

## รายการอ้างอิง

1. Talley NJ , Piper DW . The association between non - ulcer dyspepsia and other gastrointestinal disorders . **Scand J Gastroenterol** 1985;20(7):896-900
2. Dent J , Brun J , Fendrick AM . An evidence-based appraisal of reflux disease management : The Genval Workshop Report . **Gut** 1997;44(suppl2):30S-34S
3. Pimentel M , Rossi F , Chow EJ , Ofman J , Fullerton S , Hassard P , et al . Increased prevalence of irritable bowel syndrome in patients with gastroesophageal reflux . **J Clin Gastroenterol** 2002;34(3):221-4
4. Sonnenberg A . Epidemiologic aspects in the occurrence and natural history of gastroesophageal reflux disease.In: , Fass R (ed). **Hot topics GERD/dyspepsia**. Hanley and Belfus Inc 2004 ;1:1-22
5. Klauser AG , Schindlbeck NE , Muller-Lissner SA . Symptom in gastroesophageal reflux disease. **The Lancet** 1990;335 :205-8
6. Drossman DA , Zhiming L , Andruzzi E , Temple RD , Talley NJ , Thompson WG , et al . US householder survey of functional gastrointestinal disorders: prevalence , sociodemography , and health impact . **Dig Dis Sci** 1993;38:1569-80
7. Stanghellini V. International Comparative Study of the Prevalence and Impact of Gastrointestinal Symptoms:an Introduction. **Scand J Gastroenterol** (suppl 231):1-2
8. Talley NJ , Colin-Jones D , Koch KL , Koch M , Nyren O , Stanghellini V . Functional dyspepsia : a classification with guidelines for diagnosis and management . **Gastroenterol Intl** 1991;4:145-60
9. Eggleston A , Farup C , Meier R . The Domestic/International Gastroenterology Surveillance Study (DIGEST) : Design , Subjects and Methods . **Scand J Gastroenterol** 1999 (suppl 231):9-14
10. Heading RC . Prevalence of upper gastrointestinal symptoms in the general

- population : A systematic review . *Scand J Gastroenterol* (suppl 231):3-8
11. Locke GR , Talley NH , Fett SL , Zinsmeister AR , Melton LJ . Prevalence and clinical spectrum of gastroesophageal reflux ; a population-based study in Olmsted country . *Gastroenterology* 1997;112(5):1148-56
  12. Louis E , Delooze D , Deprez P , Hiele M , Urbain D , Pelckmans P , et al . Heartburn in Belgium : prevalence , impact on daily life , and utilization of medical resources . *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2002;14 (3):279-84
  13. Hallas J , Bytzer P . Screening for drug related dyspepsia : an analysis of prescription symmetry . *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1998;10:27-32
  14. Younes Z , Johnson DA. Diagnostic evaluation in gastroesophageal reflux disease. *Gastroenterol Clin North Am* 1999;28(4):809-30
  15. Orlando RC . Overview of the mechanisms of gastroesophageal reflux 2001. *Am J Med* 2001;111(8A):174S-177S
  16. Vela MF , Vaezi MF . The pathophysiology of gastroesophageal reflux disease .In.;Fass R(ed).Hot topics:GERD and dyspepsia. Hanley and Belfus. Inc 2004;1:23-40
  17. Holloway RH , Hongo M , Berger K , McCallum RW . Gastric distention : a mechanism for postprandial gastroesophageal reflux . *Gastroenterology* 1985;89:779-84
  18. Mittal RK , Chiareli C , Liu J , Shaker R . Characteristics of LES relaxation induced stimulation of the pharynx with minute amounts of water . *Gastroenterology* 1996;111:378-84
  19. Trudgill NJ , Riley SA . Transient lower esophageal sphincter relaxations are no more frequent in patients with gastroesophageal reflux disease than in asymptomatic volunteers . *AM J Gastroenterol* 2001;96:2569-74
  20. Sifrim D , Hollyway R , Silny J . Composition of the postprandial refluxate in patients with gastroesophageal reflux disease . *Am J Gastroenterol* 2001;96:647-55

21. Kharilas PJ , Shi G , Manka M , Hoehl R . Increased frequency of transient lower esophageal relaxation induced by gastric distention in reflux patients with hiatal hernia . *Gastroenterology* 2000;96:1711-7
22. Van Herwaarden MA , Samsom M , Smouth AJPM . Excess gastroesophageal reflux in patients with hiatus hernia is caused by mechanism other than transient LES relaxation . *Gastroenterology* 2000;119:1439-46
23. Helms JF , Dodds WJ , Pelc LR . Effect of esophageal emptying and saliva on clearance of acid from esophagus . *N Eng J Med* 1984;320:284-8
24. Kahrilas PJ , Dodds WJ , Hogan WJ . Esophageal peristalsis dysfunction in peptic esophagitis . *Gastroenterology* 1986;91:897-904
25. Aren MJ , Dent J . Acid pump blockers : What are their current therapeutic roles? *Baillire's clinical gastroenterology* 1993;7(1):95-109
26. Fennerty MB , Sampliner RE . Gastroesophageal reflux disease . *Hospital medicine* 1993;29(4):28-40
27. Orlando RC . Reflux esophagitis . In:Yamada T(ed).*Textbook of gastroenterology* .Philadelphia , Pa:TB Lippincott co1991;1:1123-47
28. Joelsson B , Johnsson F . Heartburn-the acid test . *Gut* 1989;30:1523-5
29. Pai CG . Secondary esophageal peristalsis in gastro-esophageal reflux disease . *J Gastroenterol Hepatol* 2000;15:30-4
30. Orlando RC : Pathophysiology of gastroesophageal reflux disease : Offensive factors and tissue resistance . In Orlando RC(eds):*Gastroesophageal reflux disease* . Newyork , Marcel Decker 2000 ,pp 165-92
31. Vaezi MF , Richter JE : Role of acid and duodenogastroesophageal reflux in gastroesophageal reflux disease . *Gastroenterology* 1996;111:1192-9
32. Koek GH , Sifrim D , Lerut T , Janssens J , Tack J . Effect of the GABA<sub>b</sub> agonist baclofen in patients with symptoms and duodeno-gastro-esophageal reflux refractory to proton pump inhibitors . *Gut* 2003;52:1397-402



33. Marshall RFK , Anggiansah A , Owen WJ : The relationship between acid and bile reflux and symptoms in gastroesophageal reflux disease . **Gut** 1997;40:182-7
34. Sears RJ , Champion G , Ritcher JE : Characteristics of partial gastrectomy (PG) patients with esophageal symptoms of duodenogastric reflux . **Am J Gastroenterol** 1992;90:211-5
35. Feldman M , Cryer B , Lee E . Effects of *Helicobacter pylori* gastritis on gastric secretion in healthy human beings . **Am J Physiol** 1998;274:G1011-7
36. Dipalma JA . Management of severe gastroesophageal reflux disease . **J Clin Gastroenterol** 2001;32(1):19-26
37. Sarani B , Gleiber M , Evans S . Esophageal pH monitoring , indications , and methods. **J Clin Gastroenterol** 2002;34(3):200 -6
38. Bianchi porro G. Pace F . comparison of three methods of intraesophageal pH recordings in the diagnosis of gastroesophageal reflux . **Scand J Gastroenterol** 1988 ;23(6):743-50.
39. Fuchs KH, DeMeester TR, Albertucci M. Specificity and sensitivity of objective diagnosis of gastroesophageal reflux disease. **Surgery** 1987;102(4): 575 – 80
40. Klauser AG, Heinrich C , Schindlbeck NE . Is long - term esophageal pH monitoring of clinical value ? **Am J Gastroenterol** 1989 ;84(4):362-6.
41. Ott DJ , McManus CM , Ledbetter MS . Heartburn correiated to 24 hour pH monitoring and radiographic examination of the esophagus . **Am J Gastroenterol** 1997;92(10):1827-30
42. Armstrong D , Bennett JR , Blum AL . The endoscopic assessment of esophagitis: A progress report on observer agreement .**Gastroenterology** 1996;111:85-92
43. Lundell LR , Dent J , Bennett JR . Endoscopic assessment of oesophagitis : Clinical and functional correlates and further validation of the Los Angeles classification .**Gut** 1999;45:172-80

44. Hetzel DJ , Dent J , Reed WD . healing and relapse of severe peptic esophagitis after treatment with omeprazole . *Gastroenterology* 1988;95:903-12
45. Spechler SJ. GERD and its complications . *Mt Sinai J Med* 2000; 67(2):106 -111
46. Ravich WJ . Esophageal manometry .In: Schuster M (ed) . **Schuster atlas of gastrointestinal motility in health and disease** , BC Decker Inc 2002 ;2:69-85
47. Charan M , Mathew Gideon R , Katz PO . pH testing.In: Schuster M(ed) . **Schuster atlas of gastrointestinal motility in health and disease** , BC Decker Inc 2002 ;2:123-33
48. Feder O , Shaheen NJ . Esophageal stricture , ulcer , and bleeding complications of gastroesophageal reflux disease . In:Fass R(ed).**Hot topics GERD/dyspepsia** .Hanley and Belfus,Inc 2004 :55-82
49. Revichi DA , Zodet MW , Joshua-Gotlib S , Levino D , Crawley JA . Health-related quality of life improves with treatment-related GERD symptom resolution after adjusting for baseline severity . **Health and quality of life outcomes** 2003.1:73
50. Nguyen P , Lee SD , Castell DO . Evidence of gender differences in esophageal pain threshold . *Am J Gastroenterol* 1995;90(6):901-5
51. Awad ZT , Watson P , Filipi CJ , Marsh RE , Tomonaga J , Shiino Y . Correlations between esophageal diseases and manometric length : a study of 617 patients . *J Gastrointest Surg* 1999;3(5)483-8
52. Li Q , Castell JA , Castell DO . Manometric determination of esophageal length . *Am J Gastroenterol* 1994;89(5):722-5
53. Korn O , Csenger A , Burdiles P , Braghetto I , Sagastume H , Biagini L . Length of the esophagus in patients with gastroesophageal reflux disease and Barrett's esophagus compared to controls . *Surgery* 2003;133(4):358-63
54. Barak N , Ephrenpreis ED , Harrison JR , Sitrin MD . Gastro – oesophageal reflux disease in obesity : pathophysiological and therapeutic considerations . *Obes Rev* 2002;3(1):9-15

55. Madisch A , Weihs C , Schulaud M , Heimann D , Meyer H , Hotz J , et al . The Body-Mass-Index (BMI) has no impact on the frequency of typical reflux symptoms—results of a nationwide telephone-based informing campaign in Germany.Zentralbl Chir 2002;127(12):1064-7(Abstract)



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## ภาคผนวก ก

### ใบยินยอมเข้ารับการส่องกล้องตรวจระบบทางเดินอาหารส่วนบน และตรวจวัดความเป็นกรดในหลอดอาหาร 24 ชั่วโมง (esophagogastroduodenoscopy and 24 hour pH monitoring)

โครงการวิจัยเรื่อง อาการแสดงของระบบทางเดินอาหารส่วนบนในผู้ป่วยไทยที่จำเพาะต่อการไหลของกรดย้อนกลับสู่หลอดอาหารโดยวิธีการตรวจวัดความเป็น กรดในหลอดอาหาร 24 ชั่วโมง

#### 1 คำชี้แจงเกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยได้รับวินิจฉัย

ในปัจจุบัน มีผู้ป่วยเป็นจำนวนมากที่มีอาการของระบบทางเดินอาหารส่วนบนเช่น จุกแน่น ท้อง แสบท้อง คลื่นไส้ อาเจียน และได้รับการวินิจฉัยจากอาการหรือบางคนได้รับการส่องกล้องตรวจระบบทางเดินอาหารส่วนบนแล้ว ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นกระเพาะอาหารอักเสบ หรืออาการปวดท้องที่ไม่ทราบสาเหตุชัดเจน ที่เรียกว่า non ulcer dyspepsia มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนหนึ่งเกิดจากการที่มีภาวะกรดไหลย้อนจากกระเพาะอาหารเข้าสู่หลอดอาหาร ซึ่งวิธีการตรวจวัดที่เป็นมาตรฐานของภาวะนี้คือการวัดความเป็นกรดในหลอดอาหาร 24 ชั่วโมง

#### 2 คำชี้แจงเกี่ยวกับขั้นตอน , วิธีการ , ผลข้างเคียง และการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการส่องกล้องตรวจระบบทางเดินอาหารส่วนบนและการวัดความเป็นกรดในหลอดอาหาร 24 ชั่วโมง

ก่อนที่จะมีการวัดความเป็นกรด - ต่างในหลอดอาหาร ผู้ป่วยควรได้รับการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนบนก่อน โดยจะทำในช่วงเช้าของทุกวัน ในเวลาราชการ ผู้ป่วยควรงดข้าวและน้ำ ตั้งแต่เวลา 24.00 น ของวันก่อนที่จะมาทำการตรวจ เมื่อแพทย์เรียกผู้ป่วยเข้ารับการตรวจ ผู้ป่วยจะต้องนอนหงาย และได้รับการพ่นยาชาเข้าปาก จากนั้นให้ผู้ปวยนอนตะแคงทางขวา แพทย์จะใส่กล้องเข้าทางปากผู้ป่วย และให้ช่วยกลืนกล้อง จากนั้นนอนอยู่นิ่งๆ มีน้ำลายให้ปล่อยไหลออกมาไม่ควรขย้อน หรือพยายามบ้วนน้ำลายในระหว่างที่ทำ หลังจากทำการส่องกล้องเสร็จ ผู้ป่วยสามารถมีกิจกรรมต่างๆได้ตามปกติ แต่อาจรู้สึกชาในคอประมาณ 1 – 2 ชั่วโมง ถ้ามีอาการดังกล่าวควรงดอาหารและน้ำก่อน จนกว่าอาการดังกล่าวจะดีขึ้น



ส่วนการตรวจวัดความเป็นกรดในหลอดอาหาร 24 ชั่วโมง ผู้ป่วยจะได้รับการเข้าพักในโรงพยาบาล 1 วัน โดยผู้ป่วยต้องงดอาหารและน้ำตั้งแต่ 24.00 น ก่อนวันที่มาทำการตรวจ แพทย์จะพาผู้ป่วยไปยังห้องที่ทำการตรวจ เริ่มทำการตรวจโดยการใส่สายวัดตำแหน่งของหูรูดส่วนล่าง และสามารถดูการบีบตัวของหลอดอาหาร สายนี้มีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 0.7 เซนติเมตร จะใส่เข้าทางจมุก ผู้ป่วยต้องช่วยกลืนสายให้ลงถึงกระเพาะอาหาร แพทย์จะแจ้งให้ผู้ป่วย กลืน เป็นระยะะทั้งกลืนน้ำลาย และน้ำเปล่าที่ได้เตรียมไว้ให้ จากนั้นจะดึงสายออก และใส่สายที่ 2 ซึ่งมีขนาดเล็กประมาณ 0.3 เซนติเมตร ซึ่งผ่านการปรับค่าความเป็นกรด - ต่างแล้ว สายนี้จะต่อกับเครื่องบันทึกกรด - ต่าง 24 ชั่วโมง จากนั้นผู้ป่วยจะถูกนำกลับไปอยู่ที่หอผู้ป่วย และสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ตามปกติได้ แพทย์ผู้วิจัยจะเป็นผู้ไปซักประวัติผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยอีกครั้งหนึ่ง เพื่อหาอาการที่สัมพันธ์กับผลการตรวจ วันรุ่งขึ้นจึงจะถอดสายออก และนำไปเข้าเครื่องคำนวณความเป็นกรด-ต่าง และจะนัดผู้ป่วยมาฟังผลในภายหลัง ทั้งนี้ผู้ป่วยสามารถมาทำการตรวจแบบผู้ป่วยนอกได้ เพียงแต่งดอาหารและน้ำหลังเที่ยงคืน จากนั้นมาทำการตรวจตามที่ได้กล่าวมาข้างต้น ให้กลับบ้านโดยนำสายวัดและตัวเครื่องกลับไปด้วย สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ วันรุ่งขึ้นจึงมาถอดเครื่องและนัดฟังผลการตรวจ

ส่วนภาวะแทรกซ้อนที่พบได้คือ เจ็บคอ เลือดออกจากการชนของสาย ซึ่งจะหายได้เอง ส่วนภาวะแทรกซ้อนรุนแรงยังไม่พบรายงานผล

### 3 ประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับจากการตรวจ

- 3.1 ผู้ป่วยทราบถึงพยาธิสภาพในทางเดินอาหารส่วนบน และทราบความเป็นกรด - ต่างในหลอดอาหาร อันจะนำไปสู่ยา หรือวิธีการรักษาที่เหมาะสมต่อไป
- 3.2 เป็นประโยชน์ในการนำอาการที่สัมพันธ์กับการตรวจไปช่วยในการวินิจฉัยผู้อื่นต่อไป

### 4 คำชี้แจงเกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วย

เนื่องจากการตรวจวัดความเป็นกรด - ต่างในหลอดอาหารนี้ทำเพื่อช่วยในการวินิจฉัยโรคของผู้ป่วย และเป็นกรรวบรวมข้อมูลอาการแสดงที่จำเพาะกับโรคกรดไหลย้อนกลับ ของหน่วยโรคทางเดินอาหาร ภาควิชาอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ดังนั้นผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องเสียค่าใช้จ่ายในส่วนนี้ ในกรณีที่ผู้ป่วยต้องการทำให้ตรวจในโรงพยาบาลต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่าย

ห้องพักตามราคาของห้องนั้น ๆ เอง และผู้ป่วยมีสิทธิที่จะปฏิเสธการตรวจวัดความเป็นกรด – ด่างใน  
 หลอดอาหาร โดยที่ยังได้รับการดูแลจากแพทย์ตามปกติ

#### 5. คำยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านและทำความเข้าใจในข้อความทั้งหมดของใบยินยอมครบถ้วนดีแล้ว ทั้งนี้  
 ข้าพเจ้ายินยอมที่จะเข้ารับการตรวจวัดความเป็นกรด – ด่างของหลอดอาหารด้วยความสมัครใจ โดย  
 ไม่มีการบังคับหรืออามิสสินจ้างใดๆ

วันที่ .....

ผู้ป่วย .....

(.....)

ชื่อพยาน.....

(.....)

ผู้ที่ได้รับอนุญาต ..... แพทย์ผู้ทำการวิจัย

( พ.ญ. อารยา เอี่ยมอุดมกาล )

เบอร์โทรติดต่อ 1500 – 615469 , 01 - 4460368

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ภาคผนวก ข

## แบบสอบถามอาการแสดงที่สัมพันธ์กับการไหลของกรดย้อนกลับ

ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยรายที่ ..... เพศ..... อายุ.....  
 HN ..... สถานภาพ.....  
 ที่อยู่ ( ภูมิลำเนา ) ..... อาชีพ .....  
 ที่อยู่ปัจจุบัน.....  
 เบอร์โทรศัพท์ .....  
 น้าหนัก..... ส่วนสูง .....

อาการแสดง ..... ระยะเวลา .....

อาการ	ระยะเวลา	ความรุนแรง / ความถี่				
		มาก***	ปานกลาง**	น้อย*	ไม่มี	ไม่แน่ใจ
1 คลื่นไส้	.....	...	...	...	...	...
2 อาเจียน	.....	...	...	...	...	...
3 เรอ	.....	...	...	...	...	...
4 เรอเปรี้ยว	.....	...	...	...	...	...
5 สะอึก	.....	...	...	...	...	...
6 กลืนลำบาก	.....	...	...	...	...	...
7 ลมจุกที่คอ	.....	...	...	...	...	...
8 แสบหน้าอก	.....	...	...	...	...	...
9 ร้อนหน้าอก	.....	...	...	...	...	...
10 ลมในท้อง	.....	...	...	...	...	...
11 แสบท้อง	.....	...	...	...	...	...
12 จุกท้องขึ้นด้านบน	.....	...	...	...	...	...
13 ท้องอืด - เพื่อ	.....	...	...	...	...	...
14 อิ่มง่ายกว่าปกติ	.....	...	...	...	...	...
15 รู้สึกอาหารไม่ย่อย	.....	...	...	...	...	...

หมายเหตุ ความรุนแรง \*\*\* มาก - มีผลต่อชีวิตประจำวัน ต้องเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานหรือเปลี่ยนชนิดของอาหาร , \*\* ปานกลาง - มีผลต่อชีวิตประจำวันเป็นบางครั้ง , \* น้อย - ไม่มีผลต่อชีวิตประจำวัน

ความถี่ \*\*\* มาก - มากกว่า 1 ครั้ง / วัน , \*\* ปานกลาง - มากกว่า 1 ครั้ง / สัปดาห์ , \* น้อย - น้อยกว่า 1 ครั้ง / สัปดาห์

ประวัติยาที่ใช้ปัจจุบัน.....

ยา	ใช้			ไม่ใช้
	ดี	ไม่ดี	ไม่แน่ใจ	
ยาลดกรด... 1 PPI.....	.....	.....	.....	.....
2 H2A.....	.....	.....	.....	.....
3 antacid.....	.....	.....	.....	.....
ยาที่ควบคุมการบีบตัวของลำไส้ .....				
ยาจิตเวช .....				

หมายเหตุ ถ้าใช้ PPI หยุดล่วงหน้า 1 สัปดาห์

H2A ( H2 antagonist ) หยุดล่วงหน้า 2 วัน

## ประวัติการรักษาในอดีต

เคยรักษามาก่อนหรือไม่

เคย .....

ไม่เคย .....

ถ้าเคย ชนิดยาที่ใช้	ผล			
	ดี	ปานกลาง	น้อย	ไม่แน่ใจ
1 PPI.....	.....	.....	.....	.....
2 H2A.....	.....	.....	.....	.....
3 Antacid.....	.....	.....	.....	.....
4 .....	.....	.....	.....	.....

## อาการระบบทางเดินอาหารอื่นๆ

อาการ	ระยะเวลา	ความรุนแรง/ ความถี่									
		มาก		ปานกลาง		น้อย		ไม่มี		ไม่แน่ใจ	
1 เบื่ออาหาร	.....	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
2 น้ำหนักลด (....กก/....เดือน)	.....	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
3 ท้องเสีย	.....	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
4 ท้องผูก	.....	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
5 ท้องเสียสลับท้องผูก	.....	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
6 ปวดท้องน้อย	.....	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
7 ท้องอืดส่วนล่าง	.....	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...



## อาการระบบอื่นๆ

อาการ	ระยะเวลา	ความรุนแรง / ความถี่									
		มาก		ปานกลาง		น้อย		ไม่มี		ไม่แน่ใจ	
<b>***ทางหัวใจ ***</b>											
1 แน่นหน้าอก	.....	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
2 ร้าวไหล่	.....	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
3 ร้าวกราม	.....	...	...	.....	.....	...	...	...	...	...	.....
<b>*** ทางปอด ***</b>											
1 หอบหืด	.....	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
2 ไอเรื้อรัง	.....	...	...	...	.....	...	...	...	...	...	.....
<b>***ทางหู คอ จมูก ***</b>											
1 เสียงแหบ	.....	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
2 กลืนเจ็บ	.....	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
3 เจ็บคอ	.....	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
4 ปวดหู	.....	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
5 น้ำหยดหลังคอ (post nasal drip)	.....	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
6 ไช้สออักเสบ	.....	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
<b>*** ทางทันตกรรม ***</b>											
1 ฟันผุ	.....	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
2 กลืนปาก	.....	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
3 แสบร้อนในปาก	.....	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
4 น้ำในปาก (water brash)	.....	...	...	...	...	...	...	...	...	...	.....
5 คันคื่น	.....	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...

ภาคผนวก ค  
ตารางแสดงข้อมูลต่าง ๆ

		วินิจฉัย GERD		รวม
		ไม่เป็น	เป็น	
เพศ	ชาย	5	17	22
	หญิง	40	36	76
รวม		45	53	98

ตารางที่ 2 : แสดงจำนวนผู้ป่วยที่เป็นหรือไม่เป็นGERD กับแยกตามเพศ

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ความรุนแรงของอาการ		วินิจฉัย GERD		รวม
		ไม่เป็น	เป็น	
แสบร้อน หน้าอก	ไม่มี	31	31	62
	เล็กน้อย	1	11	12
	ปานกลาง	8	7	15
	มาก	5	4	9
รวม		45	53	98

ตารางที่ 3 : แสดงจำนวนผู้ป่วยที่มีอาการแสบร้อนหน้าอกจำแนกตามระดับความรุนแรง และการวินิจฉัยว่าเป็นหรือไม่เป็น GERD และเมื่อแยกเป็นมีและไม่มีอาการ พบว่ามี ความไวร้อยละ 41.50 ความจำเพาะร้อยละ 69 PPV เท่ากับร้อยละ 61 NPV เท่ากับร้อยละ 50

ความรุนแรงของอาการ		วินิจฉัย GERD		รวม
		ไม่เป็น	เป็น	
เรอเปรี้ยว หรือคล้าย ของเปรี้ยว ไหลย้อน	ไม่มี	23	19	42
	เล็กน้อย	11	21	32
	ปานกลาง	6	10	16
	มาก	5	3	8
รวม		45	53	98

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่มีอาการของ acid regurgitation ตามความรุนแรงและการวินิจฉัยว่าเป็นหรือไม่เป็น GERD และเมื่อแยกเป็นมีและไม่มีอาการ พบว่ามี ความไวร้อยละ 64 ความจำเพาะร้อยละ 51 PPV เท่ากับร้อยละ 60.71 NPV เท่ากับร้อยละ 54.76

ความรุนแรงของอาการ		วินิจฉัย GERD		รวม
		ไม่เป็น	เป็น	
ท้องอืด	ไม่มี	12	17	29
	เล็กน้อย	16	19	35
	ปานกลาง	13	7	20
	มาก	4	10	14
รวม		45	53	98

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่มีตามความรุนแรงของอาการท้องอืดกับการวินิจฉัยโรคว่าเป็นหรือไม่เป็น GERD และเมื่อแยกเป็นมีและไม่มีอาการ พบว่ามี ความไวร้อยละ 68 ความจำเพาะร้อยละ 26.66 PPV เท่ากับร้อยละ 52.17 NPV เท่ากับร้อยละ 41.38

ความรุนแรงของอาการ		วินิจฉัย GERD		รวม
		ไม่เป็น	เป็น	
เรอ	ไม่มี	15	17	32
	เล็กน้อย	17	24	41
	ปานกลาง	10	5	15
	มาก	3	7	10
รวม		45	53	98

ตารางที่ 6 แสดงจำนวนผู้ป่วยตามความรุนแรงของอาการเรอเทียบกับในกลุ่มที่เป็นและไม่เป็น GERD และเมื่อแยกเป็นมีและไม่มีอาการ พบว่ามี ความไวร้อยละ 68 ความจำเพาะร้อยละ 33.33 PPV เท่ากับร้อยละ 54.54 NPV เท่ากับร้อยละ 46.87



ความรุนแรงของอาการ		วินิจฉัย GERD		รวม
		ไม่เป็น	เป็น	
จุกท้องตัน ขึ้นด้านบน	ไม่มี	21	27	48
	เล็กน้อย	5	6	11
	ปานกลาง	11	10	21
	มาก	8	10	18
รวม		45	53	98

ตารางที่ 7 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่มีอาการจุกท้องตันขึ้นด้านบนตามความรุนแรงเทียบกับในกลุ่มที่เป็นหรือไม่เป็น GERD และเมื่อแยกเป็นมีและไม่มีอาการ พบว่ามี ความไวร้อยละ 49 ความจำเพาะร้อยละ 46.66 PPV เท่ากับร้อยละ 52 NPV เท่ากับร้อยละ 43.75

ความรุนแรงของอาการ		วินิจฉัย GERD		รวม
		ไม่เป็น	เป็น	
แสบร้อน ท้อง	ไม่มี	18	22	40
	เล็กน้อย	10	8	18
	ปานกลาง	9	17	26
	มาก	8	6	14
รวม		45	53	98

ตารางที่ 8 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่มีอาการแสบร้อนท้องที่ระดับความรุนแรงต่างๆ ในกลุ่มที่เป็นหรือไม่เป็น GERD และเมื่อแยกเป็นมีและไม่มีอาการ พบว่ามี ความไวร้อยละ 58.19 ความจำเพาะร้อยละ 40 PPV เท่ากับร้อยละ 53.49 NPV เท่ากับร้อยละ 45

ความรุนแรงของอาการ		วินิจฉัย GERD		รวม
		ไม่เป็น	เป็น	
ลมในท้อง	ไม่มี	14	12	26
	เล็กน้อย	18	20	38
	ปานกลาง	4	5	9
	มาก	9	16	25
รวม		45	53	98

ตารางที่ 9 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงต่างๆ ของอาการลมในท้องในกลุ่มที่เป็นและไม่เป็น GERD และเมื่อแยกเป็นมีและไม่มีอาการ พบว่ามี ความไวร้อยละ 77.36 ความจำเพาะร้อยละ 31.11 PPV เท่ากับร้อยละ 56.94 NPV เท่ากับร้อยละ 53.85

ความรุนแรงของอาการ		วินิจฉัย GERD		รวม
		ไม่เป็น	เป็น	
กลืนติด	ไม่มี	33	36	69
	เล็กน้อย	6	11	17
	ปานกลาง	4	3	7
	มาก	2	3	5
รวม		45	53	98

ตารางที่ 10 แสดงจำนวนผู้ป่วยอาการกลืนติดที่ระดับความรุนแรงต่างๆ ในผู้ป่วยที่เป็นหรือไม่เป็น GERD และเมื่อแยกเป็นมีและไม่มีอาการ พบว่ามี ความไวร้อยละ 32 ความจำเพาะร้อยละ 73.33 PPV เท่ากับร้อยละ 58.63 NPV เท่ากับร้อยละ 47.82

ความรุนแรงของอาการ		วินิจฉัย GERD		รวม
		ไม่เป็น	เป็น	
จุกคอ	ไม่มี	17	26	43
	เล็กน้อย	10	7	17
	ปานกลาง	12	15	27
	มาก	6	5	11
รวม		45	53	98

ตารางที่ 11 แสดงจำนวนผู้ป่วยอาการจุกคอที่ระดับความรุนแรงต่างๆในผู้ป่วยที่เป็นหรือไม่เป็น GERD และเมื่อแยกเป็นมีและไม่มีอาการ พบว่ามี ความไวร้อยละ 51 ความจำเพาะร้อยละ 37.77 PPV เท่ากับร้อยละ 49 NPV เท่ากับร้อยละ 39.53

ความรุนแรงของอาการ		วินิจฉัย GERD		รวม
		ไม่เป็น	เป็น	
อาหารไม่ ย่อย	ไม่มี	22	28	50
	เล็กน้อย	11	8	19
	ปานกลาง	7	8	15
	มาก	5	9	14
รวม		45	53	98

ตารางที่ 12 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่ระดับความรุนแรงต่างๆของอาการอาหารไม่ย่อยในผู้ป่วยที่เป็นหรือไม่เป็น GERD และเมื่อแยกเป็นมีและไม่มีอาการ พบว่ามี ความไวร้อยละ 47.17 ความจำเพาะร้อยละ 48.89 PPV เท่ากับร้อยละ 52 NPV เท่ากับร้อยละ 44

ความรุนแรงของอาการ		วินิจฉัย GERD		รวม
		ไม่เป็น	เป็น	
เบื่ออาหาร	ไม่มี	33	37	70
	เล็กน้อย	7	10	17
	ปานกลาง	4	5	9
	มาก	1	1	2
รวม		45	53	98

ตารางที่ 13 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่ระดับความรุนแรงต่างๆของอาการเบื่ออาหารในผู้ป่วยที่เป็นหรือไม่เป็น GERD และเมื่อแยกเป็นมีและไม่มีอาการ พบว่ามี ความไวร้อยละ 30.19 ความจำเพาะร้อยละ 73.33 PPV เท่ากับร้อยละ 57.14 NPV เท่ากับร้อยละ 47.14

ความรุนแรงของอาการ		วินิจฉัย GERD		รวม
		ไม่เป็น	เป็น	
อิมง่าย	ไม่มี	22	29	51
	เล็กน้อย	10	13	23
	ปานกลาง	7	7	14
	มาก	6	4	10
รวม		45	53	98

ตารางที่ 14 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่ระดับความรุนแรงต่างๆของอาการอิมง่ายในผู้ป่วยที่เป็นหรือไม่เป็น GERD และเมื่อแยกเป็นมีและไม่มีอาการ พบว่ามี ความไวร้อยละ 45.28 ความจำเพาะร้อยละ 48.89 PPV เท่ากับร้อยละ 51 NPV เท่ากับร้อยละ 43.18

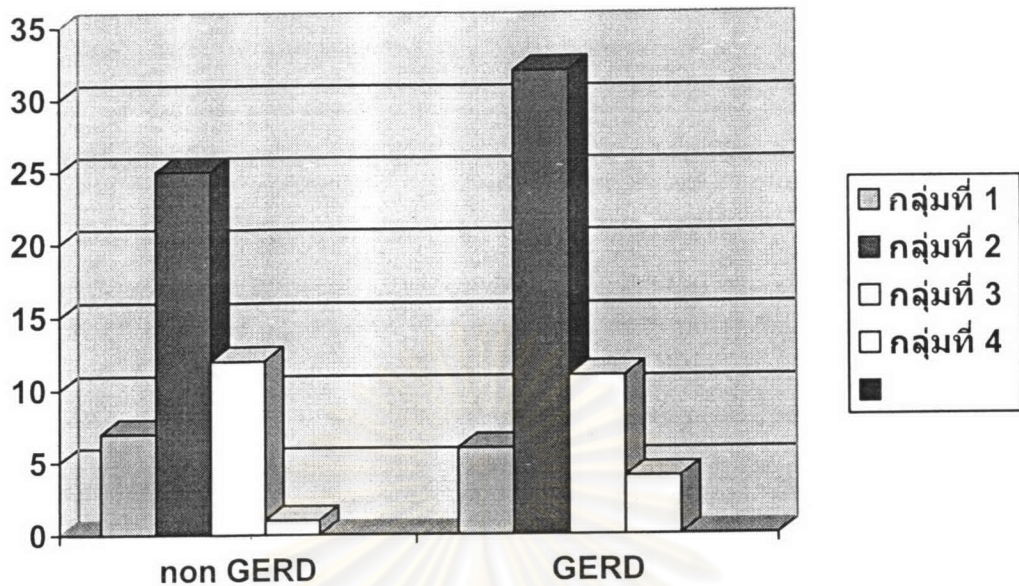


ความรุนแรงของอาการ		วินิจฉัย GERD		รวม
		ไม่เป็น	เป็น	
คลื่นไส้	ไม่มี	30	24	54
	เล็กน้อย	8	17	25
	ปานกลาง	6	9	15
	มาก	1	3	4
รวม		45	53	98

ตารางที่ 15 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่ระดับความรุนแรงต่างๆของอาการคลื่นไส้ในผู้ป่วยที่เป็นหรือไม่เป็น GERD และเมื่อแยกเป็นมีและไม่มีอาการ พบว่ามี ความไวร้อยละ 54.72 ความจำเพาะร้อยละ 66.67 PPV เท่ากับร้อยละ 65.90 NPV เท่ากับร้อยละ 55.55

ความรุนแรงของอาการ		วินิจฉัย GERD		รวม
		ไม่เป็น	เป็น	
อาเจียน	ไม่มี	38	37	75
	เล็กน้อย	5	9	14
	ปานกลาง	2	6	8
	มาก	0	1	1
รวม		45	53	98

ตารางที่ 16 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่ระดับความรุนแรงต่างๆของอาการอาเจียนในผู้ป่วยที่เป็นหรือไม่เป็น GERD และเมื่อแยกเป็นมีและไม่มีอาการ พบว่ามี ความไวร้อยละ 30.19 ความจำเพาะร้อยละ 84.44 PPV เท่ากับร้อยละ 69.56 NPV เท่ากับร้อยละ 50.66



แผนภูมิที่ 5 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่มีอาการในกลุ่มต่างๆระหว่างเป็นหรือไม่เป็น GERD

กลุ่มที่ 1 คืออาการ heartburn และ acid regurgitation

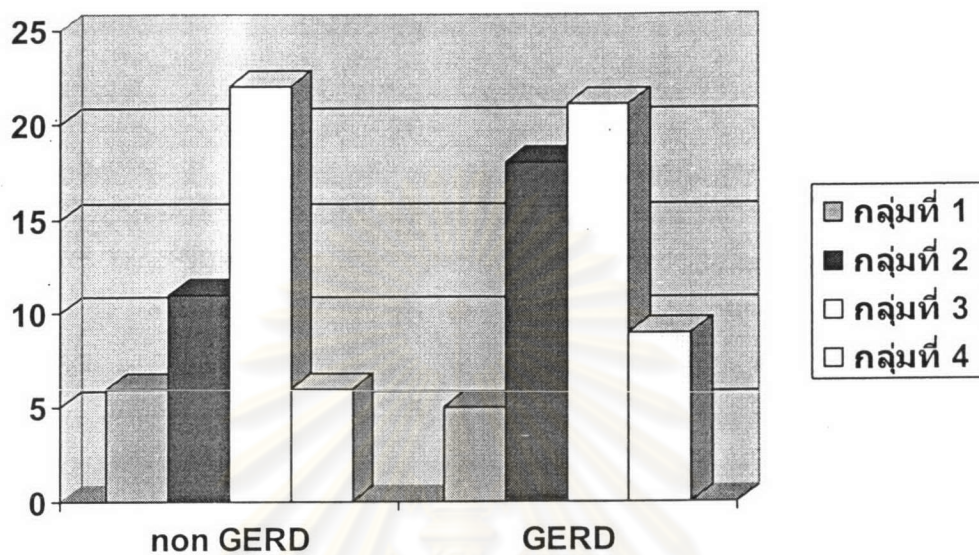
กลุ่มที่ 2 คืออาการ dyspepsia และ dysmotility

กลุ่มที่ 3 คืออาการ globus sensation และ dysphagia

กลุ่มที่ 4 คือ อาการผสมระหว่างสองถึงสามกลุ่มข้างต้น

พบว่าแม้แบ่งเป็นกลุ่มต่างๆ ตามอาการที่คาดว่าจะมา ก็ไม่พบว่ามีความแตกต่างกัน

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



แผนภูมิที่ 6 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่มีอาการในกลุ่มต่างๆระหว่างเป็นหรือไม่เป็น GERD  
 กลุ่มที่ 1 คือ อาการ heartburn และ acid regurgitation  
 กลุ่มที่ 2 คือ อาการ dyspepsia  
 กลุ่มที่ 3 คือ อาการสองอย่างข้างต้น  
 กลุ่มที่ 4 ไม่มีอาการสองกลุ่มข้างต้น  
 และแบ่งตามกลุ่มต่างๆ นี้ก็ไม่พบว่ามี ความแตกต่างกัน

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ประวัติผู้ทำวิทยานิพนธ์

นางสาวอารยา เอี่ยมอุดมกาล เกิดเมื่อวันที่ 22 มกราคม พ. ศ. 2515 ที่จังหวัดขอนแก่น สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต เกียรตินิยมอันดับ 2 จากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อปี พ. ศ. 2539 เข้าทำงานในตำแหน่งนายแพทย์ 4 ที่โรงพยาบาลขอนแก่น ในปี พ. ศ. 2540 – 2541 ทำงานเป็นแพทย์ประจำที่โรงพยาบาลพระยืน จังหวัดขอนแก่น ปี พ. ศ. 2541 - 2542 ทำงานที่หน่วยงานอายุรกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น ได้ลาศึกษาต่อแพทย์ประจำบ้านอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เมื่อปี พ. ศ. 2542 – 2545 หลังจากจบการศึกษาแล้ว ได้ลาศึกษาต่อที่หน่วยโรคทางเดินอาหาร ภาควิชาอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เมื่อ 1 มิถุนายน พ. ศ. 2545 จนถึงปัจจุบัน



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย