



ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย และ
ชมรมโรคทางเดินอาหารและโรคตับในเด็กแห่งประเทศไทย

แนวเวชปฏิบัติในการวินิจฉัย และรักษาโรคกรดไหลย้อน ในเด็ก

Clinical Practice Guideline
for Primary Care

Gastroesophageal Reflux Disease



Pthaigastro.org



แนวเวชปฏิบัติในการวินิจฉัย
และรักษาโรคกรดไหลย้อนในเด็ก

Clinical Practice Guideline
for Primary Care
Gastroesophageal Reflux Disease

จัดโดย

ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย
และชมรมโรคทางเดินอาหารและโรคตับในเด็กแห่งประเทศไทย



Pthaigastro.org

**แนวเวชปฏิบัติในการวินิจฉัย
และรักษาโรคกรดไหลย้อนในเด็ก**

พิมพ์ครั้งที่ 1 : กุมภาพันธ์ 2553
จำนวนพิมพ์ : 3,000 เล่ม
ราคา : เล่มละ 60 บาท
ผู้พิมพ์ : บริษัท เมดิ เจอร์นัล จำกัด
โทร. 0 2862 2550 โทรสาร 0 2862 2107



คำนิยม

ปัญหากรดไหลย้อนกลับในทารกและเด็กพบเป็นประจำในเวชปฏิบัติ แนวทางการวินิจฉัยและการดูแลรักษาทารกและเด็กที่มีปัญหากรด และ/หรือ อาหารไหลย้อนกลับที่ผู้เชี่ยวชาญโรคทางเดินอาหารเด็กได้ระดมสมองและประสบการณ์นำเสนอและหาข้อตกลงนำความรู้ในปัจจุบันสรุปให้ผู้ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเด็กสามารถนำไปใช้ได้ นับเป็นแนวทางที่กำหนดขึ้นได้อย่างเหมาะสมกับทารกและเด็กไทยกับสถานการณ์อุปกรณ์ที่มีอยู่ ท่านสามารถทำตามแนวการวินิจฉัยการดูแลรักษาด้วยตัวท่านเอง และติดตามประเมินการรักษาซึ่งได้นำเสนออย่างครบถ้วน เข้าใจง่าย ตลอดจนเมื่อท่านติดขัดหรือการรักษาไม่เป็นผล มีภาวะโรคแทรกซ้อน ท่านสามารถส่งต่อไปยังกุมารแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคทางเดินอาหารเด็ก นับเป็นคู่มือที่มีประโยชน์สำหรับกุมารแพทย์และแพทย์ทั่วไปที่ดูแลทารกและเด็กที่จะนำไปใช้ได้เป็นอย่างดี

วันดี วราวิทย์



คำนำ

อาการนำของโรคกรดไหลย้อนในทารกและเด็กส่วนใหญ่เป็นอาการสำรอกนมหรือแหวะนมมากกว่าอาการอาเจียน แต่ยังมีอาการอื่น ๆ เช่น ร้องกวน กินน้อย นอนน้อย น้ำหนักขึ้นไม่ตามเกณฑ์ จนถึงอาการรุนแรงที่สุด คือ การหยุดหายใจ ดังนั้น คณะกรรมการชมรมโรคทางเดินอาหารและโรคตับในเด็กจึงได้จัดทำแนวเวชปฏิบัติในการวินิจฉัยและรักษาโรคกรดไหลย้อนในเด็ก สำหรับกุมารแพทย์และแพทย์ทั่วไปสามารถวินิจฉัยแยกโรคได้ง่าย และมีแนวทางการรักษาที่ชัดเจนโดยสามารถใช้ยาสำหรับทารกได้อย่างถูกต้อง

ในการจัดทำนี้ ได้รับความร่วมมือจากกรรมการและผู้เข้าร่วมประชุมตั้งรายนามในหนังสือเล่มนี้เป็นอย่างดี และด้วยความอนุเคราะห์ของ พญ.พัชร เกียรติสารพิภพ ได้จัดให้เป็นรูปเล่มอย่างสมบูรณ์

หวังว่าหนังสือเล่มนี้จะให้ประโยชน์อย่างมากแก่ทารกและเด็กไทย สมความตั้งใจของคณะกรรมการชมรมฯ และราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย

รศ.พญ.บุษบา วิวัฒน์เวคิน
ประธานชมรมโรคทางเดินอาหารและโรคตับในเด็ก
28 ตุลาคม 2552



สารบัญ

คำนิยาม.....	8
อาการของโรคกรดไหลย้อน.....	8
แนวทางการดูแลรักษา.....	10
แนวทางการรักษาโรคกรดไหลย้อน.....	13
การรักษาทางยา	15
References	17
รายชื่อคณะกรรมการชมรมโรคทางเดินอาหารและโรคตับในเด็ก.....	19
รายชื่อคณะกรรมการจัดทำ CPG ระดับโรงพยาบาลจังหวัด.....	21
สำหรับกุมารแพทย์ เรื่อง โรคกรดไหลย้อน	
การให้น้ำหนักของหลักฐานและระดับของคำแนะนำวิธีปฏิบัติ.....	22



แนวเวชปฏิบัติในการวินิจฉัยและรักษาโรคกรดไหลย้อนในเด็ก

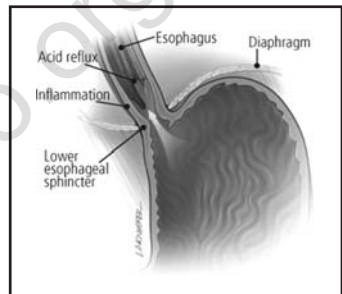
คำนิยาม

ภาวะกรดไหลย้อน (GASTROESOPHAGEAL REFLUX, GER)

ภาวะที่น้ำย่อย และ/หรือ อาหารจากกระเพาะอาหาร หรือลำไส้เล็กส่วนต้นไหลย้อนขึ้นไปในหลอดอาหาร เป็น ภาวะปกติทางสรีรวิทยาที่พบได้บ่อยในเด็กทารก และหลัง รับประทานอาหารในทุกอายุ

โรคกรดไหลย้อน (GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE, GERD)

ภาวะกรดไหลย้อนที่ก่อให้เกิดพยาธิสภาพหรือภาวะแทรกซ้อน เช่น หลอดอาหารอักเสบ น้ำหนักไม่ขึ้น อาการระบบทางเดินหายใจ หรือเกิดอาการที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต



อาการของโรคกรดไหลย้อน



ระบบทางเดินอาหาร (ESOPHAGEAL SYNDROME):

ขย้อน (regurgitation) อาเจียน อาเจียนเป็นเลือด กลืนแล้วเจ็บ กลืนลำบาก อาการแสบร้อน/เจ็บยอดอก (heartburn) ปวดท้องบริเวณลิ้นปี่ ปฏิเสธอาหาร* และน้ำหนักไม่ขึ้น



นอกกระบอกทางเดินอาหาร (EXTRA-ESOPHAGEAL SYNDROME):

หอบหืดที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษามาตรฐาน หายใจเสียงดัง/หวีด ปอดอักเสบ
ซ้ำซาก เขียวหรือหยุดหายใจ (apparent life threatening event [ALTE], apnea)*
เสียงแหบ* ไชน์สอ๊กเสบ* ร้องกวนผิดปกติ* หลังแอ่น (back arching) หูชั้นกลางอักเสบ
(otitis media)* และฟันกรามกร่อน (dental erosion)*

*ยังไม่มีหลักฐานว่ามีความเกี่ยวข้องกับโรคกรดไหลย้อนที่ชัดเจน (poorly documented)

สัญญาณเตือน (ALARM SYMPTOMS)

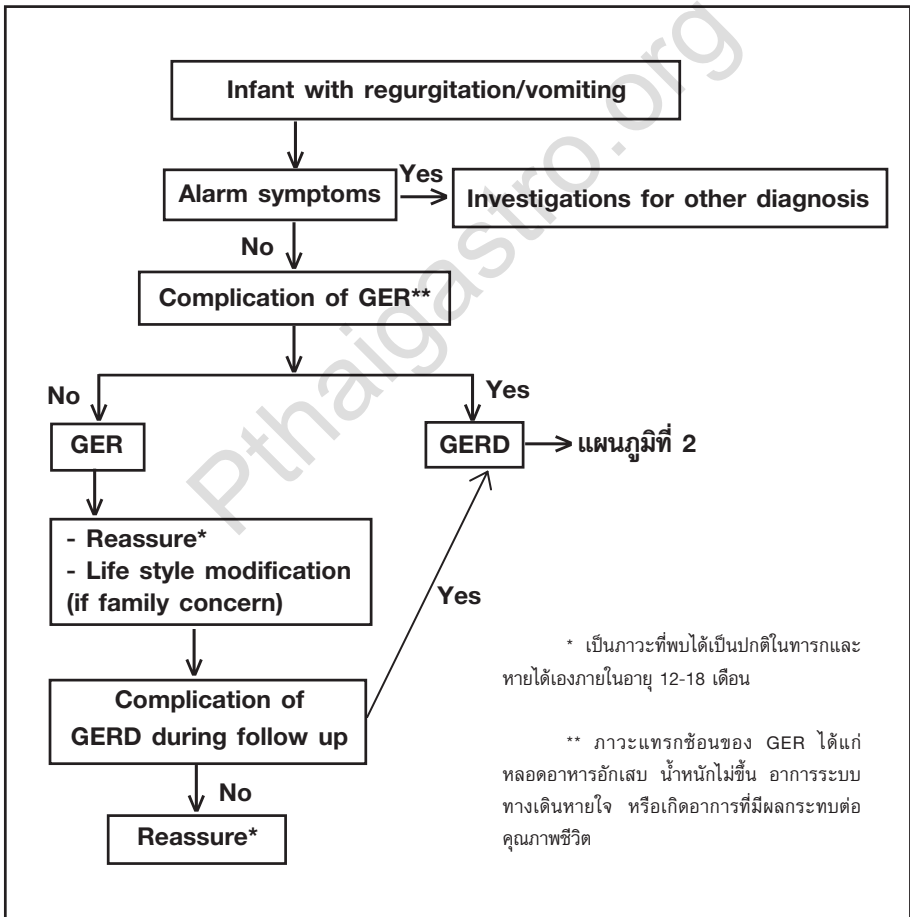
คือ อาการ และ/หรือ อาการแสดงที่บ่งชี้ว่าน่าจะมีสาเหตุจากโรคอื่น
และควรได้รับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม เช่น

- อาการของลำไส้อุดตัน เช่น อาเจียนเป็นน้ำดี อาเจียนพุ่งและท้องอืด
- อาเจียนเป็นเลือด ถ่ายอุจจาระเป็นเลือด
- กลืนลำบาก
- อาการทางระบบประสาท เช่น คีระชะโต กระหม่อมหน้าโป่งตึง และชัก
- การติดเชื้อ เช่น ไช้
- น้ำหนักลด
- เขียว หรือหยุดหายใจ (apparent life threatening event [ALTE])



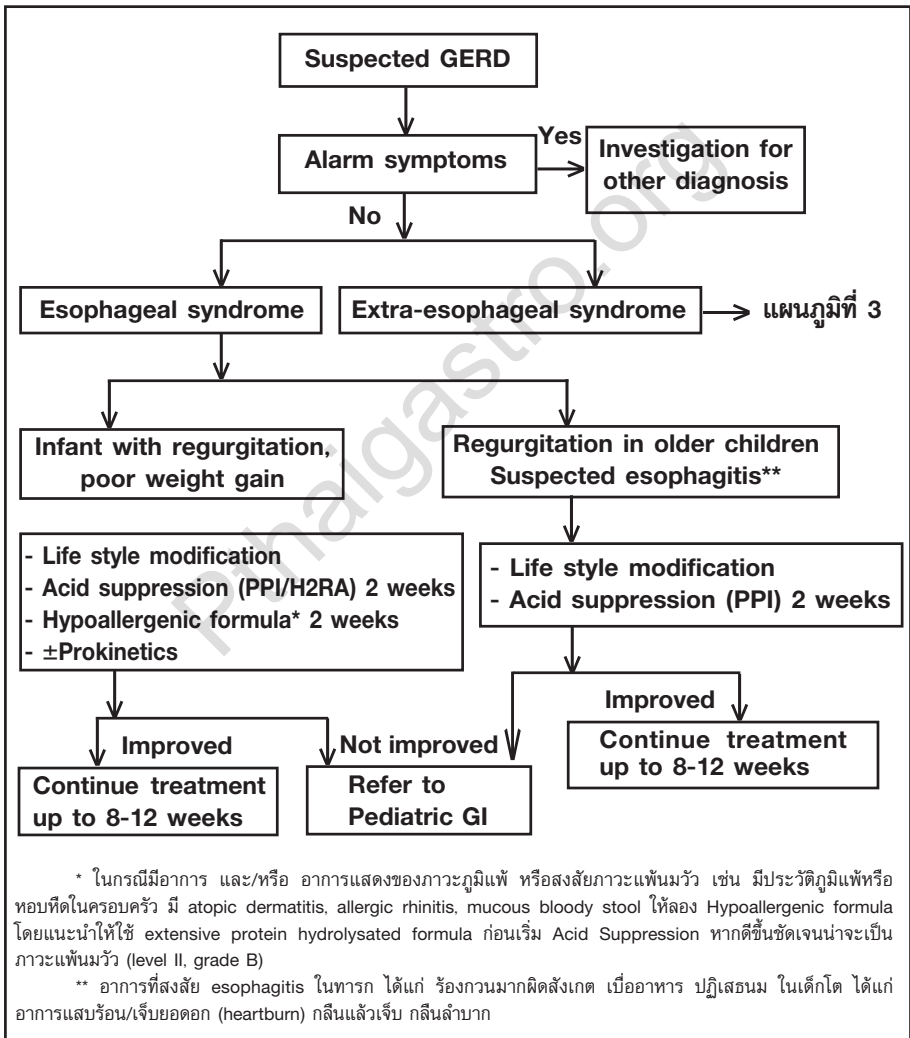
แนวทางการดูแลรักษา

แผนภูมิที่ 1 แนวทางการดูแลรักษาภาวะกรดไหลย้อนในเด็ก



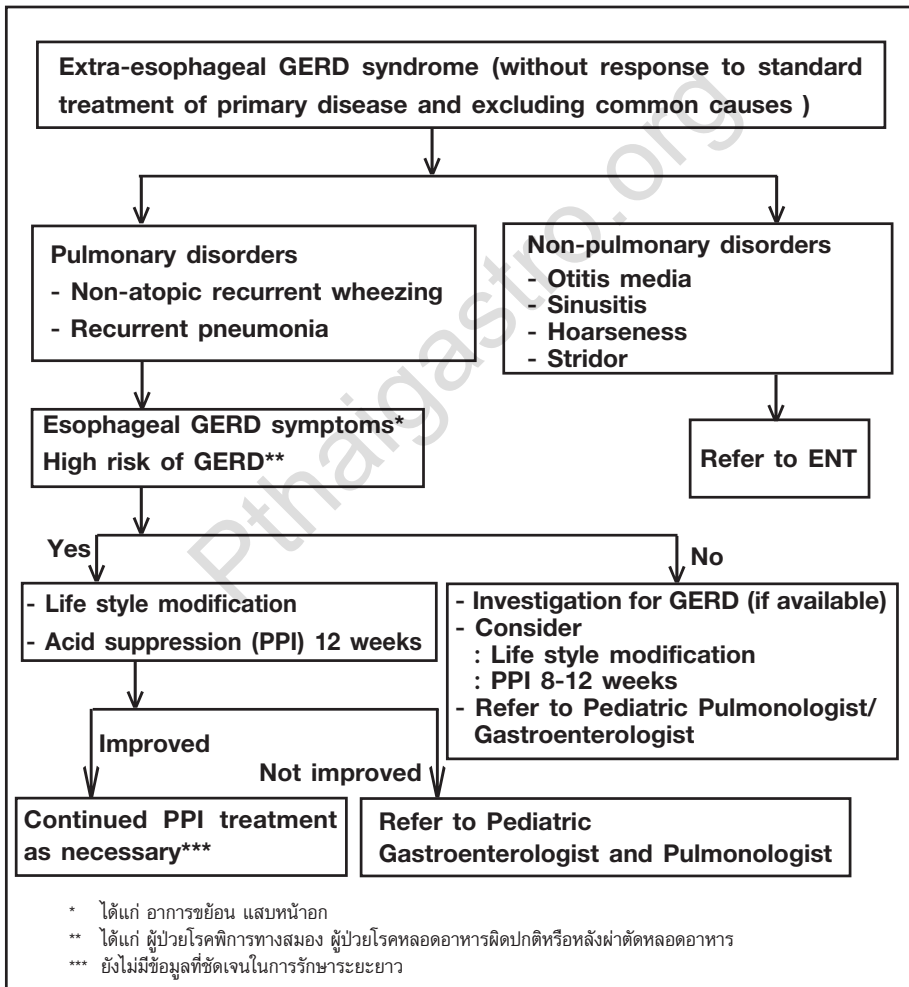


แผนภูมิที่ 2 แนวทางการดูแลรักษาโรคกรดไหลย้อนในเด็ก





แผนภูมิที่ 3 แนวทางการดูแลรักษาโรคกรดไหลย้อนในเด็กที่มีอาการแสดงนอกระบบทางเดินอาหาร





แนวทางการรักษาโรคกรดไหลย้อน

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (LIFE STYLE MODIFICATION)

การจัดท่า (POSITIONING)

เด็กเล็ก:

ท่านอนคว่ำช่วยลดภาวะกรดไหลย้อนได้ ส่วนท่านอนตะแคงซ้าย มีข้อมูลการศึกษาบ่งชี้ว่าอาจช่วยลดภาวะกรดไหลย้อน แต่การจัดท่านอนทั้งท่านอนคว่ำและนอนตะแคงซ้าย อาจเพิ่มปัจจัยเสี่ยงในการเกิด sudden infant death syndrome (SIDS) จึงแนะนำให้ทารกอยู่ในท่านอนหงาย (supine) (level I, grade A)



เด็กโต:

การนอนศีรษะสูง 30 องศา อาจมีประโยชน์ในกรณีที่มีอาการในระบบทางเดินหายใจ และกลั้วเสียง (level II, grade B)

การปรับเปลี่ยนอาหาร

❖ สูตรอาหารที่ข้นหนืด (THICKENING FORMULA)

อาจมีประโยชน์ในทารก (level I, grade C) แต่มีข้อควรระวังในการเพิ่มพลังงาน ความเข้มข้น (caloric density) ที่สูงเกินไปในอาหาร อาจทำให้เกิดภาวะท้องอืด ถ่ายเหลว ไอและสำลักได้

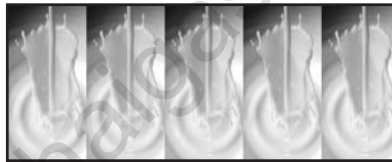


อย่างไรก็ตาม thickening formula ไม่ได้ลดความถี่ในการเกิด reflux ในเด็กที่
รับประทานนมแม่ แนะนำให้รับประทานนมแม่ต่อ (grade A)

✿ รับประทานปริมาณน้อย ๆ แต่บ่อยครั้ง ในเด็กโตแนะนำให้หลีกเลี่ยงอาหาร
มือใหญ่ ๆ และการรับประทานอาหารก่อนนอน (level V, grade C)

✿ Hypoallergenic formula

อาจมีประโยชน์ในทารกอายุน้อยกว่า 1 ปี ที่สงสัยว่ามีภาวะแพ้โปรตีนนมวัว



การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในเด็กโต



✿ หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง, ช็อกโกแลต,
แอลกอฮอล์, กาแฟและเครื่องดื่มที่มีกาเฟอีน (level III-IV,
grade B)

✿ หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ (level III, grade B)
ลดน้ำหนักในผู้ป่วยโรคอ้วน (level III, grade B)



การรักษาทางยา

ACID SUPPRESSION THERAPY



- **PROTON PUMP INHIBITOR (PPI)** เช่น omeprazole, lansoprazole, esomeprazole เป็นต้น ให้ขนาดยา 1 มก./กก./วัน วันละครั้ง ก่อนอาหารเช้า 30 นาที แนะนำเป็น first-line treatment ในโรคกรดไหลย้อนที่มีหลอดอาหารอักเสบ (reflux esophagitis) (level I, grade A) และไม่ควรหยุดยาทันที โดยแนะนำค่อย ๆ ลดยาลงหลังการรักษา

- **H2 RECEPTOR ANTAGONIST (H2RA)** เช่น ranitidine, famotidine มีประสิทธิภาพในการรักษาหลอดอาหารอักเสบดีกว่า PPI แต่อาจใช้ได้ในกลุ่มที่ไม่มีหลอดอาหารอักเสบ

PROKINETICS

Prokinetics เช่น domperidone, cisapride, metoclopramide ประโยชน์ในการรักษาโรคกรดไหลย้อนไม่ชัดเจน (level I, grade C) การใช้จะต้องคำนึงถึงผลข้างเคียงต่อระบบประสาทและหัวใจ

ADJUVANT THERAPY

Adjuvant therapy เช่น Alginate จากการศึกษาพบว่า ประโยชน์ในการรักษาโรคกรดไหลย้อนยังไม่ชัดเจน (level II, grade C)



ตารางที่ 1 ยาที่ใช้ในการรักษาโรคกรดไหลย้อน

ชนิดของยา	ขนาดยา	อาการข้างเคียงที่ควรระวัง
Prokinetics		
- Metoclopramide	0.1 มก./กก./ครั้ง วันละ 3-4 ครั้ง	ทำให้เกิดอาการวิงเวียน ซีม ที่สำคัญคือ dystonic และ extrapyramidal movement
- Domperidone	0.3-0.6 มก./กก./ครั้ง วันละ 3-4 ครั้ง	ปวดศีรษะ ท้องเสีย มีการเพิ่ม serum prolactin ทำให้มี gynecomastia, galactorrhea
- Cisapride	0.2 มก./กก./ครั้ง วันละ 3-4 ครั้ง	ปวดท้อง ท้องร่วง พบประมาณ 2% อาการอื่นพบได้น้อย คือ ผื่น ลมพิษ หลอดลมหดรัดเกร็ง ปวดศีรษะ ปัสสาวะ บ่อย ๆ extrapyramidal effect ชัก และภาวะ prolonged QT
Histamine-2 receptor Antagonists		
- Ranitidine	5-10 มก./กก./วัน แบ่งวันละ 2 หรือ 3 ครั้ง	ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ ปวดเมื่อย ท้องผูก คลื่นไส้ ผื่นผิวหนัง และ เพิ่มระดับ aminotransferase ได้
- Famotidine	1 มก./กก./วัน แบ่งวันละ 2 ครั้ง	ในทารกจะพบอาการปวดศีรษะ ซีม อาเจียนได้เมื่อฉีดเข้าทางหลอดเลือด



References

1. Rudolph C, Hassall E. Gastroesophageal Reflux in Walker's Textbook of Pediatric Gastroenterology 5th edition, p.59-71.
2. Vakil N, van Zanten SV, Kahrilas P, et al. The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: A global evidence-based consensus. Am J gastroenterol 2006;101: 1900-20.
3. Tytgat GN, McColl K, Tack J, Holtmann G, Hunt et al New Algorithm for the treatment of gastroesophageal reflux disease Aliment Pharmacol ther 2008;27:249-56
4. Stavroulaki p. Diagnostic and management problems of laryngopharyngeal reflux disease in children. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology 2006;70:579-590
5. Fock KM, Talley NJ, Fass R, Goh KL, Katelaris P, Hunt R, Hongo M, Ang TL, Holtmann G, Nandurkar S, Lin SR, Wong BC, Chan FK, Rani AA, Bak YT, Sollano J, Ho KY, Manatsathit S. Asia-Pacific consensus on the management of gastroesophageal reflux disease: update. J Gastroenterol Hepatol. 2008;23:8-22
6. Tobin JM, McCloud P, Cameron DJ. Posture and gastroesophageal reflux: a case for left lateral positioning. Arch Dis Child 1997;76:254-8
7. Corvaglia L, Rotarori R, Ferlini M, et al. The effect of body position on gastroesophageal reflux in premature infant: evaluation by combined impedance and pH monitoring. J Pediatr 2007;151: 591-6.
8. Craig WR, Hanlon-Dearman A, Sinclair C, Taback S, Moffatt M. Metoclopramide, thickened feedings, and positioning for gastro-oesophageal reflux in children under two years. Cochrane Database Syst Rev. 2004 Oct 18;(4):CD003502
9. Horvath A, Dziechciarz P, Szajewska H. The effect of thickened-feed interventions on gastroesophageal reflux in infants: systematic review and meta-analysis of randomized, controlled trials. Pediatrics. 2008;122:e1268-77
10. Croxtall JD, Perry CM, Keating GM. Esomeprazole in Gastroesophageal Reflux Disease in Children and Adolescents. Pediatr Drugs 2008;10:199-205



11. Omari T, Davidson G, Bondarov P, Naucler E, Nilsson C, Lundborg P. Pharmacokinetics and acid-suppressive effects of esomeprazole in infants 1-24 months old with symptoms of gastroesophageal reflux disease. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2007;45: 530-7
12. Gupta SK, Hassall E, Chiu YL, Amer F, Heyman MB. Presenting symptoms of nonerosive and erosive esophagitis in pediatric practice. *Dig Dis Sci* 2006;58:1144-50.
13. Lang L. FDA approves nexium for use in children ages 1-11 years. *Gastroenterology* 2008;134:1282.
14. Carroccio A, Tacono G, Montalno G et al. Domperidone plus magnesium hydroxide and aluminum hydroxide: a valid therapy in children with gastroesophageal reflux. A double-blind randomized study versus placebo. *Scand J gastroenterol*;29:300-4.
15. Augood C, Gilbert R, Logan S, Mclean S. Cisapride treatment for gastroesophageal reflux in children. *Cochrane Database sys Rev.* 2002;(3):CD 002300
16. Hibbs AM, SA Lorch. Metoclopramide for the Treatment of Gastroesophageal Reflux Disease in Infants: A Systematic Review. *Pediatrics* 2006;118:746-52
17. Mandel KG, Daggly BP, Brodie DA, Jacoby HI. Review article: alginate-raft formulations in the treatment of heartburn and acid reflux. *Aliment Pharmacol Ther.* 2000;14:669-90
18. Greally P, Hampton FJ, MacFadyen UM, Simpson H. Gaviscon and Carobel compared with cisapride in gastro-oesophageal reflux. *Arch Dis Child.* 1992;67:618-21
19. Dore MP, Maragkoudakis E, Fraley K, et al. Diet, lifestyle and gender in gastroesophageal reflux disease. *Dig Dis Sci* 2008;53:2027-32.
20. Nilsson M, Johnsen R, Ye W, Hveem K, Laggren J. Lifestyle related risk factors in the etiology of gastro-oesophageal reflux. *Gut* 2004;53:1730-5.
21. Kaltenbach T, Crockett S, Gerson LB. Are lifestyle measures effective in patients with gastroesophageal reflux disease?: an evidence based approach. *Arch Intern Med* 2006;166:965-71.



รายชื่อคณะกรรมการชมรมโรคทางเดินอาหารและโรคตับในเด็ก

ปี พ.ศ. 2549 - 2553

ที่ปรึกษา	พญ.วันดี วราวิทย์ พญ.จิราศรี วัชรดุลย์	คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาทิบัติ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช
ประธาน	พญ.บุษบา วิวัฒน์เวคิน	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รองประธานที่ 1	พญ.ลำดวน วงศ์สวัสดิ์	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
รองประธานที่ 2	นพ.ประพันธ์ อ่านเป็รื่อง	คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช
เลขาธิการ	พญ.นิยะดา วิทยาศัย	สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ มหาราชนี
ผู้ช่วยเลขาธิการ	พญ.ศิริลักษณ์ เจนนุวัตร	สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ มหาราชนี
เหรียญก	พญ.พรพิมล พัวประดิษฐ์	คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาทิบัติ
ผู้ช่วยเหรียญก	พญ.นภอร ภาวิจิตร	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
ฝ่ายวิชาการและ การอบรมแพทย์ ประจำบ้าน	พญ.สุพร ตรีพงษ์กรรณา พญ.วรรณุช จงศรีสวัสดิ์ พญ.ลำดวน วงศ์สวัสดิ์	คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาทิบัติ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



รายชื่อคณะกรรมการชมรมโรคทางเดินอาหารและโรคตับในเด็ก (ต่อ)

ปี พ.ศ. 2549 - 2553

<p>ฝ่ายวิชาการและการอบรมแพทย์ประจำบ้าน</p>	<p>พญ.เพ็ญศรี ไควสุวรรณ นพ.เสกสิต โอสธากุล พญ.เกศรา อัครดามงคล นพ.ภิเชก ยิ้มแย้ม</p>	<p>คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น</p>
<p>ฝ่ายเอนโดสโคปีย์</p>	<p>พญ.ปัญจฉัตร รัตนมงคล</p>	<p>โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช</p>
<p>ฝ่ายโรคตับ</p>	<p>นพ.ยง ภู่วรรณ พญ.ปานียา เพียรวิจิตร</p>	<p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี</p>
<p>ฝ่ายวิจัยและสารสนเทศ</p>	<p>นพ.ณัฐพงษ์ อัครผล นพ.นิพัทธ์ สีมาชจร นพ.สงวนศักดิ์ ฤกษ์สุภผล</p>	<p>คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ</p>
<p>ฝ่ายทะเบียน</p>	<p>นพ.ไพโรจน์ จงบุญฤดีเจริญ พญ.ศุภระวรรณ อินทร์ขาว</p>	<p>คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์</p>
<p>ฝ่ายประชาสัมพันธ์และหารายได้</p>	<p>พญ.สุภา หริกุล</p>	<p>สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี</p>



รายชื่อคณะกรรมการจัดทำ CPG ระดับโรงพยาบาลจังหวัด
สำหรับกุมารแพทย์ เรื่อง โรคกรดไหลย้อน

ที่ปรึกษา	พญ.วันดี วราวิทย์ พญ.จิราศรี วัชรดุลย์ พญ.สุภา ทริกุล	มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยมหิดล สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
ประธาน	พญ.บุษบา วิวัฒน์เวคิน	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
กรรมการ	พญ.เกศรา อัครดามงคล นพ.ณัฐพงษ์ อัครผล พญ.นภอร ภาวิจิตร พญ.นิยะดา วิทยาชัย นพ.นิพัทธ์ สีมาชจร นพ.ประพันธ์ อ่านเปื้อง พญ.ปัญจฉัตร รัตนมงคล พญ.ปานียา เพียรวิจิตร พญ.เพ็ญศรี ไควสุวรรณ พญ.พัชร เกียรติสารพิภพ นพ.ไพโรจน์ จงบุญญัตติเจริญ นพ.ภิเชก ยิ้มแย้ม พญ.วรรณุช จงศรีสวัสดิ์ นพ.เสกสิทธิ์ โอสถากุล พญ.สุพร ตริพงษ์กรุณา พญ.นาฎยพร จรรย์เรืองธีรกุล พญ.ศุภระวรรณ อินทร์ขาว พญ.ศิริลักษณ์ เจนนุวัตร พญ.อลิสรา ดำรงมณี	มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา มหาวิทยาลัยมหิดล โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยขอนแก่น วิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มหาวิทยาลัยมหิดล สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



การให้น้ำหนักของหลักฐานและระดับของคำแนะนำวิธีปฏิบัติ

คุณภาพน้ำหนักของหลักฐานที่นำมาใช้ในการแนะนำวิธีปฏิบัติ (LEVEL OF EVIDENCE)	
ระดับ I	หลักฐานได้จากงานวิจัยที่เป็น randomized controlled trial หรือ systematic review ที่ดี อย่างน้อย 1 งานวิจัย
ระดับ II	หลักฐานที่ได้จากการศึกษาที่เป็น non-randomized controlled trials หรือ before & after clinical trials หรือ cohort studies
ระดับ III	หลักฐานที่ได้จากการศึกษาที่เป็น case-control studies
ระดับ IV	หลักฐานที่ได้จากการศึกษาที่เป็น descriptive, case report หรือ case series
ระดับ V	หลักฐานที่เป็น expert opinion หรือนันทามติ (concensus) ของคณะผู้เชี่ยวชาญ
ระดับของคำแนะนำวิธีปฏิบัติ (GRADE OF RECOMMENDATION)	
ระดับ A	หลักฐานมีความชัดเจนมากทั้งด้านประสิทธิภาพและผลดีทางคลินิกอย่างชัดเจน คำแนะนำในระดับนี้ควรได้รับการสนับสนุนให้นำไปใช้เสมอ
ระดับ B	หลักฐานมีความชัดเจนปานกลางด้านประสิทธิภาพ หรือมีความชัดเจนมากด้านประสิทธิภาพ แต่มีข้อจำกัดในด้านผลดีทางคลินิก คำแนะนำในระดับนี้ควรแนะนำให้มีการนำไปใช้
ระดับ C	หลักฐานด้านประสิทธิภาพยังมีไม่เพียงพอที่จะสนับสนุนหรือไม่สนับสนุนข้อแนะนำในการนำไปใช้ หรือหลักฐานด้านประสิทธิภาพอาจมีไม่มากกว่าภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นตามมา เช่น พิษของยา หรือราคาของการให้ยาป้องกันหรือการรักษาด้วยวิธีอื่น คำแนะนำในระดับนี้จะจัดไว้เป็นแนวทางเลือกอย่างหนึ่ง (optional) ของการรักษา
ระดับ D	หลักฐานมีน้ำหนักมากปานกลางที่แสดงถึงการขาดประสิทธิภาพ หรือหลักฐานมีน้ำหนักมากปานกลางสำหรับผลลัพธ์ของผลข้างเคียง คำแนะนำในระดับนี้โดยทั่วไปไม่แนะนำให้มีการนำไปใช้
ระดับ E	หลักฐานมีน้ำหนักชัดเจนมากในการแสดงถึงการขาดหลักฐานด้านประสิทธิภาพ หรือหลักฐานชัดเจนสำหรับผลลัพธ์ของผลข้างเคียง คำแนะนำในระดับนี้ไม่แนะนำให้มีการนำไปใช้เลย



Pthaigastro.org

Pthaigastro.org



ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย
และชมรมโรคทางเดินอาหารและโรคตับในเด็กแห่งประเทศไทย