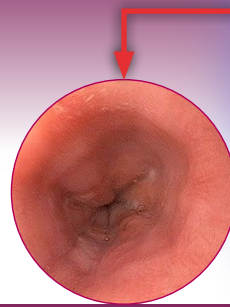


โรคกรดไหลย้อน: อาการ วิธีวินิจฉัย และแนวทางการรักษา

Gastro-Esophageal-Reflux-Disease (GERD):
Symptoms, diagnosis and management



พ.ศุริยา กีร์ติชานนท์

(Dr. Suriya Keeratichananont, M.D.)

อายุรแพทย์ระบบทางเดินอาหาร

ศูนย์ระบบทางเดินอาหารและตับ โรงพยาบาลกรุงเทพ

ปัจจุบัน โรคกรดไหลย้อน (Gastro-Esophageal Reflux-Disease: GERD) ยังคงเป็นโรคที่พบได้บ่อยมากในเวชปฏิบัติ จากข้อมูลการสำรวจประชากรหลายทวีปทั่วโลกพบว่า ในประชากรทุก ๆ 100 คน จะมีผู้ที่ป่วยเป็นโรคกรดไหลย้อนได้ตั้งแต่ 3-33 คน และพบว่าความชุกของโรคมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นอีกในอนาคต^{1,2} โรคกรดไหลย้อนสามารถเรียกได้อีกชื่อหนึ่งว่า “โรคไหลย้อน” เนื่องจากอาการของโรคนี้สามารถเกิดขึ้นได้จากทั้งน้ำกรด (hydrochloric acid), น้ำย่อย (pepsin), น้ำดี (bile) และฟองอากาศ (gas bubbles)

ในกระเพาะอาหารมีการไหลย้อนกลับขึ้นไประคายเคืองต่อผิวของหลอดอาหารแบบซ้ำซากทำให้เกิดอาการผิปกดขึ้นอย่างน้อย 2 ครั้งต่อสัปดาห์ และในผู้ป่วยบางรายนั้นจะพบว่าการไหลย้อนดังกล่าวสามารถขึ้นไปถึงบริเวณลำคอ กลัองเสียง ช่องปาก และอาจตกเข้าสู่หลอดลมได้ จึงทำให้เกิดอาการผิปกดและเสียงต่อภาวะแทรกซ้อนได้หลายประการ สามารถแบ่งกลุ่มอาการของโรคกรดไหลย้อนได้เป็น 2 กลุ่ม ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1: กลุ่มอาการผิปกดที่เกิดจากโรคกรดไหลย้อน (GERD symptoms)

1. อาการที่เกิดขึ้นกับหลอดอาหารโดยตรง (esophageal symptoms)⁴⁻⁶ ได้แก่

- แสบร้อนบริเวณลิ้นปี่ ยอดอก กลางอก อาจร้าวไปถึงลำคอและช่องปาก (retrosternal heartburn)
- เจ็บแน่นกลางอก หายใจไม่โล่งคล้ายอาการของโรคเส้นเลือดหัวใจตีบตัน (atypical chest pain)
- เรอบ่อยร่วมกับรู้สึกเปรี้ยวหรือขมในลำคอ และบางครั้งอาจสำรอกออกมาเป็นน้ำย่อยหรือเศษอาหาร (acid, bile or undigested food regurgitation)
- กลืนติด กลืนลำบาก (dysphagia), กลืนเจ็บ (odynophagia) หรือรู้สึกเหมือนมีก้อนบางอย่างติดค้างอยู่ในลำคอหรือทรวงอก (globus sensation)
- อาการอื่น ๆ เช่น สะอึก (hiccups), คลื่นไส้ อาเจียน, รู้สึกมีน้ำลายมากหรือน้ำลายสอ (water brash)

2. อาการที่เกิดกับอวัยวะข้างเคียงหลอดอาหาร (extraesophageal symptoms)^{4,7-14} ได้แก่

- คอหอยและกลัองเสียงอักเสบ (laryngopharyngeal reflux: LPR) ทำให้เจ็บคอ เสมหะมากต้องขับเสมหะบ่อย (frequent throat clearing), รู้สึกมีอะไรติดอยู่ในลำคอ (lump), เสียงแหบหรือส้ำลิ้งง่าย (hoarseness, choking)
- ไซนัสอักเสบชนิดเรื้อรัง (chronic sinusitis)
- ไอเรื้อรัง (chronic cough)
- ทำให้เกิดโรคหืด (asthma) หรือทำให้โรคหืดที่เป็นอยู่ทรุดลง
- เกิดโรคปอดบางชนิดที่มีความสัมพันธ์กับกรดไหลย้อน เช่น ปอดอักเสบ (aspiration pneumonia), หลอดลมอักเสบเรื้อรัง (chronic bronchitis), หลอดลมโป่งพอง (bronchiectasis), พังผืดในปอด (interstitial pulmonary fibrosis)
- ผิวเคลือบฟันสึกกร่อน (dental erosion)

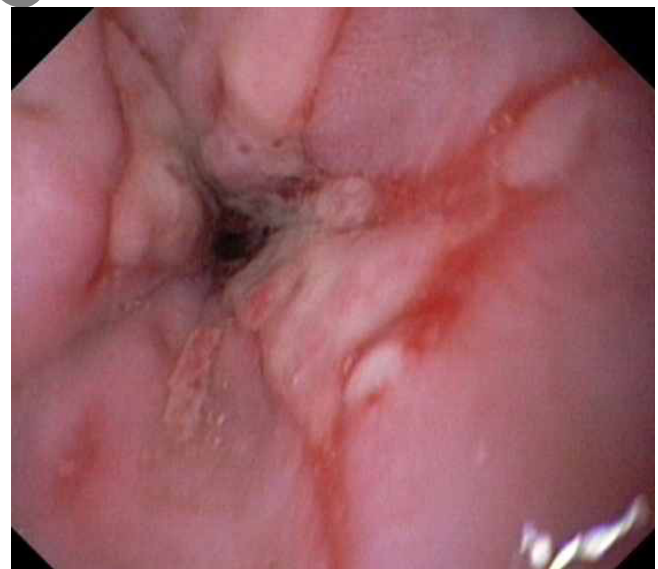
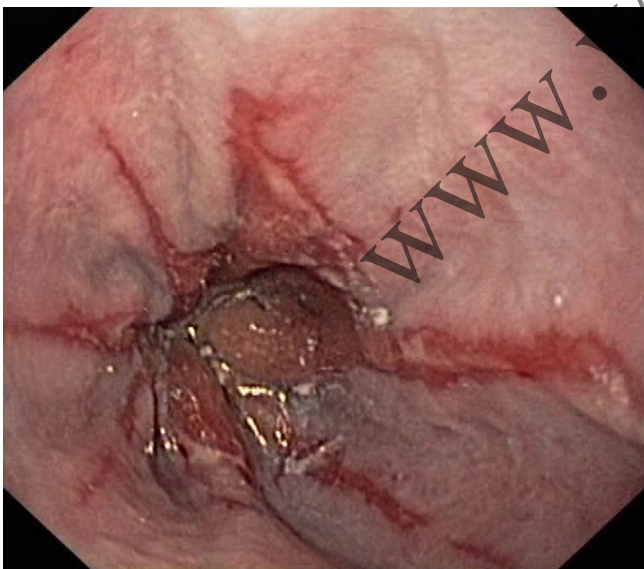
โดยพบว่าอาการของโรคกรดไหลย้อนมักเกิดขึ้นเมื่อรับประทานอาหารอิม ๆ หรือหลังรับประทานอาหารบางชนิด เช่น อาหารรสเผ็ด เปรี้ยว รสมันจัด ช็อกโกแลต กาแฟ น้ำอัดลม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และมักมีอาการในขณะที่เอนราบลงกับพื้น อยู่ในท่าก้มนาน ๆ ขณะนอนหลับหรือหลังตื่นนอนใหม่ ๆ อาการดังกล่าวข้างต้นจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในด้านสุขภาพ รบกวนการนอน ส่งผลเสียต่อสุขภาพจิตใจ อารมณ์ และประสิทธิภาพในการทำงานของผู้ป่วย^{15,16}

การดำเนินของโรคกรดไหลย้อน (natural history)

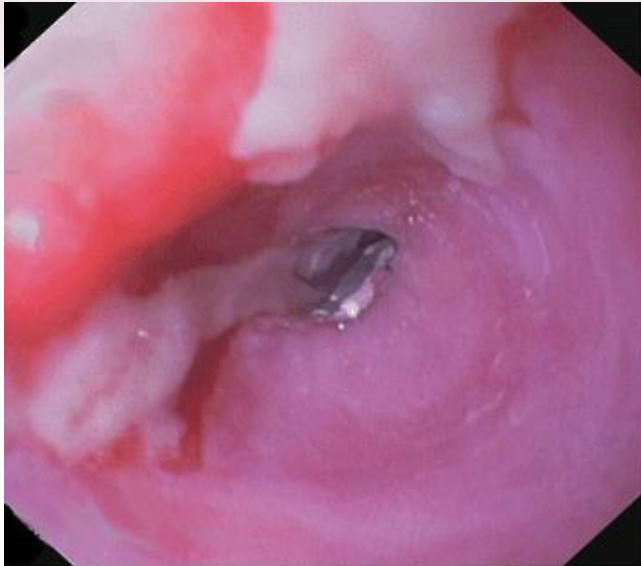
โดยทั่วไปพบว่าร้อยละ 70 ของผู้ป่วยกรดไหลย้อนจะจัดอยู่ในประเภทไม่รุนแรง กล่าวคือ ถึงแม้จะมีอาการที่ทำให้ไม่สุขสบายเป็นระยะ ๆ แต่เมื่อได้รับการส่องกล้องตรวจหลอดอาหารจะไม่พบแผลในหลอดอาหาร เรียกผู้ป่วยกรดไหลย้อนประเภทนี้ว่า non-erosive reflux disease (NERD) ซึ่งเมื่อได้รับการรักษาอย่างถูกวิธีจะทำให้อาการสงบ มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีขึ้น มีการทำนายโรคอยู่ในเกณฑ์ดี และโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาวต่ำ เมื่อโรคเข้าสู่ช่วงสงบแล้วจะสามารถลดและหยุดการใช้ยาได้ แต่หากขาดความร่วมมือในการรักษาและการดูแลตนเอง โรคนี้มักจะมีอาการกลับซ้ำ เรื้อรังและอาจรุนแรงจนเกิดเป็นแผลขึ้นในหลอดอาหาร เรียกผู้ป่วยประเภทนี้ว่า erosive

reflux disease (ERD) ซึ่งพบได้ร้อยละ 30 ของผู้ป่วยทั้งหมด โดยพบอุบัติการณ์สูงขึ้นในผู้สูงอายุ เพศชาย อ้วนหรือมีภาวะเปาะ hiatal hernia ในหลอดอาหาร ผู้ป่วยประเภทนี้แผลในหลอดอาหาร (ERD) สามารถมีระดับความรุนแรงของแผลได้ตั้งแต่ระดับเล็กน้อย (LA class A หรือ B) จนถึงระดับรุนแรงมาก (LA class C หรือ D) ซึ่งเป็นกลุ่มที่ต้องให้ความสนใจจริงจังต่อการรักษาเนื่องจากแผลดังกล่าวสามารถก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาและมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้สูงมาก หากหยุดการรักษาก่อนเวลาอันควร (ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยที่มีแผลจะกลับเป็นซ้ำภายใน 6-12 เดือนหลังหยุดการรักษา) สำหรับภาวะแทรกซ้อนที่มักเกิดขึ้นในผู้ป่วยประเภท ERD มีด้วยกันหลายอย่าง (ภาพประกอบที่ 1-5) เช่น แผลกินลึกจนหลอดอาหารเกิดการตกเลือดหรือทะลุ (upper GI bleeding or perforation) เกิดพังผืดหรือแผลเป็นจนหลอดอาหารตีบแคบ (fibrosis with peptic stricture) ทำให้กลืนอาหารไม่ลง น้ำหนักลด (weight loss) และในระยะยาวอาจเกิดเนื้อเยื่อผิดปกติชนิด Barrett's epithelium ขึ้นในตำแหน่งของแผลดังกล่าว ซึ่งเนื้อเยื่อชนิดนี้สามารถกลายพันธุ์ต่อไปจนเป็นมะเร็งหลอดอาหารชนิด adenocarcinoma ได้ (เนื้อเยื่อ Barrett's นี้จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งได้ตั้งแต่ 30-150 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่มึเนื้อเยื่อดังกล่าว) มะเร็ง adenocarcinoma จัดเป็นมะเร็งที่รักษายาก การทำนายโรคไม่ดี อายุขัยสั้น นอกจากนี้ผู้ป่วยกรดไหลย้อนที่ขาดการ

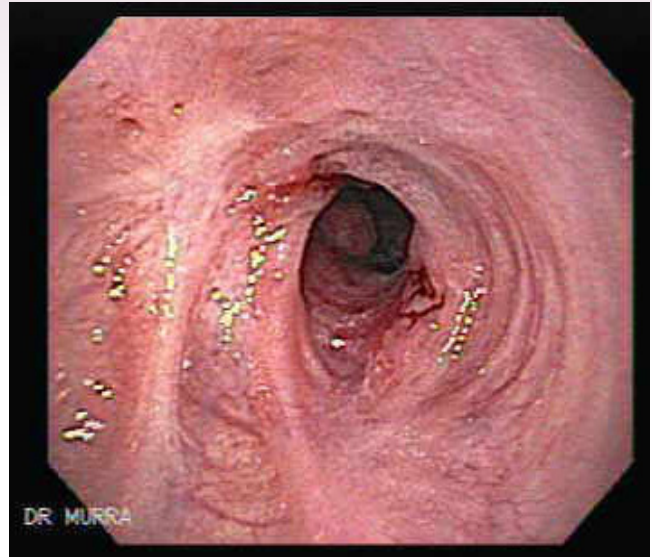
ภาพที่ 1-5: แสดงภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากโรคกรดไหลย้อน (GERD complications)



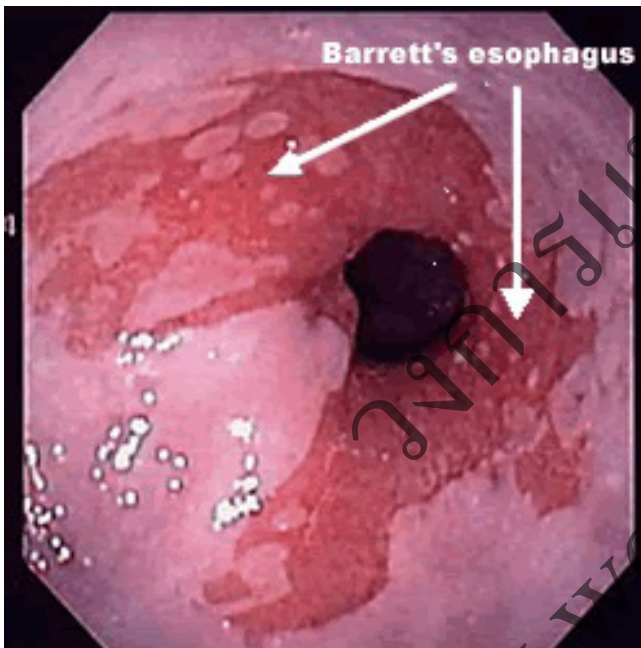
ภาพที่ 1: แผลชนิดรุนแรงในหลอดอาหาร



ภาพที่ 2: ตกเลือดจากแผลในหลอดอาหาร



ภาพที่ 3: หลอดอาหารติบแคบ



ภาพที่ 4: เนื้อเยื่อสีชมพูระเรื่อชนิด Barrett's epithelium



ภาพที่ 5: มะเร็งหลอดอาหารที่เกิดจากกรดไหลย้อน

รักษายังมีความเสี่ยงที่จะเกิดอาการแทรกซ้อนต่อกล่องเสียง หลอดลม ปอด และโพรงไซนัสได้ ดังที่กล่าวถึงแล้วในข้างต้น^{4,7-19}

ปัจจัยเสี่ยงและพยาธิสรีรวิทยาของการเป็นโรค (risk factors and pathophysiology)

ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ ๆ ต่อการเป็นโรคกรดไหลย้อน ได้แก่ สูงอายุ น้ำหนักตัวเกินเกณฑ์ อ้วนลงพุง รับประทานอาหารมากแล้วเอนตัวลงนอน ดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่

มีโรคประจำตัวบางชนิดร่วมด้วย เช่น มีกระเปาะ hiatal hernia ในหลอดอาหาร, ป่วยเป็นโรคกระเพาะอาหารแปรปรวน (functional dyspepsia: FD), กระเพาะอาหารทำงานไม่ดีหรือเกิดการติบแคบ (gastroparesis, gastric outlet obstruction), ลำไส้แปรปรวน (irritable bowel syndrome: IBS), โรคปอดหัวใจ กระดูก โรคหยุดหายใจขณะหลับ (obstructive sleep apnea: OSA), โรคหนังแข็ง (scleroderma), ผู้ป่วยที่มีสายยางให้อาหารทางจมูกนาน ๆ (NG tube), หมึงตั้งครุภัก พันธุกรรม ความเครียด รวมถึงยาบางชนิด เป็นต้น²⁰ ปัจจัย

และโรคร่วมเหล่านี้จะทำให้เกิดความหย้อนยานของหลอด
หลอดอาหารส่วนปลาย (transient lower esophageal
sphincter relaxation: tLESr) เป็นระยะ ๆ ซึ่งเป็นกลไกที่
สำคัญที่สุดในการเกิดโรค สำหรับกลไกอื่น ๆ ที่เป็นปัจจัยเสริม
ในการก่อโรคร่วมด้วยกันหลายประการ ได้แก่ มีการบีบตัว
ที่ผิดปกติของกล้ามเนื้อหลอดอาหาร (impaired esophageal
motility and clearance), ความดันขณะพักตัวในหลอดอาหาร
ส่วนปลายลดลง (reduced resting pressure of LES),
ปริมาณน้ำลายที่ช่วยสะเทินกรดจากกระเพาะอาหาร
มีไม่เพียงพอ, ผิวหลอดอาหารไวต่อสิ่งกระตุ้นมากเกินไป
(impaired tissue resistance), มีการหลั่งกรดหรือน้ำย่อยจาก
กระเพาะอาหารมาก, เกิดการไหลย้อนสวนทางของน้ำดีและ
น้ำย่อยในลำไส้เล็กเข้าสู่กระเพาะอาหารมาก ร่วมกับมีความ
ผิดปกติในการบีบไล่น้ำกรด, น้ำย่อยดังกล่าวกลับลงสู่ลำไส้
(pyloric incompetence, duodenogastric reflux and
impaired gastric emptying time), เกิดการตีบแคบในส่วนล่าง
ต่อกระเพาะอาหาร, ได้รับการผ่าตัดลดความอ้วนโดย
การผ่าตัดลดขนาดกระเพาะหรือมีภาวะที่ทำให้ความดัน
ในช่องท้องสูงกว่าช่องอก (transient increase in intra-
abdominal pressure) เช่น อ้วนหรือการตั้งครรภ์ เป็นต้น²¹⁻²³

การวินิจฉัย

การวินิจฉัยโรคกรดไหลย้อนสามารถทำได้หลายวิธี
ดังนี้

1. วินิจฉัยจากอาการและลองให้ยารักษา (symptoms based, empirical trial of acid suppression)

การวินิจฉัยด้วยวิธีนี้เป็นที่ยอมรับอย่างแพร่หลาย
เนื่องจากทำได้ง่าย สะดวก ประหยัด และปลอดภัย เหมาะ
สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการตรงไปตรงมาและไม่มีสัญญาณ
อันตรายใด ๆ ที่บ่งชี้ว่าจะเป็นการกรดไหลย้อนชนิดรุนแรง หรือ
เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคขึ้นแล้ว (ดังตารางที่ 2) วิธีนี้
ทำโดยการให้ผู้ป่วยรับประทานยาชนิดใดชนิดหนึ่งในกลุ่ม
proton-pump inhibitors (PPIs) ซึ่งจัดเป็นยากลุ่มที่มี
ประสิทธิภาพสูงสุดสำหรับรักษากรดไหลย้อนในปัจจุบัน
เนื่องจากยา PPIs ออกฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์ $H^+K^+ATPase$
ใน parietal cells ของกระเพาะอาหารจึงสามารถควบคุม
ปริมาณและลดความเป็นกรดในกระเพาะอาหารได้ดี
จากข้อมูลพบว่ายา PPIs สามารถเพิ่มระดับ intra-gastric pH
ในกระเพาะอาหารให้อยู่ในระดับที่สูงกว่า 4 ได้นานที่สุดเมื่อ
เทียบกับยาลดกรดชนิดอื่น ๆ ซึ่งเมื่อระดับ pH ของน้ำย่อย
ในกระเพาะอาหารสูงเกิน 4 จะสามารถป้องกันผิวหลอดอาหาร

ตารางที่ 2: อาการหรือสัญญาณอันตราย (alarm features) ในผู้ที่มีอาการกรดไหลย้อนซึ่งควรได้รับการส่องกล้อง ตรวจทางเดินอาหารส่วนบน (esophago-gastro-duodenoscopy; EGD)

อาการหรือสัญญาณอันตรายในผู้ที่มีอาการของโรคกรดไหลย้อน
- เกิดอาการกรดไหลย้อนตอนอายุเกิน 50 ปี
- อาการไม่ดีขึ้นหลังได้รับการรักษาด้วยยามาแล้ว 4-8 สัปดาห์
- อาการกลับเป็นซ้ำหลังหยุดยาหรือขณะที่ยังรับประทานยาอยู่
- คลื่นไส้ อาเจียนบ่อย
- กลืนอาหารติด หรือกลืนแล้วเจ็บทรวงอก
- เป็นกรดไหลย้อนเรื้อรังเกิน 5 ปี
- ตกเลือดในทางเดินอาหารส่วนบน เช่น อาเจียนเป็นเลือดสีแดงสด อาเจียนเป็นเลือดสีดำคล้ายกาแฟ หรือถ่ายอุจจาระเป็นเลือดสีดำ มีกลิ่นเหม็นคาว
- เกิดภาวะซีดโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก
- เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นกรดไหลย้อนชนิดมีแผลรุนแรงมาก่อน (severe erosive esophagitis, LA class C-D) เพื่อติดตาม ผลการรักษาและตรวจหา Barrett's epithelium ที่อาจจะแฝงตัวอยู่ในแผล
- ผู้ป่วยกรดไหลย้อนที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดเนื้อเยื่อผิดปกติชนิด Barrett's epithelium ในหลอดอาหาร เช่น เพศชาย อ้วน เป็นกรดไหลย้อนเรื้อรังเกิน 5 ปี เป็นต้น
- ผู้ป่วยกรดไหลย้อนที่มี Barrett's epithelium อยู่แล้ว และมีความจำเป็นต้องส่องกล้อง EGD เป็นระยะเพื่อเฝ้าระวังการกลายพันธุ์เป็น มะเร็งหลอดอาหารจากเนื้อเยื่อดังกล่าว

ให้ปลอดภัยจากการกัดกร่อนของน้ำกรดและน้ำย่อยจากกระเพาะอาหารจึงทำให้อาการโดยรวมของผู้ป่วยดีขึ้น ยาในกลุ่ม PPIs ที่สามารถใช้ในการวินิจฉัยกรดไหลย้อน (PPI test) นั้นมีด้วยกันหลายชนิด เช่น ยา esomeprazole, lansoprazole, omeprazole, pantoprazole และ rabeprazole (ดังตารางที่ 3) การวินิจฉัยกรดไหลย้อนด้วยวิธี PPI test นี้มักต้องใช้ยา PPI ในขนาดที่สูงกว่าขนาดมาตรฐาน กล่าวคือ ต้องรับประทานยา PPI ชนิดใดชนิดหนึ่ง (ดังตารางที่ 3) ทั้งในช่วงเวลาก่อนอาหารเช้าและก่อนอาหารเย็น (อย่างน้อย 30 นาที) และรับประทานติดต่อกันทุกวันเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 7-14 วัน หากผู้ป่วยมีอาการที่ดีขึ้นจากเดิมอย่างน้อยร้อยละ 50 สามารถให้การวินิจฉัยได้ว่าเป็นโรคกรดไหลย้อน วิธีนี้ให้ความไวในการวินิจฉัยโรคสูงถึงร้อยละ 68-78 อย่างไรก็ตามความจำเพาะของวิธี PPI test มีค่อนข้างน้อย (ร้อยละ 46-54) เมื่อเทียบกับกรวินิจฉัยด้วยวิธีการส่องกล้องตรวจหลอดอาหาร (EGD) และวิธีวัดระดับความเป็นกรดในหลอดอาหาร ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากยา PPIs สามารถช่วยบรรเทาอาการของโรคบางชนิดที่มีอาการคล้ายคลึงกับโรคกรดไหลย้อนได้ด้วย เช่น โรคแผลในกระเพาะอาหาร เป็นต้น²⁴⁻²⁶

ตารางที่ 3: ยาควบคุมความเป็นกรดในกระเพาะอาหารกลุ่ม proton-pump inhibitors (PPIs) และขนาดมาตรฐานของยาสำหรับรักษาโรคกรดไหลย้อน

ชื่อยา	ขนาดมาตรฐานของยา (มิลลิกรัมต่อวัน)
Esomeprazole	20-40
Lansoprazole (S, R isomers)	30
Omeprazole	20
Pantoprazole	40
Rabeprazole	20

2. วินิจฉัยโดยการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนบน (EGD)

วิธีนี้เป็นวิธีที่มีความจำเพาะและแม่นยำสูงสุดสำหรับวินิจฉัยโรคกรดไหลย้อนชนิดมีแผล (ERD) ช่วยแยกผู้ป่วยชนิด ERD ออกจากผู้ป่วยประเภท NERD และยังสามารถบอกระดับความรุนแรงของแผลที่เกิดขึ้นในหลอดอาหาร (ตาม Los Angeles system: LA class A-D) ได้อย่างถูกต้อง

จึงช่วยทำนายการดำเนินโรคในอนาคตได้ นอกจากนี้การส่องกล้องยังช่วยยืนยันถึงภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากกรดไหลย้อน (ดังภาพที่ 1-5) และยังสามารถช่วยให้แพทย์สามารถทำการรักษาภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวได้ในเวลาเดียวกัน เช่น ทำการห้ามเลือดที่ออกจากแผล ช่วยถ่างขยายรูตีบแคบในหลอดอาหารอันเกิดจากพังผืด ช่วยพิสูจน์และตัดเนื้อเยื่อ Barrett's epithelium ออกเพื่อป้องกันการกลายพันธุ์เป็นมะเร็งในอนาคต ดังนั้น ผู้ที่ควรได้รับการส่องกล้อง EGD คือ ผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นกรดไหลย้อนชนิดมีแผล (ERD) หรือเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากกรดไหลย้อน (โดยมักมีอาการหรือสัญญาณอันตรายตรงตามข้อใดข้อหนึ่งในตารางที่ 2) และควรส่องกล้อง EGD หากมีความสงสัยว่าอาจจะป่วยเป็นโรคอื่น ๆ ที่มีอาการคล้ายกับกรดไหลย้อน (เช่น หลอดอาหารอักเสบเป็นแผลจากสาเหตุอื่น, ติดเชื้อบางชนิดในหลอดอาหาร, มะเร็งหลอดอาหาร, Achalasia, eosinophilic esophagitis, Crohn's disease หรือแผลในกระเพาะอาหาร เป็นต้น)²⁷⁻²⁹ การส่องกล้อง EGD ถือเป็นหัตถการที่ไม่ยุ่งยากสำหรับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคระบบทางเดินอาหาร ใช้เวลาตรวจเพียง 15-45 นาที โอกาสเกิดอาการข้างเคียงน้อยและไม่มีความเจ็บปวดที่รุนแรง

3. วินิจฉัยโดยการตรวจวัดความเป็นกรดในหลอดอาหารตลอด 24 ชั่วโมง (24-hr esophageal-pH monitoring) และ/หรือตรวจวัดการไหลย้อนของน้ำย่อยจากกระเพาะอาหาร (multichannel intraluminal impedance-pH monitoring: MII-pH)

การวัดระดับความเป็นกรดในหลอดอาหาร (esophageal-pH monitoring) สามารถทำได้ 2 วิธี คือ

- วิธีวางสายทางจมูก (naso-esophageal catheter) ทำโดยการสอดใส่สายยางเล็ก ๆ ผ่านรูจมูกเข้าสู่หลอดอาหารส่วนปลายและติดสายดังกล่าวไว้ 24 ชั่วโมง จากนั้นจะมีการบันทึกค่า intra-esophageal pH ด้วยเครื่องที่ติดไว้กับตัวของผู้ป่วย หากพบว่ามี percent of total time ที่ intra-esophageal pH < 4 ตั้งแต่ 4.0-5.5% ขึ้นไปสามารถให้การวินิจฉัยได้อย่างแม่นยำว่าเป็นกรดไหลย้อน

- วิธีไร้สาย (wireless pH capsule) โดยการติดตั้งแคปซูลที่สามารถวัด intra-esophageal pH ไว้ที่หลอดอาหารส่วนปลายผ่านทาง การส่องกล้อง EGD วิธีนี้สามารถบันทึกค่า pH ได้นานถึง 48 ชั่วโมง แต่มีค่าใช้จ่ายที่สูงกว่าวิธีแรก

นอกจากตรวจวัดความเป็นกรดในหลอดอาหารด้วยวิธีดังกล่าวแล้ว ปัจจุบันยังมีเครื่องมือที่สามารถตรวจความเป็นกรดและช่วยบอกถึงสิ่งที่ไหลย้อนเข้าสู่หลอดอาหาร (refluxate) ได้ในช่วงเวลาเดียวกัน เรียกวินิจฉัยดังกล่าวนี้ว่า MII-pH ซึ่งจัดเป็นวิธีตรวจที่แม่นยำมากสำหรับโรคกรดไหลย้อนชนิดไม่มีแผล (NERD) อย่างไรก็ตาม การตรวจ MII-pH ยังต้องอาศัยการวางสายยางทางจมูกเป็นเวลา 24 ชั่วโมง และตรวจได้เพียงบางสถาบันเท่านั้น ดังนั้น การส่งตรวจ esophageal-pH monitoring และ MII-pH จึงเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนประเภท NERD ที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา PPI ในขนาดสูงมาแล้ว 2-3 เดือน และแพทย์ยังคงสงสัยว่าผู้ป่วยเป็น NERD หรือควรส่งตรวจวิธีดังกล่าวในผู้ป่วยที่ประสงค์จะรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด (เพื่อช่วยยืนยันว่าผู้ป่วยเป็นโรคกรดไหลย้อนจริง) เป็นต้น³⁰⁻³⁴

4. วินิจฉัยโดยภาพรังสีภายหลังกลืนแป้งแบเรียม (Barium esophagogram)

การตรวจภาพรังสีหลังการกลืนแป้ง barium มีความไวที่ต่ำมากสำหรับวินิจฉัยกรดไหลย้อน จึงมักเลือกใช้ในกรณีที่สงสัยว่าหลอดอาหารตีบแคบหรือต้องการดูประเภทของ hiatal hernia และโรคหลอดอาหารชนิดอื่นที่อาจรบกวนคลึงกับกรดไหลย้อน เช่น Achalasia เป็นต้น³⁵

ส่วนการตรวจการเคลื่อนไหวของหลอดอาหาร (esophageal manometry) นั้นควรทำในกรณีที่สงสัยโรคอื่น ๆ ที่ให้อาการคล้ายกับโรคกรดไหลย้อนเช่นกัน ซึ่งได้แก่ Achalasia, esophageal motility disorders เป็นต้น หรือควรใช้เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดรักษากรดไหลย้อน (fundoplication surgery)^{4,36}

แนวทางการรักษา

แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนในบทความนี้อ้างอิงจาก American College of Gastroenterology ปี พ.ศ. 2551-2556³⁷⁻³⁸ และ Asia-Pacific Consensus ในปี พ.ศ. 2551 ตามลำดับ³⁹ โดยสามารถสรุปแนวทางการรักษาได้ดังนี้

1. การรักษาด้วยยา (medications) ยาที่ใช้รักษาโรคกรดไหลย้อนมีหลายชนิด แบ่งเป็นกลุ่ม ๆ ได้ดังนี้

1.1 ยาคควบคุมความเป็นกรดในกระเพาะอาหาร (acid-suppressive agents) แบ่งเป็น 2 กลุ่มย่อย คือ

- Proton-pump inhibitors (PPIs) เช่น ยา esomeprazole, lansoprazole, omeprazole, pantoprazole และ rabeprazole
- Histamine-2 receptor antagonists (H2RA) เช่น ยา famotidine, nizatidine, ranitidine และ cimetidine

1.2 ยากระตุ้นการบีบตัวและช่วยปรับการทำงานของหลอดอาหาร (prokinetic agents)

1.3 ยาช่วยเพิ่มความแข็งแรงของหูรูดหลอดอาหาร เช่น ยา GABA-B agonist

1.4 ยาบรรเทาเฉพาะช่วงที่มีอาการ เช่น alginate, antacid เป็นต้น

สำหรับรายละเอียดเกี่ยวกับประโยชน์และวิธีเลือก

ใช้ยา prokinetic, GABA-B agonist, alginate และ antacid นั้นได้กล่าวถึงแล้วในบทความที่ผ่านมา⁴⁰ บทความนี้จึงขอกล่าวถึงประโยชน์และวิธีการใช้ยาคควบคุมความเป็นกรด (acid-suppressive drugs) ซึ่งถือเป็นยาหลักสำหรับรักษาโรคกรดไหลย้อน จากข้อมูลศึกษาวิจัยตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันพบว่า ยาสกัดกรดในกลุ่ม PPIs มีประสิทธิภาพที่สูงกว่ายากกลุ่ม H2RA อย่างมีนัยสำคัญทั้งในด้านการควบคุมอาการ การรักษาแผลให้หายเร็ว และยังพบว่ายา PPIs สามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำของอาการและแผลได้ดีกว่ายากกลุ่ม H2RA⁴¹⁻⁴⁴ ดังนั้น ในทางปฏิบัติจึงมักเลือกใช้ยา PPIs เป็นอันดับแรก ส่วนยา H2RA มักใช้เพียงในบางกรณี เช่น มีอาการเล็กน้อย ใช้เสริมเมื่อมีอาการตอนกลางคืนหรือใช้ในเวลาที่กำลังลดขนาดยา PPIs เป็นต้น สำหรับยาในกลุ่ม PPIs ด้วยกันนั้น มีข้อมูลวิจัยที่พบว่าการรักษาด้วยยา esomeprazole ในขนาด 20-40 มิลลิกรัมต่อวันในช่วงก่อนอาหารเช้าติดต่อกันเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ จะช่วยให้อาการดีขึ้นได้รวดเร็ว และยังช่วยเพิ่มอัตราการหายของแผลในหลอดอาหารได้ดีกว่ายา omeprazole, pantoprazole และ S-isomer lansoprazole อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁴⁵⁻⁴⁷ ที่เป็นเช่นนั้นเนื่องจากยา esomeprazole สามารถทำให้ intra-gastric pH

สูงเกิน 4 ได้นานที่สุดเมื่อเทียบกับยาดังกล่าว ซึ่งระดับ intra-gastric pH ที่มากกว่า 4 เป็นระดับที่จะทำให้อาการสงบและช่วยเร่งให้แผลหายเร็ว⁴⁸⁻⁵⁰ เมื่ออาการดีขึ้นแล้วสามารถทยอยลดและหยุดยา PPI ได้ กรณีเกิดกรดไหลย้อนตอนตั้งครมภ์เพื่อความปลอดภัยต่อบุตรในครรภ์ควรหลีกเลี่ยงการใช้ยา omeprazole สำหรับผู้ที่มีอาการรุนแรง เช่น เรอเปรี้ยวหรือเจ็บทรวงอกบ่อย ๆ มีอาการทั้งกลางวันและกลางคืนหรือมีแผลชนิดรุนแรงนั้น จากข้อมูลวิจัยพบว่าการรับประทานยา PPIs เป็นวันละ 2 เวลาในช่วง 1-2 เดือนแรกจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมอาการและการรักษาแผลให้หายได้เร็วขึ้นอีก จากนั้นจึงค่อย ๆ ปรับลดขนาดยา PPI ลงสำหรับผู้ป่วยกรดไหลย้อนชนิดเป็นแผลที่มีความรุนแรงของแผลตั้งแต่ระดับ B-D นั้นเมื่อรักษาครบ 8-12 สัปดาห์แล้วควรได้รับยา PPI ในขนาดครึ่งหนึ่งของขนาดมาตรฐานรับประทานต่อไปเพื่อช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำของแผลดังกล่าว^{51,52}

2. การดูแลตนเองและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (lifestyle modifications)

การแก้ไขปัจจัยเสี่ยงและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบางประการนอกจากจะช่วยทำให้อาการดีขึ้นแล้ว ยังช่วยลดการกลับเป็นซ้ำได้อีกด้วย พฤติกรรมบำบัดที่มีประโยชน์ดังกล่าว ได้แก่^{53,54}

- ควรทยอยลดและควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานสำหรับผู้ที่มีน้ำหนักเกิน อ้วนหรือลงพุง
- หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารในปริมาณมาก ควรรับประทานแค่พออิ่มท้อง
- หลีกเลี่ยงหรือลดปริมาณอาหารที่มีไขมันสูง คาร์โบไฮเดรตสูง ซ็อกโกแลต อาหารรสเผ็ดจัด เปรี้ยวจัด อาหารที่มีมะเขือเทศ หัวหอม หรือตะระแหในปริมาณสูง
- หลีกเลี่ยงหรือลดปริมาณกาแฟ น้ำอัดลม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บุหรี่
- ควรใส่เสื้อผ้าหลวม ๆ ไม่รัดหน้าท้องแน่นเกินไป หลีกเลี่ยงท่าทางที่ต้องก้มตัวเป็นเวลานาน
- หลังรับประทานอาหารในช่วงกลางวันเสร็จแล้ว ควรรอให้อาหารเคลื่อนตัวเข้าสู่ลำไส้เล็กก่อน จึงไม่ควรเอนตัวหรือนอนราบหลังมื้ออาหารนั้น ๆ ประมาณ 2-3 ชั่วโมง

- ในช่วงกลางคืนไม่ควรรับประทานอาหารจุกจิก ควรให้ท้องว่างประมาณ 2-3 ชั่วโมงก่อนเข้านอน และควรนอนในท่าที่ลำตัวส่วนบน (ศีรษะ ไหล่ ทรวงอก และช่องท้องส่วนบน) สูงกว่าลำตัวส่วนล่างประมาณ 6-10 นิ้ว นอกจากนี้ ยังพบว่าการนอนตะแคงซ้ายยังช่วยเสริมให้อาการดีขึ้นได้

- หลีกเลี่ยงหรือลดปริมาณยาบางชนิดที่ทำให้กรดไหลย้อนเป็นมากขึ้น ซึ่งได้แก่ ยาแก้ปวดกลุ่ม non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs), anticholinergics, alpha-adrenergic agonist, beta-agonist, calcium channel blockers, nitrate, alendronate, theophylline, nicotine, diazepam, barbiturate และ caffeine เป็นต้น (สำหรับผู้ที่ใช้ยาข้างต้นอยู่แล้วควรปรึกษาแพทย์ผู้รักษาก่อนปรับลดยาดังกล่าว)

3. การผ่าตัดรัดหูรูดส่วนปลายของหลอดอาหาร (fundoplication surgery)

การผ่าตัดรัดหูรูดหลอดอาหารส่วนปลายเป็นวิธีเดียวที่สามารถทำให้โรคนี้หายขาดได้เป็นระยะเวลานาน ๆ อย่างไรก็ตาม มีผู้ป่วยจำนวนน้อยมากที่มีความจำเป็นต้องรักษาด้วยวิธีนี้ ดังนั้น เพื่อเป็นการประหยัดค่าใช้จ่ายและหลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัด จึงควรเลือกวิธีนี้สำหรับผู้ป่วยที่มีความจำเป็นสูงเท่านั้น เช่น อาการไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเต็มที่แล้ว เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจากกรดไหลย้อนขึ้นหรือผู้ป่วยไม่ประสงค์รับประทานยาควบคุมอาการในระยะยาว ก่อนการผ่าตัดผู้ป่วยควรได้รับการประเมินอย่างละเอียดจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคระบบทางเดินอาหารและจากศัลยแพทย์ผู้ร่วมรักษา และควรได้รับการส่องกล้อง EGD, ตรวจ esophageal manometry และ esophageal pH และ/หรือ impedance monitoring ก่อนการผ่าตัดเพื่อช่วยคัดเลือกผู้ป่วยที่เหมาะสม และช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่จะตามมาภายหลังการผ่าตัดดังกล่าว⁵⁶

โดยสรุป โรคกรดไหลย้อนเป็นโรคที่พบบ่อย สามารถทำให้มีอาการผิดปกติและเกิดภาวะแทรกซ้อนได้หลายประการ การทำความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง การดำเนินโรค การเลือกใช้ยาได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม รวมถึงการให้ความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบางประการจะส่งผลดีต่อการรักษา ช่วยให้อาการสงบและทำให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดีขึ้นได้ในระยะยาว

เอกสารอ้างอิงที่สำคัญ

1. El-Serag HB, Sweet S, Winchester CC, et al. Update on the epidemiology of gastro-oesophageal reflux disease: a systematic review. *Gut* 2014;63(6):871-80.
2. El-Serag HB. Time trends of gastroesophageal reflux disease: a systematic review. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2007;5:17-26.
3. 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.
4. Sleisenger and Fordtran's. *Gastrointestinal and Liver Disease*. 10th ed. Feldman M, Friedman LS, Brandt LJ, editor. Philadelphia USA; 2016.
5. Vakil NB, Traxler B, Levine D. Dysphagia in patients with erosive esophagitis: prevalence, severity, and response to proton pump inhibitor treatment. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2004;2:665-8.
6. Brzana RJ, Koch KL. Gastroesophageal reflux disease presenting with intractable nausea. *Ann Intern Med* 1997;126:704-7.
7. Koufman JA. The otolaryngologic manifestations of gastroesophageal reflux disease (GERD): a clinical investigation of 225 patients using ambulatory 24-hour pH monitoring and an experimental investigation of the role of acid and pepsin in the development of laryngeal injury. *Laryngoscope* 1991;101(4 Pt 2 Suppl 53):1-78.
8. Shaker R, Milbrath M, Ren J, et al. Esophagopharyngeal distribution of refluxed gastric acid in patients with reflux laryngitis. *Gastroenterology* 1995;109:1575-82.
9. Poelmans J, Feenstra L, Demedts I, et al. The yield of upper gastrointestinal endoscopy in patients with suspected reflux-related chronic ear, nose, and throat symptoms. *Am J Gastroenterol* 2004;99:1419-26.
10. Remacle M, Lawson G. Diagnosis and management of laryngopharyngeal reflux disease. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg* 2006;14:143-9.
11. Cote DN, Miller RH. The association of gastroesophageal reflux and otolaryngologic disorders. *Compr Ther* 1995;21:80-4.
12. Ing AJ, Ngu MC, Breslin AB. Pathogenesis of chronic persistent cough associated with gastroesophageal reflux. *Am J Respir Crit Care Med* 1994;149:160-7.
13. Schroeder PL, Filler SJ, Ramirez B, et al. Dental erosion and acid reflux disease. *Ann Intern Med* 1995;122:809-15.
14. DiBaise JK, Olusola BF, Huerter JV, Quigley EM. Role of GERD in chronic resistant sinusitis: a prospective, open label, pilot trial. *Am J Gastroenterol* 2002;97:843-50.
15. Ponce J, Beltran B, Ponce M, et al. Impact of gastroesophageal reflux disease on the quality of life of Spanish patients: the relevance of the biometric factors and the severity of symptoms. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2009;21(6):620-9.
16. Kahrilas PJ, Jonsson A, Denison H, et al. Impact of regurgitation on health-related quality of life in gastro-oesophageal reflux disease before and after short-term potent acid suppression therapy. *Gut* 2014;63(5):720-6.
17. Agreus L, Svardsudd K, Talley NJ, et al. Natural history of gastroesophageal reflux disease and functional abdominal disorders: a population-based study. *Am J Gastroenterol* 2001;96(10):2905-14.
18. Belhocine K, Galmiche JP. Epidemiology of the complications of gastroesophageal reflux disease. *Dig Dis* 2009;27(1):7-13.
19. Hogan WJ, Shaker R. Supraesophageal complications of gastroesophageal reflux. *Dis Mon* 2000;46(3):193-232.
20. Locke GR III, Talley NJ, Fett SL, et al. Risk factors associated with symptoms of gastroesophageal reflux. *Am J Med* 1999;106:642-9.
21. Kahrilas PJ. GERD pathogenesis, pathophysiology, and clinical manifestations. *Cleve Clin J Med* 2003;70 Suppl 5:S4-19.
22. Barham CP, Gotley DC, Mills A, Alderson D. Precipitating causes of acid reflux episodes in ambulant patients with gastro-oesophageal reflux disease. *Gut* 1995;36:505-10.
23. Kahrilas PJ, Shaheen NJ, Vaezi MF, et al. American Gastroenterological Association medical position statement on the management of gastroesophageal reflux disease. *Gastroenterology* 2008;135:1383-91.
24. Giannini EG, Zentilin P, Dulbecco P, et al. Management strategy for patients with gastroesophageal reflux disease: a comparison between empirical treatment with esomeprazole and endoscopy-oriented treatment. *Am J Gastroenterol* 2008;103:267-75.
25. Numans ME, Lau J, de Wit NJ, Bonis PA. Short-term treatment with proton-pump inhibitors as a test for gastroesophageal reflux disease: a meta-analysis of diagnostic test characteristics. *Ann Intern Med* 2004;140:518-27.
26. Bytzer P, Jones R, Vakil N, et al. Limited ability of the proton-pump inhibitor test to identify patients with gastroesophageal reflux disease. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2012;10:1360-6.
27. Hatlebakk JG. Endoscopy in gastro-oesophageal reflux disease. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2010;24(6):775-86.
28. Leeds S, Reavis K. Endoluminal therapies for gastroesophageal reflux disease. *Gastrointest Endoscopy Clin N Am* 2013;23:41-51.
29. Muthusamy VR, Lightdale JR, Acosta RD, et al. ASGE standards of practice committee. The role of endoscopy in the management of GERD. *Gastrointest Endosc* 2015;81:1305-10.
30. Hemmink GJ, Bredenoord AJ, Weusten BL, et al. Esophageal pH-impedance monitoring in patients with therapy-resistant reflux symptoms: 'on' or 'off' proton pump inhibitor? *Am J Gastroenterol* 2008;103:2446-2453.
31. Kahrilas PJ, Sifrim D. High-resolution manometry and impedance-pH/manometry: valuable tools in clinical and investigational esophagology. *Gastroenterol* 2008;135:756-769.
32. Savarino E, Tutuian R, Zentilin P, et al. Characteristics of reflux episodes and symptom association in patients with erosive esophagitis and non-erosive reflux disease: study using combined impedance-pH off therapy. *Am J Gastroenterol* 2010;105(5):1053-61.
33. Savarino E, Marabotto E, Zentilin P, et al. The added value of impedance-pH monitoring to Rome III criteria in distinguishing functional heartburn from non-erosive reflux disease. *Dig Liver Dis* 2011;43:542-547.
34. Gawron AJ, Pandolfino JE. Ambulatory reflux monitoring in GERD-Which test should be performed and should therapy be stopped? *Curr Gastroenterol Rep* 2013;15:316-24.
35. American College of Radiology. ACR Practice Parameter for the performance of esophagrams and upper gastrointestinal examinations in adults (resolution 39). 2014. <http://www.acr.org/> (last accessed 16 February 2016).
36. Fuchs KH, Babic B, Breithaupt W, et al. EAES recommendations for the management of gastroesophageal reflux disease. *Surg Endosc* 2014;28:1753-1773.
37. Kahrilas PJ, Shaheen NJ, Vaezi MF, et al. American Gastroenterological Association medical position statement on the management of gastroesophageal reflux disease. *Gastroenterology* 2008;135:1383-1391.
38. Katz PO, Gerson LB, Vela MF. Guidelines for the diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease. *Am J Gastroenterol* 2013;108:308-328.
39. Kwong Ming Fock, Nicholas J Talley, Rnonnie Fass, et al. Asia-pacific consensus on management of gastroesophageal reflux disease: Update. *J of Gastroenterol and Hepatol* 2008;23:8-22.
40. Keerachitanont S. Role of prokinetic agents for treatment of Gastro-Esophageal Reflux Diseases: GERD. *The Medical News* 2015;17(435).
41. Chiba N, De Gara CJ, Wilkinson JM, et al. Speed of healing and symptom relief in grade II to IV gastroesophageal reflux disease: a meta-analysis. *Gastroenterology* 1997;112:1798-810.
42. Sifrim D, Castell D, Dent J, et al. Gastro-oesophageal reflux monitoring: review and consensus report on detection and definitions of acid, non-acid, and gas reflux. *Gut* 2004;53:1024-31.
43. Labenz J, Malfertheiner P. Treatment of uncomplicated reflux disease. *World J Gastroenterol* 2005;11:4291-9.
44. van Pinxteren B, Sigterman KE, Bonis P, et al. Short-term treatment with proton pump inhibitors, H2-receptor antagonists and prokinetics for gastro-oesophageal reflux disease-like symptoms and endoscopy negative reflux disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;11:CD002095.
45. Graney IM, Dulai GS, Fennerty MB, et al. Esomeprazole versus other proton pump inhibitors in erosive esophagitis: a meta-analysis of randomized clinical trials. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2006;4:1452-8.
46. Kalaitzakis E, Bjornsson E. A review of esomeprazole in the treatment of gastroesophageal reflux disease (GERD). *Ther Clin Risk Manag* 2007;3(4):653-63.
47. Zheng RN. Comparative study of omeprazole, lansoprazole, pantoprazole and esomeprazole for symptom relief in patients with reflux esophagitis. *World J Gastroenterol* 2009;15(8):990-5.
48. Röhss K, Hasselgren G, Hedenström H. Effect of esomeprazole 40 mg vs omeprazole 40 mg on 24-hour intragastric pH in patients with symptoms of gastroesophageal reflux disease. *Digestive Diseases and Sciences* 2002;47(5):954-8.
49. Hartmann D, Eickhoff A, Damian U, et al. Effect of intravenous application of esomeprazole 40 mg versus pantoprazole 40 mg on 24-hour intragastric pH in healthy adults. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2007;19(2):133-7.
50. Pisegna JR, Sostek MB, Monyak JT, et al. Intravenous esomeprazole 40 mg vs. intravenous lansoprazole 30 mg for controlling intragastric acidity in healthy adults. *Aliment Pharmacol Ther* 2008;27:483-90.
51. Khan M, Santana J, Donnellan C, et al. Medical treatments in the short term management of reflux oesophagitis. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;(2):CD003244.
52. Edwards SJ, Lind T, Lundell L, et al. Systematic review: standard- and double-dose proton pump inhibitors for the healing of severe erosive oesophagitis-a mixed treatment comparison of randomized controlled trials. *Aliment Pharmacol Ther* 2009;30:547-556.
53. El-Serag HB, Satia JA, Rabeneck L. Dietary intake and the risk of gastro-oesophageal reflux disease: a cross sectional study in volunteers. *Gut* 2005;54:11-7.
54. Ness-Jensen E, Hveem K, El-Serag H, et al. Lifestyle intervention in gastroesophageal reflux disease. *Clin Gastroenterol* 2016;14:175-82.