

# แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคกรดไหลย้อนในประเทศไทย

จากการประชุม

2004 Consensus for Clinical Practice Guideline  
for the Management of Gastroesophageal Reflux Disease

จัดทำโดย

ชมรมโมริลิตีแห่งประเทศไทย

สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

Thai Motility Club



## แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคกระดูกหลายข้อในประเทศไทย

โดยชมรมโหมภิลิตแห่งประเทศไทย

สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

พิมพ์ครั้งแรก ธันวาคม 2547

ISBN 974-9716-98-1

### คณะผู้จัดทำ

ที่ปรึกษา	: นพ.บัญชา โอวาทพิราพร : นพ.สิน อนุราษฎร์ : นพ.พินิจ กุลละวณิชย์ : พญ.วันดี วราวิทย์
ประธาน	: นพ.อุดม คชินทร
เลขานุการ	: นพ.สมชาย สีลากุลวงศ์
กรรมการ	นพ.กิตติ จันทรเลิศฤทธิ์ พญ.โฉมศรี โฆษิตชัยวัฒน์ พญ.บุษบา วิวัฒน์เวคิน นพ.ประพันธ์ อานเป็รื่อง พญ.วิโรชา มหาชัย พท.วานิช ปิยนรินทร์ นพ.วิฑูร ชินสว่างวัฒนกุล นอ.นพ.วิญญู จันทรสุนทรกุล นพ.ศตวรรษ ทองสวัสดิ์ นพ.สุเทพ กลชาญวิทย์ นพ.เสกสิต โอสธากุล พอ.นพ.สุรพล สุรางค์ศรีรัฐ พญ.สุพร ตริพงษ์กรุณา นพ.สุริยะ จักกะพาก

### ออกแบบและจัดทำรูปเล่มโดย

บริษัท ยูเนี่ยน ครีเอชั่น จำกัด

240/37 ถ. จรัญสนิทวงศ์ อ.บางกอกน้อย กทม. 10700

โทร. 0-2866-3002-3 แฟกซ์. 0-2412-5320

## คำนำ

ในช่วง 5-10 ปีที่ผ่านมา โรคกรดไหลย้อน (Gastroesophageal Reflux Disease, GERD) เป็นโรคที่พบได้บ่อยมากขึ้นในภูมิภาคเอเชียรวมทั้งประเทศไทย โดยในช่วง 5 ปีหลังพบมีความชุกของโรคกรดไหลย้อนในประเทศไทยเพิ่มขึ้นประมาณ 2 เท่า คือพบมีความชุกประมาณร้อยละ 10-15 ของผู้ป่วยที่มาด้วยอาการ dyspepsia โรคกรดไหลย้อนเป็นโรคที่วินิจฉัยได้ค่อนข้างยาก เนื่องจากอาศัยการซักประวัติเป็นสำคัญ อาการจำเพาะของโรคนี้คือ heartburn ซึ่งไม่มีคำแปลเป็นภาษาไทยโดยตรงและยังมีความเข้าใจที่แตกต่างกันในการสื่อความหมายของคำว่า heartburn โดยเฉพาะในประชาชนทั่วไป และโรคนี้ยังไม่มีการสืบค้นใดที่จำเพาะที่จะช่วยในการวินิจฉัย นอกจากนี้ลักษณะทางคลินิกมีทั้งที่เป็น typical และ atypical GERD แม้ในปัจจุบันจะมียาที่ให้ผลในการรักษาค่อนข้างดีแต่ลักษณะการดำเนินโรคมักเรื้อรังและเป็นๆหายๆ นอกจากนี้ในผู้ป่วยที่เป็นนานเป็นสิบปีบางรายอาจนำไปสู่การเกิดมะเร็งของหลอดอาหารได้อีกด้วย ชมรมโมริลิดีแห่งประเทศไทย ภายใต้สมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย ได้เล็งเห็นความสำคัญในการที่แพทย์จะสามารถให้การวินิจฉัยและรักษารวมทั้งการประเมินและติดตามผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม จึงได้จัดการประชุม consensus เพื่อจัดทำแนวทางการวินิจฉัยและดูแลรักษาโรคกรดไหลย้อนในประเทศไทยขึ้น โดยให้แพทย์ที่อยู่ในโรงพยาบาลทุกระดับสามารถนำแนวทางการวินิจฉัยและรักษานี้ไปปฏิบัติได้จริง การประชุมดังกล่าวมีผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วยอายุรแพทย์ด้านระบบทางเดินอาหาร, ศัลยแพทย์, แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบการหายใจ, แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้าน ENT, อายุรแพทย์ทั่วไป และแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป มาร่วมกันให้ความเห็น อภิปรายและสรุปเป็นแนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคกรดไหลย้อนนี้ขึ้น สมาคมจะได้มีการดำเนินการแจกจ่ายแนวทางการวินิจฉัยและรักษานี้ให้แก่แพทย์ทั่วประเทศ

รวมทั้งจะมีการติดตามประเมินผล และปรับปรุงให้เหมาะสมยิ่งขึ้นต่อไป

สมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทยขอขอบคุณ แพทย์ทุกท่านที่ได้สละเวลานำความรู้และประสบการณ์มาร่วมในการจัดทำ แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคกรดไหลย้อนในประเทศไทยนี้ และขอขอบคุณ บริษัท แอสตราเซนเนกา (ประเทศไทย) จำกัด ที่ช่วยสนับสนุน การจัดการประชุมโดยไม่มีเงื่อนไขใดๆทำให้งานสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดีสม ความมุ่งหมาย



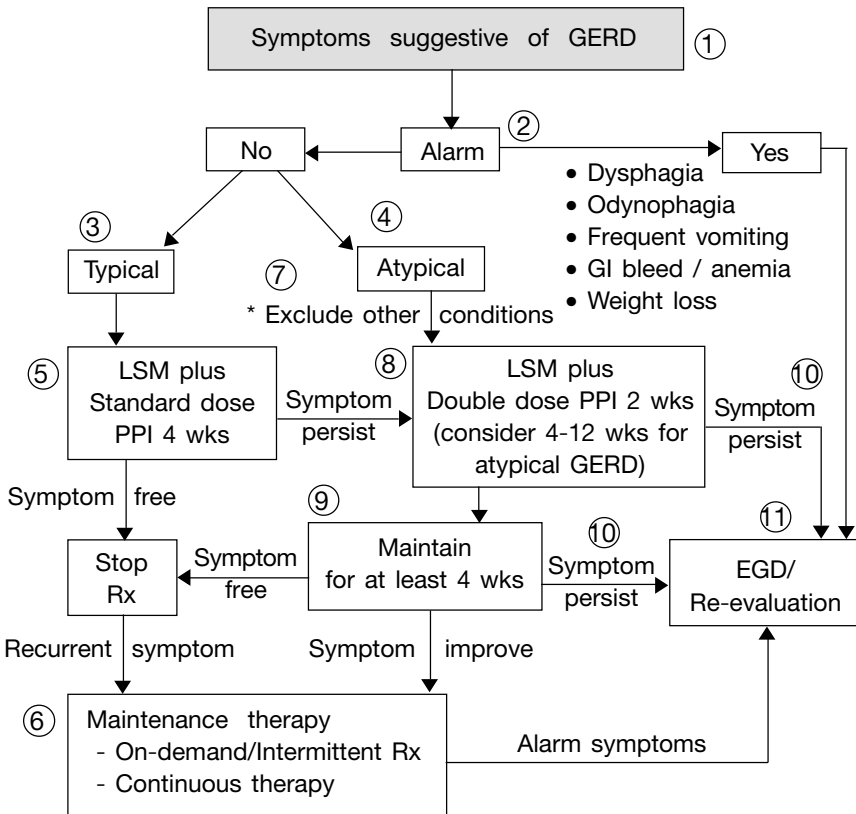
รศ.นพ.บัญชา โอวาทพัชรพร

นายกสมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

## Guideline Algorithm for the Management of GERD

Guideline นี้จัดทำขึ้นเพื่อช่วยแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหา reflux และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจาก reflux โดยให้พิจารณาใช้กับผู้ป่วย GERD ที่มีอาการจนมีปัญหาต่อคุณภาพของชีวิต (quality of life)

การอธิบาย guideline จะเป็นไปตาม algorithm โดยตัวเลขที่กำกับในแต่ละส่วนของ algorithm จะตรงกับคำบรรยายในแต่ละหัวข้อ



## 1. Symptoms suggestive of GERD

นิยามของ GERD หมายถึงโรคที่เกิดจากความผิดปกติที่เรื้อรังที่เกี่ยวข้องกับการที่มี refluxate (content อะไรก็ได้ที่อยู่ในกระเพาะอาหาร) ไหลย้อนขึ้นมาสู่หลอดอาหาร ซึ่งอาจจะมีหรือไม่มีร่องรอยของการอักเสบของหลอดอาหารก็ได้ โดยอาการที่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยน่าจะเป็นโรค GERD ประกอบด้วย heartburn (อาการแสบยอดอก) และ/หรือ regurgitation (ขย้อนหรือสำรอก) เป็นสำคัญ นอกจากนี้อาจพบอาการอื่นๆ อีกได้ เช่น water brash (น้ำลายสอ), chest pain (เจ็บหน้าอก), dysphagia (กลืนลำบาก) และ odynophagia (กลืนเจ็บ) เป็นต้น

สำหรับอาการ epigastric pain ไม่ถือว่าเป็นอาการจำเพาะของ GERD ดังนั้นหากผู้ป่วยมีอาการ epigastric pain อย่างเดียว ให้พิจารณาดูแลผู้ป่วยแบบ dyspepsia แทน

## 2. Alarm symptoms

ผู้ป่วยที่มีอาการดังต่อไปนี้ (ซึ่งถือว่าเป็นอาการเตือน หรือสัญญาณอันตราย) อาทิ กลืนลำบาก, กลืนเจ็บ (odynophagia), อาเจียนบ่อยๆ หรือมีประวัติอาเจียนเป็นเลือด หรือมีอาการซีด, น้ำหนักลด หรือมีไข้ ควรทำการสืบค้นเพิ่มเติมทันที ด้วยการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้น (Esophagogastroduodenoscopy; EGD) หรือการตรวจอื่นๆที่เหมาะสม

## 3. Typical symptoms of GERD หมายถึงอาการจำเพาะที่หากผู้ป่วยมีอาการดังกล่าวให้คิดว่าผู้ป่วยน่าจะเป็น GERD อาการดังกล่าว คือ heartburn และ/หรือ regurgitation

## 4. Atypical symptoms of GERD

คืออาการที่ไม่จำเพาะว่าจะจะเป็นโรค GERD แต่เป็นอาการที่อาจเป็นผลมาจากโรค GERD ได้แก่

4.1 อาการที่เกี่ยวข้องกับหลอดอาหาร เช่น retrosternal chest pain

(ทั้งนี้ต้องได้รับการตรวจแล้ว ว่าไม่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ)

4.2 อาการทางระบบเดินหายใจ เช่น chronic cough, hemoptysis, bronchitis, bronchiectasis และ recurrent pneumonia

4.3 อาการทางระบบ หู คอ จมูก เช่น hoarseness, throat clearing, chronic laryngitis, otalgia, sinusitis หรือ otitis media เป็นต้น

4.4 อาการอื่นๆ เช่น ฟันผุ, ปากมีกลิ่น

#### 5. การรักษาด้วย lifestyle modification (LSM)

เป็นการแนะนำวิถีปฏิบัติตัว และควรกระทำในผู้ป่วยทุกราย ซึ่งประกอบด้วย

- การนอนเตียงที่ยกศีรษะให้สูงขึ้น 15 ซม. หรือ 6-8 นิ้วฟุต โดยหลีกเลี่ยงการใช้เตียงน้ำ
- การนอนในท่าตะแคงซ้าย
- การปรับพฤติกรรมการกินอาหาร ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย โดยพิจารณาว่ามีความสัมพันธ์กับอาการที่เป็นหรือไม่ เช่น หลีกเลี่ยงอาหารมันมากๆ
- หลีกเลี่ยงอาหารที่กระตุ้นให้มีอาการ เช่น กาแฟ ช็อคโกแลต อาหารที่มีรสเปรี้ยวจัด เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือน้ำอัดลม อาหารที่มีส่วนประกอบของมะเขือเทศ อาหารประเภทมันต์
- หลีกเลี่ยงการนอนหลังกินอาหารอย่างน้อย 2 ชม.
- หลีกเลี่ยงการกินอาหารปริมาณมากๆ ในหนึ่งมื้อ
- หลีกเลี่ยงยาบางชนิดที่อาจมีผลต่อหูรูดของหลอดอาหาร เช่น anticholinergics, theophylline, tricyclic antidepressants, calcium channel blockers,  $\beta$ -adrenergic agonists, alendronate เป็นต้น
- งดหรือลดการสูบบุหรี่
- ลดน้ำหนัก หากมีภาวะอ้วน

ยา proton pump inhibitors (PPIs) ขนาดมาตรฐาน ที่เป็น equivalent dose ประกอบด้วย

Omeprazole	20 mg daily
Lansoprazole	30 mg daily
Pantoprazole	40 mg daily
Rabeprazole	20 mg daily
Esomeprazole	40 mg daily

ในกรณีที่ไม่สามารถใช้ PPI ได้ อาจพิจารณาใช้ H<sub>2</sub>-receptor antagonist (H<sub>2</sub>RA) เช่น cimetidine 800 mg, ranitidine 300 mg, famotidine 40 mg ต่อวัน แทนได้

#### 6. Maintenance treatment / On-demand/intermittent therapy / Continuous treatment

จุดมุ่งหมายของการรักษาผู้ป่วยที่เป็น symptomatic GERD คือ การควบคุมอาการให้ผู้ป่วยสบายดีไปตลอด จึงต้องดูแลระยะยาว การรักษาในระยะยาวอาจเป็นแบบ On-demand/intermittent therapy หรือ Continuous treatment

การรักษาแบบ on-demand therapy เป็นการรักษาในกรณีที่ผู้ป่วยกลับมามีอาการอีกหลังจากที่หายแล้ว โดยให้ผู้ป่วยกินยาในช่วงระยะเวลาที่มีอาการติดต่อกันและหยุดยาเมื่อไม่มีอาการแล้วเป็นเวลาอย่างน้อย 24 ชม. ส่วน intermittent therapy เป็นการรักษาโดยให้ยาในขนาดที่สามารถควบคุมอาการผู้ป่วยได้เป็นช่วงระยะเวลาสั้นๆ เช่น 1-2 สัปดาห์แล้วหยุดยา สำหรับ continuous treatment เป็นการรักษาโดยให้ยาต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน โดยพิจารณาใช้ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถหยุดยาได้เนื่องจากยังคงมีอาการตลอด หรือ อาการดีขึ้น แต่ยังไม่หายขาด ระยะเวลาการกินยาอาจนานเป็นเดือนจนถึงหลายปีได้

ในกรณี continuous treatment อาจพิจารณาใช้ step down strategy ดังนี้



Highest efficacy

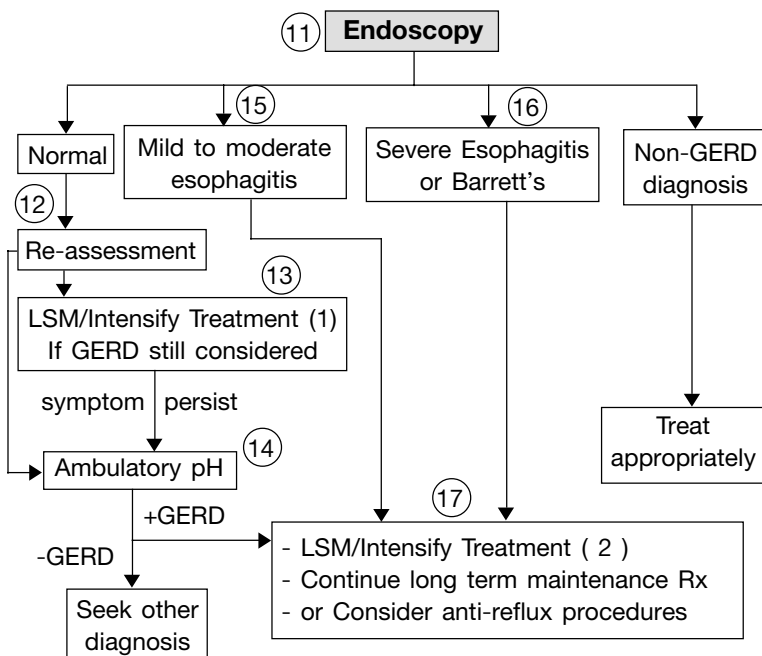


Lowest efficacy

Double dose PPI + Bed time H <sub>2</sub> RA
Double dose PPI
Full (standard) dose PPI
Half dose PPI
Standard dose H <sub>2</sub> RA + Prokinetics
Standard dose H <sub>2</sub> RA or Prokinetics

7. ผู้ป่วยที่มีอาการ atypical GERD ควรสืบค้นเพิ่มเติมเพื่อให้แน่ใจว่าไม่มีความผิดปกติอื่น ก่อนที่จะสรุปว่าผู้ป่วยเป็น GERD เช่น ผู้ป่วยที่มาด้วยเสียงแหบ ควรปรึกษาแพทย์ทาง หู คอ จมูก ผู้ป่วยที่มาด้วยอาการแน่นหรือเจ็บหน้าอก ควรปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคหัวใจ เป็นต้น
8. 8.1 ในกรณี que ผู้ป่วยเป็น Extraesophageal GERD การรักษาให้ถือว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นผู้ป่วยที่มีความรุนแรงจึงแนะนำให้ใช้ยา PPI ในขนาดวันละ 2 ครั้งเป็นหลัก (ให้ก่อนอาหารเช้าและเย็น) เป็นเวลา 4-12 สัปดาห์ในเบื้องต้น สำหรับ non- cardiac chest pain การให้ยาเป็นระยะเวลา 4-8 สัปดาห์อาจจะเพียงพอสำหรับการรักษา ในขณะที่กลุ่มอื่นมีแนวโน้มที่จะต้องให้ยาเป็นเวลานานขึ้นจนถึง 12 สัปดาห์
- 8.2 ผู้ป่วยที่มีอาการ typical GERD ที่อาการไม่ดีขึ้นหลังจากได้ยาในขนาด standard dose ของ PPI ให้พิจารณาเพิ่มยาเป็น 2 เท่า กล่าวคือให้ PPI เช้าเย็น เป็นเวลาอีก 4-12 สัปดาห์ก่อนจะพิจารณาว่าการรักษานั้นไม่ได้ผล
9. ผู้ป่วยที่ตอบสนองต่อการให้ยา PPI ในขนาด double dose ควรให้ยาต่อเป็นเวลายาวน้อย 4 สัปดาห์ ในบางกรณีผู้ป่วยอาจตอบสนองดีจนไม่มีอาการก็พิจารณาให้หยุดยาได้ ขณะที่กลุ่มที่เป็น extraesophageal GERD อาจจะต้องให้ยาเป็นแบบ long term maintenance therapy หรือในบางรายอาจพิจารณาให้การรักษาแบบ on-demand และ/หรือ intermittent therapy ได้

10. ผู้ป่วยที่ยังคงมีอาการอยู่แม้ว่าจะได้รับยา PPI ในขนาด double dose เป็นเวลา 12 สัปดาห์แล้ว (symptom persist) แนะนำว่าควรได้รับการตรวจค้นเพิ่มเติมด้วยการทำ EGD หรือให้ประเมินอาการของผู้ป่วยใหม่และทำการสืบค้นเพิ่มเติมต่อไป
11. EGD ควรได้รับการตรวจในกรณีต่อไปนี้
  - 11.1 ผู้ป่วยที่มี alarm symptoms และ/หรือสงสัยมีโรคอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ GERD เช่นโรคแผลในกระเพาะอาหาร, มะเร็งในกระเพาะอาหาร ฯลฯ เป็นต้น
  - 11.2 ผู้ป่วยที่สันนิษฐานว่าอาจมีหลอดอาหารอักเสบรุนแรง (severe esophagitis) หรือมีภาวะแทรกซ้อนของ GERD เช่น Barrett's esophagus
  - 11.3 ผู้ป่วยที่ยังคงมีอาการอยู่ตลอดขณะที่ได้รับการรักษาหรือไม่ตอบสนองต่อการรักษา



12. ผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องแล้ว ไม่พบความผิดปกติ ควรได้รับการประเมินซ้ำ โดยการซักประวัติและตรวจร่างกายอย่างละเอียด
13. ในกรณีที่ยังสงสัยว่าผู้ป่วยเป็น GERD ทั้งๆที่การส่องกล้องปกติ การรักษาด้วย lifestyle modification ถือเป็นหัวใจสำคัญที่ต้องเน้นกับผู้ป่วย อาทิการนอนยกศีรษะสูงจากพื้น (15 ซม.) ไม่ควรให้ใช้เตียงน้ำ และแนะนำให้นอนตะแคงซ้ายอาจช่วยให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้นได้ นอกจากนี้ควรทบทวนการใช้ยาอย่างละเอียด (Intensify treatment 1) ดังนี้
  - 13.1 ซักประวัติการกินยาของผู้ป่วยให้แน่ใจว่า ผู้ป่วยกินยาก่อนอาหาร โดยเฉพาะมือเย็น ต้องไม่ใช่ก่อนนอน
  - 13.2 อาจพิจารณาเพิ่มยา H<sub>2</sub> RA (ranitidine 150 mg หรือ cimetidine 400 mg) ก่อนนอน ในกรณีที่ยังสงสัยว่าผู้ป่วยจะมีภาวะ nocturnal acid breakthrough
  - 13.3 พิจารณาเปลี่ยนชนิดของยา PPI
14. การตรวจด้วยวิธี ambulatory pH monitoring ในพื้นที่ที่สามารถทำได้ อาจพิจารณาทำตั้งแต่เมื่อผลการส่องกล้องพบว่าปกติ และไม่มีข้อมูลเพิ่มเติมหลังจากการประเมินผู้ป่วยซ้ำใหม่ สำหรับผู้ป่วยที่ให้การรักษาด้วย LSM และทบทวนการให้ยาตามข้อ 13 แล้ว อาการไม่ดีขึ้น ควรพิจารณาส่งผู้ป่วยต่อไปยังสถาบันที่สามารถทำ ambulatory pH monitoring ได้
15. Mild to moderate esophagitis ถือตามการแบ่งเกรด ถ้าโดยวิธี Savary-Miller คือ grade 1-3 หรือ grade A และ B ของ Los Angeles classification
16. สำหรับ Severe esophagitis ถ้าแบ่งตาม Savary-Miller classification จะเท่ากับ grade 4-5 หรือ grade C และ D ของ Los Angeles classification.  
 ในกรณีที่ยังสงสัย Barrett's esophagus จากการทำ endoscopic ex-

- amination ควรทำการตัดชิ้นเนื้อเพื่อส่งตรวจ histology ทุกราย
17. หลักการรักษาเหมือนในข้อ 13 [LSM/Intensify treatment (1)] แต่ ถ้าผู้ป่วยอาการยังไม่ดีขึ้นขนาดของ H<sub>2</sub> RA อาจเพิ่มเป็น 2 เท่าได้ เช่น ให้ ranitidine เป็น 300 mg แทน

ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็น mild หรือ moderate disease ของ GERD หลังการรักษาจนผู้ป่วย อาการสบายดีแล้วผู้ป่วยอาจกลับมามีอาการอีก การรักษาหลังจากนี้อาจพิจารณาให้ยาเป็นแบบ on-demand หรือ intermittent therapy หรืออาจจะต้องพิจารณายาในขนาดน้อยที่สุดที่จะ สามารถควบคุมอาการผู้ป่วยได้ (long term maintenance therapy) ตามวิธี step down strategy

ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็น severe esophagitis ผู้ป่วยมีโอกาสที่จะเกิด การกลับเป็นซ้ำได้สูงเมื่อหยุดการรักษา ดังนั้นมีแนวโน้มที่ต้องใช้ยา เพื่อควบคุมอาการเป็นระยะเวลานาน (long term maintenance therapy) ดังได้กล่าวแล้ว ผู้ป่วยบางรายอาจต้องกินยาในขนาดน้อย สุดที่สามารถควบคุมอาการได้เป็นระยะเวลายาวหลายเดือนจนถึงหลายปี สำหรับกลุ่มที่เป็น Barrett's esophagus มีแนวโน้มที่ต้องใช้ยา PPI เป็นระยะเวลานาน ร่วมกับการทำ endoscopy surveillance เป็น ระยะเวลายาวกัน 1-3 ปี

(โดยพิจารณาตามแนวทางของ American College of Gastroenterology) ข้อบ่งชี้ในการพิจารณาให้การรักษาด้วยการผ่าตัด มีดังนี้

1. ผู้ป่วยที่การรักษาด้วยยาได้ผลดี แต่ไม่ต้องการกินยาต่อไปอีกและ ต้องการผ่าตัด
2. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถทนต่อการให้ยาหรือมีผลข้างเคียงจากยาหรือ ไม่สามารถกินยาได้อย่างสม่ำเสมอเป็นระยะเวลานานๆ
3. ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านเศรษฐฐานะ
4. ผู้ป่วยอายุน้อย

การรักษาด้วยวิธีอื่นๆ เช่น การรักษาด้วยการใช้เครื่องมือ อุปกรณ์พิเศษ หรือ การฉีดสารเคมี โดยการใช้กล้องส่องทางเดินอาหาร ควรกระทำในสถาบันที่มีความสามารถกระทำได้ และต้องพิจารณาเป็นกรณีพิเศษเป็นเฉพาะรายเท่านั้น

**หมายเหตุ:** ชมรมโมริลิตีแห่งประเทศไทย ภายใต้สมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย ได้จัดทำ Statement เรื่องแนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคกรดไหลย้อนในประเทศไทย ซึ่งจะมีรายละเอียดรวมทั้งมีเอกสารอ้างอิงเพื่อใช้ประกอบกับ guideline ในหนังสือเล่มนี้ และได้ส่งต่อไปยังราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย, กระทรวงสาธารณสุขและสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ) เพื่อเผยแพร่ต่อไป ท่านสามารถหารายละเอียดได้ในจุลสารสมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย, สารราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย และ [www.thaigastro.org](http://www.thaigastro.org)

## แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคกรดไหลย้อนในทารกและเด็ก

**Infantile GER** คือ ภาวะ GER ที่เกิดขึ้นในทารกจะเริ่มมีอาการตั้งแต่อายุ 1-3 เดือน โดยจะมาด้วยอาการขย้อน (regurgitation) และอาเจียน (vomiting) ส่วนใหญ่เป็น uncomplicated GER และมักจะหายเองได้เมื่ออายุ 12-18 เดือน แต่มีผู้ป่วยบางรายที่อาจเกิด GERD ได้

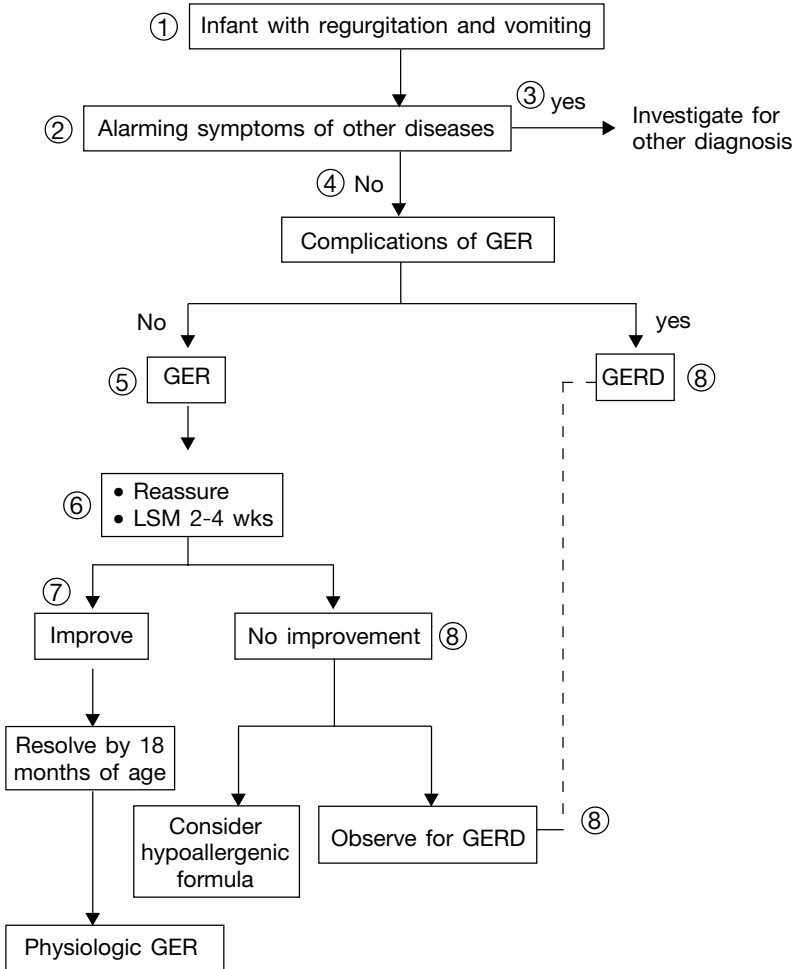
**Adult type GER** คือ ภาวะ GERD ที่เกิดขึ้นในเด็กโตโดยมีอาการเริ่มต้นเมื่ออายุมากกว่า 1 ปี มักจะเป็น ๆ หาย ๆ

แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคกรดไหลย้อนแบ่งเป็นกลุ่มตามอาการหรือภาวะแทรกซ้อนดังนี้

1. ทารกที่มีอาการขย้อน (regurgitation)และ/หรืออาเจียน
2. ทารกและเด็กที่มีอาการขย้อน(regurgitation)และ/หรืออาเจียนร่วมกับอาการของGERD
3. GERD related respiratory diseases ได้แก่ apparent life-threatening event-ALTE , persistent asthma, recurrent pneumonia และความผิดปกติทางเดินหายใจตอนบน
4. GERD ในเด็กที่มีปัญหาทางสมอง

**หมายเหตุ:** เด็กโตที่มี heartburn ใช้แนวทางการรักษา GERD ในผู้ใหญ่

แผนภูมิ 1 : แนวทางการประเมินและรักษาทารกที่มีอาการขย้อน (regurgitation) และ/หรืออาเจียน



## คำอธิบายแผนภูมิ 1

1. ภาวะกรดไหลย้อน (gastroesophageal reflux-GER) พบได้บ่อยในทารก ซึ่งส่วนใหญ่ไม่ก่อให้เกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อน และมักจะไม่ต้องการรักษา ภาวะกรดไหลย้อนที่เกิดภาวะแทรกซ้อน เรียกว่า โรคกรดไหลย้อน (gastroesophageal reflux disease-GERD)
2. อาการเตือน (alarming symptoms) ที่สำคัญในทารกที่อาเจียนซึ่งบ่งชี้ว่าสาเหตุอาจไม่ใช่ GER อาจมีสาเหตุจากโรคอื่น ได้แก่ อาเจียนมีน้ำดีปน อาเจียนพุ่ง อาเจียนรุนแรง อาเจียนเริ่มต้นอายุเกิน 6 เดือน เลือดออกในทางเดินอาหาร กดเจ็บที่หน้าท้อง ท้องอืด คลำได้ก้อนที่ท้อง ใช้ตัวม้ามโต กระหม่อมโป่งตึง ศีรษะเล็กหรือโตผิดปกติ ชัก ตรวจพบความผิดปกติระบบประสาท
3. มี alarming symptoms ให้ตรวจค้นเพิ่มเติมเพื่อวินิจฉัยแยกโรคอื่นออกไปโดยมีแนวทางตามตารางที่ 1
4. ไม่มี alarming symptoms ให้ประเมินว่ามีภาวะแทรกซ้อนของ GER หรือไม่ (ตารางที่ 2)
5. ทารกที่มีอาการชย้อนหรืออาเจียนโดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนและไม่มีอาการและอาการแสดงที่บ่งชี้ถึงโรคอื่นๆ สามารถให้การวินิจฉัย GER โดยไม่จำเป็นต้องส่งตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม การรักษาคือ การ reassurance พ่อแม่ ร่วมกับ life-style modification (LSM)
6. Life-style modification (LSM) ได้แก่
  - 6.1 Feeding technique ให้อาหารปริมาณน้อยๆต่อมื้อ แต่ให้จำนวนครั้งบ่อยขึ้น
  - 6.2 Thickening formula โดยใช้นมสำเร็จรูปที่ผสมสารเพิ่มความหนืด หรือเตรียมเอง เช่น ผสม rice cereal ทำให้อาการแหวะนมและอาเจียนในทารกดีขึ้น
  - 6.3 Hypoallergenic formula (ได้แก่ extensively hydrolysed

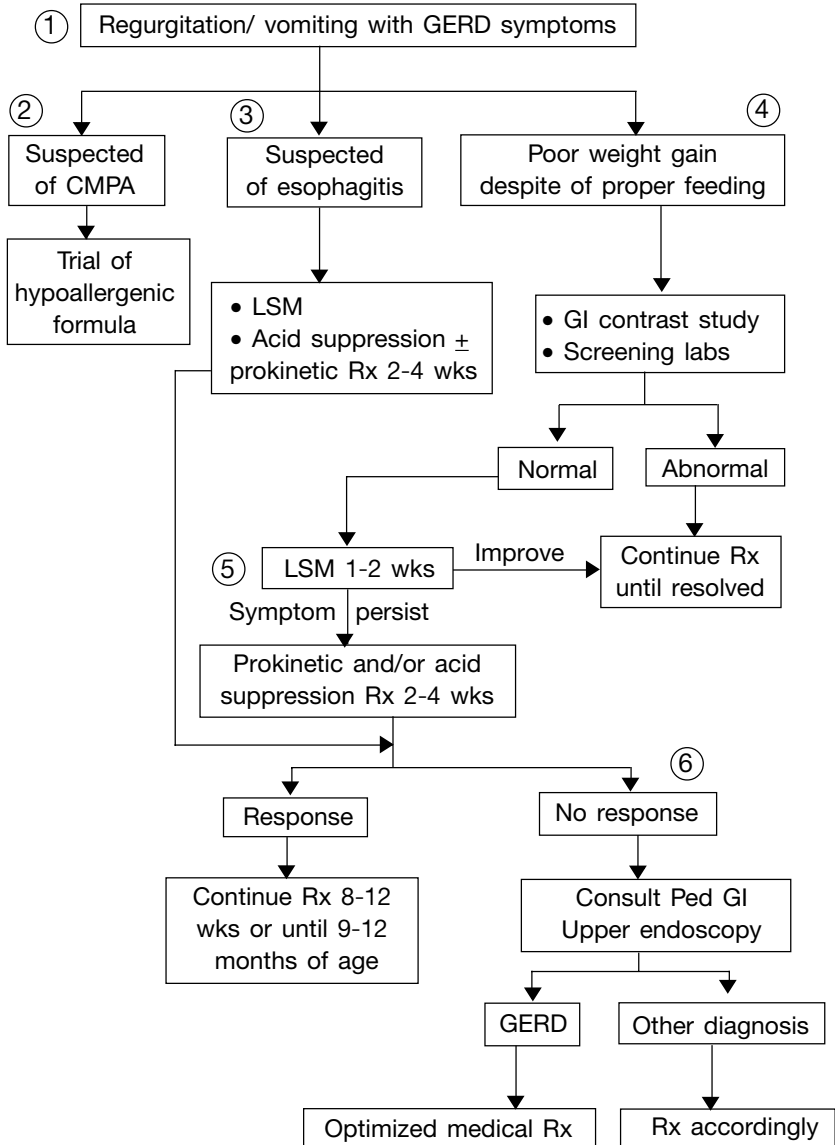


formula) หรือ soy formula ใช้ในกรณีที่สงสัย cow's milk protein allergy ซึ่งอาจมาด้วยอาการขย้อนหรืออาเจียน

6.4 Positioning การนอนคว่ำจะช่วยลดการเกิด GER แต่ควรระมัดระวังเนื่องจากในต่างประเทศพบว่าการนอนคว่ำมีโอกาสเกิด sudden infant death syndrome อาจให้นอนท่าตะแคงซ้ายแทน การจับทารกอยู่ในท่าตั้งตรง (upright) หลังกินนมเป็นเวลาประมาณ 15-20 นาทีและหลีกเลี่ยงการกอดบริเวณท้องจะช่วยลดอาการอาเจียน

7. หากอาการดีขึ้น ควรติดตามผู้ป่วยเป็นระยะๆ จนกว่าอาการจะหายไป เด็กที่อาการหายภายในอายุ 18 เดือน โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนถือว่าเป็น physiologic GER
8. ในรายที่ไม่ดีขึ้น ควรติดตามดูใกล้ชิดว่ามีภาวะแทรกซ้อน (GERD) หรือไม่ เด็กกลุ่มนี้ส่วนหนึ่งอาจเป็น cow's milk protein allergy พิจารณา ลองให้ hypoallergenic formula 1-2 สัปดาห์และดูการตอบสนอง หากดีขึ้นชัดเจน น่าจะเป็น cow's milk protein allergy ถ้าผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนของ GER หรือให้การรักษาโดย LSM หรือได้รับ hypoallergenic formula แล้วไม่ดีขึ้นให้ดูแลตามคู่มือที่ 2

**แผนภูมิ 2: แนวทางการประเมินและรักษาทารกและเด็กที่มีอาการขย้อน (regurgitation)และ/หรือ อาเจียนร่วมกับอาการของ GERD**



## คำอธิบายแผนภูมิที่ 2

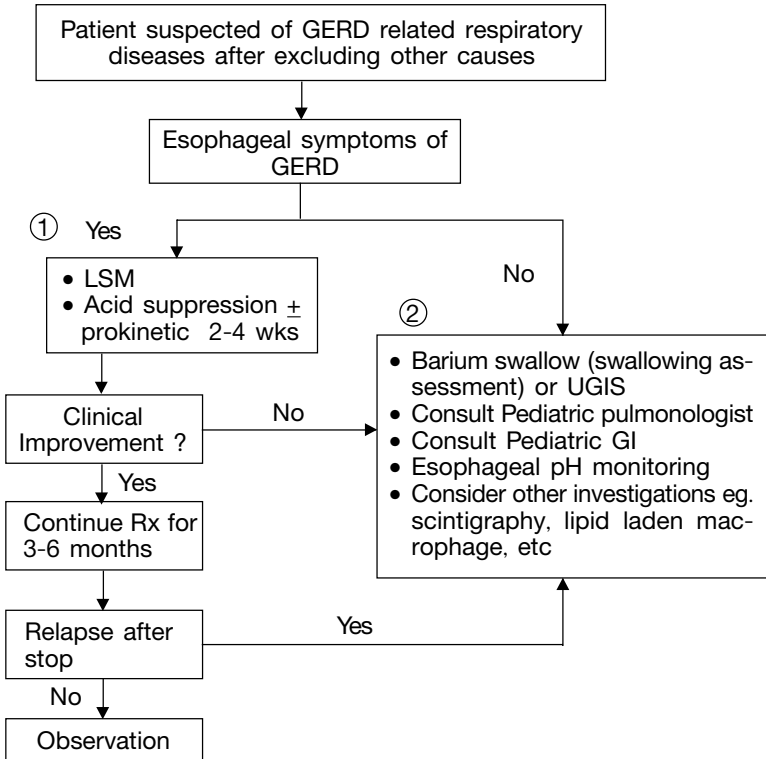
1. ทารกและเด็กที่มีชย่อนหรืออาเจียนและมีอาการบ่งชี้ถึงภาวะแทรกซ้อนของ GER (ตารางที่ 2)
2. เด็กที่เป็น cow's milk protein allergy อาจมาด้วยอาการแบบ GERD หากสงสัยภาวะนี้ควรลองให้ hypoallergenic formula (ได้แก่ extensively hydrolysed formula) หรือ soy formula 1-2 สัปดาห์และดูการตอบสนอง
3. หากผู้ป่วยมีอาการสงสัย esophagitis เช่น ทารกที่ร้องกวนผิดปกติ ปฏิเสธการกินอาหาร หลังแอ่นเกร็ง (back arching) ซีด เด็กโตอาจมี heartburn เป็นต้น การรักษาคือ ให้ยา acid suppression (ตารางที่ 3) เป็นหลัก อาจพิจารณาให้ prokinetic drug ร่วมด้วย การให้ยาให้ทำควบคู่ไปกับ LSM
4. ผู้ป่วยทารกและเด็กที่มีอาการอาเจียนร่วมกับน้ำหนักขึ้นช้า ในขณะที่อาหารที่ให้มามีปริมาณเพียงพอและไม่มีความผิดปกติที่บ่งชี้ถึงโรคระบบอื่นๆ (ตารางที่ 1) ผู้ป่วยควรได้รับการตรวจทางรังสีวิทยาโดยการทำ GI contrast study เพื่อแยกภาวะทางเดินอาหารอุดตันออกไป ในทารกควรส่งเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้นเพื่อแยกสาเหตุอื่นๆ โดยเฉพาะทางเมตาบอลิค เช่น CBC, electrolytes, blood sugar, BUN, Cr, ammonia, urinalysis เป็นต้น
5. หากผลการตรวจ GI contrast study และการตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้นดังกล่าวข้างต้นไม่พบความผิดปกติใดๆ ให้การรักษาโดย life style modification (LSM) ดังกล่าวในคำอธิบายแผนภูมิที่ 1 หากเป็นเด็กโตให้ปฏิบัติดังนี้
  - o นอนตะแคงซ้ายและหัวสูง
  - o ควรหลีกเลี่ยงอาหารเผ็ดหรือรสจัด อาหารมัน น้ำอัดลม ช็อกโกแลต กาแฟ แอลกอฮอล์

- o ควรควบคุมน้ำหนักไม่ให้อ้วนเกินไป
- o ไม่ควรกินอาหารก่อนนอน
- o ไม่ควรกินอาหารปริมาณมากเกินไปในแต่ละมื้อ

หากผู้ป่วยไม่ดีขึ้นในระยะเวลา 1-2 สัปดาห์ ควรรักษาด้วยยาโดยให้ยา prokinetic (ตารางที่ 3) อาจพิจารณาให้ยากลุ่ม acid suppression (ตารางที่ 3) ร่วมด้วย ควรให้การรักษาด้วยยาเป็นเวลา 2-4 สัปดาห์ แล้วประเมินการตอบสนอง ในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงอาจพิจารณารักษาด้วยยาไปพร้อมๆ กับ LSM ไม่จำเป็นต้องรออีก 1-2 สัปดาห์

6. เมื่อรักษาด้วยยาเป็นเวลา 2-4 สัปดาห์ ยังไม่ได้ผลควรส่งต่อกุมารแพทย์ระบบทางเดินอาหารประเมินผู้ป่วยต่อไป ซึ่งจำเป็นต้องทำ upper endoscopy และ biopsy เพื่อทำการวินิจฉัยโรคอื่นๆ ที่มีอาการคล้ายกับ GERD เช่น eosinophilic esophagitis, cow milk protein allergy, peptic ulcer disease เป็นต้น รวมทั้งพิจารณาการตรวจอื่นๆ เช่น 24- h esophageal pH monitoring เป็นต้น หากผลการตรวจพบว่ามี GERD ควรรักษาโดยการให้ยาที่มีประสิทธิภาพดีขึ้นและพิจารณาให้ขนาดยาสูงขึ้น (ตารางที่ 3)

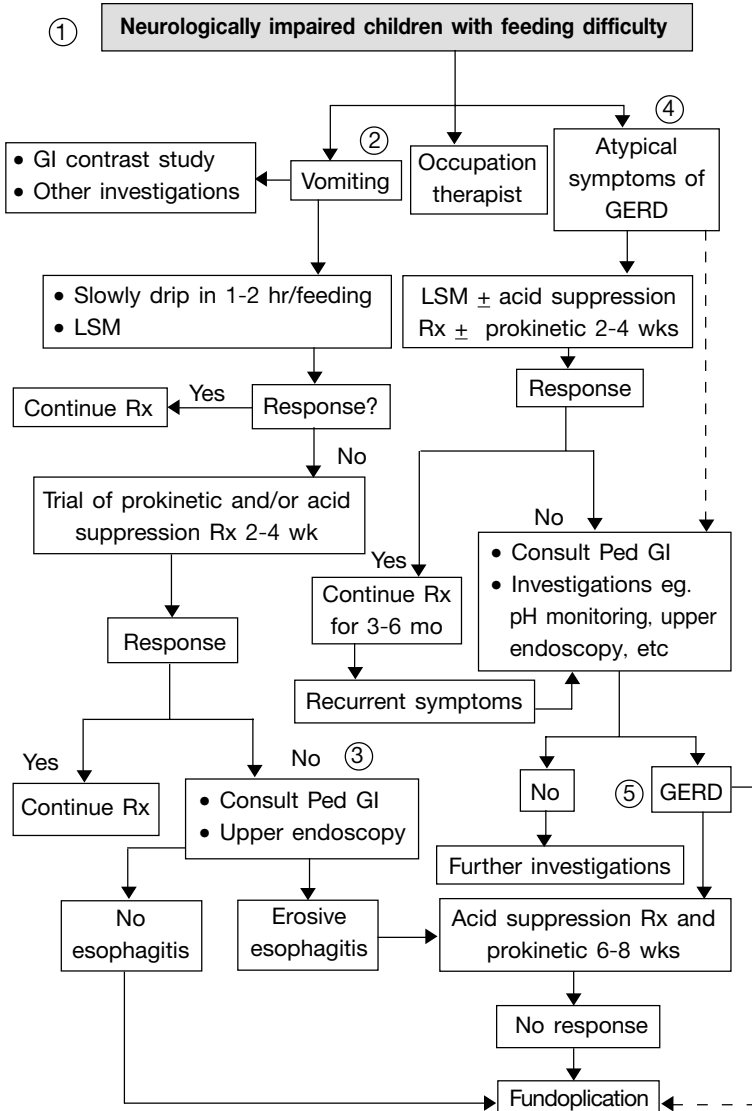
**แผนภูมิ 3 : แนวทางการประเมินและรักษาทารกและเด็กที่สงสัย GERD related respiratory diseases**



**คำอธิบายแผนภูมิที่ 3**

1. ถ้ามีอาการ typical GERD ได้แก่ ขย้อน อาเจียน heartburn ร่วมด้วย ให้ลองรักษาแบบ GERD ไปก่อน ถ้าตอบสนองดีให้รักษาต่อนาน 3-6 เดือน ถ้าไม่ตอบสนองหรือกลับมาเป็นใหม่หลังหยุดการรักษา ให้ปฏิบัติตามข้อ 2
2. ถ้าไม่มีอาการ typical GERD ควรส่งตรวจเพิ่มเติมเพื่อวินิจฉัย GERD ซึ่งขึ้นกับความสามารถของแต่ละโรงพยาบาล

**แผนภูมิที่ 4: แนวทางการประเมินและรักษา GERD ในเด็กที่มีปัญหาทาง  
สมองที่ใส่ PEG หรือใส่ nasogastric tube และ/หรือ  
วางแผนทำ PEG**



## คำอธิบายแผนภูมิที่ 4

1. เด็กที่กลืนอาหารเองไม่ได้ ควรได้รับการทำ gastrostomy ในรพ.ที่สามารถทำ percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) ได้ ให้เลือกทำ PEG เป็นอันดับแรกก่อน แต่ในผู้ป่วยที่วางแผนจะทำ surgical gastrostomy อยู่แล้วหากมีอาการสงสัย GERD และได้รับการตรวจยืนยันวินิจฉัยว่ามี GERD ควรทำ surgical gastrostomy และ fundoplication ไปพร้อมกัน
2. ถ้ามีอาการอาเจียน ให้ตรวจหาสาเหตุอื่นๆและให้การรักษตามสาเหตุ ถ้าตรวจแล้วปกติให้ลองให้อาหารทางสายอย่างช้า ๆ ร่วมกับ LSM ถ้าไม่ดีขึ้นให้การรักษาด้วยยารักษา GERD
3. เมื่อรักษาแล้วไม่ได้ผล ต้องทำ upper endoscopy ถ้าพบว่ามี esophagitis ให้ทำผ่าตัด fundoplication แต่ถ้าพบว่ามี erosive esophagitis ให้ลองรักษาด้วยยา acid suppression ให้เต็มทีอีกครั้งร่วมกับ prokinetic หากรักษาด้วยยาไม่ดีขึ้น ควรทำผ่าตัด fundoplication พิจารณาทำร่วมกับ surgical gastrostomy (ในรายที่ยังมิได้ทำ PEG)
4. ผู้ป่วยมีอาการ atypical GERD อาจลองให้การรักษ GERD ไปเลยหรือส่งต่อเพื่อทำการตรวจวินิจฉัย GERD หากรักษาด้วยยาแล้วดีขึ้น ให้รักษาต่อนาน 3-6 เดือน ถ้าไม่ดีขึ้นควรส่งต่อเพื่อตรวจวินิจฉัย GERD
5. เมื่อการตรวจวินิจฉัยยืนยัน GERD อาจลองให้การรักษาด้วยยา 6-8 สัปดาห์หรืออาจทำการผ่าตัด fundoplication ไปเลย หากรักษาด้วยยาไม่ดีขึ้นควรทำผ่าตัด fundoplication พิจารณาทำร่วมกับ surgical gastrostomy (ในรายที่ยังมิได้ทำ PEG)

## ตารางที่ 1. อาการและอาการแสดงและการวินิจฉัยแยกโรคในทารกและเด็กที่มาด้วยอาเจียน

กลุ่มโรค	อาการและอาการแสดงที่สำคัญ	โรค	Investigation
GI obstruction	- Projectile vomiting with epigastric mass, FTT	Pyloric stenosis	Abdominal US, UGIS
	- Bilious vomiting, abdominal distention, mass	Small bowel obstruction, malrotation with intermittent volvulus	UGIS/LGIS
	- Abdominal distention/ constipation	Hirschsprung's disease	Barium enema
GI disorders	- Hematemesis/hematochezia, abdominal pain	Gastritis/duodenitis	Upper endoscopy
	- Hematemesis/hematochezia, edema, anemia, skin rash, FTT	CMPA, food allergy	Food challenge
	- Hematemesis, dysphagia, feeding refusal	Eosinophilic esophagitis	Upper endoscopy
	- Abdominal distention, early satiety	Gastroparesis	Gastric emptying study
	- Dysphagia	Achalasia	Barium swallowing
Neurologic conditions	- Bulging anterior fontanelle, macrocephaly, seizure, weakness, signs of increased ICP	Hydrocephalus Intracranial mass	Neuroimaging study
Infection	- Fever, lethargy	Meningitis/sepsis	Septic work up
	- Dysuria	Urinary tract infection	Urine exam and culture
Metabolic and endocrine disorders	- Lethargy, hepatomegaly	Urea cycle defect	Metabolic work up
	- Abnormal genitalia, hyperpigmentation	CAH	
	- Hepatosplenomegaly, jaundice, Galactosemia		
	- Septic-like episode, metabolic acidosis	Organic acidemia	
Toxic substances	History of exposure or ingestion	Lead, iron, vitamin A or D	Toxicology work up

FTT=failure to thrive, CMPA=cow's milk protein allergy, US=ultrasonography, UGIS=upper GI study, LGIS=Long GI study, ICP=intracranial pressure, CAH=congenital adrenal hyperplasia



**ตารางที่ 2** ภาวะแทรกซ้อนของ GER (GERD)

## 1. ระบบทางเดินอาหาร

อาเจียนเป็นเลือด ซีด	หลอดอาหารอักเสบ
persistent irritability	หลอดอาหารตีบ (stricture)
ปฏิเสธอาหาร	Barrett's esophagus
กลืนลำบาก กลืนแล้วเจ็บ	
heartburn ปวดท้องบริเวณลิ้นปี่	

## 2. ระบบทางเดินหายใจ

Asthma หรือ recurrent wheezing	Recurrent pneumonia / bronchitis
Stridor	Hoarseness
Apnea หรือ apparent life-threatening event (ALTE)	

## 3. ระบบอื่นๆ

น้ำหนักขึ้นช้า เลี้ยงไม่โต	
Abnormal posture (Sandifer syndrome)	

### ตารางที่ 3 ยาที่ใช้ในการรักษา GERD ในเด็ก

ชนิดของยา	ขนาดยา	ขนาดยาสูงสุด
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prokinetics</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Metoclopramide</li> </ul>	0.1 มก./กก./ครั้ง วันละ 3-4 ครั้ง	5 มก. วันละ 3-4 ครั้ง
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Domperidone</li> </ul>	0.3-0.6 มก./กก./ครั้ง วันละ 3-4 ครั้ง	10 มก. วันละ 3-4 ครั้ง
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cisapride*</li> </ul>	0.2 มก./กก./ครั้ง วันละ 3-4 ครั้ง	10 มก. วันละ 3-4 ครั้ง
<ul style="list-style-type: none"> <li>• H<sub>2</sub> receptor antagonists (H<sub>2</sub>RA)</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cimetidine</li> </ul>	40 มก./กก./วัน แบ่งวันละ 3 ครั้ง	800-1200 มก. วันละ 2-3 ครั้ง
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ranitidine</li> </ul>	5-10 มก./กก./วัน แบ่งวันละ 2 หรือ 3 ครั้ง	300 มก. วันละ 2 ครั้ง
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Famotidine</li> </ul>	1 มก./กก./วัน แบ่งวันละ 2 ครั้ง	20 มก. วันละ 2 ครั้ง
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proton pump inhibitors</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Omeprazole</li> </ul>	1-2 มก./กก./วัน ให้วันละ 1 หรือ 2 ครั้ง อาจเพิ่มได้ถึง 3.5 มก./กก./วัน	40 มก. วันละ 1-2 ครั้ง
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lansoprazole</li> </ul>	0.7-1.4 มก./กก./วัน ให้วันละ 1-2 ครั้ง หรือ 15 มก. วันละ 1 ครั้ง (นน < 30 กก.), 30 มก. วันละ 1 ครั้ง (นน > 30 กก.)	30 มก. วันละ 1-2 ครั้ง

**หมายเหตุ\*** ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่มี QT prolong ห้ามใช้ร่วมกับยากลุ่ม macrolides, azole antifungus, protease inhibitor ควรหลีกเลี่ยงการใช้ในทารกเกิดก่อนกำหนด ควรใช้อย่างระมัดระวังในผู้ป่วยที่มีโรคหัวใจ ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของสารอิเล็กโทรไลต์ ผู้ป่วยโรคตับและไต

## รายนามผู้เข้าร่วมสัมมนา Consensus for Clinical Practice Guideline ในผู้ใหญ่

### ครั้งที่ 1

วันที่ 14-15 มิถุนายน 2546  
ณ โรงแรม Anantara จ.เพชรบุรี

### ครั้งที่ 2

วันที่ 24-25 มกราคม 2547  
ณ โรงแรม Canary Bay จ.ระยอง

นพ.เกรียงไกร อัครวงค์	รพ.สมิติเวช	กรุงเทพฯ
นพ.แจ่มศักดิ์ ไชยคุณา	รพ.ศิริราช	กรุงเทพฯ
พญ.โณมศรี โฆษิตชัยวัฒน์	รพ.รามธิบดี	กรุงเทพฯ
นพ.ดวงเกียรติ เจียมอุดมพงษ์	รพ.ปราจีนบุรี	ปราจีนบุรี
นพ.ถนอม จิวสีปพงษ์	รพ.สวรรค์ประชารักษ์	นครสวรรค์
นพ.ทองดี ชัยพานิช	รพ.สมิติเวช	กรุงเทพฯ
นพ.ธนา อังสุวรรังษี	รพ.ศิริราช	กรุงเทพฯ
นพ.ธเนศ จัดวัฒนกุล	รพ.สมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา	ชลบุรี
นพ.ธีระพงษ์ สุขไพศาล	รพ.สงขลานครินทร์	สงขลา
นพ.บัญชา โอวาทพิราพร	รพ.สงขลานครินทร์	สงขลา
พญ.ปณิธาน สันติวงศ์	รพ.นครสวรรค์	นครสวรรค์
นพ.พินิจ กุลลະวณิษฐ์	รพ.จุฬาลงกรณ์	กรุงเทพฯ
นพ.พิพัฒน์ จิรน้อยราตุล	รพ.พะเยา	พะเยา
นพ.พูนทรัพย์ วงศ์สุรเกียรติ	รพ.ศิริราช	กรุงเทพฯ
นพ.ภัทรายุส ออประยูร	รพ.พระปกเกล้า	จันทบุรี

นพ.มกรเทพ เทพกาญจนา	รพ.รัชดา-ท่าพระ	กรุงเทพฯ
นพ.ยศพร โสภณธนะศิริ	รพ.โอเวอร์บีค	เชียงใหม่
พญ.รัตนา บุญศิริจันทร์	รพ.วชิรพยาบาล	กรุงเทพฯ
นพ.ราวิน โชนี่	รพ.ศูนย์ลำปาง	ลำปาง
พญ.วัฒนา สุชีไพศาลเจริญ	รพ.ศรีนครินทร์	ขอนแก่น
พท.นพ.วานิช ปิยนิรันดร์	รพ.พระมงกุฎเกล้า	กรุงเทพฯ
นอ.นพ.วิญญู จันทรสุนทรกุล	รพ.ภูมิพลอดุลยเดช	กรุงเทพฯ
นพ.วิฑูร ชินสว่างวัฒนกุล	รพ.ศิริราช	กรุงเทพฯ
นพ.วุฒิชัย สุทธิถวิล	รพ.พระมงกุฎเกล้า	กรุงเทพฯ
นพ.ศตวรรษ ทองสวัสดิ์	รพ.มหาธาตุนครเชียงใหม่	เชียงใหม่
พญ.ศิริพร ชีเจริญ	รพ.วิชัยยุทธ	กรุงเทพฯ
นพ.ศุภชัย ศรีศิริรุ่ง	รพ.พญาไท-ศรีราชา	ชลบุรี
นพ.สมชาย ลีลากุลดวงศ์	รพ.ศิริราช	กรุงเทพฯ
พญ.ลำราญ กลั่นแพทย์กิจ	รพ.กลาง	กรุงเทพฯ
นพ.สิน อนุราษฎร์	รพ.บำรุงราษฎร์	กรุงเทพฯ
นพ.สุเจตน์ เลิศเอนกวัฒนา	รพ.หนองคาย	หนองคาย
นพ.สุเทพ กลชาณวิทย์	รพ.จุฬาลงกรณ์	กรุงเทพฯ
นพ.สุพจน์ พงศ์ประสพชัย	รพ.ศิริราช	กรุงเทพฯ
พอ.นพ.สุรพล สุรางค์ศรีรัฐ	รพ.พระมงกุฎเกล้า	กรุงเทพฯ
นพ.สุริยะ จักกะพาก	รพ.รามธิบดี	กรุงเทพฯ
นพ.อำนาจ จิตรวรนนท์	รพ.เจริญกรุงประชารักษ์	กรุงเทพฯ
นพ.อุดม คชินทร	รพ.ศิริราช	กรุงเทพฯ
นพ.โอฬาร วิวัฒนาช่าง	รพ.อุดรธานี	อุดรธานี

รายนามผู้เข้าประชุมสัมมนา  
Consensus for Clinical Practice Guideline ในเด็ก  
วันที่ 14-15 มิถุนายน 2546  
ณ โรงแรม Anantara จ.เพชรบุรี

พญ.เกศรา อัครตามงคล	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ	นครนายก
นพ.ณัฐพงษ์ อัครผล	รพ.มหาราชนครเชียงใหม่	เชียงใหม่
พญ.นภอร ภาวิจิตร	รพ.พระมงกุฎเกล้า	กรุงเทพฯ
พญ.นิยะดา วิทยาชัย	สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี	กรุงเทพฯ
พญ.บุษบา วิวัฒน์เวคิน	รพ.จุฬาลงกรณ์	กรุงเทพฯ
นพ.ประพันธ์ อานเป็รื่อง	รพ.ศิริราช	กรุงเทพฯ
พญ.ปานียา เพียรวิจิตร	รพ.รามธิบดี	กรุงเทพฯ
พญ.เพ็ญศรี โค้วสุวรรณ	รพ.ศรีนครินทร์	ขอนแก่น
พญ.เพียงพันธ์ บุญศรี	รพ.กรุงเทพคริสเตียน	กรุงเทพฯ
พญ.วรรณช จงศรีสวัสดิ์	รพ.จุฬาลงกรณ์	กรุงเทพฯ
พญ.วันดี วราวิทย์	รพ.รามธิบดี	กรุงเทพฯ
นพ.วิกรม กรรณสกุล	รพ.ศิริราช	กรุงเทพฯ
นพ.สงวนศักดิ์ ฤกษ์ศุภผล	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ	นครนายก
พญ.สุพร ตรีพงษ์กรุณา	รพ.รามธิบดี	กรุงเทพฯ
ดร.สุภัจจรา นพจินดา	รพ.รามธิบดี	กรุงเทพฯ
นพ.เสกสิต โอสถากุล	รพ.สงขลานครินทร์	สงขลา

**คณะกรรมการดำเนินงานชมรมบิริลิตีแห่งประเทศไทย**  
**สมาคมแพทยฯ:บขทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย**

**วาระ: พ.ศ.2546-2547**

- |  |                     |
|--|---------------------|
| 1. นายแพทย์ลิน อนุราษฎร์               | ที่ปรึกษา           |
| 2. นายแพทย์พินิจ กุลละวณิชย์           | ที่ปรึกษา           |
| 3. แพทย์หญิงวันดี วราวิทย์             | ที่ปรึกษา           |
| 4. นายแพทย์อุดม คชินทร                 | ประธานกรรมการ       |
| 5. พันโทนายแพทย์วานิช ปิยนิรันดร์      | เหรัญญิก            |
| 6. นายแพทย์กิตติ จันทรเลิศฤทธิ์        | กรรมการ             |
| 7. แพทย์หญิงโฉมศรี โฆษิตชัยวัฒน์       | กรรมการ             |
| 8. นายแพทย์วิฑูร ชินสว่างวัฒนกุล       | กรรมการ             |
| 9. นายแพทย์บัญชา โอวาทพิสารพร          | กรรมการ             |
| 10. แพทย์หญิงบุษบา วิวัฒน์เวคิน        | กรรมการ             |
| 11. นายแพทย์ประพันธ์ อ่านเป็รื่อง      | กรรมการ             |
| 12. แพทย์หญิงวโรชา มหาชัย              | กรรมการ             |
| 13. นาวาเอกนายแพทย์วิญญู จันทรสุนทรกุล | กรรมการ             |
| 14. นายแพทย์ศตวรรษ ทองสวัสดิ์          | กรรมการ             |
| 15. นายแพทย์สุเทพ กลชาณวิทย์           | กรรมการ             |
| 16. นายแพทย์เสกสิต โอสธากุล            | กรรมการ             |
| 17. พันเอกนายแพทย์สุรพล สุรางค์ศรีรัฐ  | กรรมการ             |
| 18. แพทย์หญิงสุพร ตรีพงษ์กรุณา         | กรรมการ             |
| 19. นายแพทย์สุริยะ จักกะพาก            | กรรมการ             |
| 20. นายแพทย์สมชาย ลีลากุลวงค์          | กรรมการและเลขานุการ |

