเวลา 1 เดือนหรือมากกว่า ร้อยละ 10 ในระยะเวลา 6 เดือน<sup>4</sup>
- อาเจียนบ่อย ๆ เป็น ๆ หาย ๆ หรือไม่ตอบสนองต่อการรักษาเบื้องต้น
- มีประวัติญาติสายตรงเป็นมะเร็งกระเพาะอาหาร

เป็นต้น

นอกจากนี้ แพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยต้องสืบค้นหาเหตุของ dyspepsia อื่น ๆ ที่รักษาได้ก่อนที่จะทำตามแนวทางเวชปฏิบัตินี้ เช่น กินยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่ สเตียรอยด์ (nonsteroidal anti-inflammatory drugs, NSAIDs) แอสไพริน (ASA) หรือยาต้านจุลชีพบางชนิด รวมทั้งการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันที่ไม่เหมาะสม เช่น รับประทานอาหารก่อนนอน หรือผิิตเวลาบ่อย ๆ ที่อาจเป็นสาเหตุของ dyspepsia ได้ และถ้าหากผู้ป่วยมีอาการที่บ่งบอกถึงความผิดปกติที่เกิดจากอวัยวะอื่น ๆ เช่น หลอดอาหารตีบและทางเดินน้ำดี หรือลำไส้ใหญ่ แพทย์ควรพิจารณาการวินิจฉัยความผิดปกติของอวัยวะนั้น ๆ ร่วมด้วย อย่างไรก็ตามพบว่าผู้ป่วยที่มีอาการ dyspepsia อาจมีอาการของกรดไหลย้อน (gastroesophageal reflux disease, GERD) หรือลำไส้แปรปรวน (irritable bowel syndrome, IBS) เกิดร่วมกับ dyspepsia ได้บ่อย ๆ เช่นกัน

“Uninvestigated dyspepsia (UD)” หมายถึง dyspepsia ที่ยังไม่ได้รับการตรวจเพิ่มเติมเพื่อหาสาเหตุของ dyspepsia ผู้ป่วยต้องได้รับการซักประวัติและตรวจร่างกายเพื่อระบุสาเหตุของ dyspepsia ที่รักษาหายได้ เช่น กินยาบางชนิดหรือการปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวันที่ไม่เหมาะสม หากผู้ป่วยได้รับการตรวจโรคเพิ่มเติมพบความผิดปกติและพบสาเหตุของ dyspepsia จะเรียกภาวะนี้ว่า “secondary dyspepsia” ตาม Rome IV<sup>1</sup>

“**Functional dyspepsia (FD)**” หมายถึง dyspepsia ที่มีผลการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน (esophagogastroduodenoscopy, EGD) ที่ไม่อธิบายอาการ และตรวจไม่พบการติดเชื้อ *Helicobacter pylori*

FD แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ กลุ่มอาการไม่สบายท้องหลังรับประทานอาหาร (postprandial distress syndrome, PDS) และกลุ่มอาการปวดท้องที่ลิ้นปี่ (epigastric pain syndrome, EPS) ตาม ROME IV<sup>1</sup> ซึ่งเชื่อว่าอาการของ FD ทั้ง 2 ชนิดนี้เกิดจากสาเหตุที่แตกต่างกัน<sup>5, 6</sup>

**เกณฑ์การวินิจฉัย functional dyspepsia (FD)** (ดัดแปลงจาก Rome IV<sup>1</sup>)

*ผู้ป่วยต้องมีอาการดังต่อไปนี้อย่างน้อย 1 ข้อ*

1. อาการจุกแน่นท้องหลังรับประทานอาหาร (postprandial fullness)
2. อาการอิ่มเร็วกว่าปกติ (early satiation)
3. อาการปวดท้องบริเวณลิ้นปี่ (epigastric pain)
4. อาการแสบร้อนที่ลิ้นปี่ (epigastric burning)

โดยอาการดังกล่าวต้องมีความรุนแรงจนทำให้มีผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวัน  
*ร่วมกับ*

ตรวจไม่พบความผิดปกติอื่นใด ที่เป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว ซึ่งรวมถึง

- ตรวจไม่พบความผิดปกติจากการส่องกล้องตรวจระบบทางเดินอาหารส่วนบน และ
- ตรวจไม่พบการติดเชื้อ *Helicobacter pylori* จากวิธีการตรวจมาตรฐาน<sup>7</sup>

*โดยมีเงื่อนไขดังต่อไปนี้*

- มีอาการเข้าได้กับเกณฑ์การวินิจฉัยของกลุ่มอาการไม่สบายท้องหลังรับประทานอาหาร (PDS) หรือกลุ่มอาการปวดท้องที่ลิ้นปี่ (EPS) และ
- มีอาการดังกล่าวมาเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 3 เดือน โดยเริ่มมีอาการอย่างน้อย 6 เดือนก่อนได้รับการวินิจฉัย

### เกณฑ์การวินิจฉัย postprandial distress syndrome (PDS)

ผู้ป่วย functional dyspepsia ที่มีอาการข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้งสองข้อต่อไปนี้ อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์

1. อาการจุกแน่นท้องหลังรับประทานอาหาร (postprandial fullness) โดยที่อาการดังกล่าวจะต้องมีผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวัน
2. อาการอิ่มเร็ว (early satiation) จนไม่สามารถรับประทานอาหารในปริมาณเท่ากับมือปกติของผู้ป่วยได้

### โดยมีเงื่อนไขดังต่อไปนี้

- มีอาการดังกล่าว มาเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 3 เดือน โดยเริ่มมีอาการอย่างน้อย 6 เดือนก่อนได้รับการวินิจฉัย

### หมายเหตุ

- ผู้ป่วยอาจมีอาการปวดท้องที่ลิ้นปี่หลังรับประทานอาหาร อึดแน่นท้อง แสบร้อนท้อง เรอเปรี้ยว หรือ คลื่นไส้ร่วมด้วยได้ แต่หากมีอาการอาเจียนเด่นควรคิดถึงความผิดปกติอื่น ๆ
- อาการแสบร้อนที่หน้าอก(heartburn) ไม่ใช่อาการของ dyspepsia แต่อาจพบร่วมกันได้
- อาการต่าง ๆ ของ dyspepsia ไม่ดีขึ้นหลังจากถ่ายอุจจาระหรือผายลม
- อาการหรือกลุ่มอาการที่จำเพาะของส่วนอื่น ๆ ในระบบทางเดินอาหาร เช่น อาการกรดไหลย้อนและลำไส้แปรปรวน อาจพบเกิดร่วมกับ PDS ได้



## เกณฑ์การวินิจฉัย epigastric pain syndrome, (EPS)

ผู้ป่วย functional dyspepsia ที่มีอาการอย่างน้อย 1 ข้อ ดังต่อไปนี้ เป็นเวลาอย่างน้อย 1 วัน ต่อสัปดาห์

1. อาการปวดท้องที่ลิ้นปี่
2. อาการแสบร้อนที่ลิ้นปี่

### โดยมีเงื่อนไขดังต่อไปนี้

- มีอาการดังกล่าว มาเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 3 เดือน โดยเริ่มมีอาการอย่างน้อย 6 เดือนก่อนได้รับการวินิจฉัย
- มีความรุนแรงจนทำให้มีผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวัน

### หมายเหตุ

- อาการปวดท้องอาจสัมพันธ์กับมื้ออาหาร กล่าวคือ อาจมีอาการมากขึ้นหรือดีขึ้นหลังรับประทานอาหาร หรือ มีอาการในขณะท้องว่าง และอาจไม่สัมพันธ์กับมื้ออาหารก็ได้
- ผู้ป่วยอาจมีอาการอึดแน่นท้องหลังรับประทานอาหาร เรอเปรี้ยว หรือคลื่นไส้ร่วมด้วยได้ แต่หากมีอาการอาเจียนเด่นควรคิดถึงความผิดปกติอื่น ๆ
- อาการแสบร้อนที่หน้าอกไม่ใช่อาการของ dyspepsia แต่อาจพบร่วมกันได้
- อาการปวดไม่ใช่ลักษณะของการปวดจากท่อทางเดินน้ำดี (biliary-type pain)
- อาการต่าง ๆ ของ dyspepsia ไม่ดีขึ้นหลังจากถ่ายอุจจาระหรือผายลม
- อาการหรือกลุ่มอาการที่จำเพาะของส่วนอื่น ๆ ในระบบทางเดินอาหาร เช่น อาการกรดไหลย้อนและลำไส้แปรปรวน อาจพบร่วมกับ EPS ได้

# คำชี้แจงคุณภาพหลักฐานและน้ำหนักคำแนะนำ

## “คุณภาพหลักฐาน” (Quality of evidence)

**ประเภท ก** หมายถึง หลักฐานที่ได้จาก

**ก1)** การทบทวนวรรณกรรมอย่างมีระบบ (systematic review) หรือการวิเคราะห์อภิมาน (meta-analysis) ของการวิจัยเชิงทดลองแบบควบคุมและสุ่ม (randomize-controlled clinical trials) หรือ

**ก2)** การวิจัยเชิงทดลองแบบควบคุมและสุ่มที่มีคุณภาพดีเยี่ยม อย่างน้อย 1 ฉบับ (a well-designed, randomized-controlled, clinical trial)

**ประเภท ข** หมายถึง หลักฐานที่ได้จาก

**ข1)** การทบทวนวรรณกรรมอย่างมีระบบของการวิจัยเชิงทดลองแบบควบคุม แต่ไม่ได้สุ่มตัวอย่าง (systematic review of non-randomized, controlled, clinical trials) หรือ

**ข2)** การวิจัยเชิงทดลองแบบควบคุมแต่ไม่ได้สุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพดีเยี่ยม (well-designed, non-randomized, controlled clinical trial) หรือ

**ข3)** หลักฐานจากรายงานการศึกษาตามแผนติดตามเหตุไปหาผล (cohort) หรือการศึกษาวิเคราะห์ควบคุมกรณีย้อนหลัง (case control analytic studies) ที่ได้รับการออกแบบวิจัยเป็นอย่างดี ซึ่งมาจากสถาบันหรือกลุ่มวิจัยมากกว่าหนึ่งแห่ง/กลุ่ม หรือ

**ข4)** หลักฐานจากพหุกาลานุกรม (multiple time series) ซึ่งมีหรือไม่มีมาตรการดำเนินการ หรือหลักฐานที่ได้จากการวิจัยทางคลินิกรูปแบบอื่นหรือทดลองแบบไม่มีการควบคุม ซึ่งมีผลประจักษ์ถึงประโยชน์หรือโทษจากการปฏิบัติมาตรการที่เด่นชัดมาก

**ประเภท ค** หมายถึง หลักฐานที่ได้จาก

**ค1)** การศึกษาพรรณนา (descriptive studies) หรือ

**ค2)** การวิจัยเชิงทดลองแบบควบคุมที่มีคุณภาพพอใช้ (fair-designed, controlled clinical trial)

**ประเภท ง** หมายถึง หลักฐานที่ได้จาก

**ง1)** รายงานของคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญประกอบกับความเห็นพ้องหรือฉันทามติ (consensus) ของคณะผู้เชี่ยวชาญ บนพื้นฐานประสบการณ์ทางคลินิก หรือ

**ง2)** รายงานอนุกรมผู้ป่วยจากการศึกษาในประชากรต่างกลุ่มและคณะผู้ศึกษาต่างคณะ อย่างน้อย 2 ฉบับ

รายงานหรือความเห็นที่ไม่ได้ผ่านการวิเคราะห์แบบมีระบบ เช่น เกร็ดรายงานผู้ป่วยเฉพาะราย (anecdotal report) หรือความเห็นของผู้เชี่ยวชาญเฉพาะราย จะไม่รับเป็นหลักฐานที่มีคุณภาพในการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัตินี้

### **“น้ำหนักคำแนะนำ” (Strength of recommendation)**

**น้ำหนัก ++** หมายถึง “แนะนำอย่างยิ่ง” (strongly recommend) คือ ความมั่นใจของคำแนะนำให้ทำอยู่ในระดับสูง เพราะมาตรการดังกล่าวมีประโยชน์อย่างยิ่งต่อผู้ป่วยและคุ้มค่า (cost-effective) (ควรทำ)

**น้ำหนัก +** หมายถึง “แนะนำ” (recommend) คือ ความมั่นใจของคำแนะนำให้ทำอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากมาตรการดังกล่าวอาจมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยและอาจคุ้มค่าในภาวะจำเพาะ (น่าทำ แต่อาจไม่ทำก็ได้ขึ้นอยู่กับสถานการณ์และความเหมาะสม)

**น้ำหนัก +/-** หมายถึง “ไม่แนะนำและไม่คัดค้าน” (neither recommend nor against) คือ ความมั่นใจยังกำกวมในการให้คำแนะนำ เนื่องจากมาตรการดังกล่าว

ยังมีหลักฐานไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้านว่าอาจมีหรืออาจไม่มีประโยชน์ต่อผู้ป่วยและอาจไม่คุ้มค่า แต่ไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ดังนั้น การตัดสินใจกระทำขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่น ๆ (อาจทำหรืออาจไม่ทำก็ได้)

## 1. ระบาดวิทยา

Dyspepsia เป็นภาวะที่พบบ่อยทั่วโลก<sup>1</sup> ในประเทศไทยพบความชุกของ dyspepsia อยู่ที่ประมาณร้อยละ 66<sup>8</sup> สำหรับความชุกของ uninvestigated dyspepsia (UD) ทั่วโลกอยู่ที่ประมาณร้อยละ 7-34<sup>1, 2</sup> โดยพบความชุกของภาวะนี้ใน 21 ประเทศแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ที่ร้อยละ 21.6<sup>2</sup> ประมาณร้อยละ 25 ของผู้ป่วยที่วินิจฉัยว่าเป็น dyspepsia จะพบความผิดปกติเมื่อได้รับการตรวจเพิ่มเติม (secondary dyspepsia)<sup>9</sup> โดยในคนไทยพบ secondary dyspepsia ประมาณร้อยละ 18 หลังจากได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน<sup>2</sup> และโอกาสที่จะพบมะเร็งกระเพาะอาหารในผู้ป่วย UD ทั่วไป คือ ร้อยละ 0.2-0.4<sup>1</sup>

สำหรับความชุกของ FD นั้นอยู่ที่ร้อยละ 70-80 ของผู้ป่วย dyspepsia ทั่วโลก<sup>5, 10</sup> โดยพบในคนที่อาศัยในประเทศแถบตะวันตกมากกว่าตะวันออก<sup>6</sup> ในประเทศไทยมีการคาดการณ์ว่าความชุกของ FD อยู่ที่ประมาณ ร้อยละ 60-90 ของผู้ป่วย dyspepsia<sup>8</sup> FD เป็นโรคที่ไม่พัฒนาเป็นมะเร็ง แต่มักจะมีอาการเรื้อรัง เป็น ๆ หาย ๆ<sup>5, 11, 12</sup> จนทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่แย่ลง และเป็นปัญหาต่อระบบสาธารณสุขได้<sup>13</sup> มีรายงานในประเทศไทยแถบตะวันตกว่าร้อยละ 30 ของผู้ป่วย dyspepsia ต้องหยุดงานหรือหยุดเรียนเนื่องจากอาการ dyspepsia<sup>6</sup>

## 2. การประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะ dyspepsia

**ข้อเสนอแนะที่ 1:** ผู้ป่วยที่มี dyspepsia ควรได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนเมื่อมีข้อบ่งชี้ดังต่อไปนี้

- 1) อายุที่เริ่มมีอาการครั้งแรกตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป
- 2) มี alarm features หรือ
- 3) dyspepsia ไม่ดีขึ้นหลังได้รับการรักษาด้วยยาที่เหมาะสมแล้ว

คุณภาพหลักฐาน ง1

การให้น้ำหนักคำแนะนำ +

มติที่ประชุมเห็นชอบข้อเสนอแนะ: ร้อยละ 90.5

### ข้อมูลสนับสนุน:

ในประเทศไทย อุบัติการณ์ของมะเร็งกระเพาะอาหารเพิ่มขึ้นจาก 5 รายต่อประชากร 100,000 รายที่อายุ 40 ปี เป็นมากกว่า 10 รายต่อประชากร 100,000 รายที่อายุมากกว่า 50 ปี<sup>14</sup> ดังนั้น ที่ประชุมแนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วย dyspepsia ในประเทศไทย (ที่ประชุมฯ) จึงเห็นควรให้ลดอายุที่แนะนำให้ตรวจโดยการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนเมื่อมีอาการ dyspepsia จากเดิมที่อายุมากกว่า 55 ปี เป็นที่อายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป เนื่องจากอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งกระเพาะอาหารเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนที่อายุตั้งแต่ 50 ปี

นอกจากนี้ ผู้ป่วยที่มี dyspepsia ที่มี alarm features อันได้แก่ ภาวะเลือดออกทางเดินอาหาร ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก<sup>15</sup> มีอาการอึดเร็วกว่าปกติอย่างชัดเจน (รับประทานอาหารได้น้อยกว่าครึ่งหนึ่งของที่เคยรับประทานปกติก็รู้สึกอิ่มรับประทานต่อไม่ได้) น้ำหนักลดลงมากกว่าร้อยละ 10 ในระยะเวลา 6 เดือน หรือมากกว่าร้อยละ 5 ในหนึ่งเดือน<sup>4</sup> โดยที่หาสาเหตุอื่น ๆ ไม่ได้ มีอาเจียนเป็น ๆ หาย ๆ ไม่ตอบสนองต่อการรักษาเบื้องต้นโดยไม่ทราบสาเหตุ หรือมีประวัติญาติสายตรงเป็นมะเร็งกระเพาะอาหาร มีโอกาสที่จะพบพยาธิสภาพของทางเดินอาหารส่วนต้นรวมทั้งมะเร็งกระเพาะอาหารสูงขึ้น ผู้ป่วยอายุมากกว่า 60 ปีที่มี alarm features มีโอกาสเป็นมะเร็งกระเพาะอาหารมากกว่าประชากรทั่วไปประมาณ 2-3 เท่า<sup>16, 17</sup> ผู้ป่วยที่มี dyspepsia ที่อาการไม่ดีขึ้นหลังได้รับการรักษาด้วยยากลุ่ม proton pump inhibitors (PPIs) หรือหลังการกำจัดเชื้อ *Helicobacter pylori* แล้ว ผู้ป่วยเหล่านี้ควรได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนเพื่อหาความผิดปกติอื่น ๆ ในกระเพาะอาหาร<sup>16</sup> ถ้าการตรวจดังกล่าวไม่พบความผิดปกติก็สามารถวินิจฉัยได้ว่าผู้ป่วยเป็น FD

มีรายงานว่า การส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนสามารถลดความกังวลของผู้ป่วยได้ และบางครั้งสามารถหยุดยาเมื่อไม่พบความผิดปกติหลังการส่องกล้อง<sup>18</sup>

อย่างไรก็ตาม แพทย์ควรให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยให้ครบถ้วนทั้งประโยชน์และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน เพื่อให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ สำหรับการตรวจเพิ่มเติมอื่น ๆ นอกเหนือจากการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนนั้น ควรพิจารณาเป็นราย ๆ ไป

แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วย dyspepsia ในประเทศสหรัฐอเมริกา และแคนาดา ปี พ.ศ. 2560 ไม่แนะนำให้ทำการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนในผู้ป่วย dyspepsia ที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี แม้ว่าจะมี alarm features โดยอธิบายเหตุผลไว้ว่าเนื่องจากการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนในผู้ป่วยดังกล่าวไม่คุ้มค่าในการตรวจ เพราะพบมะเร็งกระเพาะอาหารในผู้ป่วยกลุ่มนี้น้อยมาก<sup>17</sup> แต่ที่ประชุมฯ เห็นว่าผู้ป่วยที่มี alarm features ควรได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนเพื่อยืนยันว่าไม่มีพยาธิสภาพที่มีหรืออาจมีความรุนแรงอื่น ๆ รวมทั้งมะเร็งกระเพาะอาหาร เนื่องจากค่าใช้จ่ายในส่องกล้องทางเดินอาหารในประเทศไทยไม่สูงเหมือนในประเทศทางแถบตะวันตก จนเป็นข้อจำกัดในการส่องกล้องในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงดังกล่าว

**ข้อเสนอแนะที่ 2:** ผู้ป่วย dyspepsia ควรได้รับการตรวจหาเชื้อ *Helicobacter pylori* ด้วยวิธี rapid urease test และ/หรือ การตรวจทางพยาธิวิทยา เมื่อมีการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน

คุณภาพหลักฐาน ก1	การให้น้ำหนักคำแนะนำ +
มติที่ประชุมเห็นชอบข้อเสนอแนะ: ร้อยละ 100	

**ข้อมูลสนับสนุน:**

มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วย FD ที่มีการติดเชื้อ *Helicobacter pylori* มีอาการดีขึ้นหลังได้ยากำจัดเชื้อ *Helicobacter pylori* เป็น 1.23 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับยาหลอกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>19</sup> โดยมีจำนวนที่ต้องได้รับการกำจัดเชื้อ 13 ราย จึงจะมีผู้ป่วยที่มีอาการ dyspepsia ดีขึ้น 1 ราย (number needed to treat, NNT เท่ากับ 13)<sup>15</sup> แม้ว่าการศึกษาเรื่องความคุ้มค่าจะยังไม่ชัดเจนในการกำจัดเชื้อ *Helicobacter pylori* ของผู้ป่วย FD เมื่อเทียบกับการรักษาด้วย PPI เพียงอย่างเดียว<sup>20</sup> แต่มีหลักฐาน

ว่าเชื้อ *Helicobacter pylori* เป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดมะเร็งกระเพาะอาหาร<sup>21</sup> ดังนั้น ผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ในการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน ควรได้รับการตรวจการติดเชื้อ *Helicobacter pylori* และกำจัดให้หายเมื่อพบการติดเชื้อนี้<sup>22, 23</sup>

มีการศึกษาที่แสดงว่าการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนอย่างเดียว ไม่สามารถวินิจฉัยการติดเชื้อ *Helicobacter pylori* ได้<sup>24, 25</sup> ดังนั้น ผู้ป่วยควรได้รับการตรวจการติดเชื้อด้วยวิธี rapid urease test และ/หรือ การตรวจทางพยาธิวิทยาเมื่อมีการส่องกล้องดังกล่าว เมื่อเปรียบเทียบระหว่าง rapid urease test กับการตรวจทางพยาธิวิทยา พบว่า rapid urease test เป็นวิธีที่ง่าย ทราบผลรวดเร็วภายในเวลาไม่เกิน 1 ชั่วโมง สะดวก และราคาไม่แพง<sup>26</sup> ส่วนวิธีการตรวจทางพยาธิวิทยาสามารถให้ผลที่ถูกต้องมากกว่า แต่ต้องรอผลการตรวจจากพยาธิแพทย์ และราคาสูงกว่าการตรวจโดย rapid urease test<sup>26, 27</sup>

### 3. การวางแผนดูแลรักษาผู้ป่วย

**ข้อเสนอแนะที่ 3:** ผู้ป่วย uninvestigated dyspepsia (UD) ที่ไม่มี alarm features ควรได้รับการรักษาด้วยยาลดการหลั่งกรดชนิด proton pump inhibitors (PPIs) เป็นเวลา 4-8 สัปดาห์ เป็นลำดับแรก

คุณภาพหลักฐาน ก1	การให้น้ำหนักคำแนะนำ +/-
มติที่ประชุมเห็นชอบข้อเสนอแนะ: ร้อยละ 91.4	

#### ข้อมูลสนับสนุน:

เนื่องจากประมาณร้อยละ 60-90 ของผู้ป่วย dyspepsia ในประเทศไทย จะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น FD ภายหลังจากได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน<sup>8</sup> และผู้ป่วย UD ส่วนใหญ่จะตอบสนองได้ดีต่อการรักษาด้วยยาลดการหลั่งกรด<sup>26</sup> มีการศึกษาพบว่าการรักษา dyspepsia ด้วย PPIs ทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นได้ และสามารถลดการตรวจสืบค้นเพิ่มเติมได้ (NNT เท่ากับ 5)<sup>28, 29</sup>

การวิเคราะห์ห่อภิมาณของการวิจัยเชิงทดลองแบบควบคุมและสุ่มเปรียบเทียบ การรักษาระหว่าง PPIs และการตรวจหาเชื้อร่วมกับกำจัดเชื้อ *Helicobacter pylori* ในผู้ป่วย dyspepsia พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ทั้งอาการที่ดีขึ้นและค่าใช้จ่ายในการรักษาที่การตรวจติดตามที่ 12 เดือน<sup>30</sup> นอกจากนี้ ความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้ รับการรักษาทั้ง 2 วิธีนี้ก็ไม่ได้แตกต่างกัน<sup>29</sup> มีการศึกษาความคุ้มค่าของการรักษาผู้ป่วย dyspepsia ที่อยู่ในพื้นที่ที่มีความชุกของเชื้อ *Helicobacter pylori* ร้อยละ 30-60 (ซึ่งประเทศไทยจัดอยู่ในกลุ่มนี้) พบว่าการรักษาด้วย PPIs หรือการตรวจหาเชื้อร่วมกับกำจัดเชื้อมีความคุ้มค่าไม่ต่างกัน<sup>32,33</sup> แต่เนื่องจากการตรวจหาเชื้อ *Helicobacter pylori* ด้วยวิธีมาตรฐานแบบ non-invasive (ได้แก่ การตรวจด้วย urea breath test หรือ stool antigen) ในประเทศไทยยังไม่แพร่หลาย และมีราคาแพงกว่าการรักษา ด้วย PPIs ที่ประจวบฯ จึงแนะนำให้รักษาผู้ป่วย dyspepsia ที่ไม่มี alarm features ด้วย PPIs ก่อน ซึ่งแตกต่างจากแนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วย dyspepsia ในประเทศสหรัฐอเมริกาและแคนาดา ปี พ.ศ. 2560 ที่แนะนำให้ตรวจหาเชื้อร่วมกับกำจัดเชื้อ *Helicobacter pylori* ให้หายขาดก่อน และในผู้ป่วยที่อายุไม่เกิน 60 ปี<sup>17</sup> การตรวจหาเชื้อร่วมกับกำจัดเชื้อ *Helicobacter pylori* มีแนวโน้มที่จะมีค่าใช้จ่าย น้อยกว่าการใช้ PPIs ตั้งแต่แรก<sup>30</sup>

**ข้อเสนอแนะที่ 4:** ยากระตุ้นการเคลื่อนไหวของทางเดินอาหาร (prokinetics) สามารถใช้แทนหรือใช้คู่กับ PPIs ในผู้ป่วย uninvestigated dyspepsia ที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วย PPIs

คุณภาพหลักฐาน ง2	การให้น้ำหนักคำแนะนำ +/-
มิติที่ประจวบเห็นชอบข้อเสนอแนะ: ร้อยละ 85.7	

#### ข้อมูลสนับสนุน:

ยากระตุ้นการเคลื่อนไหวของทางเดินอาหารสามารถออกฤทธิ์ผ่านหลายกลไก เช่น กระตุ้นการเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหาร (accelerate gastric emptying และ enhance antro-pyloric motility) กระตุ้นให้กระเพาะอาหารส่วนบนขยายตัวได้ดีขึ้น



(fundic relaxation) และเพิ่มกำลังของหูรูดบริเวณหลอดอาหารส่วนล่าง (increase lower esophageal sphincter pressure)<sup>1</sup> กลไกเหล่านี้ อาจทำให้อาการ dyspepsia ดีขึ้นได้<sup>34</sup> มีการศึกษาเทียบระหว่างประสิทธิภาพของยากระตุ้นการเคลื่อนไหวของทางเดินอาหารเทียบกับ PPIs ในผู้ป่วย FD พบว่ามีแนวโน้มที่ PPIs จะมีประสิทธิภาพดีกว่ายากระตุ้นการเคลื่อนไหวของทางเดินอาหาร แต่ไม่มีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (RR=0.78; 95% CI=0.60–1.02; p=0.06)<sup>17</sup> สำหรับการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างยากระตุ้นการเคลื่อนไหวของทางเดินอาหารกับยาหลอกนั้น มีการศึกษาวิเคราะห์ห่อถักสุรปุว่ายาในกลุ่มกระตุ้นการเคลื่อนไหวของทางเดินอาหารมีโอกาสลดอาการ dyspepsia โดยรวมได้ดีกว่ายาหลอกประมาณร้อยละ 30 (OR=0.295; 95% CI=0.208–0.382; p<0.001)<sup>35</sup>

เนื่องจากผู้ป่วย dyspepsia ในประเทศไทยส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น FD<sup>6</sup> และผู้ป่วยสามารถเข้าถึงยากระตุ้นการเคลื่อนไหวของทางเดินอาหารได้ทั่วทุกภูมิภาคในประเทศไทย ที่ประชุมฯ จึงลงความเห็นว่ายากลุ่มกระตุ้นการเคลื่อนไหวของทางเดินอาหารสามารถใช้แทนหรือใช้คู่กับ PPIs ได้ในผู้ป่วย UD แม้ว่าคุณภาพหลักฐานในผู้ป่วย UD จะไม่ชัดเจนก็ตาม แพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยต้องคำนึงถึงผลข้างเคียงของยากระตุ้นการเคลื่อนไหวของทางเดินอาหาร โดยแนะนำให้เข้าไปในกลุ่มนี้ตามความจำเป็นของผู้ป่วยแต่ละรายเท่านั้น

**ข้อเสนอแนะที่ 5:** ผู้ป่วย dyspepsia ที่มีการติดเชื้อ *Helicobacter pylori* ควรได้รับการรักษาเพื่อกำจัดเชื้อให้หายขาด

คุณภาพหลักฐาน ก1	การให้น้ำหนักคำแนะนำ +
มติที่ประชุมเห็นชอบข้อเสนอแนะ: ร้อยละ 100	

**ข้อมูลสนับสนุน:**

เชื้อ *Helicobacter pylori* เป็นสาเหตุของการเกิดกระเพาะอาหารอักเสบเรื้อรัง เกิดแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น หรือมะเร็งกระเพาะอาหารได้<sup>21,23</sup> นอกจากนี้ยังสัมพันธ์กับอาการ dyspepsia<sup>36, 37</sup> โดยร้อยละ 50 ของผู้ป่วย dyspepsia

ที่มีเชื้อ *Helicobacter pylori* มีอาการดีขึ้นหลังการกำจัดเชื้อ<sup>36</sup> โดยมีข้อมูลจากการวิเคราะห์ห่อภิมานพบว่าผู้ป่วย dyspepsia ที่มีการติดเชื้อ *Helicobacter pylori* มีอาการดีขึ้นหลังได้รับการกำจัดเชื้อ เมื่อเทียบกับการให้ยาหลอก (RR ของอาการที่ยังคงอยู่เท่ากับ 0.81; 95% CI=0.70–0.94) โดยมี NNT เท่ากับ 7(95% CI=5–14)<sup>17</sup> ที่ประชุมฯ มีความเห็นเพิ่มเติมว่าการประเมินอาการ dyspepsia ที่ตอบสนองต่อการกำจัด *Helicobacter pylori* ให้ประเมินที่อย่างน้อย 4 สัปดาห์หลังการรักษา

การกำจัดเชื้อ *Helicobacter pylori* ยังสามารถลดการทำลายเยื่อบุกระเพาะอาหาร ลดโอกาสการเกิดแผลในกระเพาะอาหารและมะเร็งกระเพาะอาหารได้<sup>21</sup> แต่การลดโอกาสการเกิดมะเร็งกระเพาะอาหารนั้นจะลดได้เฉพาะในกลุ่มที่เยื่อบุกระเพาะอาหารอยู่ในระยะของ atrophic gastritis เท่านั้น<sup>23</sup>

**ข้อเสนอแนะที่ 6:** ผู้ป่วย FD ที่อาการไม่ตอบสนองต่อ PPIs สามารถใช้ยากระตุ้นการเคลื่อนไหวของทางเดินอาหาร ยาต้านซึมเศร้าชนิด tricyclic antidepressants (TCAs) และยากลุ่ม cytoprotectives เพื่อบรรเทาอาการได้

คุณภาพหลักฐาน ก1	การให้น้ำหนักคำแนะนำ +/-
มติที่ประชุมเห็นชอบข้อเสนอแนะ: ร้อยละ 95.2	

### ข้อมูลสนับสนุน:

การพิจารณาเลือกยารักษาผู้ป่วย FD ที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วย PPIs ขึ้นอยู่กับกลไกการเกิด FD ที่แตกต่างกันไป เช่น การเคลื่อนไหวของทางเดินอาหารที่ผิดปกติ การรับรู้ความรู้สึกที่ไวกว่าปกติ (visceral hypersensitivity และ altered brain-gut function) ความกังวลทางด้านจิตใจ และการอักเสบเล็กน้อยที่เยื่อบุกระเพาะอาหาร<sup>1, 38,39</sup>

ผู้ป่วย dyspepsia ส่วนหนึ่งมีอาการเนื่องจากการเคลื่อนไหวของทางเดินอาหารที่ช้าผิดปกติ<sup>40</sup> การใช้ยากระตุ้นการเคลื่อนไหวของทางเดินอาหารจึงอาจมีประโยชน์ในผู้ป่วยกลุ่มนี้<sup>41</sup> ข้อมูลจากการวิเคราะห์ห่อภิมานล่าสุดพบว่าการใช้ยากระตุ้นการ

เคลื่อนไหวของทางเดินอาหารในผู้ป่วย FD สามารถลดอาการ dyspepsia ได้ดีกว่ายาหลอกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (RR ของอาการที่ยังคงอยู่เท่ากับ 0.92; 95% CI=0.88-0.97) โดยมี NNT เท่ากับ 12.5<sup>17</sup> โดยมีคำแนะนำให้ใช้ยา metoclopramide หรือ domperidone รักษาอาการของคนไข้ในช่วงสั้น ๆ เท่านั้น<sup>41</sup> ที่ประชุมฯ มีความเห็นให้ใช้ยาในกลุ่มนี้ในระยะเวลาตามอาการและเท่าที่ที่มีความจำเป็น

สำหรับยาในกลุ่ม TCAs นั้น มีประโยชน์ในผู้ป่วย FD เช่นกัน เนื่องจากกลไกหนึ่งของการเกิด FD คือ brain-gut axis dysfunction และ abnormal central pain processing<sup>42</sup> ปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาการใช้ TCAs ในผู้ป่วย UD มาก่อน มีแต่การศึกษาในผู้ป่วย FD เท่านั้น<sup>43</sup> ข้อมูลจากการวิเคราะห์ห่อภิมาณของการวิจัยเชิงทดลองแบบควบคุมและสุ่มในผู้ป่วย FD จำนวน 2,795 ราย จาก 13 การศึกษา พบว่าร้อยละ 57.7 ของผู้ป่วยที่ได้รับยา psychotropics ยังคงมีอาการ dyspepsia แต่ดีกว่าในผู้ป่วยที่ได้รับยาหลอกซึ่งมีอาการอยู่ร้อยละ 71.7 (RR=0.78; 95% CI=0.68-0.91; NNT=6; 95% CI=4-16)<sup>43</sup> โดยอาการที่ตีขึ้นพบในกลุ่มที่ได้รับยา TCAs เช่น amitriptyline เท่านั้น<sup>44,45</sup> อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยที่ได้รับยา psychotropics ได้รับผลข้างเคียงของยามากกว่ายาหลอก (RR=1.28; 95% CI=1.01-1.63) และต้องถอนตัวจากการศึกษาเนื่องจากผลข้างเคียงของยามากกว่ายาหลอก (RR=1.76; 95% CI=1.22-2.55) โดยมีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยา psychotropic 21 ราย เกิดอาการข้างเคียง 1 ราย (number needed to harm, NNH เท่ากับ 21)<sup>43</sup>

มีการศึกษาการใช้ยาในกลุ่ม cytoprotectives เช่น rebamipide ในผู้ป่วย FD ที่ตรวจพบกระเพาะอาหารอักเสบเล็กน้อยที่มีอาการไม่ดีขึ้นหลังการใช้ PPIs<sup>46</sup> (การศึกษาจากมหาวิทยาลัยเชียงใหม่) และหลังจากการกำจัดเชื้อ *Helicobacter pylori*<sup>47</sup> พบว่า rebamipide ทำให้อาการดีขึ้นทั้ง 2 การศึกษา สรุปว่า rebamipide สามารถทำให้อาการ dyspepsia ดีขึ้น รวมทั้งผลการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน และลักษณะทางพยาธิวิทยาของการอักเสบเรื้อรังก็ดีขึ้นเช่นกัน<sup>46,47</sup> การวิเคราะห์ห่อภิมาณ ในปี พ.ศ. 2560 ที่ได้รวบรวมการวิจัยเชิงทดลองแบบควบคุมและสุ่มทั้งหมด 5 การศึกษา โดยเปรียบเทียบผลการรักษาผู้ป่วย FD ด้วย rebamipide และยาหลอกหรือยาในกลุ่มอื่น (โดย 1 ใน 5 การศึกษานั้นมาจากมหาวิทยาลัยศรีนครินทร จังหัดขอนแก่น)

พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยา rebamipide มีอาการ dyspepsia จากคะแนน symptom scores ดีขึ้น เมื่อเทียบกับยาหลอกหรือยาในกลุ่มอื่น (SMD=-0.62; 95% CI=-1.16 to -0.08; p=0.03; I<sup>2</sup>=87%) ถึงแม้ว่าอาการโดยรวม (global symptom improvement) ไม่ได้ดีขึ้นก็ตาม (RR=1.01; 95% CI=0.71-1.45; p=0.94; I<sup>2</sup>=0%).<sup>48</sup>

## 4. ผู้ป่วยเฉพาะกลุ่ม

ผู้ป่วย FD ที่มีอาการกรดไหลย้อนหรือลำไส้แปรปรวนร่วมด้วย และผู้ป่วย FD ที่จำเป็นต้องได้รับ NSAIDs หรือ ASA

**ข้อเสนอแนะที่ 7:** ผู้ป่วย FD ที่มีอาการกรดไหลย้อน ควรได้รับการรักษาด้วย PPIs และ/หรือ ยากระตุ้นการเคลื่อนไหวของทางเดินอาหาร โดยการรักษาควรยึดตามอาการหลักของผู้ป่วย

คุณภาพหลักฐาน ก2	การให้น้ำหนักคำแนะนำ +/-
มิติที่ประชุมเห็นชอบข้อเสนอแนะ: ร้อยละ 100	

### ข้อมูลสนับสนุน:

เมื่อผู้ป่วย FD มีอาการกรดไหลย้อนร่วมด้วย และมักจะมีอาการรุนแรงมากกว่าปกติ จนทำให้ต้องไปพบแพทย์บ่อยขึ้น<sup>49</sup> และมีคุณภาพชีวิตที่แย่ลง<sup>50</sup> โดยในประเทศแถบตะวันตกพบผู้ป่วยในกลุ่มนี้มากถึงร้อยละ 50 ของผู้ป่วย FD<sup>49, 51, 52</sup> อาการอื่น ๆ นอกเหนือจาก dyspepsia ที่พบร่วมกันกับ FD ได้แก่ อาการในระบบทางเดินอาหารส่วนล่าง เช่น อาจมีอาการท้องเสียหรือท้องผูกมากกว่าผู้ป่วยที่มี FD อย่างเดียว<sup>49</sup> อาการของกรดไหลย้อน และอาการนอนไม่หลับก็พบมากกว่าผู้ป่วยที่มี FD เพียงอย่างเดียวเช่นกัน<sup>52</sup>

กลไกที่ทำให้เกิดอาการร่วมระหว่าง FD และกรดไหลย้อน น่าจะเป็น visceral hypersensitivity<sup>38</sup> อย่างไรก็ตาม การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการรักษาภาวะนี้ยังมีข้อมูลจำกัด มีการศึกษาจากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้ป่วยที่มีอาการ FD ร่วมกับกรดไหลย้อนแบบไม่พบการอักเสบที่หลอดอาหารจากการส่องกล้อง ได้รับ PPIs กินวันละ

2 ครั้งเป็นเวลา 2 สัปดาห์ พบว่าสามารถลดอาการ epigastric burning, acid regurgitation, heart burn, nausea, vomiting และ chest discomfort ได้ แต่ไม่ลดอาการ early satiation, post-prandial fullness, belching, และ food regurgitation<sup>53</sup> มีการวิจัยเชิงทดลองแบบควบคุมและสุ่มแบบ cross over ในประเทศสหรัฐอเมริกาโดยเปรียบเทียบระหว่างยา tegaserod (5-HT4 agonist) กับ ยาหลอกในผู้ป่วยที่มีอาการ FD ร่วมกับ functional heartburn พบว่า ผู้ป่วยมีอาการ heartburn, regurgitation, early fullness, bloating และ epigastric pain ดีขึ้นหลังได้รับยา แต่อาการโดยรวม (overall symptom) ไม่ได้ดีขึ้น<sup>54</sup> ที่ประชุมฯ แนะนำให้แพทย์ผู้รักษาควรคำนึงถึงปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจเกี่ยวข้อง เช่น ความกังวลทางจิตใจ ซึ่งสามารถทำให้อาการทั้งหมดแย่ลงได้

**ข้อเสนอแนะที่ 8:** ผู้ป่วย FD ที่มีอาการลำไส้แปรปรวน ควรได้รับการรักษาอาการลำไส้แปรปรวนร่วมด้วย

คุณภาพหลักฐาน ค1	การให้น้ำหนักคำแนะนำ +/-
มติที่ประชุมเห็นชอบข้อเสนอแนะ: ร้อยละ 95	

### ข้อมูลสนับสนุน:

การเคลื่อนไหวของทางเดินอาหารที่เปลี่ยนแปลงไป<sup>55</sup> และ visceral hypersensitivity<sup>56, 57</sup> เป็นกลไกที่ทำให้เกิดอาการ FD และลำไส้แปรปรวนร่วมกัน มีการศึกษาในผู้ป่วย FD ที่มีลำไส้แปรปรวนร่วมด้วยและมีอาการของ erosive gastro-oesophageal reflux disease จำนวน 626 ราย พบว่า PPIs สามารถทำให้อาการทั้งหมดดีขึ้นได้ และเมื่อหยุดยามีเพียงอาการกรดไหลย้อนที่กลับเป็นใหม่<sup>58</sup> ซึ่งยังไม่สามารถอธิบายกลไกของผลการศึกษานี้ได้อย่างแน่ชัด อาจเป็นจากการที่ PPIs ปลอดภัย visceral hypersensitivity หรือเป็นจาก placebo effect ก็ได้ ในปัจจุบันการศึกษาเกี่ยวกับการรักษาภาวะนี้ยังมีจำกัด ที่ประชุมฯ จึงมีความเห็นให้รักษาอาการของ FD ร่วมกับการรักษาลำไส้แปรปรวนตามอาการของผู้ป่วย

**ข้อเสนอแนะที่ 9:** ในผู้ป่วย dyspepsia ที่เกิดจากการกิน NSAIDs หรือ ASA และจำเป็นต้องใช้ยาต่อ ควรให้ PPIs ควบคู่ไปด้วยเพื่อลดอาการ dyspepsia และลดโอกาสการเกิดแผล รวมทั้งผลข้างเคียงจากแผลในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงในการเกิดแผลในกระเพาะอาหาร

คุณภาพหลักฐาน ก1	การให้น้ำหนักคำแนะนำ +/-
มิติที่ประชุมเห็นชอบข้อเสนอแนะ: ร้อยละ 85	

### ข้อมูลสนับสนุน:

Dyspepsia เป็นผลข้างเคียงที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยที่กิน NSAIDs โดยเกิดขึ้นร้อยละ 15-30<sup>59</sup> มีการศึกษาพบว่าการศึกษาที่ผู้ป่วยเคยมีอาการ dyspepsia หลังกิน NSAIDs มาก่อน เป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่จะทำให้เกิดอาการ dyspepsia หลังกินยากลุ่ม NSAIDs อีกครั้ง นอกจากนี้ เพศหญิงที่เคยมีประวัติแผลในกระเพาะอาหารมาก่อน การกิน ASA ร่วมด้วยก็เพิ่มความเสี่ยงในการเกิด dyspepsia และจากกิน NSAIDs เป็นลำดับรองลงมา<sup>60</sup>

ความเสี่ยงในการเกิดแผลในกระเพาะอาหาร ได้แก่ ผู้ป่วยที่กิน NSAIDs ที่มีประวัติเลือดออกจากแผลในกระเพาะอาหารหรือลำไส้เล็กส่วนต้น มีประวัติกระเพาะอาหาร/ลำไส้ทะลุมาก่อน หรือมีปัจจัยเสี่ยง 2 ใน 4 ข้อต่อไปนี้ **1)** อายุมากกว่า 65 ปี **2)** มีประวัติแผลในกระเพาะอาหารแบบไม่มีภาวะแทรกซ้อน **3)** กิน NSAIDs มากกว่า 1 ชนิด **4)** กิน ASA, steroids หรือยาต้านการแข็งตัวของเลือดร่วมด้วย<sup>61</sup> นอกจากนี้ ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อ *Helicobacter pylori* ก็ถือเป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงเช่นกัน<sup>62</sup> เนื่องจาก NSAIDs แต่ละชนิดมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนในระบบทางเดินอาหารต่างกัน จึงควรเลือกใช้ NSAIDs ที่มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว น้อยที่สุด ได้แก่ ibuprofen<sup>63,64</sup> ในปัจจุบันมียากลุ่ม selective COX-2 inhibitors (coxibs) ที่มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนในระบบทางเดินอาหารน้อยกว่ายากลุ่มเดิมจึงเป็นอีกทางเลือกหนึ่ง<sup>63,64</sup>

การศึกษาเกี่ยวกับยา NSAIDs ส่วนใหญ่มุ่งเน้นไปที่การป้องกันการเกิดแผลและเลือดออกจากแผล เช่น มีการวิเคราะห์ห่อภิมาณจาก Cochrane Database<sup>65</sup> ซึ่งมีการรวบรวมการวิจัยเชิงทดลองแบบควบคุมและสุ่มจำนวน 40 การศึกษา พบว่า PPIs, cytoprotectives (misoprostol) และยาลดการหลั่งกรดกลุ่ม histamine-2 receptor antagonists (H2RAs) ขนาดสูง สามารถป้องกันการเกิดแผลในผู้ป่วยที่ใช้ NSAIDs ในระยะยาว และลดอาการ dyspepsia ในผู้ป่วยเหล่านี้ได้<sup>65</sup> การวิเคราะห์ห่อภิมาณเปรียบเทียบการใช้ NSAIDs แบบ non-selective กับ PPIs เทียบกับ coxibs เพียงตัวเดียว ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงในการเกิดแผลกระเพาะอาหาร พบว่าการใช้ NSAIDs ร่วมกับ PPIs ลดการเกิดอาการ dyspepsia ได้มากกว่า coxibs<sup>66</sup> นอกจากนี้ H2RAs ก็สามารถลดอาการ dyspepsia ได้ร้อยละ 26 เมื่อเทียบกับยาหลอกที่ลดอาการได้เพียงร้อยละ 6<sup>67</sup> สำหรับ rebamipide นั้น มีการศึกษาที่แสดงว่า rebamipide มีประสิทธิภาพในการป้องกันการเกิดแผลจากการใช้ NSAIDs ในระยะยาวได้ไม่ต่างจาก misoprostol และอาจจะมีผลในการลดอาการ dyspepsia และแผลในลำไส้เล็กได้ดีกว่า misoprostol<sup>68</sup>

การวิจัยเชิงทดลองแบบควบคุมและสุ่มเปรียบเทียบประสิทธิภาพของ PPIs กับ ยาหลอก ในผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ไม่มีการติดเชื้อ *Helicobacter pylori* และต้องกิน ASA เป็นเวลา 26 สัปดาห์ พบว่า PPIs สามารถลดการเกิดแผลได้มากกว่ายาหลอก (1.4% vs. 4.9%, p=0.001) และเกิดหลอดอาหารอักเสบก็น้อยกว่ายาหลอกเช่นกัน (4.4% vs. 18.3%, p<0.0001)<sup>69</sup> การวิจัยเชิงทดลองแบบควบคุมและสุ่มอีกหนึ่งการศึกษา ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงในการเกิดแผลจาก ASA ขนาด 325 มิลลิกรัมร่วมกับ PPIs เปรียบเทียบกับการเกิดแผลจาก ASA อย่างเดียวเป็นเวลา 6 เดือน พบว่าผู้ป่วยที่ได้ PPIs ร่วมด้วย เกิด dyspepsia และหลอดอาหารอักเสบน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ PPIs<sup>70</sup> การวิจัยเชิงทดลองแบบควบคุมและสุ่มล่าสุดในปี พ.ศ. 2560 เปรียบเทียบการให้ PPIs แบบวันละครึ่ง ร่วมกับ NSAIDs แบบ non-selective (naproxen) และ PPIs แบบวันละครึ่งร่วมกับ celecoxib ในผู้ป่วยที่เคยมีเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบนและจำเป็นต้องกิน ASA ร่วมกับ NSAIDs ต่อไปเป็นเวลา 18 เดือน พบว่าผู้ป่วยที่กิน PPIs ร่วมกับ celecoxib มีการเกิดเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบนช้าน้อยกว่าผู้ป่วยที่กิน PPIs ร่วมกับ NSAIDs แบบ non-selective อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>71</sup>

## 5. การตรวจติดตามระยะยาว

**ข้อเสนอแนะที่ 10:** ผู้ป่วย FD ที่ตอบสนองต่อการรักษาด้วย PPIs ควรมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (lifestyle modification) ควบคู่ไปด้วยเสมอ และค่อย ๆ ปรับลดยาเมื่อควบคุมอาการได้ จนกระทั่งหยุดยาภายใน 6-12 เดือน

คุณภาพหลักฐาน ง2	การให้น้ำหนักคำแนะนำ +/-
มิติที่ประชุมเห็นชอบข้อเสนอแนะ: ร้อยละ 94.7	

### ข้อมูลสนับสนุน:

จากข้อมูลตาม Rome IV หากผู้ป่วย FD ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา PPIs และ/หรือ ยากกระตุ้นการเคลื่อนไหวของทางเดินอาหาร ผู้ป่วยสามารถกินยาดังกล่าวได้ในระยะยาวเพื่อควบคุมอาการ โดยไม่มีการกำหนดระยะเวลาที่สามารถกินยาได้<sup>1</sup> อนึ่ง แพทย์ควรเน้นให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และ ชีวิตประจำวันให้เหมาะสมควบคู่กันไปด้วย หากอาการไม่ดีขึ้นภายใน 4-8 สัปดาห์<sup>41</sup> ผู้ป่วยควรมาพบแพทย์เพื่อวางแผนทางการตรวจรักษาเพิ่มเติมต่อไป

จากแนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วย dyspepsia ในประเทศอเมริกา และแคนาดา ปี พ.ศ. 2560 แนะนำว่าควรหยุด PPIs เมื่อกินต่อเนื่องทุก ๆ 6-12 เดือน เพื่อหลีกเลี่ยงผลข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้นได้<sup>17</sup> ในทางปฏิบัติ แพทย์ควรแนะนำผู้ป่วยเรื่องผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น เมื่อกิน PPIs ในระยะยาว ถ้าหากอาการดีขึ้นก็สามารถค่อย ๆ ปรับลดยาลงเป็นขนาดที่ต่ำที่สุดที่สามารถควบคุมอาการ dyspepsia ได้ ถ้าหากผู้ป่วยมีอาการกำเริบและอาการไม่ดีขึ้นเมื่อกินยาเดิม ควรมาพบแพทย์เพื่อประเมินอาการและพิจารณาการตรวจรักษาอื่น ๆ ต่อไป<sup>8</sup>

**ข้อเสนอแนะที่ 11:** ผู้ป่วย FD ที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา แพทย์ผู้ดูแลควรซักประวัติและตรวจร่างกายซ้ำใหม่ เพื่อทบทวนการวินิจฉัยอีกครั้ง และให้การรักษาที่เหมาะสม หรือส่งผู้ป่วยไปพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญต่อไป



คุณภาพหลักฐาน ค1

การให้น้ำหนักคำแนะนำ ++

มติที่ประชุมเห็นชอบข้อเสนอแนะ: ร้อยละ 100

### ข้อมูลสนับสนุน:

เนื่องจาก FD เป็นโรคเรื้อรังและเป็น ๆ หาย ๆ แต่มีการพยากรณ์โรคที่ดีมาก<sup>11, 12</sup> ผู้ป่วย FD ที่อาการไม่ดีขึ้นหลังได้รับการรักษาที่เหมาะสมแล้ว ควรซักประวัติและตรวจร่างกายซ้ำใหม่ เพื่อทบทวนการวินิจฉัยโรคอีกครั้ง เช่น หากผู้ป่วยมีอาการปวดท้องรุนแรง มีลักษณะคล้ายการปวดท้องจากทางเดินน้ำดี ผู้ป่วยควรได้รับการตรวจช่องท้องด้านบนด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (ultrasound) เพิ่มเติม นอกจากนี้ ผู้ป่วยอาจมีโรคในระบบทางเดินอาหารอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น กรดไหลย้อน ลำไส้แปรปรวน หรือแม้แต่สถานะปัญหาทางจิตเวชซึ่งพบร่วมกันได้ ควรได้รับการรักษาโรคที่เกิดร่วมด้วยกัน

จากการศึกษาจากมหาวิทยาลัยมหิดลและการศึกษาในจีนพบว่า แม้ว่าคนไข้ FD อาจมีอาการเป็น ๆ หาย ๆ ได้ก็ตาม แต่ก็ไม่มีควมจำเป็นต้องส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนซ้ำภายในเวลา 3 ปีหลังจากการส่องกล้องครั้งแรก (ถ้าอาการไม่เปลี่ยนแปลง) เพราะผลการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำของคนไข้ FD ที่เป็น ๆ หาย ๆ นั้น ความผิดปกติที่พบบ่อยมักเป็นโรคที่เกิดจากกรด เช่น การอักเสบ หรือแผล เท่านั้น และโดยไม่พบมะเร็งในระบบทางเดินอาหารส่วนบนเลย<sup>73, 74</sup>

ในกลุ่มคนไข้ที่สงสัยภาวะ gastroparesis การตรวจ gastric emptying time เป็นการตรวจวินิจฉัยโรคถ้ามีขีดความสามารถที่จะทำได้<sup>75</sup> อุปกรณ์ที่ตรวจการเคลื่อนไหวของทางเดินอาหารนี้มักอยู่ในสถาบันที่มีขีดความสามารถ และมักใช้ในงานวิจัย เช่น คณะแพทยศาสตร์ต่าง ๆ หนึ่ง ไม่ควรตรวจเพิ่มเติมเพื่อวินิจฉัยโรค Celiac disease เนื่องจากเป็นโรคพบมากในต่างประเทศ แต่มีอุบัติการณ์ต่ำมากในคนไทย การประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะ dyspepsia

## ตารางแสดงผลสรุปข้อเสนอแนะ คุณภาพหลักฐานและการให้น้ำหนักคำแนะนำ

### การประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะ dyspepsia

**ข้อเสนอแนะที่ 1:** ผู้ป่วยที่มีภาวะ dyspepsia ควรได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหาร ส่วนบนเมื่อมีข้อบ่งชี้ดังต่อไปนี้

- 1) อายุที่เริ่มมีอาการครั้งแรกตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป
- 2) มี alarm features หรือ
- 3) dyspepsia ไม่ดีขึ้นหลังได้รับการรักษาด้วยยาที่เหมาะสมแล้ว

คุณภาพหลักฐาน g1

การให้น้ำหนักคำแนะนำ +

**ข้อเสนอแนะที่ 2:** ผู้ป่วย dyspepsia ควรได้รับการตรวจหาเชื้อ *Helicobacter pylori* ด้วยวิธี rapid urease test และ/หรือ การตรวจทางพยาธิวิทยา เมื่อมีการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน

คุณภาพหลักฐาน g1

การให้น้ำหนักคำแนะนำ +

### การวางแผนดูแลรักษาผู้ป่วย

**ข้อเสนอแนะที่ 3:** ผู้ป่วย uninvestigated dyspepsia ที่ไม่มี alarm features ควรได้รับ PPIs เป็นเวลา 4-8 สัปดาห์ เป็นลำดับแรก

คุณภาพหลักฐาน g1

การให้น้ำหนักคำแนะนำ +/-

**ข้อเสนอแนะที่ 4:** ยากระตุ้นการเคลื่อนไหวของทางเดินอาหาร (prokinetics) อาจนำมาใช้ควบคู่ไปกับ PPIs ในผู้ป่วย uninvestigated dyspepsia ที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วย PPIs

คุณภาพหลักฐาน g2

การให้น้ำหนักคำแนะนำ +/-

**ข้อเสนอแนะที่ 5:** ผู้ป่วย dyspepsia ที่มีการติดเชื้อ *Helicobacter pylori* ควรได้รับการรักษาเพื่อกำจัดเชื้อให้หายขาด

คุณภาพหลักฐาน g1

การให้น้ำหนักคำแนะนำ +

## ตารางแสดงผลสรุปข้อเสนอแนะ คุณภาพหลักฐานและการให้น้ำหนักคำแนะนำ (ต่อ)

### การวางแผนดูแลรักษาผู้ป่วย (ต่อ)

**ข้อเสนอแนะที่ 6:** ในผู้ป่วย FD ที่อาการไม่ตอบสนองต่อ PPIs สามารถใช้ยากระตุ้นการเคลื่อนไหวของทางเดินอาหาร ยาต้านซึมเศร้าชนิด tricyclic antidepressants (TCAs) และยา cytoprotectives ในการบรรเทาอาการได้

คุณภาพหลักฐาน ก1

การให้น้ำหนักคำแนะนำ +/-

ผู้ป่วยเฉพาะกลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วย FD ที่มีอาการกรดไหลย้อนหรือลำไส้แปรปรวนร่วมด้วย และผู้ป่วย FD ที่จำเป็นต้องได้รับยา NSAIDs หรือ aspirin

**ข้อเสนอแนะที่ 7:** ผู้ป่วย FD ที่มีอาการกรดไหลย้อน ควรได้รับการรักษาด้วย PPIs และ/หรือ ยากระตุ้นการเคลื่อนไหวของทางเดินอาหาร โดยการรักษาควรยึดตามอาการหลักของผู้ป่วย

คุณภาพหลักฐาน ก2

การให้น้ำหนักคำแนะนำ +/-

**ข้อเสนอแนะที่ 8:** ผู้ป่วย FD ที่มีอาการลำไส้แปรปรวน ควรได้รับการรักษาอาการลำไส้แปรปรวนร่วมด้วย

คุณภาพหลักฐาน ค1

การให้น้ำหนักคำแนะนำ +/-

**ข้อเสนอแนะที่ 9:** ในผู้ป่วย dyspepsia ที่เกิดจากการกิน NSAIDs หรือ ASA และจำเป็นต้องใช้ยาต่อ ควรให้ PPIs ควบคู่ไปด้วยเพื่อลดอาการ dyspepsia และลดโอกาสการเกิดแผล รวมทั้งผลข้างเคียงจากแผลในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงในการเกิดแผลในกระเพาะอาหาร

คุณภาพหลักฐาน ก1

การให้น้ำหนักคำแนะนำ +/-

## ตารางแสดงผลสรุปข้อเสนอแนะ คุณภาพหลักฐานและการให้น้ำหนักคำแนะนำ (ต่อ)

### การตรวจติดตามระยะยาว

**ข้อเสนอแนะที่ 10:** ผู้ป่วย FD ที่ตอบสนองต่อการรักษาด้วย PPIs ควรมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (lifestyle modification) ควบคู่ไปด้วยเสมอ และค่อย ๆ ปรับลดยาเมื่อควบคุมอาการได้ จนกระทั่งหยุดยาภายใน 6-12 เดือน

คุณภาพหลักฐาน ง2

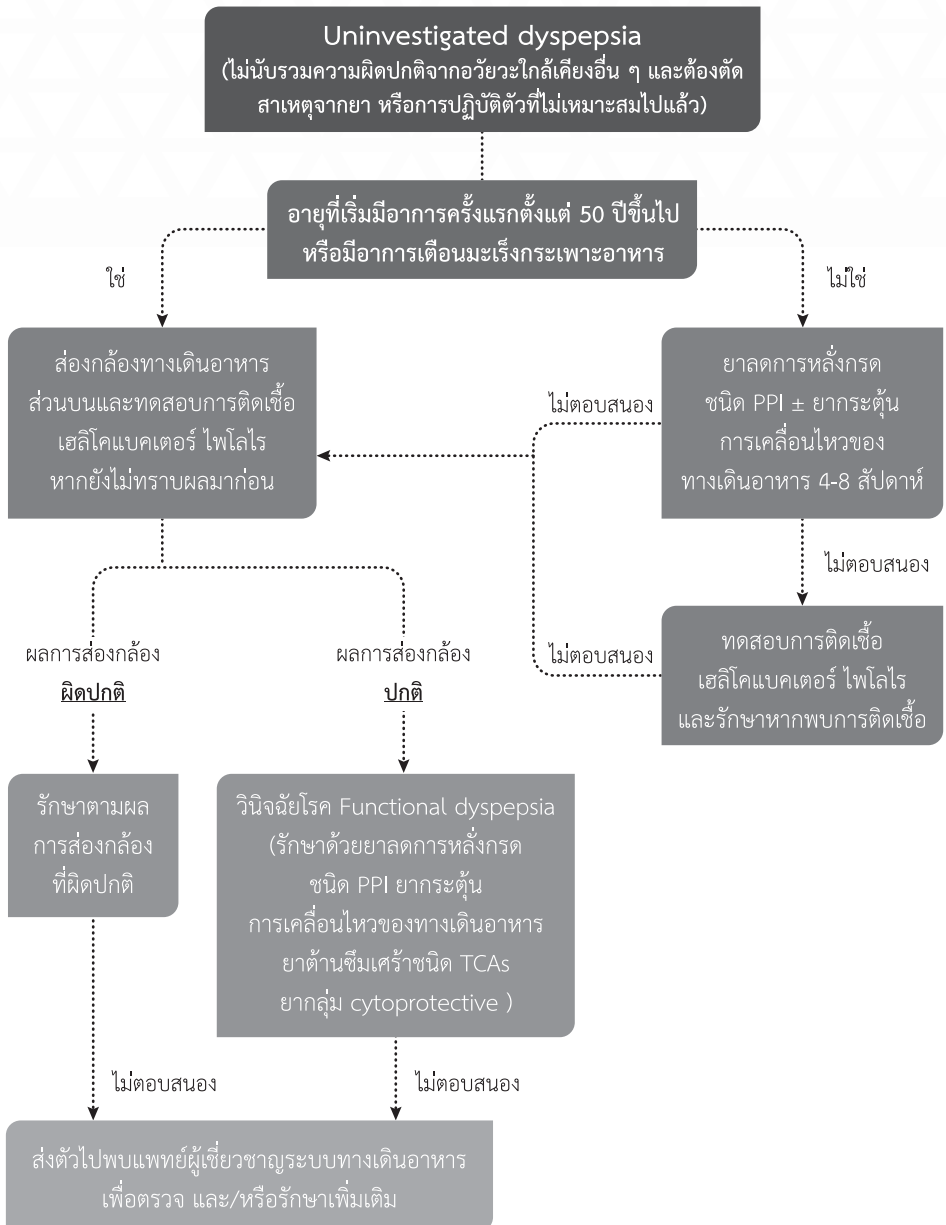
การให้น้ำหนักคำแนะนำ +/-

**ข้อเสนอแนะที่ 11:** ผู้ป่วย FD ที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาแพทย์ผู้ดูแลควรซักประวัติและตรวจร่างกายซ้ำใหม่ เพื่อทบทวนการวินิจฉัยโรคอีกครั้ง และให้การรักษาที่เหมาะสม หรือส่งผู้ป่วยไปพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญต่อไป

คุณภาพหลักฐาน ค1

การให้น้ำหนักคำแนะนำ ++

# รูปภาพแสดงแนวทางการตรวจและรักษาผู้ป่วย uninvestigated dyspepsia



รูปภาพการประชุมครั้งแรก วันที่ 17 มิถุนายน พ.ศ. 2559



รูปภาพการประชุมเพื่อสรุปผล วันที่ 24-25 พฤศจิกายน พ.ศ. 2560



## บรรณานุกรม

1. Stanghellini V, Chan FK, Hasler WL, Malagelada JR, Suzuki H, Tack J, et al. Gastrointestinal Disorders. *Gastroenterology*. 2016; 150: 1380-1392.
2. Goh KL. Clinical and epidemiological perspectives of dyspepsia in a multiracial Malaysian population. *J Gastroenterol Hepatol*. 2011; 26 Suppl 3: 35-38.
3. Tack J, Piessevaux H, Coulie B, Caenepeel P, Janssens J. Role of impaired gastric accommodation to a meal in functional dyspepsia. *Gastroenterology*. 1998; 115: 1346-1352.
4. Institute of Medicine (U.S.). Committee on Nutrition Services for Medicare Beneficiaries (2000-06-09). The role of nutrition in maintaining health in the nation's elderly: evaluating coverage of nutrition services for the Medicare population. p. 67. ISBN 978-0-309-06846-8.
5. Choung RS, Locke GR, Schleck CD, Zinsmeister AR, Talley NJ. Do distinct dyspepsia subgroups exist in the community? A population-based study. *Am J Gastroenterol*. 2007; 102: 1983-1989.
6. Talley NJ. Functional dyspepsia: new insights into pathogenesis and therapy. *Korean J Intern Med*. 2016; 31: 444-456.
7. แนวทางเวชปฏิบัติในการวินิจฉัยและการรักษาผู้ป่วย ที่มีการติดเชื้อ เฮลิโคแบคเตอร์ ไพโลไร (*Helicobacter pylori*) ในประเทศไทย พ.ศ 2558. สมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย 2558
8. Kachintorn U. Epidemiology, approach and management of functional dyspepsia in Thailand. *J Gastroenterol Hepatol*. 2011; 26 Suppl 3: 32-34.
9. Talley NJ, Ford AC. Functional Dyspepsia. *N Engl J Med*. 2015; 373: 1853-1863.
10. Zagari RM, Law GR, Fuccio L, Cennamo V, Gilthorpe MS, Forman D, et al. Epidemiology of functional dyspepsia and subgroups in the Italian general population: an endoscopic study. *Gastroenterology*. 2010; 138: 1302-1311.
11. Ford AC, Forman D, Bailey AG, Axon AT, Moayyedi P. Effect of dyspepsia on survival: a longitudinal 10-year follow-up study. *Am J Gastroenterol*. 2012; 107: 912-921.
12. Olafsdottir LB, Gudjonsson H, Jonsdottir HH, Bjornsson E, Thjodleifsson B. Natural history of functional gastrointestinal disorders: comparison of two longitudinal population-based studies. *Dig Liver Dis*. 2012; 44: 211-217.
13. Ford AC, Forman D, Bailey AG, Axon AT, Moayyedi P. Initial poor quality of life and new onset of dyspepsia: results from a longitudinal 10-year follow-up study. *Gut*. 2007; 56: 321-327.
14. Ministry of Public Health of Thailand. Cancer in Thailand Volume VII, 2007-2009. Khuhaprema T, Attasara P, Sriplug H, Wiangnon S, Sangrajrang S, editors. Bangkok; 2013. 232 p.

15. Moayyedi P. Helicobacter pylori eradication for functional dyspepsia: what are we treating?: comment on “Helicobacter pylori eradication in functional dyspepsia”. *Arch Intern Med.* 2011; 171: 1936-1937.
16. Talley NJ, Vakil N, Practice Parameters Committee of the American College of G. Guidelines for the management of dyspepsia. *Am J Gastroenterol.* 2005; 100: 2324-2337.
17. Moayyedi PM, Lacy BE, Andrews CN, Enns RA, Howden CW, Vakil N. ACG and CAG Clinical Guideline: Management of Dyspepsia. *Am J Gastroenterol.* 2017; 112: 988-1013.
18. Hungin AP, Thomas PR, Bramble MG, Corbett WA, Idle N, Contractor BR, et al. What happens to patients following open access gastroscopy? An outcome study from general practice. *Br J Gen Pract.* 1994; 44: 519-521.
19. Du LJ, Chen BR, Kim JJ, Kim S, Shen JH, Dai N. Helicobacter pylori eradication therapy for functional dyspepsia: Systematic review and meta-analysis. *World J Gastroenterol.* 2016; 22: 3486-3495.
20. Moayyedi P, Soo S, Deeks J, Forman D, Mason J, Innes M, et al. Systematic review and economic evaluation of Helicobacter pylori eradication treatment for non-ulcer dyspepsia. Dyspepsia Review Group. *BMJ.* 2000; 321: 659-664.
21. Malfertheiner P, Megraud F, O’Morain CA, Atherton J, Axon AT, Bazzoli F, et al. Management of Helicobacter pylori infection—the Maastricht IV/ Florence Consensus Report. *Gut.* 2012; 61: 646-664.
22. Miwa H, Kusano M, Arisawa T, Oshima T, Kato M, Joh T, et al. Evidence-based clinical practice guidelines for functional dyspepsia. *J Gastroenterol.* 2015; 50: 125-139.
23. Sugano K, Tack J, Kuipers EJ, Graham DY, El-Omar EM, Miura S, et al. Kyoto global consensus report on Helicobacter pylori gastritis. *Gut.* 2015; 64: 1353-1367.
24. Khan MQ, Alhomsy Z, Al-Momen S, Ahmad M. Endoscopic features of Helicobacter pylori induced gastritis. *Saudi J Gastroenterol.* 1999; 5: 9-14.
25. Cho JH, Chang YW, Jang JY, Shim JJ, Lee CK, Dong SH, et al. Close observation of gastric mucosal pattern by standard endoscopy can predict Helicobacter pylori infection status. *J Gastroenterol Hepatol.* 2013; 28: 279-284.
26. Mahachai V, Vilaichone RK, Pittayanon R, Rojborwonwitaya J, Leelakusolvong S, Maneerattanaporn M, et al. Helicobacter pylori management in ASEAN: The Bangkok consensus report. *J Gastroenterol Hepatol.* 2018; 33: 37-56.
27. Atkinson NS, Braden B. Helicobacter Pylori Infection: Diagnostic Strategies in Primary Diagnosis and After Therapy. *Dig Dis Sci.* 2016; 61: 19-24.
28. Peura DA, Gudmundson J, Siepmann N, Pilmer BL, Freston J. Proton pump inhibitors: effective first-line treatment for management of dyspepsia. *Dig Dis Sci.* 2007; 52: 983-987.



29. Talley NJ, Vakil NB, Moayyedi P. American gastroenterological association technical review on the evaluation of dyspepsia. *Gastroenterology*. 2005; 129: 1756-1780.
30. Ford AC, Moayyedi P, Jarbol DE, Logan RF, Delaney BC. Meta-analysis: Helicobacter pylori 'test and treat' compared with empirical acid suppression for managing dyspepsia. *Aliment Pharmacol Ther*. 2008; 28: 534-544.
31. Dyspepsia: Managing Dyspepsia in Adults in Primary Care. National Institute for Health and Clinical Excellence: Guidance. Newcastle upon Tyne (UK)2004.
32. Ladabaum U, Chey WD, Scheiman JM, Fendrick AM. Reappraisal of non-invasive management strategies for uninvestigated dyspepsia: a cost-minimization analysis. *Aliment Pharmacol Ther*. 2002; 16: 1491-1501.
33. Spiegel BM, Vakil NB, Ofman JJ. Dyspepsia management in primary care: a decision analysis of competing strategies. *Gastroenterology*. 2002; 122: 1270-1285.
34. Moayyedi P, Soo S, Deeks J, Delaney B, Innes M, Forman D. Pharmacological interventions for non-ulcer dyspepsia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006: CD001960.
35. Hiyama T, Yoshihara M, Matsuo K, Kusunoki H, Kamada T, Ito M, et al. Meta-analysis of the effects of prokinetic agents in patients with functional dyspepsia. *J Gastroenterol Hepatol*. 2007; 22: 304-310.
36. Mazzoleni LE, Sander GB, Francesconi CF, Mazzoleni F, Uchoa DM, De Bona LR, et al. Helicobacter pylori eradication in functional dyspepsia: HEROES trial. *Arch Intern Med*. 2011; 171: 1929-1936.
37. Moayyedi P, Soo S, Deeks J, Delaney B, Harris A, Innes M, et al. Eradication of Helicobacter pylori for non-ulcer dyspepsia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006: CD002096.
38. Drossman DA. Functional Gastrointestinal Disorders: History, Pathophysiology, Clinical Features and Rome IV. *Gastroenterology*. 2016.
39. Vanheel H, Farre R. Changes in gastrointestinal tract function and structure in functional dyspepsia. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2013; 10: 142-149.
40. Tack J, Masaoka T, Janssen P. Functional dyspepsia. *Curr Opin Gastroenterol*. 2011; 27: 549-557.
41. Lacy BE, Talley NJ, Locke GR, 3rd, Bouras EP, DiBaise JK, El-Serag HB, et al. Review article: current treatment options and management of functional dyspepsia. *Aliment Pharmacol Ther*. 2012; 36: 3-15.
42. Wilder-Smith CH, Li X, Shen L, Cao Y, Ho KY, Wong RK. Dysfunctional endogenous pain modulation in patients with functional dyspepsia. *Neurogastroenterol Motil*. 2014; 26: 489-498.
43. Ford AC, Luthra P, Tack J, Boeckxstaens GE, Moayyedi P, Talley NJ. Efficacy of psychotropic drugs in functional dyspepsia: systematic review and meta-analysis. *Gut*. 2017; 66: 411-420.

44. Tan VP, Cheung TK, Wong WM, Pang R, Wong BC. Treatment of functional dyspepsia with sertraline: a double-blind randomized placebo-controlled pilot study. *World J Gastroenterol.* 2012; 18: 6127-6133.
45. Talley NJ, Locke GR, Saito YA, Almazar AE, Bouras EP, Howden CW, et al. Effect of Amitriptyline and Escitalopram on Functional Dyspepsia: A Multicenter, Randomized Controlled Study. *Gastroenterology.* 2015; 149: 340-349 e342.
46. Chitapanarux T, Praisontarangkul OA, Lertprasertsuke N. An open-labeled study of rebamipide treatment in chronic gastritis patients with dyspeptic symptoms refractory to proton pump inhibitors. *Dig Dis Sci.* 2008; 53: 2896-2903.
47. Kamada T, Sato M, Tokutomi T, Watanabe T, Murao T, Matsumoto H, et al. Rebamipide improves chronic inflammation in the lesser curvature of the corpus after *Helicobacter pylori* eradication: a multicenter study. *Biomed Res Int.* 2015; 2015: 865146.
48. Jaafar MH, Safi SZ, Tan MP, Rampal S, Mahadeva S. Efficacy of Rebamipide in Organic and Functional Dyspepsia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Dig Dis Sci.* 2017.
49. Vakil N, Stelwagon M, Shea EP, Miller S. Symptom burden and consulting behavior in patients with overlapping functional disorders in the US population. *United European Gastroenterol J.* 2016; 4: 413-422.
50. Kaji M, Fujiwara Y, Shiba M, Kohata Y, Yamagami H, Tanigawa T, et al. Prevalence of overlaps between GERD, FD and IBS and impact on health-related quality of life. *J Gastroenterol Hepatol.* 2010; 25: 1151-1156.
51. Rasmussen S, Jensen TH, Henriksen SL, Hastrup PF, Larsen PV, Sondergaard J, et al. Overlap of symptoms of gastroesophageal reflux disease, dyspepsia and irritable bowel syndrome in the general population. *Scand J Gastroenterol.* 2015; 50: 162-169.
52. Choung RS, Locke GR, 3rd, Schleck CD, Zinsmeister AR, Talley NJ. Overlap of dyspepsia and gastroesophageal reflux in the general population: one disease or distinct entities? *Neurogastroenterol Motil.* 2012; 24: 229-234, e106.
53. Kriengkirakul C, Patcharatrakul T, Gonlachanvit S. The Therapeutic and Diagnostic Value of 2-week High Dose Proton Pump Inhibitor Treatment in Overlapping Non-erosive Gastroesophageal Reflux Disease and Functional Dyspepsia Patients. *J Neurogastroenterol Motil.* 2012; 18: 174-180.
54. Miner PB, Jr., Rodriguez-Stanley S, Proskin HM, Kianifard F, Bottoli I. Tegaserod in patients with mechanical sensitivity and overlapping symptoms of functional heartburn and functional dyspepsia. *Curr Med Res Opin.* 2008; 24: 2159-2172.
55. Stanghellini V, Tosetti C, Barbara G, De Giorgio R, Cogliandro L, Cogliandro R, et al. Dyspeptic symptoms and gastric emptying in the irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol.* 2002; 97: 2738-2743.

56. Holtmann G, Goebell H, Talley NJ. Functional dyspepsia and irritable bowel syndrome: is there a common pathophysiological basis? *Am J Gastroenterol.* 1997; 92: 954-959.
57. Corsetti M, Caenepeel P, Fischler B, Janssens J, Tack J. Impact of coexisting irritable bowel syndrome on symptoms and pathophysiological mechanisms in functional dyspepsia. *Am J Gastroenterol.* 2004; 99: 1152-1159.
58. Monnikes H, Schwan T, van Rensburg C, Straszak A, Theek C, Sander P, et al. Randomised clinical trial: sustained response to PPI treatment of symptoms resembling functional dyspepsia and irritable bowel syndrome in patients suffering from an overlap with erosive gastro-oesophageal reflux disease. *Aliment Pharmacol Ther.* 2012; 35: 1279-1289.
59. Lewis SC, Langman MJ, Laporte JR, Matthews JN, Rawlins MD, Wiholm BE. Dose-response relationships between individual nonaspirin nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NANSAIDs) and serious upper gastrointestinal bleeding: a meta-analysis based on individual patient data. *Br J Clin Pharmacol.* 2002; 54: 320-326.
60. Castellsague J, Riera-Guardia N, Calingaert B, Varas-Lorenzo C, Fourrier-Reglat A, Nicotra F, et al. Individual NSAIDs and upper gastrointestinal complications: a systematic review and meta-analysis of observational studies (the SOS project). *Drug Saf.* 2012; 35: 1127-1146.
61. Lanza FL, Chan FK, Quigley EM, Practice Parameters Committee of the American College of G. Guidelines for prevention of NSAID-related ulcer complications. *Am J Gastroenterol.* 2009; 104: 728-738.
62. Abraham NS, Hlatky MA, Antman EM, Bhatt DL, Bjorkman DJ, Clark CB, et al. ACCF/ACG/AHA 2010 expert consensus document on the concomitant use of proton pump inhibitors and thienopyridines: a focused update of the ACCF/ACG/AHA 2008 expert consensus document on reducing the gastrointestinal risks of antiplatelet therapy and NSAID use. A Report of the American College of Cardiology Foundation Task Force on Expert Consensus Documents. *J Am Coll Cardiol.* 2010; 56: 2051-2066.
63. Silverstein FE, Faich G, Goldstein JL, Simon LS, Pincus T, Whelton A, et al. Gastrointestinal toxicity with celecoxib vs nonsteroidal anti-inflammatory drugs for osteoarthritis and rheumatoid arthritis: the CLASS study: A randomized controlled trial. Celecoxib Long-term Arthritis Safety Study. *JAMA.* 2000; 284: 1247-1255.
64. Rostom A, Dube C, Wells G, Tugwell P, Welch V, Jolicoeur E, et al. Prevention of NSAID-induced gastroduodenal ulcers. *Cochrane Database Syst Rev.* 2002: CD002296.
65. Hawkey C, Talley NJ, Yeomans ND, Jones R, Sung JJ, Langstrom G, et al. Improvements with esomeprazole in patients with upper gastrointestinal symptoms taking non-steroidal antiinflammatory drugs, including selective COX-2 inhibitors. *Am J Gastroenterol.* 2005; 100: 1028-1036.

66. Spiegel BM, Farid M, Dulai GS, Gralnek IM, Kanwal F. Comparing rates of dyspepsia with Coxibs vs NSAID+PPI: a meta-analysis. *Am J Med.* 2006; 119: 448 e427-436.
67. Van Groenendael JH, Markusse HM, Dijkmans BA, Breedveld FC. The effect of ranitidine on NSAID related dyspeptic symptoms with and without peptic ulcer disease of patients with rheumatoid arthritis and osteoarthritis. *Clin Rheumatol.* 1996; 15: 450-456.
68. Park SH, Cho CS, Lee OY, Jun JB, Lin SR, Zhou LY, et al. Comparison of Prevention of NSAID-Induced Gastrointestinal Complications by Rebamipide and Misoprostol: A Randomized, Multicenter, Controlled Trial-STORM STUDY. *J Clin Biochem Nutr.* 2007; 40: 148-155.
69. Yeomans N, Lanas A, Labenz J, van Zanten SV, van Rensburg C, Racz I, et al. Efficacy of esomeprazole (20 mg once daily) for reducing the risk of gastroduodenal ulcers associated with continuous use of low-dose aspirin. *Am J Gastroenterol.* 2008; 103: 2465-2473.
70. Goldstein JL, Whellan DJ, Scheiman JM, Cryer BL, Eisen GM, Lanas A, et al. Long-Term Safety of a Coordinated Delivery Tablet of Enteric-Coated Aspirin 325 mg and Immediate-Release Omeprazole 40 mg for Secondary Cardiovascular Disease Prevention in Patients at GI Risk. *Cardiovasc Ther.* 2016; 34: 59-66.
71. Chan FKL, Ching JYL, Tse YK, Lam K, Wong GLH, Ng SC, et al. Gastrointestinal safety of celecoxib versus naproxen in patients with cardiothrombotic diseases and arthritis after upper gastrointestinal bleeding (CONCERN): an industry-independent, double-blind, double-dummy, randomised trial. *Lancet.* 2017; 389: 2375-2382.
72. Drossman DA. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process. *Gastroenterology.* 2006; 130: 1377-1390.
73. Pongprasobchai S, Asanaleykha N, Tantayakom P. Repeat upper gastrointestinal endoscopy in patients with functional dyspepsia: yield, findings, and predictors of positive findings. *Gastroenterol Res Pract.* 2015; 2015: 904683.
74. Guo JF, Bai Y, Li ZS. Diagnostic yield of repeat upper gastrointestinal endoscopy for patients with functional dyspepsia. *J Dig Dis.* 2013; 14: 574-578.
75. Lee YY, Chua AS. Investigating functional dyspepsia in Asia. *J Neurogastroenterol Motil.* 2012; 18: 239-245.

# รายนามคณะกรรมการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับ โรค Dyspepsia ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2561

1	นพ.บัญชา โอวาทหารพร	ที่ปรึกษา	รพ.สงขลานครินทร์
2	นพ.สถาพร มานัสสสถิตย์	ที่ปรึกษา	รพ.ศิริราช
3	นพ.สิน อนุราษฎร์	ที่ปรึกษา	รพ.บำรุงราษฎร์
4	นพ.องอาจ ไพรสมณฑรางกูร	ที่ปรึกษา	รพ.มหาราชชนครเชียงใหม่
5	นพ.อุดม คชินทร	ที่ปรึกษา	รพ.ศิริราช
6	พญ.วโรชา มหาชัย	ประธาน	รพ.จุฬาลงกรณ์
7	นพ.กิตติ จันทรเลิศฤทธิ์	กรรมการ	รพ.ศรีนครินทร์
8	นพ.กุลเทพ รัตนโกวิท	กรรมการ	รพ.กรุงเทพ
9	นพ.คมสันต์ เลิศคุปนิจ	กรรมการ	รพ.ชลบุรี
10	นพ.จรินทร์ โรจน์บวรวิทยา	กรรมการ	รพ.ราชวิถี
11	นพ.จักรสิน โสติดิสสุพร	กรรมการ	รพ.สงขลานครินทร์
12	พญ.โณมศรี ไชยิตชัยวัฒน์	กรรมการ	รพ.รามาริบัติ
13	นพ.ชินวัตร สุทธิวนา	กรรมการ	รพ.ภูมิพลอดุลยเดช
14	พญ.ฐนิตา พัชรตระกูล	กรรมการ	รพ.จุฬาลงกรณ์
15	นพ.ทวี รัตน์ชูเอก	กรรมการ	รพ.ราชวิถี
16	นพ.ธเนศ ชิตาพนารักษ์	กรรมการ	รพ.มหาราชชนครเชียงใหม่
17	นพ.ธีรนนท์ สรรพจิต	กรรมการ	รพ.พระมงกุฎเกล้า

# รายนามคณะกรรมการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับ โรค Dyspepsia ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2561

18	พญ.บุบผา พรธิดาสาร	กรรมการ	รพ.ธรรมศาสตร์
19	พญ.ปิยะธิดา หาญสมบูรณ์	กรรมการ	รพ.ราชวิถี
20	พญ.พจมาน พิศาลประภา	กรรมการ	รพ.ศิริราช
21	นพ.พิศาล ไม้เรียง	กรรมการ	รพ.ศรีนครินทร์
22	นพ.พีระนาท โชติวิทย์ธารากร	กรรมการ	รพ.ธรรมศาสตร์
23	นพ.ภูริพงษ์ กิจดำรงธรรม	กรรมการ	รพ.มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
24	พญ.มณฑิรา มณีรัตน์นะพร	กรรมการ	รพ.ศิริราช
25	นพ.รัฐกร วิไลชนม์	กรรมการ	รพ.ธรรมศาสตร์
26	พญ.รัตติกง ถึงสุข	กรรมการ	รพ.สวรรค์ประชารักษ์
27	พญ.รัตนา บุญศิริจันทร์	กรรมการ	รพ.ราชวิถี
28	นพ.ราวิน โชนี	กรรมการ	รพ.ลำปาง
29	นพ.รุจาพงศ์ สุขขบท	กรรมการ	รพ.บำรุงราษฎร์
30	พญ.วรมน เจริญศรีพงษ์	กรรมการ	รพ.พุทธชินราช
31	นพ.วานิช ปิยนรินทร์	กรรมการ	รพ.พระมงกุฎเกล้า
32	พญ.ศุภมาส เขียวอักษร	กรรมการ	รพ.รามธิบดี
33	นพ.ศักรินทร์ จิรพงศธร	กรรมการ	รพ.พระมงกุฎเกล้า
34	นพ.สมชาย ลีลากุลหลวงศ์	กรรมการ	รพ.ศิริราช

## รายนามคณะกรรมการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับ โรค Dyspepsia ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2561

35	นพ.สมบัติ ตรีประเสริฐสุข	กรรมการ	รพ.จุฬาลงกรณ์
36	นพ.สยาม ศิรินธรปัญญา	กรรมการ	รพ.ราชวิถี
37	นพ.สว่างพงษ์ พูลทรัพย์	กรรมการ	รพ.กรุงเทพ
38	นพ.สุเทพ กลชาญวิทย์	กรรมการ	รพ.จุฬาลงกรณ์
39	นพ.สุพจน์ ตันติพานิชธีระกุล	กรรมการ	รพ.ภูมิพลอดุลยเดช
40	พล.ท.นพ.สุรพล ชื่นรัตนกุล	กรรมการ	รพ.พระมงกุฎเกล้า
41	นพ.สุริยะ จักกะพาก	กรรมการ	รพ.รามธิบดี
42	นพ.อนุพงศ์ ตั้งอรุณสันติ	กรรมการ	รพ.ธรรมศาสตร์
43	นพ.อภิชาติ แสงจันทร์	กรรมการ	รพ.ศรีนครินทร์
44	พญ.อรวรรณ ไชยมหาพฤกษ์	กรรมการ	รพ.พุทธชินราช
45	พญ.อวยพร คำสมบัติวัฒนา	กรรมการ	รพ.ศิริราช
46	พญ.อิฐชญา แสนศักดิ์	กรรมการ	รพ.อุดรธานี
47	นพ.เอกวีร์ ศรีปริวุฒิ	กรรมการ	มหาวิทยาลัยนเรศวร
48	นพ.โอฬาร วิวัฒนาช่าง	กรรมการ	รพ.อุดรธานี
49	นพ.เฉลิมรัฐ บัญชรเทวกุล	กรรมการและ เลขานุการ	รพ.ราชวิถี
50	พญ.รภัศ พิทยานนท์	กรรมการและ เลขานุการ	รพ.จุฬาลงกรณ์









## กลุ่มวิจัยโรคกระเพาะอาหาร

