

อาการอาหารไหลย้อนกลับเข้าในหลอดอาหาร

บุษบา วิวัฒน์เวคิน*

ทารกที่มีการสำรอกนมหรืออาเจียนบ่อยๆ มักจะได้รับการวินิจฉัยโรคไปต่างๆ กัน เช่น Gastroesophageal reflux (GER) บ้าง, โรคแพ้นมวัวบ้าง หรือในบางครั้งเด็กที่มีภาวะแทรกซ้อนจาก Gastroesophageal reflux (GER) เช่น ปอดบวมซ้ำ หูน้ำหนวก ก็ไม่ได้รับการวินิจฉัยในเรื่องของ Reflux อย่างถูกต้อง เนื่องจากยังไม่มีเกณฑ์การวินิจฉัยที่ชัดเจน จึงเป็นเหตุจูงใจให้เขียนบทบรรณาธิการนี้ขึ้น เพื่อจะได้แนวทางปฏิบัติที่ถูกต้องต่อไป

กลไกการป้องกันก่อกำเนิด GER ที่สำคัญนั้นไม่ใช่ที่ Lower Esophageal Sphincter (LES) แต่เพียงอย่างเดียว แต่เป็นแรงพุงจาก crura ของ diaphragm ซึ่งเป็นกลไกสำคัญที่จะป้องกัน reflux ได้ดี ขณะที่มีการไอ หรือการเบ่ง และจากการทำ valsalva maneuver และยังมีองค์ประกอบอื่น คือ ความสามารถในการลดกรดในหลอดอาหารโดยการบีบตัวของหลอดอาหาร และการหลั่ง HCO_3^- ของเยื่อบุผิวหลอดอาหาร ความสัมพันธ์ระหว่างแรงดันในช่องท้อง และทรวงอก Phrenicoesophageal ligament Gastric emptying ปริมาณกรดที่สร้างในกระเพาะอาหารเอง ปริมาณของ bile salt และ pepsin และ trypsin ซึ่ง reflux ขึ้นไปในหลอดอาหาร แต่ส่วนใหญ่มักจะคิดถึงพยาธิสภาพของ LES ซึ่งมีผลจากการใช้ยาต่างๆ เช่น β -adrenergic ยาขยายหลอดลม ความอุ่น ความเย็นของอาหารที่กิน ทำให้มีการคลายตัวของ LES ผิดจังหวะไม่สัมพันธ์กับการเคลื่อนไหว

ของกล้ามเนื้อหลอดอาหาร จะทำให้เกิด GER ขึ้น จนกระทั่งถึง Reflux esophagitis ได้

Lower esophageal sphincter (LES) หรือหูรูดหลอดอาหารส่วนล่างในเด็กทารกจะมีพัฒนาการทำงานได้เต็มที่เมื่ออายุ 6-12 เดือน ดังนั้น อาการ GER มักจะหายไปหลังจากอายุ 1 ขวบ แต่เด็กบางคนที่มีอาการของ GER มาก ควรจะต้องได้รับการวินิจฉัยเพื่อรับการรักษาที่ถูกต้อง

นอกเหนือจากการอาเจียน หรือสำรอกนมแล้ว อาการนำของ GER ยังมีได้อีกตามระบบต่างๆ ดังในตาราง

จะเห็นว่าความสัมพันธ์ระหว่าง GER กับโรคระบบทางเดินหายใจมีมาก ทั้งนี้เนื่องจากมีกลไกจากการคลายตัวของหูรูดหลอดอาหาร ซึ่งอาจจะเป็นแบบต่อเนื่อง คือ LES hypotonia หรือแบบชั่วคราว คือ Transient LES Relaxation (TLESR) ทำให้กรดและน้ำย่อยในกระเพาะไหลย้อนขึ้นมาในหลอดอาหารได้ ซึ่งภาวะกรดในหลอดอาหารนี้ จะกระตุ้นผ่านปลายประสาท acid-sensitive vagal afferents ทำให้มี reflex bronchospasm ได้โดยเฉพาะพวกที่มีภูมิไวเกิน หรือ asthma นอกจากนั้นน้ำย่อยซึ่งมีกรดปนอยู่ จะหลุดเข้าไปในทางเดินหายใจ ทำให้กระตุ้น laryngeal chemoreceptors ทำให้ inflammatory mediators ถูกปล่อยออกมาอีก จึงเกิดการอักเสบตามมาเป็นภาวะปอดบวม หรือเกิดการระคายเคืองต่ออากาศและสิ่งแวดล้อมได้อีก

*หัวหน้าหน่วยทางเดินอาหาร ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

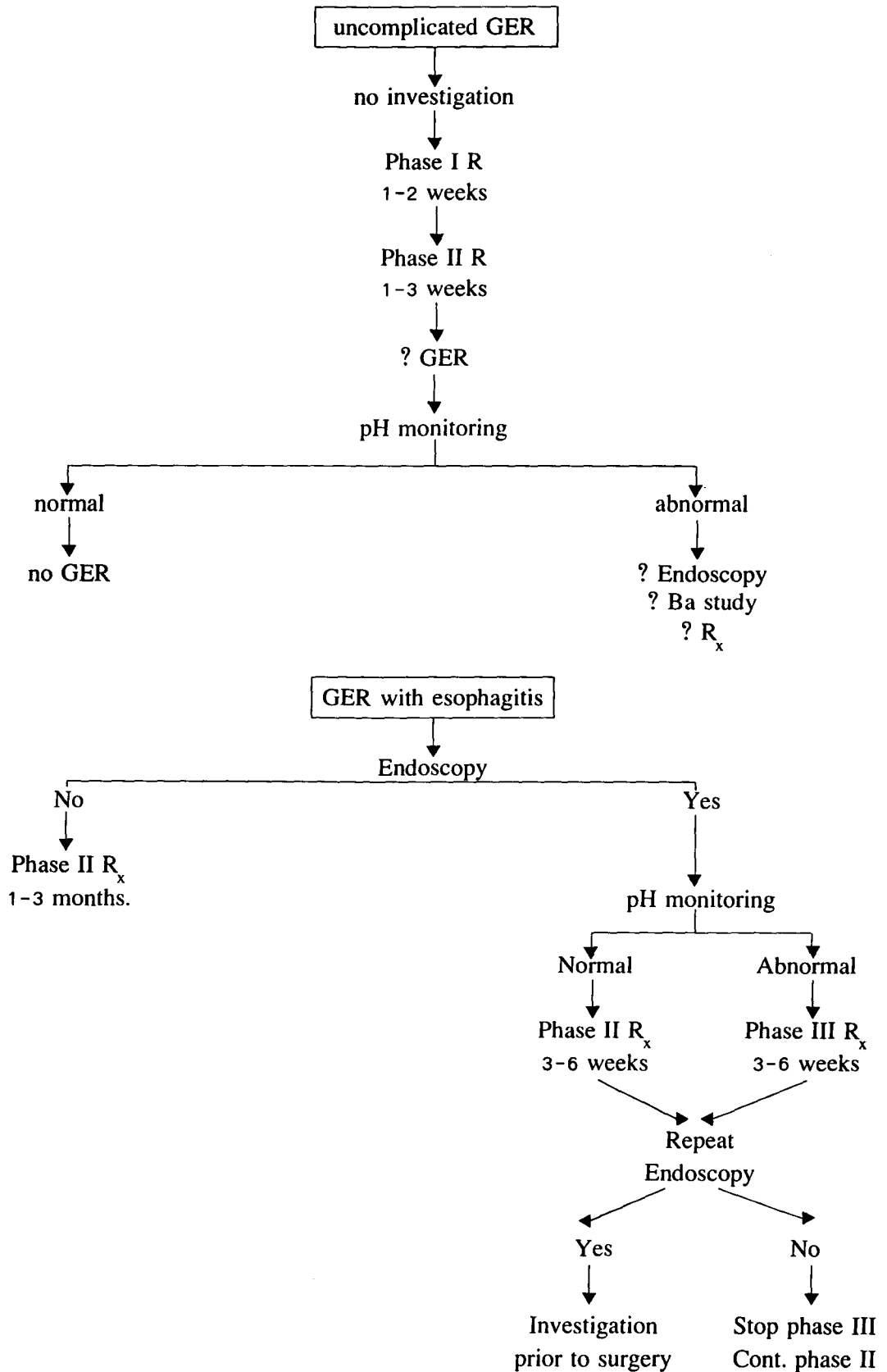
ตารางที่ 1 อาการแสดงของ GER ในระบบต่างๆ

GI Symptom	Extra GI Symptom
Vomiting	Recurrent URI
Regurgitation	Recurrent LRI
Periumbilical pain	Recurrent Otitis media
Epigastrium pain	Anemia (Chronic blood loss)
belching, bloating	Edema
Feeding refusal	SIDS
Poor weight gain	Sleep apnea
Odynophagia	Awake apnea
Drooling; wet pillow	Hoarseness of voice
Nocturnal vomiting	
Bad smelling	

ตารางที่ 2 วิธีการตรวจวินิจฉัย GER

Test	Sensitivity %	Specificity %	Advantage	Disadvantage
Barium Esophagogram	40	85	available demonstrate structural abnormality	not sensitive
Radioscintigraphy	61	95	non-invasive, demonstrate gastric emptying time	can't demonstrate structural abnormality
24 hr. pH monitoring	98	96	showing of the severity	long-time monitor
Esophageal manometry	68	94	identify	cause of GER Can't use as single diagnostic test
Endoscopy	68	96	demonstrate esophagitis	
Esophageal Biopsy	77	91	demonstrate esophagitis	

แผนภูมิที่ 1 หลักการปฏิบัติใน GER



วิธีการวินิจฉัย

มีการเปรียบเทียบ sensitivity และ specificity ของการตรวจต่างๆ ไว้ดังในตารางที่ 2 ซึ่งจะเห็นว่าวิธีที่น่าเลือกทำคือ 24 hr. pH monitoring และ radio-scintigraphy

เนื่องจากการตรวจต่างๆ นี้ยังมีความยุ่งยากในการตรวจ ดังนั้นจึงแนะนำให้ในการรักษาไปก่อน หากรักษาแล้ว อาการยังไม่ดีขึ้นภายใน 4 สัปดาห์ จึงแนะนำให้ส่งตรวจด้วย pH monitoring หรือ Radioscintigraphy หรือ X-ray อื่นๆ ต่อไป ในรายที่เห็นว่ามี bile reflux จาก pH monitoring ต้องศึกษาการเกิด antro-duodenal reflux ด้วย

ดังนั้นจึงมีหลักการปฏิบัติดังแผนภูมิที่ 1

แนวทางการรักษา

วัยทารก

ระยะแรก (Phase I)

- ให้คำแนะนำแก่บิดามารดา
- แนะนำให้นอนคว่ำ หัวสูง 30° หลังอาหาร หรือเวลาหลับ
- ผสมสารที่ทำให้หมั้นเหนียวขึ้น เช่น วุ้น, เยลลี่, แป้งจากธัญพืช หรือใช้นมพิเศษ (carob-bean gum formula) ซึ่งจะทำให้มี gastric emptying เพิ่มขึ้น หรือใช้ MCT (Medium chained Triglyceride) ผสมด้วย

- ปรับชนิดของอาหาร ลดไขมัน งดซ็อกโกแลต งดอาหารที่มีรสเปรี้ยวต่างๆ เช่น ผลไม้ มะเขือเทศ ให้กินอาหารมีไขมันน้อยๆ แต่เพิ่มจำนวนมื้อได้

ระยะที่ 2 (Phase II)

- ให้ยาปรับการเคลื่อนไหวของหลอดอาหาร เช่น cisapride; domperidone

cisapride	0.2 มก./กก./ครั้ง
domperidone	0.3 มก./กก./ครั้ง
metoclopramide	0.2 มก./กก./ครั้ง
bethanecol	0.2 มก./กก./ครั้ง

ซึ่งยาในกลุ่ม metoclopramide และ bethanecol จะใช้เป็นระยะเวลานานไม่ได้ เนื่องจากมีอาการแทรกซ้อนมาก เช่น

ระยะที่ 3 (Phase III) หรือมีอาการหลอดอาหารอักเสบ (Reflux esophagitis)

- ยาห้ามการสร้างกรด - H₂ blocker คือ Cimetidine 20-25 มก./กก./วัน หรือ Ranitidine (3-6 มก./กก./วัน) หรือ Omeprazole 40 มก./1.73 ม.²

- ยารักษาแผล ได้แก่ Sucralfate

หากรักษา 3 ขั้นตอนนี้แล้วไม่ดีขึ้น หรือแผลในหลอดอาหารมีความรุนแรงระดับ 3 (grade III reflux esophagitis) หรือมีอาการทางระบบหายใจที่เป็นซ้ำและรุนแรง การพิจารณาการผ่าตัดแก้ไขด้วยวิธี Nissen Fundoplication หรือ Boix-Ochoa partial wrap