

แนวปฏิบัติการวินิจฉัยและการรักษากรดไหลย้อนในเด็กโดยสมาคมกุมารแพทย์ โรกระบบทางเดินอาหาร-ตับ และโภชนาวิทยาแห่งอเมริกาเหนือและยุโรป

Pediatric Gastroesophageal Reflux Clinical Practice Guideline: Joint Recommendations of North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition and the European Society of Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition

(Rosen R, Vandenplas Y, Singendonk M, et al., *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2018;66:516-54)

แปลและคัดย่อโดย

พญ.ระรอง เจริญเมือง

พญ.อมรพรรณ แก่นสาร

บทความนี้ไม่รวมแนวปฏิบัติการวินิจฉัยและการรักษาโรคกรดไหลย้อน ในทารกและเด็กที่มาพบแพทย์ ด้วยอาการนอกหลอดอาหาร (extraesophageal manifestation)

น้ำหนักของคำแนะนำที่เกี่ยวข้องกับการรักษา

Strong recommendation หมายถึง มีความชัดเจนของข้อมูลในการสนับสนุน

Weak recommendation หมายถึง ยังไม่มีความชัดเจนของข้อมูลในการสนับสนุน

น้ำหนักของคำแนะนำที่ไม่เกี่ยวข้องกับการรักษา

Strong recommendation หมายถึง มีข้อมูลการศึกษาแบบ prospective หลายการศึกษาที่สนับสนุน

Moderate recommendation หมายถึง มีข้อมูลการศึกษาแบบ retrospective หลายการศึกษาหรือ การศึกษาแบบ prospective บางการศึกษาที่สนับสนุน

Weak recommendation หมายถึง มีเพียงข้อมูลการศึกษาแบบ retrospective หรือข้อคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญที่สนับสนุน

1. คำนิยาม

ภาวะกรดไหลย้อน (GER) คือ ภาวะที่กรดหรือของเหลวจากกระเพาะอาหารไหลย้อนขึ้นสู่หลอดอาหาร ในทารกและเด็กโดย อาจมีหรือไม่มีอาการ แหวะ ขย้อน หรืออาเจียน

โรคกรดไหลย้อน (GERD) คือ ภาวะกรดไหลย้อนที่ก่อให้เกิดอาการไม่สุขสบายซึ่งรบกวนการทำกิจกรรมประจำวัน และ/หรือก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา

โรคกรดไหลย้อนยืดยื้อ (Refractory GERD) คือ โรคกรดไหลย้อนที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาที่เหมาะสม (optimal therapy) หลังจากได้รับการรักษาอย่างน้อย 8 สัปดาห์

การรักษาที่เหมาะสม (optimal therapy) หมายถึง การรักษาด้วยยาและ/หรือไม่ใช้ยาอย่างเต็มที่ ตามศักยภาพของสถานบริการและกุมารแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง

2. แนวทางในการวินิจฉัยแยกโรคกรดไหลย้อน(GERD) จากภาวะกรดไหลย้อน (GER)

ในทารกที่มีอาการแหวะบ่อย ควรซักประวัติและตรวจร่างกายโดยละเอียด และสังเกตอาการเตือนต่าง ๆ (ตารางที่ 1-3) ในการซักประวัติควรถามถึงอายุที่เริ่มมีอาการ ลักษณะของการแหวะ สำรอก หรืออาเจียน เช่น มีอาการตอนกลางคืน มีอาการทันทีหลังกิน หรือหลังกินเป็นเวลานาน อาหารที่ออกมา มีลักษณะย่อยแล้วหรือยังไม่ได้ย่อย การให้อาหาร เช่น ระยะเวลา ความถี่และปริมาณของอาหารที่ให้ในแต่ละครั้ง อาหารที่เสี่ยงต่อภูมิแพ้ ชนิดและปริมาณของนม วิธีการผสมนม การเจริญเติบโต การใช้ยา ประวัติครอบครัว และปัจจัยทั่วไปที่กระตุ้นให้เกิดอาการ เช่น ประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว การสูบบุหรี่ หรือสัมผัสควันบุหรี่

ทารกที่มีอาการแหวะนม แต่ยังคงเจริญเติบโตดี และไม่มีอาการแทรกซ้อน สามารถให้การวินิจฉัย physiologic GER ซึ่งพบบ่อยในทารกหลังจากอายุ 1 สัปดาห์ โดยไม่ต้องส่งตรวจเพิ่มเติมใดๆ ทารกที่ไม่เคยมีอาการแหวะนมมาก่อน แต่มีอาการเกิดขึ้นหลังอายุ 6 เดือน ควรนึกถึงอาเจียนจากสาเหตุอื่น ภาวะ physiologic GER จะหายเองเมื่อเวลาผ่านไปโดยไม่จำเป็นต้องรักษาด้วยยา แนวทางการวินิจฉัยสาเหตุทารกและเด็กโตที่มีอาการแหวะหรืออาเจียน แสดงดังแผนภูมิที่ 1 และ 2

เนื่องจากอาการโรคกรดไหลย้อนในทารกและเด็กไม่มีลักษณะเฉพาะเจาะจง ดังนั้นการซักประวัติและการตรวจร่างกาย จึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างมากในการแยกภาวะกรดไหลย้อนจากโรคกรดไหลย้อน รวมทั้งการหาภาวะแทรกซ้อนของโรคกรดไหลย้อน และแยกจากสาเหตุโรคอื่น แนะนำให้ใช้ตารางที่ 1-3 เพื่อเป็นแนวทางใน

การวินิจฉัยโรคกรดไหลย้อนในทารกและเด็กอายุตั้งแต่ 1-18 ปี) และโรคสาเหตุอื่นที่ควรวินิจฉัยแยกจากโรคกรดไหลย้อน (weak recommendation)

3. การตรวจเพิ่มเติมเพื่อวินิจฉัยโรคกรดไหลย้อน

การวินิจฉัยโรคกรดไหลย้อนส่วนใหญ่ใช้อาการทางคลินิกเป็นหลัก การส่งตรวจเพิ่มเติมมีจุดประสงค์เพื่อยืนยันการวินิจฉัยและใช้แยกจากสาเหตุอื่น

Strong recommendation สำหรับการส่งตรวจ

3.1 แนะนำการตรวจ esophago-gastro-duodenoscopy (EGD) เมื่อต้องการ

- 1) ประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับหลอดอาหารเช่น หลอดอาหารตีบ Barrett esophagus เป็นต้น
- 2) ต้องการวินิจฉัยแยกโรคอื่นๆ เช่น eosinophilic esophagitis, infectious esophagitis
- 3) ก่อนการปรับเพิ่มยารักษา

3.2 ไม่แนะนำวิธีการตรวจวัด pepsin ในน้ำลาย สำหรับการวินิจฉัยโรคกรดไหลย้อนในทารกและเด็ก เนื่องจากยังขาดข้อมูลจากการศึกษาที่มีคุณภาพ อีกทั้งยังไม่มีค่าปกติในเด็ก

3.3 ไม่แนะนำการวินิจฉัยโรคกรดไหลย้อนในทารกและเด็ก โดยใช้ extraesophageal biomarkers ได้แก่ การตรวจพบ pepsin หรือ lipid-laden macrophage ใน bronchoalveolar lavage การตรวจ pepsin ในของเหลวจากหูส่วนกลาง (middle ear fluid) และการวัดบิลิรูบินในหลอดอาหารอย่างต่อเนื่องด้วยไฟเบอร์ออปติก

3.4 ไม่แนะนำให้ใช้ การตรวจวัดการบีบตัวเคลื่อนไหวของหลอดอาหาร (esophageal manometry) ในการวินิจฉัยโรคกรดไหลย้อนในทารกและเด็ก แต่แนะนำให้ใช้เมื่อสงสัยโรคที่เกิดจากความผิดปกติในการบีบตัวเคลื่อนไหวของทางเดินอาหาร (motility disorder)

3.5 ไม่แนะนำวิธีตรวจ scintigraphy สำหรับวินิจฉัยโรคกรดไหลย้อนในทารกและเด็ก

3.6 พิจารณาใช้การตรวจ pH-impedance monitoring ของหลอดอาหาร เมื่อต้องการหาความสัมพันธ์ระหว่างการเกิดอาการกับการไหลย้อนสู่หลอดอาหารของ content ในกระเพาะอาหารทั้งที่มี pH เป็นกรด (acid reflux)

และไม่ใช้กรด (non-acid reflux) หรือเมื่อต้องการทราบบทบาทของ acid และ non acid reflux ต่อการเกิด reflux esophagitis รวมถึงลักษณะทางคลินิกที่สงสัยเกิดจากโรคกรดไหลย้อน

3.7 ถ้าไม่มีเครื่องตรวจ pH-impedance monitoring แนะนำให้วิธีตรวจ pH-monitoring ของหลอดอาหารเมื่อต้องการ

1) หาความสัมพันธ์ระหว่างอาการที่เกิดขึ้นกับภาวะการไหลย้อนของ content ในกระเพาะอาหารที่มี pH เป็นกรด (acid reflux)

2) เมื่อต้องการทราบบทบาทของ acid reflux ต่อการเกิด reflux esophagitis รวมถึงลักษณะทางคลินิกที่สงสัยเกิดจากโรคกรดไหลย้อน

3) ตรวจสอบประสิทธิภาพของการรักษาด้วยการยับยั้งการหลั่งกรด

วิธีการตรวจ pH-impedance monitoring ของหลอดอาหาร เป็นการวัดการเหนี่ยวนำไฟฟ้าของหลอดอาหารพร้อมกับวัดค่า pH ในเวลาเดียวกัน มีข้อได้เปรียบว่าการตรวจด้วย pH-monitoring เพียงอย่างเดียว เพราะสามารถแยกได้ว่าสิ่งที่ไหลย้อนจากกระเพาะอาหารสู่หลอดอาหารเป็นของเหลวหรือแก๊ส และมี pH เป็นกรด (acid reflux) หรือ ไม่ใช่กรด (non-acid reflux) นอกจากนี้สามารถบอกได้ว่าการไหลย้อนเกิดขึ้นตามหลังจากการกลืนหรือไม่ ข้อด้อยของการตรวจ pH-impedance monitoring คือ ราคาแพง ไม่มีใช้ในทุกโรงพยาบาล ไม่มีค่าปกติในเด็กที่ชัดเจน ต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญในการแปลผลและใช้เวลานาน นอกจากนี้ยังไม่มีการศึกษาชัดเจนในเด็ก เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างผลการตรวจ pH-impedance monitoring กับผลการรักษา

Moderate recommendation สำหรับการส่งตรวจ

3.8 ไม่แนะนำวิธีการทดลองให้อาหารผ่านทางสาย transpyloric / jejunal tube สำหรับการวินิจฉัยโรคกรดไหลย้อนในทารกและเด็ก เนื่องจากไม่มีข้อมูลการศึกษา

Weak recommendation สำหรับการส่งตรวจ

3.9 ไม่แนะนำการตรวจ esophago-gastro-duodenoscopy เพื่อวินิจฉัยโรคกรดไหลย้อนในทารกและเด็ก

3.10 ไม่แนะนำการส่งตรวจทางรังสีวิทยา กลืนแบเรียม (barium contrast studies) สำหรับวินิจฉัยโรคกรดไหลย้อนในทารกและเด็ก แต่จะส่งตรวจเมื่อสงสัยความผิดปกติทางกายวิภาคของทางเดินอาหารส่วนต้น อันเป็นสาเหตุของอาการอาเจียน หรืออาจเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคกรดไหลย้อน เช่น hiatal hernia, malrotation,

pyloric stenosis, duodenal web, duodenal stenosis, antral web, esophageal narrowing, Schatzki's ring, achalasia, esophageal stricture, esophageal extrinsic compression เป็นต้น

3.11 ไม่แนะนำการส่งตรวจ ultrasonography ซ่องท้องในการวินิจฉัยโรคกรดไหลย้อนในทารกและเด็ก แต่ให้ส่งตรวจเมื่อต้องการหาความผิดปกติทางกายวิภาคที่เป็นสาเหตุของอาการที่คล้ายกรดไหลย้อน เช่น pyloric stenosis, hydronephrosis, uretero-pelvic obstruction, gallstones, ovarian torsion เป็นต้น

3.12 ไม่แนะนำให้ใช้การกินยา proton pump inhibitor (PPIs) และดูอาการตอบสนอง เป็นวิธีการวินิจฉัยโรคกรดไหลย้อนในทารก เนื่องจากยังมีข้อมูลน้อย

3.13 แนะนำให้ใช้การกินยา PPIs นาน 4 ถึง 8 สัปดาห์ และดูอาการตอบสนอง เป็นวิธีการวินิจฉัยโรคกรดไหลย้อนในเด็กโต ที่มีอาการของโรคกรดไหลย้อนแบบเฉพาะ (typical symptoms) ได้แก่ heartburn, retrosternal หรือ epigastric pain แต่ไม่แนะนำให้ใช้วิธีดังกล่าว สำหรับการวินิจฉัยโรคกรดไหลย้อนในผู้ป่วยที่มาด้วยอาการนอกระบบทางเดินอาหาร

3.14 พิจารณาการตรวจ pH-impedance monitoring ของหลอดอาหาร เพื่อวินิจฉัยแยกโรค non-erosive reflux disease (NERD), hypersensitive esophagus และ functional heartburn ในผู้ป่วยที่มีอาการ heartburn แต่ผลการส่องกล้องตรวจหลอดอาหารปกติ

4. การรักษาโดยไม่ใช้ยา

Strong recommendation

4.1 ไม่แนะนำการรักษาอาการที่เกิดจากโรคกรดไหลย้อนในทารกที่นอนหลับ ด้วยการปรับท่านอน เช่น ยกศีรษะสูง นอนตะแคงหรือนอนคว่ำ

4.2 ถือว่าการให้คำแนะนำความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัย ทางเลือกในการรักษาและผลข้างเคียง รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนและการดำเนินโรสดังแผนภูมิที่ 1 แก่ผู้ปกครองและผู้ป่วย เป็นส่วนหนึ่งของการรักษาโรคกรดไหลย้อน

Weak recommendation

4.3 การรักษาเพื่อลดอาการสำรอกหรืออาเจียนในทารกโรคกรดไหลย้อนด้วยนมที่มีความหนืด (thickened feeding) โดยการผสมสารเพิ่มความหนืด

4.4 การปรับปริมาณและความถี่ในการให้อาหาร ตามอายุและน้ำหนัก เพื่อหลีกเลี่ยงการให้อาหารมากเกินไป ในทารกที่เป็นโรคกรดไหลย้อน

4.5 การใช้นมสูตร extensively hydrolyzed protein-based หรือ amino-acid based เป็นเวลา 2-4 สัปดาห์ เพื่อรักษาทารกที่สงสัยเป็นโรคกรดไหลย้อนและอาการไม่ดีขึ้นหลังการรักษาโดยไม่ใช้ยาอย่างเต็มที่แล้ว (optimal non-pharmacological treatment)

4.6 ทำนอนยกศีรษะสูงหรือนอนตะแคงซ้ายในการรักษาโรคกรดไหลย้อนในเด็กโต

4.7 ไม่แนะนำการนวดบำบัดเพื่อรักษาโรคกรดไหลย้อนในทารก

4.8 แนะนำพร้อมให้ความรู้แก่ผู้ปกครองและผู้ป่วยว่าน้ำหนักตัวที่มากเกินไป สัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของความชุกโรคกรดไหลย้อน

5. การรักษาโรคกรดไหลย้อนโดยใช้ยา

Strong recommendation

5.1 แนะนำให้ยายับยั้งการขับโปรตอน (proton pump inhibitors, PPIs) เป็นยากลุ่มแรกในการรักษาภาวะหลอดอาหารอักเสบจากโรคกรดไหลย้อนในทารกและเด็ก (แผนภูมิ 2) แต่ยังไม่มียาข้อสรุปถึงประโยชน์ในการใช้ ยายับยั้งการขับโปรตอนรักษาอาการร้องไห้ อาเจียน แหวะนม กระสับกระส่ายในโรคกรดไหลย้อน

5.2 แนะนำให้ใช้ยายับยั้งตัวรับฮิสตามีนชนิดที่ 2 (histamine-2 receptor antagonists, H2RAs) รักษาหลอดอาหารอักเสบจากโรคกรดไหลย้อนในทารกและเด็ก ในผู้ป่วยที่มีข้อห้ามหรือไม่สามารถใช้ยายับยั้งการขับโปรตอนได้

5.3 ไม่แนะนำให้ใช้ยายับยั้งการขับโปรตอนหรือยายับยั้งฮิสตามีนชนิดที่ 2 รักษาอาการร้องกวนหรือ กระสับกระส่ายและแหะนม ในทารกสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคกรดไหลย้อนอย่างแน่ชัด

5.4 แนะนำให้ใช้ยายับยั้งตัวรับฮิสตามีนชนิดที่ 2 หรือยายับยั้งการขับโปรตอน ในการรักษาอาการแสบร้อนกลางอก (heartburn) ปวดท้องบริเวณใต้ลิ้นปี่ หรือกลางอกทะลุหลัง (retrosternal pain) ซึ่งเป็นอาการจำเพาะของโรคกรดไหลย้อน

5.5 แนะนำให้ประเมินผลการรักษาและหาสาเหตุอื่น หากอาการไม่ดีขึ้นหลังรักษาโรคกรดไหลย้อนด้วยยาที่เหมาะสมนาน 4-8 สัปดาห์ (แผนภูมิที่ 2)

5.6 กรณีผู้ป่วยได้รับยายับยั้งตัวรับฮิสตามีนชนิดที่ 2 หรือ ยายับยั้งการขับโปรตอนรักษาเป็นระยะเวลานาน แนะนำให้คอยติดตามและประเมินว่าผู้ป่วยจำเป็นต้องรักษาต่อไปหรือไม่ (แผนภูมิ 2)

Weak recommendation

5.7 ไม่แนะนำให้ใช้ยาลดกรด (antacids) และ alginate ในการรักษาโรคกรดไหลย้อนในทารกและเด็กเป็นระยะเวลานาน เพราะอาจเกิดผลข้างเคียงจากยาที่มี aluminium เป็นส่วนประกอบ และทำให้ระดับ aluminium ในเลือดสูงขึ้น และจากยาที่มี calcium carbonate เป็นส่วนประกอบ ซึ่งทำให้เกิด milk alkali syndrome

5.8 ไม่แนะนำให้ใช้ยายับยั้งตัวรับฮิสตามีนชนิดที่ 2 หรือยายับยั้งการขับโปรตอน ในการรักษาอาการนอกหลอดอาหาร (extraesophageal manifestation) เช่น อาการไอ โรคหืด ภาวะหลอดลมไว ยกเว้นผู้ป่วยมีอาการจำเพาะของโรคกรดไหลย้อนร่วมด้วย และหรือได้รับการวินิจฉัยโรคกรดไหลย้อน จากการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ

5.9 ผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาตามปกติ ควรพิจารณาใช้ยา baclofen รักษา ก่อนนำผู้ป่วยไปรักษาโดยการผ่าตัด

5.10 ไม่แนะนำให้ใช้ยา domperidone ในการรักษา โรคกรดไหลย้อนในเด็กและทารก เนื่องจากยังขาดข้อมูลจากการศึกษาที่มีคุณภาพ

5.11 ไม่แนะนำให้ใช้ยา metoclopramide ในการรักษากรดไหลย้อนในเด็กและทารก เนื่องจากยังขาดข้อมูลจากการศึกษาที่มีคุณภาพ

5.12 ไม่แนะนำให้ใช้ยา prokinetics ได้แก่ erythromycin, bethanechol เป็นยาชนิดแรก ในการรักษาโรคกรดไหลย้อน เนื่องจากยังขาดข้อมูลสนับสนุน

6. การรักษาด้วยการผ่าตัดและการรักษาอื่นๆ

Strong recommendation

6.1 ไม่แนะนำรักษาโรคกรดไหลย้อนที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา โดยวิธี radio frequency ablation ที่บริเวณหลอดหลอดอาหารส่วนล่าง (lower esophageal sphincter) เพราะยังขาดข้อมูลในผู้ป่วยเด็ก

Weak recommendation

6.2 จนถึงปัจจุบัน ยังไม่มีข้อมูลการศึกษาแบบสุ่มเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ในประสิทธิภาพของการผ่าตัด fundoplication รักษาโรคกรดไหลย้อนในเด็ก แต่อาจพิจารณาใช้การผ่าตัด fundoplication รักษาเด็กและทารกที่เป็นโรคกรดไหลย้อนร่วมกับภาวะต่อไปนี้

1) มีภาวะแทรกซ้อน ที่เป็นอันตรายแก่ชีวิต เช่น ระบบหัวใจและการหายใจล้มเหลว และไม่ได้ผลจากการรักษาด้วยยา

2) อาการของโรคกรดไหลย้อนไม่ดีขึ้นหลังรักษาด้วยยาอย่างเหมาะสมแล้ว

3) มีโรคเรื้อรังร่วมที่มีความเสี่ยง ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคกรดไหลย้อน เช่น ความบกพร่องของสมอง โรค cystic fibrosis

4) มีความจำเป็นต้องได้ยารักษาอย่างยาวนาน

6.3 ไม่แนะนำให้ใช้วิธีผ่าตัด esophagogastric disconnection เป็นวิธีแรกในการรักษาโรคกรดไหลย้อนที่มีอาการรุนแรงและไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา

6.4 แนะนำให้ใช้วิธีผ่าตัด esophagogastric disconnection ในผู้ป่วยโรคสมองและระบบประสาท ที่เป็นโรคกรดไหลย้อนและไม่ได้ผลจากการผ่าตัด fundoplication

6.5 พิจารณาวินิจฉัยให้อาหารผ่านขี้มหรือกระเพาะอาหาร (transpyrolic) หรือให้ทางลำไส้เล็กส่วน jejunum เป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการรักษา นอกจากการผ่าตัด fundoplication ในโรคกรดไหลย้อนที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา

6.6 ไม่แนะนำวิธีรักษาโรคกรดไหลย้อนที่ไม่ตอบสนองต่อยา โดยการส่องกล้อง endoscopic full thickness gastroplication เพราะยังไม่มีข้อมูลที่มากพอในเด็ก

7. ปัจจัยเกี่ยวกับการพยากรณ์โรคกรดไหลย้อนในทารกและเด็ก

ข้อมูลการพยากรณ์โรคกรดไหลย้อนในทารกและเด็กมีน้อยมาก จากการศึกษา 2 รายงาน พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคกรดไหลย้อนที่อายุน้อยกว่า 5 ปี และรักษาด้วยยายับยั้งการหลั่งกรดตั้งแต่เมื่อเริ่มได้รับการวินิจฉัย อาจพยากรณ์โรคไม่ดี ในขณะที่เพศ เชื้อชาติ และหรือประวัติโรคกรดไหลย้อนในครอบครัว รวมทั้งจำนวนครั้งของการพบแพทย์ไม่สัมพันธ์กับการพยากรณ์โรค

8. การติดตามและประเมินโรคกรดไหลย้อนที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา

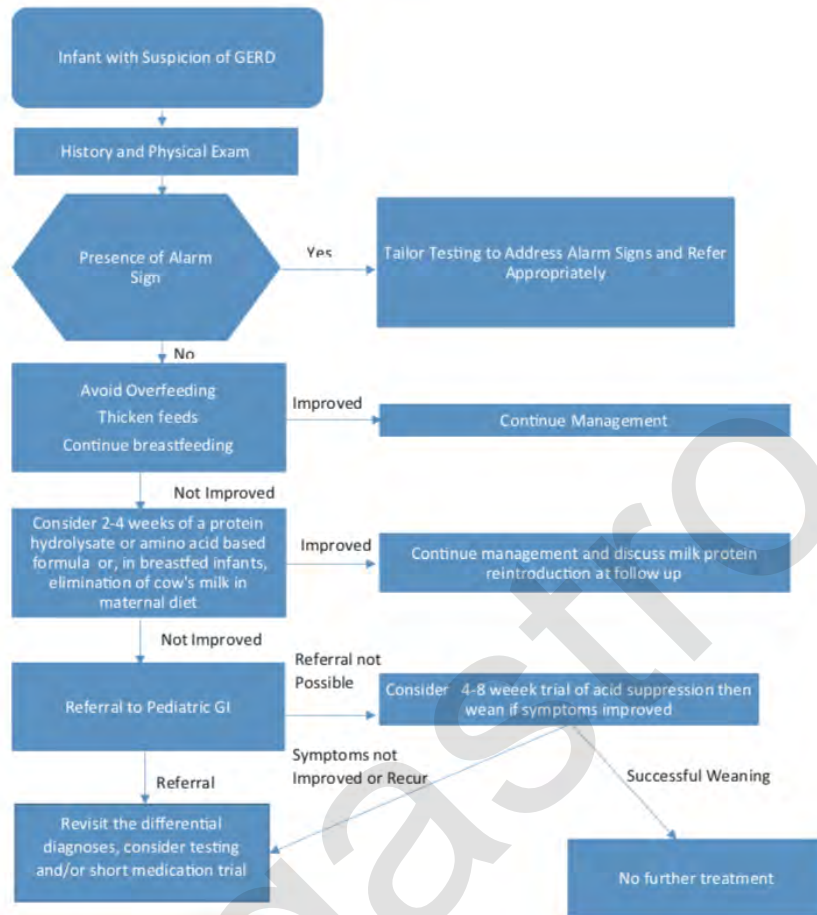
Strong recommendation

8.1 แนะนำให้ประเมินผลการรักษาและหาสาเหตุอื่นๆ หากผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยานาน 4-8 สัปดาห์

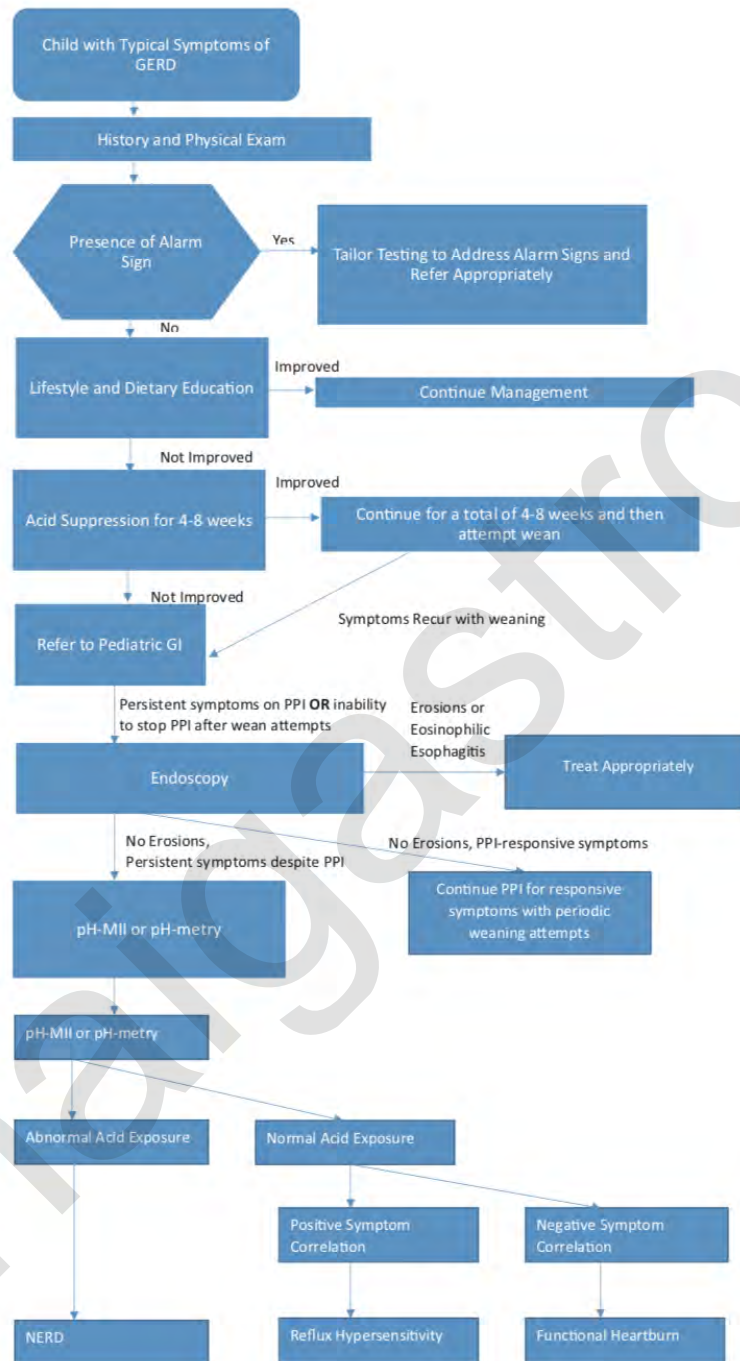
8.2 แนะนำให้ส่งต่อผู้ป่วยไปยังกุมารแพทย์โรคทางเดินอาหาร เมื่อผู้ป่วยมีกรณีดังนี้

- 1) มีสัญญาณเตือนอาการและอาการแสดงของโรคระบบทางเดินอาหารอื่นๆ (ตารางที่ 3)
- 2) ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา
- 3) ไม่สามารถหยุดยาได้อย่างถาวรภายในเวลา 6-12 เดือน (ควรพิจารณาประเมินผลการรักษาหลังรักษานาน 4-8 สัปดาห์ ถ้ามีอาการทางคลินิกที่บ่งชี้)

แผนภูมิที่ 1 แนวทางการการดูแลทารกที่มีอาการแหวะนม (regurgitation and/or vomiting)



แผนภูมิที่ 2 แนวทางการดูแลผู้ป่วยเด็กโตที่มีอาการของโรคกรดไหลย้อนแบบเฉพาะ (typical symptoms)



ตารางที่ 1 อาการและอาการแสดงที่อาจสัมพันธ์กับโรคกรดไหลย้อนในทารกและเด็กอายุ 0-18 ปี

Symptoms	Signs
General	General
Discomfort/irritability*	Dental erosion
Failure to Thrive	Anemia
Feeding refusal	
Dystonic neck posturing (Sandifer syndrome)	
Gastrointestinal	Gastrointestinal
Recurrent regurgitation with/without vomiting in the older child	Esophagitis
Heartburn/chest pain [†]	Esophageal stricture
Epigastric pain [†]	Barrett esophagus
Hematemesis	
Dysphagia/odynophagia	
Airway	Airway
Wheezing	Apnea spells
Stridor	Asthma
Cough	Recurrent pneumonia
Hoarseness	associated with aspiration
	Recurrent otitis media

BRUE = brief resolved unexplained event; GERD = gastroesophageal reflux disease.

*If excessive irritability and pain is the single manifestation, it is unlikely to be related to GERD.

[†]Typical symptoms of GERD in older children.

ตารางที่ 2 อาการและอาการแสดงเตือน (Red flag) ที่ควรสงสัยภาวะ/โรคอื่นมากกว่าโรคกรดไหลย้อน

Symptoms and signs	Remarks
General	
Weight loss	Suggesting a variety of conditions, including systemic infections
Lethargy	
Fever	
Excessive irritability/pain	
Dysuria	May suggest urinary tract infection, especially in infants and young children
Onset of regurgitation/vomiting >6 months or increasing/persisting >12-18 months of age	Late onset as well as symptoms increasing or persisting after infancy, based on natural course of the disease, may indicate a diagnosis other than GERD
Neurological	
Bulging fontanel/rapidly increasing head circumference	May suggest raised intracranial pressure for example due to meningitis, brain tumor or hydrocephalus
Seizures	
Macro/microcephaly	
Gastrointestinal	
Persistent forceful vomiting	Indicative of hypertrophic pyloric stenosis (infants up to 2 months old)
Nocturnal vomiting	May suggest increased intracranial pressure
Bilious vomiting	Regarded as symptom of intestinal obstruction. Possible causes include Hirschsprung disease, intestinal atresia or mid-gut volvulus or intussusception
Hematemesis	Suggests a potentially serious bleed from the esophagus, stomach or upper gut, possibly GERD-associated, occurring from acid-peptic disease [*] , Mallory-Weiss tear [†] or reflux-esophagitis.
Chronic diarrhea	May suggest food protein-induced gastroenteropathy [‡]
Rectal bleeding	Indicative of multiple conditions, including bacterial gastroenteritis, inflammatory bowel disease, as well as acute surgical conditions and food protein-induced gastroenteropathy rectal bleeding [‡] (bleeding caused by proctocolitis)
Abdominal distension	Indicative of obstruction, dysmotility, or anatomic abnormalities

GERD = gastroesophageal reflux disease; NSAID = non-steroidal antiinflammatory drugs.

^{*}Especially with NSAID use.

[†]Associated with vomiting.

[‡]More likely in infants with eczema and/or a strong family history of atopic disease.

ตาราง 3 การวินิจฉัยแยกโรคอื่นจากโรคกรดไหลย้อน

Gastrointestinal obstruction	Other gastrointestinal disorders
Pyloric stenosis	Achalasia
Malrotation with volvulus	Gastroparesis
Intussusception	Gastroenteritis
Hirschsprung disease	Peptic ulcer
Antral/duodenal web	Eosinophilic esophagitis
Foreign body	Food allergy/intolerance
Incarcerated hernia	Inflammatory bowel disease
Superior mesenteric artery (SMA) syndrome	Pancreatitis
Neurologic	Appendicitis
Hydrocephalus	Infectious
Subdural hematoma	Sepsis/meningitis
Intracranial hemorrhage	Urinary tract infection
Intracranial mass	Upper/lower airway infection
Metabolic/endocrine	Otitis media
Galactosemia	Hepatitis
Hereditary fructose intolerance	Others
Urea cycle defects	Pediatric condition falsification (PCF)/factitious disorder by proxy (FDP)
Amino and organic acidemias	Child neglect or abuse
Fatty acid oxidation disorders	Self-induced vomiting
Metabolic acidosis	Cyclic vomiting syndrome
Congenital adrenal hyperplasia/adrenal crisis	Rumination syndrome
Toxic	Renal
Lead poisoning	Obstructive uropathy
Other toxins	Renal insufficiency
Cardiac	
Heart failure	
Vascular ring	
Autonomic dysfunction	

ESPGHAN = European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition; GERD = gastroesophageal reflux disease; NASPGHAN = North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition.
* Adapted from the ESPGHAN/NASPGHAN 2009 GERD guidelines.

ตารางที่ 4 ยาที่ใช้บ่อยในการรักษาโรคกรดไหลย้อน

Drugs	Recommended pediatric dosages	Maximum dosages (based upon adult dosage)
Histamine-2 Receptor Antagonists (H2RAs)		
Ranitidine	5–10 mg/kg/day	300 mg
Cimetidine	30–40 mg/kg/day	800 mg
Nizatidine	10–20 mg/kg/day	300 mg
Famotidine	1 mg/kg/day	40 mg
Proton Pump Inhibitors (PPIs)		
Omeprazole	1–4 mg/kg/day	40 mg
Lansoprazole	2 mg/kg/day for infants	30 mg
Esomeprazole	10 mg/day (weight <20kg) or 20 mg/day (weight >20kg)	40 mg
Pantoprazole	1–2 mg/kg/day	40 mg
Prokinetics		
Metoclopramide	0.4–0.9 mg/kg/day	60 mg
Domperidone	0.8–0.9 mg/kg/day	30 mg
Baclofen	0.5 mg/kg/day	80 mg
Antacids		
Mg alginate plus simethicone	2.5 ml 3×/day (weight < 5kg) or 5 ml 3×/day (weight >5 kg)	NA
Sodium alginate	225 mg sodium alginate and magnesium alginate 87.5 mg) in a total 0.65 g One sachet/day (weight <4.54 kg) or Two sachet/day (weight >4.54 kg)	NA