“ดีสเปปเซีย” อาการธรรมดา ที่ไม่ธรรมดาในเวชปฏิบัติปฐมภูมิ

อ.พญ.กนกพร สุขโต
ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
13 มกราคม 2557

ภาวะอาการดีสเปปเซีย(dyspepsia) เป็นภาวะที่สามารถพบได้บ่อยในเวชปฏิบัติปฐมภูมิและเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของคนโดยทั่วไปซึ่งก่อให้เกิดการสูญเสียทรัพยากรเป็นจำนวนมาก เมื่ออ้างอิงข้อมูลจากงานวิจัยในประชากรทั่วไปพบว่าความชุกของภาวะดีสเปปเซีย ในประชากรทั่วไปพบอยู่ประมาณร้อยละ 13 ถึง 40 [1] ในขณะที่ประเทศไทยมีการทำการศึกษาถึงพบความชุกของภาวะดีสเปปเซียในเขตอำเภอบางแพ จังหวัดราชบุรีพบว่าอยู่ที่ร้อยละ 65.98[2] ทั้งนี้ค่าความชุกที่ได้มีความแตกต่างกันในแต่ละการศึกษาตามลักษณะของประชากรที่อยู่ในการศึกษาและคำนิยามภาวะดีสเปปเซียที่ใช้ในการศึกษา แม้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มีอาการดีสเปปเซียไม่ได้มาพบแพทย์ในเวชปฏิบัติ โดยพบว่า 1 ใน 4 ของผู้มีอาการ ดีสเปปเซียเท่านั้นที่เลือกมาพบแพทย์ในเวชปฏิบัติ แต่อย่างไรก็ตามจากรายงานสรุปยอดผู้ป่วยในเวชปฏิบัติปฐมภูมิทั่วไปพบว่าอุบัติ การณ์ของผู้ป่วยที่มาในเวชปฏิบัติปฐมภูมิด้วยอาการดีสเปปเซียคิดเป็นจำนวนที่สูงถึงประมาณร้อยละ2-5 ของผู้ป่วยทั้งหมดของผู้ป่วยในเวชปฏิบัติปฐมภูมิ[1]

การดำเนินโรค

จากการศึกษาที่ได้ศึกษาถึงการดำเนินโรคของผู้ป่วยที่มีอาการของภาวะดีสเปปเซีย ในกลุ่มประชากรในเวชปฏิบัติปฐมภูมิของประเทศสวีเดนพบว่าจากการติดตามผู้ป่วยที่มีอาการดีสเปปเซีย จำนวน 288 คนไป 1 ปี พบว่าร้อยละ 61 ของผู้ป่วยยังคงมีอาการของดีสเปปเซียและยังต้องกินยาอยู่[3] ในขณะที่การศึกษาอื่นๆ พบผลที่ใกล้เคียงกันคือผู้ป่วยประมาณร้อยละ 50-80 กลับมีอาการของดีสเปปเซียอีกครั้งหลังจากที่ได้ติดตามอาการไปเป็นระยะเวลา 1 ปี และบางส่วนต้องเข้ารับการตรวจเพิ่มเติม เช่น การส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนทำให้ค่าใช้จ่ายที่ใช้สำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีอาการของดีสเปปเซียในหลายประเทศค่อนข้างสูง ในประเทศสวีเดนมีการศึกษาประมาณค่าใช้จ่ายที่สูญเสียไปสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการดีสเปปเซียคิดเป็นประมาณ 63 ดอลล่าสหรัฐต่อการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการดีสเปปเซีย 1 คนในช่วงระยะเวลา 1 ปี[4] ในขณะที่การศึกษาในกลุ่มประเทศสหราชอาณาจักรพบว่าปัญหาเรื่องภาวะดีสเปปเซียก่อให้เกิดการสูญเสียทรัพยากรคิดเป็นจำนวนเงินประมาณ 1 พันล้านปอนด์ต่อปี[5] แต่ในประเทศไทยยังไม่มีการประมาณตัวเลขที่แน่นอน

แม้ว่าเป็นภาวะที่พบได้บ่อยแต่การให้คำจำกัดความของดีสเปปเซียยังคงมีความแตกต่างกันอยู่มาก สำหรับที่ใช้กัน โดยทั่วไปพบว่าภาวะอาการดีสเปปเซียหมายถึงความไม่สบายหรือความปวดที่เกิดขึ้นบริเวณช่องท้องส่วน บนซึ่งมักมีอาการเรื้อรังหรือเป็นๆหายๆ ซึ่งบางครั้งอาจรวมถึงมีอาการอื่นที่อาจจะเกิดจากระบบทางเดินอาหารร่วมด้วย เช่น อาการเจ็บหลังช่องอก(retrosternal pain) คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร แน่นท้อง อิ่มเร็ว แสบร้อนช่องอก[6] แต่สำหรับในปัจจุบันความหมายและคำจำกัดความของ ภาวะอาการดีสเปปเซียหลายการศึกษาใช้ตามหลัก เกณฑ์ของ Rome Working Teams Formulations III ที่ได้ให้ไว้ตั้งแต่ปี 2006 ดังนี้[7]

อาการปวดท้องหรือไม่สบายท้องที่สันนิษฐานว่าน่าจะมีสาเหตุจากความผิดปกติของกระเพาะอาหารหรือลำไส้เล็กส่วนต้น (gartroduodenum) อาการเหล่านี้ได้แก่

ก. ปวดท้องบริเวณใต้ลิ้นปี่ (epigastric pain) คืออาการปวดที่เกิดขึ้นบริเวณระหว่างส่วนปลายของ sternum กับสะดือ และอยู่ระหว่างเส้น mid clavicular line ทั้ง 2 ข้าง

ข. แสบร้อนท้องบริเวณใต้ลิ้นปี่ (epigastric burning)) คืออาการปวดที่เป็นอาการแสบร้อน (burning) และไม่ร้าวขึ้นไปบริเวณหน้าอก

ค. แน่นหรืออึดอัดท้องหลังมื้ออาหาร (post-prandial fullness) คือความรู้สึกไม่สบายเหมือนกับว่าอาหารค้างอยู่ในกระเพาะนานผิดปกติ

ง. อิ่มเร็วกว่าปกติ(early satiation) คือรู้สึกว่ากระเพาะเต็มเร็วผิดปกติหลังจากเริ่มกินอาหาร ทั้งที่ปริมาณอาหารที่กินเข้าไปน้อย และทำให้ไม่สามารถกินอาหารปริมาณปกติที่เคยกินหมด

จากคำจำกัดความของ Rome Working Teamsได้แยกผู้ป่วยที่มีอาการของกรดไหลย้อนเป็นอาการเด่นออกจากผู้ป่วยที่มีอาการดีสเปปเซีย อื่นๆ โดยให้คำอธิบายต่อในคำจำกัดความว่า “ผู้ป่วยดีสเปปเซีย บางรายอาจมีอาการเรอ หรือคลื่นไส้ อาเจียนได้ บางรายอาจมีอาการแสบร้อนหน้าอก หรือมีเรอเปรี้ยวได้นานๆครั้ง แต่ไม่ใช่อาการเด่น” โดยในปัจจุบันพบว่าในการศึกษาทางคลินิกมักพบว่ามีการแยกผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนที่มาด้วยอาการเด่นที่เป็นอาการแสบร้อนกลางหน้าอก(heartburn) และ/หรืออาการการมีน้ำย่อยจากกระเพาะอาหารขึ้นมาบริเวณลำคอ (acid regurgitation) ออกไปก่อน นอกจากนี้ในหลายการศึกษาก็มักจะแยกผู้ป่วยที่มีอาการลำไส้แปรปรวน(irritable bowel syndrome) เป็นอาการหลัก ซึ่งมักมีอาการของการปวดท้องที่สัมพันธ์กับการขับถ่ายหรือมีการขับถ่ายที่ผิดปกติร่วมกับการปวดท้องออกจาก ผู้ป่วยดีสเปปเซียอื่นๆก่อนเช่นกันเนื่องจากพบว่ามีการพยากรณ์โรคและการตอบสนองต่อการรักษาที่แตกต่างไปจากกลุ่มของโรคดีสเปปเซียอื่นๆ แต่ในเวชปฏิบัติทั่วไปพบว่าอาจแยกกันได้ยากเพราะผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยมีอาการหลายโรครวมกัน[8]

การวินิจฉัยแยกโรค

คำว่า“ดีสเปปเซีย” นั้นเป็นคำสำหรับกลุ่มอาการที่จะทำให้แพทย์ได้นึกถึงพยาธิสภาพที่เกิดบริเวณทางเดินอาหารส่วนบนหรืออวัยวะที่เกี่ยวข้องเท่านั้นไม่ใช่การวินิจฉัยโรคแต่อย่างใด หน้าที่ของแพทย์คือการให้การวินิจฉัย โรคจากอาการที่อาจเป็นสาเหตุของกลุ่มอาการดังกล่าวเพื่อให้การรักษาในแต่ละโรคที่จำเพาะ แต่อย่างไรก็ตามการให้การวินิจฉัยโรคสำหรับผู้ป่วยที่มาด้วยอาการดีสเปปเซียไม่ตรงไปตรงมาเนื่องจากไม่มีอาการใดๆของภาวะดีสเปปเซียที่จำเพาะสำหรับโรคใดโรคหนึ่งของทางเดินอาหารส่วนบนหรือโรคภายในระบบทางเดินอาหารเท่านั้นและในขณะเดียวกันในภาวะโรคเดียวกันในกลุ่มโรคที่ทำให้เกิดอาการดีสเปปเซียแต่ละโรคก็มีกลไกการเกิดและพยาธิสภาพได้หลากหลายซึ่งอาจทำให้เกิดอาการและอาการแสดงในผู้ป่วยแต่ละคนแตกต่างกันไปด้วย

โดยนอกเหนือจากกลุ่มโรคที่เกิดจากภาวะอาการปวดท้องรุนแรงฉับพลันและโรคระบบอื่นๆ เช่น ภาวะปวดท้องที่เกิดจากกล้ามเนื้อหน้าท้องหดรัดตัวหรือมีอาการของกรดไหลย้อนและลำไส้แปรปรวนเป็นอาการหลัก โดยกลุ่มโรค/ภาวะที่สามารถทำให้เกิดอาการในกลุ่มภาวะดีสเปปเซีย ดังนี้[9]

• Functional dyspepsia • Peptic ulcer disease • Carbohydrate malabsorption (lactose, sorbitol, fructose, mannitol) • Biliary tract disease เช่น gall stone • Gastroparesis • Pancreatitis • Infiltrative diseases of the stomach (Crohn's disease, sarcoidosis) • Ischemic bowel disease • Abdominal cancer, especially gastric esophageal, pancreatic cancer, hepatoma • Intestinal parasites (Giardia, Strongyloides)	• Medication related (Acarbose, alcohol, bisphosphanates, codeine, Iron, calcium, Metformin, NSAIDS, erythromycin, Orlistat, Potassium, Corticosteroids (e.g., prednisone), Theophylline) • Metabolic disturbances (hypercalcemia, hyperkalemia) • Systemic disorders (diabetes mellitus, thyroid and parathyroid disorders, connective tissue disease) • Psychiatric disorder เช่น Depression, somatization

จากการศึกษาทางระบาดวิทยาในเวชปฏิบัติปฐมภูมิที่ทำในกลุ่มผู้ป่วย “uninvestigated dyspepsia” ซึ่งหมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการดีสเปปเซียเรื้อรังที่ไม่เคยได้รับการตรวจสืบค้นมาตรฐานเพื่อการวินิจฉัยว่าอาการ ดีสเปปเซียที่เกิดขึ้นว่าเป็นโรคของระบบทางเดินอาหารชนิดใด พบว่าส่วนใหญ่ของผู้ป่วย “uninvestigated dyspepsia” มักไม่พบรอยโรคที่ผิดปกติหรืออาจพบเพียงความผิดปกติเล็กๆน้อยๆ ที่ไม่สามารถอธิบายอาการได้จากการส่องกล้องทางเดินอาหาร ดังนั้นจึงสามารถสรุปได้ว่าภาวะที่เป็นสาเหตุที่พบได้บ่อยที่สุดของดีสเปปเซียคือ functional dyspepsia รองลงมาเป็นสาเหตุจากแผลในกระเพาะอาหาร (peptic ulcer) ในขณะที่พบมะเร็งของระบบทางเดินอาหารพบได้น้อยมาก ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตารางแสดงอุบัติการณ์ของโรคที่มาด้วยอาการดีสเปปเซียที่ตรวจพบจากการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนบน[1,10]

โรคที่ให้การวินิจฉัย	อุบัติการณ์ที่พบ
Functional dyspepsia	Up to 60%
Peptic ulcer disease	15-25%
Reflux esophagitis	5-15%
Gastric or esophageal cancer	น้อยกว่า 2%

อุบัติการณ์ที่พบจากการศึกษาข้างต้นสอดคล้องกับงานวิจัย meta analysis ที่ทำในปี 2010 โดยพบว่าผู้ป่วย uninvestigated dyspepsia ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจาก functional dyspepsia และพบว่าความชุกของ functional dyspepsia และ peptic ulcer ในประเทศกลุ่มเอเชียสูงกว่าประเทศทางตะวันตก ในขณะที่ erosive esophagitis พบในประเทศตะวันตกมากกว่า ส่วนอุบัติการณ์ของมะเร็งของหลอดอาหารและกระเพาะอาหารพบในสัดส่วนที่น้อยมากทั้งใน 2 กลุ่มประเทศ[10]

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบอุบัติการณ์ของโรคที่ตรวจพบจากการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนบนระหว่างประเทศในเอเชียกับประเทศตะวันตก[10]

โรคที่ให้การวินิจฉัย	อุบัติการณ์ที่พบใน "กลุ่มประเทศเอเชีย"	อุบัติการณ์ที่พบใน "กลุ่มประเทศตะวันตก"
Functional dyspepsia	85.8%	67.2%
Peptic ulcer	11%	6%
Erosive esophagitis	2.7%	25%
Barrett's esophagus	0.3%	1.5%
Gastric/esophageal malignancy	0.2%	0.3%

อาการ อาการแสดง และการให้การวินิจฉัย

เป้าหมายของการให้การวินิจฉัยแยกโรคผู้ป่วยที่มาด้วยภาวะอาการดีสเปปเซีย คือต้องให้การวินิจฉัยแยกโรคหรือภาวะที่เป็นอันตรายอื่นๆที่สามารถรักษาได้ด้วยการรักษาที่จำเพาะเจาะจงอื่นออกไปจากกลุ่ม functional dyspepsia และ peptic ulcer และในขณะเดียวกันกระบวนการเพื่อให้การวินิจฉัยแยกโรคก็ไม่ควรทำให้เกิดการสูญเสียเวลา ทรัพยากรและค่าใช้จ่ายที่มากเกินไป แม้ว่าจะมีข้อมูลจากการศึกษาวิจัยพบว่าการใช้ข้อมูลจากการซักประวัติและตรวจร่างกายในผู้ป่วย uninvestigated dyspepsia มีข้อบกพร่องและข้อจำกัดที่อาจจะไม่สามารถใช้แยกใช้โรคที่เป็นอันตรายต่างๆ ออกได้จากกลุ่ม functional dyspepsia และ peptic ulcer ได้อย่างมีประสิทธิภาพเพียงพอ ดังที่จะเห็นได้จากการศึกษาที่ดูประสิทธิภาพในการซักประวัติและตรวจร่างกายเพื่อเป็นเครื่องมือในการวินิจฉัยสาเหตุของอาการดีสเปปเซียแสดงให้เห็นว่าความไว(sensitivity) และความจำเพาะ (specificity) ของการวินิจฉัยโรคด้วยการซักประวัติและตรวจร่างกายค่อนข้างต่ำ[12] แต่อย่างไรก็ตามเนื่องจากสาเหตุที่พบได้บ่อยของดีสเปปเซียในเวชปฏิบัติปฐมภูมิมากที่สุดยังคงเป็น functional dyspepsia เช่นเดียวกับสาเหตุจากมะเร็งในระบบทางเดินอาหารพบได้น้อยมากในกลุ่มผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 50 ปี ที่ไม่ได้มี alarm symptoms อื่นๆ ดังนั้นในเวชปฏิบัติปฐมภูมิจึงยังคงใช้การซักประวัติและตรวจร่างกายเป็นเครื่องมือที่สำคัญที่สุดสำหรับการวินิจฉัยแยกโรคผู้ป่วยกลุ่ม uninvestigated dyspepsia อยู่

Practical point สำหรับการซักประวัติและตรวจร่างกายผู้ป่วยที่มีภาวะดีสเปปเซียในเวชปฏิบัติปฐมภูมิ

1.การแยกซักประวัติเพื่อแยกผู้ป่วยที่มีภาวะกรดไหลย้อนและลำไส้แปรปรวนออกจากผู้ป่วยดีสเปปเซียกลุ่มอื่นๆ

การซักประวัติเรื่องกรดไหลย้อนมีประโยชน์มากสำหรับการวินิจฉัยแยกโรคกรดไหลย้อนและลำไส้แปรปรวนออกไปเนื่องจากมีการตอบสนองต่อการรักษาและพยากรณ์โรคที่แตกต่างออกไป อาการหลักของภาวะกรดไหลย้อนอันได้แก่ อาการแสบร้อนกลางหน้าอก (heartburn) และ/หรือมีน้ำย่อยจากกระเพาะอาหารขึ้นมาบริเวณลำคอ (acid regurgitation) โดยอาการแย่ลงหลังจากที่กินอาหารอิ่มหรือนอนราบซึ่งมักทำให้มีอาการช่วงกลางคืน ส่วนภาวะหลอดอาหารหดตัวจากกรดไหลย้อนผู้ป่วยมักมีอาการของการเจ็บและปวดแบบเสียดคล้ายถูกแทงบริเวณในช่องอก (sharp และ stabbing substernal pain) ส่วนการซักประวัติเรื่องการปวดท้องที่สัมพันธ์กับการขับถ่ายหรือมีการขับถ่ายที่ผิดปกติ อาจเข้าได้กับภาวะลำไส้แปรปรวน (irritable bowel syndrome)ในกรณีผู้ป่วยที่มีอาการของภาวะทั้งสองนี้เป็นอาการเด่นผู้ป่วยควรได้รับการวินิจฉัยแยกโรคทั้งสองชนิดนี้ออกไปก่อน

2.การซักประวัติเรื่องโรคประจำตัว ยาที่ใช้ประจำ การดื่มสุรา และสูบบุหรี่

ผู้ป่วยที่มาด้วยประวัติของการมีแผลในกระเพาะอาหารมาก่อนโอกาสเกิดอาการซ้ำเป็นไปได้ค่อนข้างมาก นอกจากนี้ปัจจัยเสี่ยงบางอย่าง เช่น ประวัติการสูบบุหรี่และการใช้ยากลุ่ม Non steroidal anti inflammatory drugs อาจทำให้นึกถึงภาวะ peptic ulcer เพิ่มมากขึ้น[12-14] ในขณะที่กลุ่มผู้ป่วยโรคบางอย่างเช่น ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนเช่น peripheral neuropathy แล้วภาวะดีสเปปเซีย ที่มีอาการคล้ายอาหารไม่ย่อย แน่นท้องในผู้ป่วยกลุ่มนี้ น่าจะเกิดจากภาวะ diabetic gastroparesis ส่วนประวัติการดื่มสุราอย่างมาก อาจทำให้นึกถึงภาวะตับอ่อนอักเสบและโรคที่เกี่ยวกับตับมากขึ้น เป็นต้น การซักประวัติเรื่องยาโดยทางทางทฤษฎียาและสมุนไพรหลายชนิดมีกลไกที่อาจก่อให้เกิดอาการ แม้ว่าปัจจุบันยังไม่มีหลักฐานในประชากรทั่วไปที่ชัดเจนว่ายาและสมุนไพรอื่นๆ นอกจากยาในกลุ่มยาต้านการอักเสบ (Non-steroidal anti-inflammatory drugs) ที่มีผลทำให้เกิดกลุ่มอาการดีสเปปเซีย แต่ในทางปฏิบัติการลดขนาดของยาหรือการหยุดยาที่สงสัยมักทำให้อาการดีสเปปเซีย ดีขึ้นและสามารถลดค่าใช้จ่ายสำหรับการรักษาและการสืบค้นเพิ่มเติมต่อไปได้ ดังนั้นการซักประวัติเรื่องยาจึงมีความสำคัญ

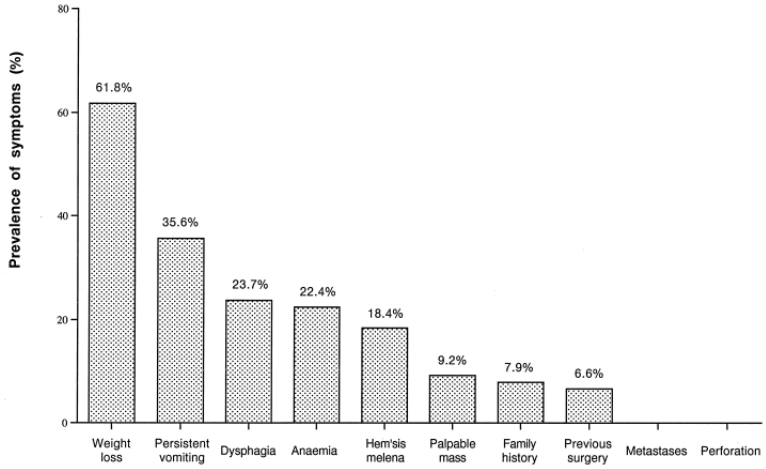
3.การซักประวัติลักษณะอาการปวดท้อง

อาการแสดงเรื่องปวดท้องที่มีลักษณะจำเพาะในลักษณะต่างๆ เช่น อาการปวดท้องรุนแรงจากความผิด ปกติที่เกิดในทางเดินน้ำดีที่เรียกว่า “biliary colic” สามารถแยกออกได้จากกลุ่มอาการดีสเปปเซียอื่นๆ โดย “biliary colic” มักจะมีอาการรุนแรง เป็นๆหายๆ อาการปวดที่เกิดขึ้นมักจะทำนายไม่ได้ และมักจะมีอาการนานอยู่หลายชั่วโมง หรือบางครั้งอาจมีอาการเป็นวัน อาการปวด biliary colic ยังมีลักษณะจำเพาะคือระหว่างการปวดแต่ละครั้งอาการปวดจะหายสนิท นอกจากนี้ผู้ป่วยของโรคของถุงน้ำดียังมีอาการปวดมักจะเป็นหลังการกินอาหารไขมันมื้อใหญ่ และอาจมีปัสสาวะและอุจจาระที่เปลี่ยนสีไปถ้ามีการอุดกั้นทางเดินน้ำดี ส่วนภาวะปวดที่เหมือนถูกแทง (stabbing pain) ร้าวทะลุไปด้านหลัง ปวดทันทีทันใดและมักปวดมากจนทนไม่ได้ เป็นระยะเวลาหลายชั่วโมงโดยไม่ดีขึ้นอาจนำให้นึกถึงภาวะปวดท้องจากตับอ่อนอักเสบเพิ่มมากขึ้น ส่วนภาวะโรคหัวใจบางชนิด เช่น กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด อาจมีอาการคล้ายกับอาการปวดท้องดีสเปปเซีย การใช้ประวัติบางอย่างสามารถใช้แยกโรคออกไปได้ เช่น ภาวะปวดแสบมักเกิดจากโรคในระบบทางเดินอาหาร ขณะที่ภาวะการปวดแน่นเหมือนมีอะไรมาทับน่าจะเกิดจากโรคหัวใจ หรือการซักประวัติเรื่องระยะเวลาที่ปวด โดยถ้ามีอาการเป็นหลายชั่วโมงมักเกิดจากโรคทางเดินอาหารมากกว่า

4.การซักประวัติและตรวจร่างกายเพื่อหาสัญญาณอันตราย (Alarm features)

แม้ว่าปัจจุบันยังมีการศึกษาที่ค่อนข้างจำกัดที่สนับสนุนการใช้อาการและอาการแสดงเตือนที่บ่งบอกว่าอาจจะมีภาวะอันตรายอยู่ในผู้ป่วยดีสเปปเซีย(“alarm features”) ในการวินิจฉัยแยกโรคมะเร็งในทางเดินอาหารออกจาก functional dyspepsia และ peptic ulcer ได้อย่างจำเพาะและมีประสิทธิภาพ[15, 16] (Alarm features อันได้แก่ ภาวะกลืนลำบาก มีประวัติหรือหลักฐานว่ามีเลือดออกในทางเดินอาหาร เช่นมีประวัติอาเจียนเป็นเลือด ถ่ายอุจจาระเป็น melena มีภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็กเป็นต้น น้ำหนักลดโดยไม่มีสาเหตุที่ชัดเจน อาเจียนต่อเนื่อง มีประวัติหรือหลักครอบครัวเป็นมะเร็งในทางเดินอาหาร เคยมีประวัติผ่าตัด มีภาวะซีด เหลือง หรือคลำได้ก้อน) แต่แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการวินิจฉัยผู้ป่วยที่มีภาวะดีสเปปเซีย ในหลายประเทศรวมทั้งประเทศไทยก็แนะนำให้นำสัญญาณอันตรายเหล่านี้มาใช้เนื่องจากมีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ ที่มีอายุต่ำกว่า 55 ปีที่เป็นมะเร็งหลอดอาหารหรือกระเพาะอาหาร คือ มีเพียงร้อยละ 5ของผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่ไม่มีสัญญาณอันตราย[17,18] โดยร้อยละอุบัติการณ์ของสัญญาณอันตรายต่างๆของผู้ป่วยมะเร็งทางกระเพาะอาหารแสดงในภาพที่ 2

ภาพที่ 1 แสดงร้อยละของอาการที่เป็นสัญญาณอันตรายของผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะอาหาร [18]

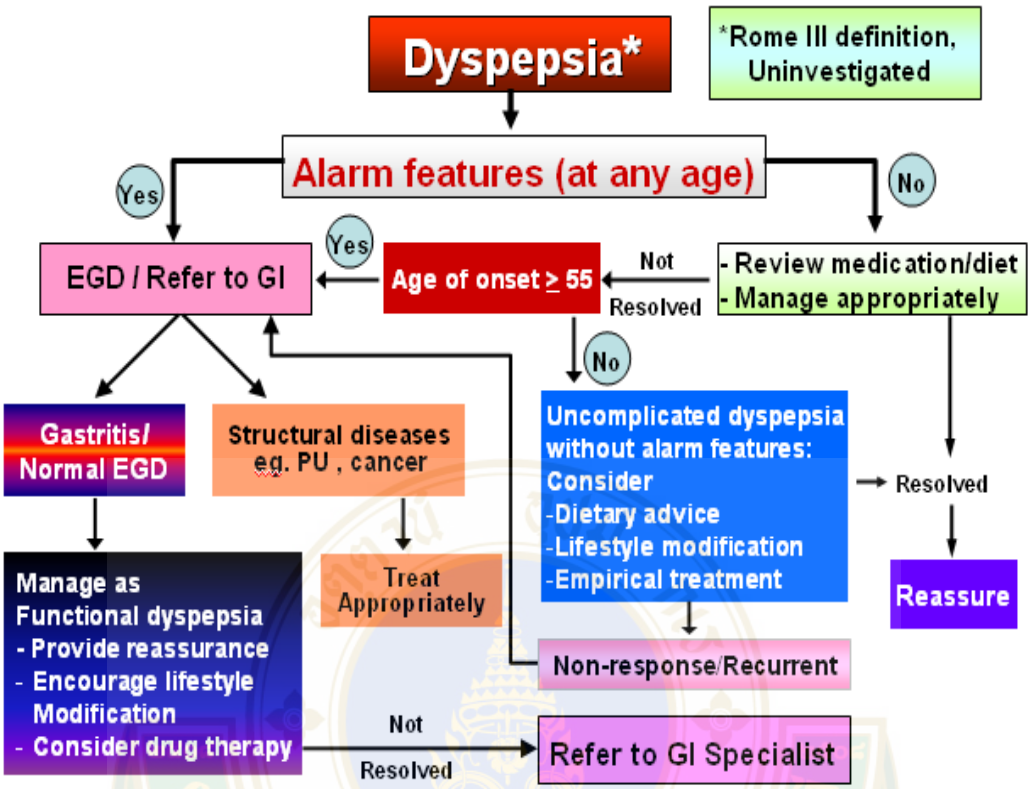


แม้ว่าปัจจุบันยังไม่ได้การศึกษาสนับสนุนที่กำหนดอายุที่ชัดเจนเพื่อเป็นจุดตัดสำหรับการส่งต่อเพื่อทำการส่องกล้องทันทีที่มีอาการ แต่แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยดีสเปปเซีย ของแพทย์สมาคมทางเดินอาหารในประเทศสหรัฐอเมริกาและของประเทศไทยจะใช้เกณฑ์อายุผู้ป่วยที่ 55 ปีที่เริ่มมีอาการครั้งแรก เพื่อทำการส่งไปส่องกล้องทางเดินอาหารทันทีที่เริ่มมีอาการเนื่องจากเหตุผลที่ว่าอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งกระเพาะอาหารในผู้ป่วยอายุที่ต่ำกว่านี้ต่ำมากและในผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนมากมีสัญญาณอันตรายอื่นๆ แต่อย่างไรก็ตามเพื่อความเหมาะสมควรใช้ข้อมูลเกี่ยวกับอุบัติการณ์ของการเกิดมะเร็งกระเพาะอาหารของประชากรกลุ่มย่อยอายุต่างๆในแต่ละประเทศมาใช้ประกอบการพิจารณาเกณฑ์อายุที่ต้องการส่งไปส่องกล้องทางเดินอาหารเมื่อมีอาการทันทีด้วย เช่น ในบางประเทศมีอัตราการเกิดมะเร็งในกระเพาะอาหารที่ค่อนข้างสูง เช่น ญี่ปุ่นที่สามารถพบมะเร็งในกระเพาะอาหารเพิ่มขึ้นในประชากรกลุ่มอายุมากกว่า 45 ปี เป็นต้น

แนวทางการส่งตรวจสืบค้นเพิ่มเติมอื่นๆ

แม้ว่าปัญหาดีสเปปเซียเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในเวชปฏิบัติ แต่จากการศึกษาทางระบาดวิทยาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ของอาการดีสเปปเซีย มักมีสาเหตุมาจาก functional dyspepsia ทำให้ในทางปฏิบัติผู้ป่วยทุกรายไม่จำเป็นต้องได้รับการตรวจโดยการส่องกล้องทางเดินอาหารเพิ่มเติม ยกเว้นผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 55 ปี หรือมีสัญญาณอันตรายข้อใดข้อหนึ่งควรได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารเพื่อที่จะวินิจฉัยแยกโรคมะเร็งกระเพาะและหลอดอาหารออกไป โดยสมาคมแพทย์ทางเดินอาหารแห่งประเทศไทยได้ทำการจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มาด้วยภาวะดีสเปปเซียเป็นขั้นตอน ดังนี้

ภาพที่ 2 แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มาด้วยอาการดีสเปปเซียโดยสมาคมแพทย์ทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย พศ. 2553[7]



โดยในปัจจุบันแนวทางการจัดการดูแลผู้ป่วย uninvestigated dyspepsia มีทั้งหมดมีอยู่ 4 แนวทางใหญ่ ดังนี้

1. การส่งตรวจด้วยการส่องกล้องและให้การรักษาทันทีตามรอยโรคที่พบ (prompt endoscopy and directed treatment)
2. การให้การรักษาโดยการใช้ยาลดกรดแบบครอบคลุม (empiric treatment with acid suppression)
3. การให้การทดสอบ H. pylori และให้การรักษาทันทีในกรณีที่ให้ผลบวก (test for H. pylori and treat if test is positive)
4. การให้การรักษาโดยการกำจัดเชื้อ H. pylori ในทุกกรณี (empiric eradication of H. pylori)

โดยแต่ละแนวทางมีข้อดีและข้อเสียที่แตกต่างกันไปดังแสดงไว้ในตารางที่ 3 การเลือกใช้แนวทางการส่งตรวจเพิ่มเติมขึ้น ควรพิจารณาถึงศักยภาพ ความพร้อมของบุคลากรและทรัพยากรในสถานพยาบาลและพื้นที่นั้นๆ รวมถึงค่าใช้จ่ายที่อาจจะเกิดขึ้น และความคาดหวังของผู้ป่วยในแต่ละรายด้วย

โดยสรุปข้อมูลจากแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะดีสเปปเซีย ที่มีอยู่ในปัจจุบันสำหรับผู้ป่วยดีสเปปเซียที่อายุน้อยกว่า 55 ปีที่ไม่มีสัญญาณแนะนำว่าสามารถการให้การรักษาในเบื้องต้นด้วยการใช้ยาลดกรดแบบครอบคลุมได้เลยเนื่องจากพบว่าจากผลการศึกษาที่พบว่าในผู้ป่วย uninvestigated dyspepsia ที่อายุน้อยและไม่มีสัญญาณอันตราย การส่งผู้ป่วยไปตรวจเพิ่มเติม เช่นการตรวจทางรังสีวิทยา หรือการส่งกล้องเมื่อเทียบกับการรักษาในเบื้องต้นด้วยยาไปเลย พบว่าไม่มีความแตกต่างกันในแง่ของความผิดพลาดที่เกิดจากการวินิจฉัยโรคที่อันตราย การลดอาการที่เกิดขึ้น การกลับเป็นซ้ำในช่วง 6 เดือนถึง 1 ปี และคุณภาพชีวิตโดยรวม แต่ค่าใช้จ่ายที่ใช้ในกลุ่มที่ให้การ

รักษาในเบื้องต้นด้วยยาถูกกว่าอย่างมีนัยสำคัญ[19] ดังนั้นสำหรับแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยดีสเปปเซีย ในประเทศไทยจึงสรุปว่าการส่องกล้องในผู้ป่วยดีสเปปเซีย ที่อายุน้อยและไม่มีอาการเตือนสำหรับภาวะที่รุนแรงทันทีที่มีอาการจึงไม่มีความเหมาะสมและเป็นวิธีที่ไม่คุ้มค่าเนื่องจากปัญหาดีสเปปเซีย เป็นปัญหาที่พบบ่อยมากในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งไม่ได้มีความสามารถในการให้บริการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้นได้ การเลือกแนวทางดังกล่าวจะต้องส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลอย่างน้อยระดับจังหวัดหรือโรงพยาบาลศูนย์ ซึ่งนอกจากจะมีค่าส่องกล้องแล้ว ยังเกิดค่าใช้จ่ายที่เป็นค่าเดินทางและค่าสูญเวลาของผู้ป่วยและญาติเพิ่มเติมด้วย[7] ส่วนการส่งตรวจเพิ่มเติมอื่นๆ เช่น การตรวจอัลตร้าซาวน์ หรือการเอกซ์เรย์ช่องท้อง ควรพิจารณาตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย

ส่วนการตรวจเพื่อหาเชื้อ H. pylori แม้ว่าเชื้อ H. pylori สามารถพบได้ในเยื่อบุกระเพาะอาหาร แต่จากหลักฐานที่มีอยู่ในปัจจุบันทำให้เชื่อได้ว่า H. pylori อาจเกี่ยวข้องกับภาวะแผลในกระเพาะอาหาร, early mucosa-associated lymphoid tissue (MALT) และการมีประวัติมะเร็งกระเพาะอาหารในครอบครัว เนื่องจากพบข้อมูลว่าในกลุ่มประชากรที่มีอัตราการติดเชื่อ H. pylori ที่สูงสัมพันธ์กับอัตราการเกิดภาวะแผลในกระเพาะอาหารและประวัติมะเร็งกระเพาะอาหารในครอบครัวที่สูงด้วยเช่นกัน เช่นในกลุ่มประชากรเอเชียที่อพยพเข้าไปอยู่ในทวีปอเมริกาเหนือ[20] แต่อย่างไรก็ตามจากหลักฐานที่มีอยู่ในปัจจุบันยังไม่มีคำอธิบายได้แน่ชัดถึงกลไกการเกิดภาวะต่างๆ จากการติดเชื้อ H. pylori โดยในบางการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการเกิดการติดเชื้อ H. pylori อาจจะมีผลทำให้ gastric emptying time นานขึ้น โดยพบการบีบตัวที่ลดลงของ gastric antrum[21] อย่างไรก็ตามการศึกษาต่อมาไม่พบความสัมพันธ์ดังกล่าว นอกจากนี้การศึกษาต่อมายังพบว่าการติดเชื้อ H. pylori ในผู้ป่วย ดีสเปปเซีย ทำให้เกิดความไม่สมดุลของการหลั่งกรดในกระเพาะอาหาร[22] โดยกลุ่มที่มีการติดเชื่อ H. pylori หลังจากมีการกำจัดเชื้อแล้วสมดุลในการหลั่งกรดดีขึ้น[23] แต่อย่างไรก็ตามการศึกษาส่วนใหญ่ไม่ได้แสดงว่าการกำจัดเชื้อมีผลต่ออาการที่เปลี่ยนแปลงไปในทางคลินิก (clinical relevance) อาจเป็นเพราะเนื่องจากปัจจัยที่มีผลต่ออาการเกิดภาวะต่างๆ ไม่ใช่เพียง delayed gastric emptying time หรือ การหลั่งกรดมากเพียงอย่างใดอย่างหนึ่งอย่างเดียว ดังนั้นจึงต้องรอการศึกษาทางคลินิกเพิ่มเติมสำหรับกลไกการเกิดภาวะต่างๆ จาก H. pylori ต่อไป

ถึงแม้ว่าหลักฐานที่มีอยู่ปัจจุบันยังไม่พบความชัดเจนของความสัมพันธ์ที่ชัดเจนระหว่างการติดเชื้อ H. pylori กับพยาธิสภาพการเกิดดีสเปปเซีย และอาการดีสเปปเซียที่จะเกิดขึ้นก็ตามมา แต่ในปัจจุบันแนะนำให้มีการรักษาโดยการกำจัดเชื้อ H.pylori ในผู้ป่วยที่มีการได้รับการวินิจฉัยว่ามีการติดเชื้อ H.pylori เนื่องจากมีหลักฐานทางคลีนิกว่าการรักษาการติดเชื้อ สามารถลดของการมีอาการซ้ำของแผลในกระเพาะอาหารและลดอัตราการเกิดมะเร็งในกระเพาะอาหารได้ [24] โดยเฉพาะในเขตที่มีอุบัติการณ์ของการติดเชื้อ H.pylori และมะเร็งในกระเพาะอาหารสูง

แต่เนื่องจากประเทศไทยมีอัตราการติดเชื้อ H.pylori ค่อนข้างสูงแต่มีอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งกระเพาะอาหารต่ำโดยพบว่าในประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อ H.pylori อยู่ประมาณร้อยละ 40.2 แต่พัฒนาไปเป็นมะเร็งกระเพาะอาหารเพียงส่วนน้อยคือ 4.3 คนในประชากรชาย 100,000 คน และ 2.9 คน ในประชากรหญิง100,000 คน[25] ดังนั้นสำหรับประเทศไทยการทดสอบหาว่าผู้ป่วยมีการติดเชื้อ H.pylori จะกระทำเฉพาะกรณีที่ต้องการให้การรักษาผู้ป่วยด้วยการกำจัดเชื้อหากพิสูจน์ว่ามีการติดเชื้อจริงเท่านั้น และหากจะไม่ให้ยากำจัดเชื้อก็ไม่ควรทำการทดสอบว่าผู้ป่วยมีการติดเชื้อหรือไม่ โดยการตรวจเชื้อและการรักษาการติดเชื้อ H.pylori ทางสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย ได้กำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อ H.pylori ตามแนวทางการวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วย ดีสเปปเซียและผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อ H.pylori ในประเทศไทย พ.ศ. 2553 ไว้ดังนี้[7]

1. ผู้ป่วย ดีสเปปเซีย ที่ควรได้รับการตัดชิ้นเนื้อเยื่อบุกระเพาะอาหารเพื่อหาเชื้อ *H.pylori* ขณะส่องกล้อง ได้แก่

1.1. ผู้ป่วยที่พบว่ามีแผลที่กระเพาะอาหารหรือลำไส้เล็กส่วนต้น

1.2. ผู้ป่วยมีภาวะเยื่อบุอาหารฝ่อ, hemorrhagic / erosive gastritis

1.3. ผู้ป่วย primary gastric MALT lymphoma (GML) and gastric carcinoma ภายหลังจากการผ่าตัดกระเพาะอาหาร

1.4. ผู้ที่ต้องรับประทานยาแอสไพรินในระยะยาวและมีความเสี่ยงที่จะเกิดแผลหรือภาวะแทรกซ้อนจากแผลที่กระเพาะอาหารหรือลำไส้เล็กส่วนต้น

1.5. ผู้ที่รับประทานยาแอสไพรินขนาดต่ำในระยะยาวและมีประวัติเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น หรือประวัติแผลกระเพาะทะลุ

1.6. ผู้ที่ต้องรับประทานยา NSAIDs ในระยะยาว

1.7. ผู้ที่มีญาติสายตรงเป็นมะเร็งกระเพาะอาหาร, ผู้ที่แสดงความจำนงหลังจากได้รับคำอธิบายและแนะนำจากแพทย์แล้วโดยละเอียด

2. หลังจากตัดชิ้นเนื้อเยื่อบุกระเพาะอาหารแล้ว จะตรวจหาเชื้อ *H.pylori* ด้วยวิธี rapid urease test (RUT) แต่ถ้าผลการตรวจเชื้อด้วยวิธี RUT เป็นลบ จะต้องส่งตรวจทางพยาธิ (histology) เพื่อทำการตรวจซ้ำอีกครั้งหนึ่ง ผู้ป่วยที่ตรวจพบว่ามีการติดเชื้อ (*H.pylori*-positive) ไม่ว่าจากวิธี RUT หรือ การตรวจทางพยาธิ (histology) ควรได้รับยากำจัดเชื้อทุกราย ทั้งนี้หากผู้ป่วยไม่สามารถส่องกล้องได้

3. สูตรยา PPI-based triple therapy เป็นสูตรยามาตรฐานที่ใช้ในการรักษาการติดเชื้อ *H.pylori* แต่ในปัจจุบันประสิทธิภาพของยามีแนวโน้มลดลง

4. ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยากำจัดเชื้อควรได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำเพื่อยืนยันการหายของแผลและยืนยันผลการกำจัดเชื้อ *H.pylori* หลังจากสิ้นสุดการรักษาแล้วอย่างน้อย 4 สัปดาห์ วิธีที่ดีที่สุดคือ UBT แต่ในสถานที่ที่ไม่มีการตรวจดังกล่าว หรือผู้ป่วยต้องได้รับการส่องกล้องในช่วงเวลานั้นอยู่แล้วให้ใช้วิธีตัดชิ้นเนื้อบุกระเพาะอาหาร และใช้วิธี RUT ร่วมกับการตรวจทางพยาธิ (histology) หากผลการตรวจอย่างใดอย่างหนึ่งเป็นบวก ถือว่ากำจัดเชื้อในครั้งแรกไม่สำเร็จให้พิจารณาให้สูตรยากำจัดเชื้อขนานใหม่

ในปัจจุบันการตรวจหาเชื้อ H.pylori ส่วนใหญ่แล้วทำโดย การส่องกล้องเพื่อตัดชิ้นเนื้อไปทำการตรวจหาเชื้อด้วยวิธีต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. เพาะเลี้ยงเชื้อ (culture)
2. การตรวจหาเอนไซม์ urease ที่ผลิตขึ้นโดย H. pylori ในชิ้นเนื้อที่ส่งตรวจโดยการใช้ Campylobacter-like organism test(CLO test)
3. การตรวจทางพยาธิวิทยา (histology) โดยการย้อมสีชิ้นเนื้อเพื่อส่องกล้องจุลทรรศน์ตรวจหาเชื้อ H. pylori โดยตรง

ส่วนวิธีการตรวจที่ไม่ต้องส่องกล้อง ได้แก่

1. การตรวจลมหายใจและวัดหาระดับยูเรียหรือที่เรียกว่า Urea breath testing (UBT) ซึ่งพบว่าเชื้อ H. pylori จะสร้างเอนไซม์ gastric urease ทำให้มีการผลิต[13]C-urea หรือ ^{14}C-urea ยังไม่มีใช้แพร่หลายในประเทศไทย
2. การทดสอบทาง Serology เพื่อหาแอนติบอดีต่อเชื้อ H. pylori โดยวิธี ELISA เนื่องจากมีราคาที่สูงจึงมีการใช้วิธีนี้ในห้องปฏิบัติการเพื่อการศึกษาทางระบาดวิทยาในกลุ่มประชากรทั่วไปเท่านั้น
3. การตรวจอุจาระด้วยวิธี PCR เพื่อหาเชื้อ H.pylori ด้วยวิธี PCR เป็นวิธีที่ไม่แพร่หลายในทางปฏิบัติ เนื่องจากมีความยุ่งยากในการเก็บตัวอย่าง

การรักษา

เนื่องจากภาวะส่วนใหญ่ที่เป็นสาเหตุของของ uninvestigated dyspepsia เช่น แผลในกระเพาะอาหาร, functional dyspepsia ที่พบในประชากรทั่วไปของไม่ใช่โรคที่เป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตแต่อาจก็ให้เกิดการรบกวนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื่องจากมักมีอาการเรื้อรัง ดังนั้นเป้าหมายของการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มอาการดีสเปปเซียส่วนใหญ่เน้นการลดอาการและการเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วย

<u>การรักษาแบบไม่ใช้ยา</u>

1. การให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรค

การสื่อสารและการอธิบายเกี่ยวกับโรค ธรรมชาติและการพยาการณ์โรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วย functional dyspepsia เป็นแนวทางที่สำคัญควรให้แก่ผู้ป่วยทุกราย โดยหลังจากได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้อง ผู้ป่วยควรได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับธรรมชาติและการพยาการณ์โรค การพูดคุยถึง ความกลัวและกังวลเกี่ยวกับการเป็นโรคร้ายต่างๆ หรือภาวะความเครียดทางจิตใจและสังคมด้านอื่นๆ ด้วยเสมอ เนื่องจากมีงานวิจัยพบว่าผู้ป่วยที่มีความกลัวและกังวลในกลุ่มนี้มีความต้องการและการให้คำปรึกษาที่แตกต่างออกไป การให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยในคำวินิจฉัยโดยเฉพาะผู้ป่วยที่กังวลว่าจะเป็นโรคร้ายแรง เช่น มะเร็ง เป็นสิ่งที่สำคัญมาก

นอกจากนี้ควรให้เวลากับซักประวัติอาการ การหารายละเอียดอื่นๆ ที่อาจทำให้มีอาการหรืออาการกำเริบ เช่น การกินอาหาร และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยตลอดจนความเครียดหรือปัจจัยเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจที่มาของอาการและดูแลตนเองในเบื้องต้นเป็นเรื่องที่จำเป็น

2. การให้คำแนะนำเรื่องอาหาร

อาหารมักเป็นตัวที่สำคัญในการกระตุ้นทำให้อาการในผู้ป่วยส่วนใหญ่แย่ลง จึงควรให้คำแนะนำเรื่องของการหลีกเลี่ยงอาหารที่กระตุ้นให้เกิดอาการในผู้ป่วย (ซึ่งอาจจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล) แม้ว่าการศึกษาเรื่องผลของอาหารต่อดีสเปปเซียส่วนใหญ่มีจำนวนคนในการศึกษาไม่มากแต่ก็ได้ผลสอดคล้องกันในบางเรื่อง เช่น อาหารมันมักทำให้อาการเลวลง ปริมาณอาหารที่มากทำให้อาการเป็นมากขึ้นโดยเฉพาะอาการจุกแน่น[26] จากการศึกษาเพิ่มเติมพบว่าชนิดของอาหารที่ทำให้มักทำเกิดอาการได้แก่ น้ำอัดลม อาหารทอด เนื้อแดง พาสต้า และกาแฟ เป็นต้น [27]

3. การให้คำแนะนำเรื่องการปรับพฤติกรรมอื่นๆ

การหยุดสูบบุหรี่ , การลดน้ำหนัก, การออกกำลังกาย และการลดความเครียด แม้ว่ายังไม่มีการศึกษาที่สามารถยืนยันประสิทธิผลของการรักษาแบบไม่ใช้ยาที่จะทำให้อาการดีสเปปเซียหายขาด ส่วนใหญ่อาจทำให้อาการดีขึ้นหรือหายเป็นเพียงช่วงระยะเวลาหนึ่ง แต่อย่างไรก็ตามการรักษาด้วยวิธีดังกล่าวค่อนข้างปลอดภัย ดังนั้นสำหรับผู้ป่วยอายุน้อยและไม่มีสัญญาณอันตรายควรมีการให้คำแนะนำด้วยเสมอ

4. การรักษาด้วย Psychological intervention

การใช้ cognitive behavioral therapy มีหลักฐานว่าสามารถลดอาการผู้ป่วยได้ แต่ยังไม่มีหลักฐานที่มีคุณภาพเพียงพอชัดเจนสำหรับการลดอาการดีสเปปเซียในผู้ป่วยทุกราย แต่อาจใช้ในกรณีผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องของอารมณ์ที่ผิดปกติร่วมด้วย เช่น major depressive disorder

<u>การรักษาด้วยยา</u>

ผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 55 ปี ไม่มีสัญญาณอันตราย นอกเหนือจากการให้คำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัว หากอาการ ดีสเปปเซีย รบกวนผู้ป่วยมากอาจพิจารณาให้ยาแบบครอบคลุมด้วยยาที่ออกฤทธิ์ลดการหลั่งกรดหรือยากลุ่ม prokinetic โดยการเลือกยาควรพิจารณาตามอาการหลักของผู้ป่วย เช่น ยาลดการหลั่งกรดจะได้ผลดีในกลุ่มที่มีอาการปวดหรือแสบร้อนลิ้นปี่ แต่อาจจะได้ผลไม่ต่างจากยาหลอกนักในผู้ป่วยที่มีการอืดแน่น ซึ่งยากลุ่ม prokinetic จะได้ผลที่ดีกว่า และกรณีที่ผู้ป่วยมีทั้งอาการปวดแสบท้องและแน่นท้องรุนแรงใกล้เคียงกันสามารถให้ยาทั้ง 2 กลุ่มร่วมได้ ส่วนผู้ป่วยที่อาการไม่ดีขึ้นหรือแย่ลงหลังได้ยา empirical treatment แนะว่าควรได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้นเพื่อจะได้รับการวินิจฉัยที่แน่นอนและให้การรักษาที่เหมาะสมต่อไป

ผู้ป่วยหลายรายการรักษาด้วยตนเองผ่านการใช้ antacid อาจทำให้อาการดีขึ้นได้ แต่ในผู้ป่วยที่หลังจากได้ยา antacids แล้วยังคงมีอาการที่กระทบต่อคุณภาพชีวิตอาจพิจารณาเพิ่มการรักษาด้วยยากลุ่มอื่นต่อไป

การรักษาภาวะดีสเปปเซียโดยการกำจัดเชื้อ H.pyroli ยังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจน อย่างไรก็ตามจากหลักฐานที่มีอยู่ในปัจจุบันพบว่าในผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการกำจัดเชื้อ H.pylori ให้ผลดีกว่ายาหลอกประมาณร้อยละ 10 โดยมี number needed to treat เท่ากับ 14 ราย จึงอาจกล่าวได้ว่าการกำจัดเชื้อน่าจะได้ประโยชน์[28] แต่อย่างไรก็ตามควรคำนึงถึงข้อมูลทางระบาดวิทยา เช่น ความชุกของการติดเชื้อ หรือ อัตราการเกิดโรคต่างๆ รวมถึงผลเสียและค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้น เช่น เชื้อดื้อยาและค่ารักษาด้วย

สรุป

ภาวะดีสเปปเซีย เป็นภาวะที่พบได้บ่อยในเวชปฏิบัติปฐมภูมิโดยมีโรคหลายอย่างทั้งในและนอกระบบทางเดินอาหารที่อาจเป็นสาเหตุได้ การวินิจฉัยแยกโรคควรใช้ข้อมูลจากการซักประวัติและตรวจร่างกายเป็นหลัก เนื่องจากFunctional dyspepsia เป็นภาวะที่พบได้บ่อยที่สุดประกอบกับอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งในกระเพาะอาหารและหลอดอาหารอักเสบพบได้น้อยมากในประเทศไทย การสืบค้นด้วยการส่องกล้องและการสืบค้นอื่นๆ ทำเมื่อมีอาการเตือนหรือข้อบ่งชี้อื่นๆ และเนื่องจากภาวะนี้ส่วนใหญ่ค่อนข้างเรื้อรังเป้าหมายของการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้แก่ การลดอาการและการเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยเป็นสำคัญ

References

1. Talley NJ et al. AGA technical review: evaluation of dyspepsia American Gastroenterological Association. Gastroenterology. 1998 Mar;114(3):582-95.
2. Kachintorn U. Epidemiology, approach and management of functional dyspepsia in Thailand. J Gastroenterol Hepatol. 2011 Apr;26 Suppl 3:32-4.
3. Quartero AO et al. One-year prognosis of primary care dyspepsia: predictive value of symptom pattern, Helicobacter pylori and GP management. Eur J Gastroenterol Hepatol. 2002 Jan;14(1):55-60.
4. Agréus L, Borgquist L. The cost of gastro-oesophageal reflux disease, dyspepsia and peptic ulcer disease in Sweden. Pharmacoeconomics. 2002;20(5):347-55.
5. Moayyedi P, Mason J. Clinical and economic consequences of dyspepsia in the community. Gut. 2002 May;50 Suppl 4:iv10-2.
6. Hansen JM, Bytzer P, Schaffalitzky De Muckadell OB. Management of dyspeptic patients in primary care. Value of the unaided clinical diagnosis and of dyspepsia subgrouping. Scand J Gastroenterol. 1998 Aug;33(8):799-805.

7. สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย, แนวทางเวชปฏิบัติในการวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยดิสเปปเซีย (dyspepsia) และผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อเฮลิโคแบคเตอร์ ไพลอไร (Helicobacter pylori) ในประเทศไทย พ.ศ.2553. สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร 2553.
8. Drossman DA, Li Z, Andruzzi E, Temple RD, Talley NJ, Thompson WG, et al. U.S. householder survey of functional gastrointestinal disorders. Prevalence, sociodemography, and health impact. Dig Dis Sci. 1993;38:1569–80.
9. Oralia V, Schneider D. Evaluation and Management of dyspepsia. Am Fam Physician. 1999 Oct 15;60(6):1773-1784.
10. Fisher RS, Parkman HP. Management of nonulcer dyspepsia. N Engl J Med 1998;339:1376–81.
11. Ford AC et al. What is the prevalence of clinically significant endoscopic findings in subjects with dyspepsia? Systematic review and meta-analysis. Clin Gastroenterol Hepatol. 2010 Oct;8(10):830-7.
12. Moayyedi P et al. Can the clinical history distinguish between organic and functional dyspepsia? AMA. 2006 Apr 5;295(13):1566-76. 16. Kurata JH, Nogawa AN. Meta-analysis of risk factors for peptic ulcer. Nonsteroidal antiinflammatory drugs, Helicobacter pylori, and smoking. J Clin Gastroenterol. 1997;24:2–
13. Eastwood GL. Is smoking still important in the pathogenesis of peptic ulcer disease? J Clin Gastroenterol. 1997;25(suppl 1):S1–7.
14. Zell SC, Budhraja M. An approach to dyspepsia in the ambulatory care setting: evaluation based on risk stratification. J Gen Intern Med. 1989;4:144–50.
15. Canga C, Vakil N. Upper GI malignancy, uncomplicated dyspepsia, and the age threshold for early endoscopy. Am J Gastroenterol. 2002 Mar;97(3):600-3.
16. Hammer J et al. Diagnostic yield of alarm features in irritable bowel syndrome and functional dyspepsia. Gut. 2004 May;53(5):666-72.
17. Bytzer P, Talley NJ. dyspepsia.Ann Intern Med. 2001 May 1;134(9 Pt 2):815-22.
18. Gillen D, McColl KE. Does concern about missing malignancy justify endoscopy in uncomplicated dyspepsia in patients aged less than 55? Am J Gastroenterol. 1999 Aug;94(8):2329-30.
19. Delaney B et. al. Initial management strategies for dyspepsia. Cochrane Database Syst Rev. 2005 Oct 19;(4).
20. Helicobactor Pyroli in Peptic Ulcer Diseases. NIH Consensus statement 1994; 12:1.
21. Mearin F et. al. Does Helicobacter pylori infection increase gastric sensitivity in functional dyspepsia? Gut. 1995 Jul;37(1):47-51.
22. el-Omar E. et. al. Helicobacter pylori infection and abnormalities of acid secretion in patients with duodenal ulcer disease. Gastroenterology. 1995 Sep;109(3):681-91.
23. el-Omar E. et. al. A substantial proportion of non-ulcer dyspepsia patients have the same abnormality of acid secretion as duodenal ulcer patients. Gut. 1995 Apr;36(4):534-8.
24. Fock KM, Talley N, Moayyedi P et al. Asia-Pacific consensus guidelines on gastric cancer prevention. J Gastroenterol Hepatol. 2008 Mar;23(3):351-65.
25. Mahachai, V. and R. Vilaichone, Current status of helicobater pylori infection in Thailand. Helicobacter Research, 2011. 15(3): p. 228-34.
26. Pilichiewicz AN. et al. Food intolerance, diet composition, and eating patterns in functional dyspepsia patients. Clin Gastroenterol Hepatol. 2009 Mar;7(3):317-22.

27. Carvalho RV et. al. Food intolerance, diet composition, and eating patterns in functional dyspepsia patients. Dig Dis Sci. 2010 Jan;55(1):60-5.
28. Moayyedi P et. al. Eradication of Helicobacter pylori for non-ulcer dyspepsia.Cochrane Database Syst Rev. 2001;(1)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบแสดงข้อดีและข้อเสียของแนวทางการส่งตรวจเพิ่มเติมในผู้ป่วย Uninvestigated ดีสเปปเซีย[9]

Strategy	Advantages	Disadvantages
Option 1: endoscopy	การส่องกล้องเพื่อดูพยาธิสภาพนับเป็น gold standard ที่สามารถใช้ดูรอยโรค peptic ulcer, reflux esophagitis หรือรอยโรคมะเร็งในกระเพาะอาหารได้ดีที่สุด ซึ่งส่งผลให้สามารถให้การรักษาได้อย่างตรงโรค เป็นวิธีสามารถให้ความมั่นใจแก่ผู้ป่วยได้ดีที่สุด	ราคาแพง ทำได้ยากไม่สามารถทำได้ทุกที่ ต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญ ก่อให้เกิดความเจ็บปวดต่อผู้ป่วย มีความคุ้มค่าต่ำ อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ จุด แต่การส่องกล้องจะได้ประโยชน์มากที่สุดใน setting ที่มี organic ดีสเปปเซีย มากกว่า 40% ดังนั้นในผู้ป่วยบางกลุ่มเช่น อายุน้อยไม่มี alarm features อาจไม่ได้ประโยชน์
Option 2: empiric treatment with acid suppression	ใช้ค่าใช้จ่ายต่ำสุดเมื่อเทียบกับวิธีอื่นๆ ทำให้อาการดีขึ้นอย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถดีขึ้นด้วยวิธีนี้ สามารถช่วยลดอัตราการส่งตรวจด้วยการส่องกล้อง	การกลับเป็นซ้ำของโรคค่อนมีอัตราที่ข้างสูงเมื่อเทียบกับวิธีอื่นๆ อาจส่งผลให้เกิดการใช้ยาลดกรดที่มากกินความจำเป็น อาจทำให้การวินิจฉัยโรคมะเร็งช้าไปในผู้ป่วยบางคน วิธีการนี้สามารถให้ความมั่นใจแก่ผู้ป่วยได้ต่ำที่สุด เกิดผลข้างเคียงของการใช้ยาได้ แต่น้อยมาก(เช่น gynecomastia หรือ hematologic disorders)
Option 3: test for Helicobacter pylori and treat if test is positive	ราคาไม่แพงถ้าใช้การ H. pylori ด้วยการไม่ส่องกล้อง เช่น urea breath test ก่อน ถ้าเลือกใช้การส่องกล้องเพื่อตรวจ H. pylori สามารถตรวจรอยโรคที่เป็นแผลในกระเพาะอาหาร, reflux esophagitis, มะเร็งในกระเพาะอาหารได้ ลดอัตราการดื้อยาปฏิชีวนะ	ปัญหาผลบวก/ลบลวงอาจส่งผลให้เกิดการรักษา H. pylori ที่มาก/น้อยเกินไป อาจมีผลข้างเคียงของการใช้ยาปฏิชีวนะ ก่อให้เกิดความเจ็บปวดต่อผู้ป่วยถ้าต้องมีการส่องกล้อง ผลในผู้ป่วย functional ดีสเปปเซีย แม้ว่าจะมีการกำจัดเชื้อ H. pylori ไปแล้วยังไม่ชัดเจนอาจมีผลต่ออาการของผู้ป่วยน้อยมาก ผู้ป่วยไม่สะดวกสบายเนื่องจากต้องกินยาปฏิชีวนะหลายวัน ผลการศึกษาในระยาวยังไม่ชัดเจน ยังไม่มีผลการศึกษาในเรื่องของ cost-effectiveness ที่ชัดเจน
Option 4: empiric eradication of H. pylori	สามารถลดค่าใช้จ่ายที่อาจเกิดจากการตรวจ เชื้อ H. pylori ในเบื้องต้น สามารถช่วยลดอัตราการส่งตรวจด้วยการส่องกล้องได้	ผลจากหลายงานวิจัยคัดค้านประสิทธิภาพของวิธีนี้ เพิ่มอัตราการดื้อยาปฏิชีวนะ ปัญหาผลบวก/ลบลวงอาจส่งผลให้เกิดการรักษา H. pylori ที่มาก/น้อยเกินไป อาจมีผลข้างเคียงของการใช้ยา ผลในผู้ป่วย functional ดีสเปปเซีย แม้ว่าจะมีการกำจัดเชื้อ H. pylori ไปแล้วยังไม่ชัดเจน ผู้ป่วยไม่สะดวกสบายเนื่องจากต้องกินยาหลายวัน ผลการศึกษาในระยาวยังไม่ชัดเจน