

How Experts Do It

“การรักษาโรคเป็นทั้ง “ศาสตร์” และ “ศิลป์” การใช้ “ศาสตร์” เพียงอย่างเดียวบางครั้งก็ไม่พอ ต้องมี “ศิลป์” ซึ่งจะเกิดได้ก็ด้วยความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ คอล์มันน์คือการแบ่งปัน แนวคิด เทคนิค และประสบการณ์จากผู้ที่ได้รับการยอมรับว่าเป็น expert ในเรื่องนั้น”

Unimproved GERD After PPI Treatment

สุเทพ กลชาญวิทย์

รองศาสตราจารย์

หน่วยโรคทางเดินอาหาร

คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ถาม โดยทั่วไปการบอกว่าผู้ป่วยเป็น gastroesophageal reflux disease (GERD) ที่ไม่ตอบสนองต่อการใช้ยา proton pump inhibitor (PPI) ควรนิยามอย่างไร?

ตอบ ถ้าเป็น GERD ที่มีอาการทางหลอดอาหารเด่น เช่น heartburn หรือเรอเปรี้ยว ถ้าได้ PPI วันละครั้งเป็นเวลา 2 สัปดาห์แล้วไม่ดีขึ้นก็น่าจะบอกได้ แต่ถ้าเป็นอาการ extraesophageal หรืออาการทาง ENT อาจต้องใช้ยวันละ 2 ครั้งถึง 2-3 เดือนจึงจะบอกว่าไม่ได้ผล แต่ที่เคยทำวิจัยมาในผู้ป่วย ENT ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่อาการดีขึ้นที่ 3 เดือน มักจะเริ่มมีอาการดีขึ้นบางส่วนหลังได้ยาแค่ 2 สัปดาห์ ถ้าที่ 2 สัปดาห์ไม่ดีขึ้นเลย คืออาการแสบหรือเท่าเดิม ที่ 2-3 เดือนก็มักไม่ค่อยได้ผล

ถาม จากประสบการณ์ของอาจารย์ ผู้ป่วย GERD ในบ้านเราที่ไม่ตอบสนองต่อยา PPI พบมากน้อยเพียงใด?

ตอบ พบได้ค่อนข้างบ่อย ถ้าเป็นผู้ป่วยที่มาด้วยอาการ heartburn, regurgitation มักตอบสนองต่อ PPI ดี แต่ที่ไม่ตอบสนองมักเป็นพวกที่มีอาการทาง ENT หรือมีแค่อาการลมตีขึ้นอกหรือคอ แต่ถูกวินิจฉัยผิดว่าเป็น GERD

ถาม สาเหตุที่พบของผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อยา PPI เกิดจากอะไรบ้าง?

ตอบ ที่พบบ่อยที่สุดคือการ overdiagnosis ว่าเป็น GERD เพราะตามสถิติโดยทั่วไปผู้ป่วยที่มีอาการไม่เฉพาะและถูกวินิจฉัยว่าเป็น GERD นั้นมีเพียงร้อยละ 50 เท่านั้นที่เป็น GERD จริง ยิ่งถ้าเป็นผู้ป่วยที่ได้ PPI แล้วไม่ดีขึ้นแล้วมาหาเรา โอกาสเป็น GERD ก็ยิ่งน้อยลง เวลามาทำ 24-hour pH monitoring แล้วพบว่าร้อยละ 10-20 เท่านั้นที่เป็น GERD คือมี gastroesophageal reflux มากกว่าปกติ สาเหตุต่อมาคือเป็น esophageal dysmotility ชนิดต่างๆ เช่น hypertensive upper esophageal sphincter (UES) ในผู้ป่วย globus หรือเป็น diffuse esophageal spasm หรือ hypertensive lower esophageal sphincter (LES) ในผู้ป่วย non-cardiac chest pain เป็นต้น นอกจากนั้นผู้ป่วย achalasia ก็มีอาการ regurgitation คล้ายกรดไหลย้อนได้ ซึ่งเป็นกลุ่มที่ต้องใช้ยาที่ตรงข้ามหรือต้องห้ามใน GERD เลย คือ nitrate หรือ calcium-channel blocker

สาเหตุต่อมาคือ กลุ่มที่เป็น NERD จาก esophageal hypersensitivity ซึ่งเป็นกลุ่มที่จะตอบสนองต่อ PPI น้อยกว่ากลุ่ม erosive reflux disease แต่การใช้ยา tricyclic antidepressant (TCA) หรือ selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) จะช่วยได้ ซึ่งยากกลุ่ม TCA อาจทำให้กรดไหลย้อนมากขึ้นได้ แพทย์ทั่วไปจึงไม่มีใครกล้าใช้ยานี้ในผู้ป่วยที่สงสัยกรดไหลย้อนยกเว้นแพทย์ในสถาบันที่สามารถตรวจวัดการทำงานของหลอดอาหารหรือวัดการเกิดกรดไหลย้อนว่าจริงๆ แล้วผู้ป่วยมีกรดไหลย้อนมากน้อยแค่ไหนได้เท่านั้น ส่วนกลุ่ม non-acid reflux นั้นพบได้น้อยในบ้านเรา ดังนั้นที่พบบ่อยในบ้านเรามากเป็น esophageal dysmotility โดยเฉพาะถ้ามีประวัติกลืนแล้วแน่น กลืนติดหรือลมตีสวนขึ้นมากับที่เป็น NERD ชนิด visceral hypersensitivity

ถาม อาการทางคลินิกพอจะบอกได้หรือไม่รับว่ารายใดจะเป็น GERD จริง รายใดมักไม่ใช่?

ตอบ ถ้าเป็นอาการเรอเปรี้ยวมักเป็น GERD จริงแต่ถ้าเป็นลมตีขึ้นมักไม่ใช่ ส่วนอาการ globus หรืออาการทาง ENT นั้นประมาณครึ่งเดียวเท่านั้นที่จะเป็น GERD จริง ถ้าเป็นอาการแสบคอร้อนคอนั้นกิน PPI จะดีกว่ายาหลอก แต่ถ้าเป็น globus นั้น PPI จะไม่ต่างจากยาหลอก ส่วนพวกที่เรอลมมากๆ หรือตลอดเวลาเป็นร้อยๆ ครั้งต่อชั่วโมงนั้นมักไม่ใช่ GERD แต่มักเป็น supragastric belching หรือที่เรียกว่า air sucker จากการมี relaxed UES แล้วหายใจเข้าดูดลมลงไปในหลอดอาหาร แล้วเรอออกมา

ถาม กรณีอื่นหลังสุดที่อาจารย์พูดถึงนั้น ส่วนใหญ่มักเป็นโรคเครียดใช่หรือไม่ และรักษาอย่างไรครับ?

ตอบ การใช้ TCA, SSRI หรือ anxiolytics มักได้ผลดี

ถาม การสืบค้นที่ควรทำในผู้ป่วย GERD ที่ไม่ตอบสนองต่อ PPI คืออะไร?

ตอบ คือการตรวจ esophageal manometry และ impedance pH monitoring

ถาม มีความจำเป็นต้องส่องกล้อง (EGD) หรือไม่? เพราะทราบมาว่ามี diagnostic yield ต่ำมากๆ ในผู้ป่วย GERD ที่ไม่ตอบสนองต่อ PPI

ตอบ ใช่ครับ ส่วนใหญ่การส่องกล้องก็มักได้ผลปกติ แต่ก็ควรทำเพื่อไม่ให้พลาดโรคร้ายเช่น มะเร็ง ที่อาจมีอาการไม่ตรงไปตรงมา และ guideline ส่วนใหญ่ก็แนะนำให้ทำ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการเตือน (alarm symptom)

ถาม การส่องกล้องพบ hiatal hernia ช่วยบอกหรือไม่ครับว่าน่าจะเป็น GERD จริง?

ตอบ ถ้าเป็น hiatal hernia เล็กๆมักไม่ช่วยอะไร แต่ถ้าเป็นอันใหญ่ๆ ก็อาจช่วยบอกได้ว่าอาจเป็น GERD จริง

ถาม ควรต้อง biopsy เพื่อ rule out eosinophilic esophagitis เสมอหรือไม่?

ตอบ ไม่จำเป็น เพราะพบได้น้อยมากในบ้านเรา

ถาม การ biopsy เพื่อดู dilated intercellular space หรือการส่องกล้องแบบ magnifying หรือ NBI มีประโยชน์หรือไม่?

ตอบ ส่วนใหญ่ยังเป็นแค่ในงานวิจัย ไม่น่าช่วยอะไรนัก

ถาม ดังนั้นการสืบค้นหลักคือ esophageal manometry, pH monitoring และ impedance ซึ่งขณะนี้ก็ตรวจได้ไม่กี่แห่งใช่หรือไม่? และราคาเป็นอย่างไรครับ?

ตอบ ใช่ครับ แต่ผู้ป่วยที่อาการไม่ดีขึ้นก็พยายามเสาะหามาตรวจเพิ่มเติมอยู่ดี ส่วนราคาค่าตรวจที่จุฬาฯอยู่ที่ 4,500 บาท

ถาม ถูมากกว่าการตรวจ EGD หรือการตรวจ EGD ซ้ำๆ เสียอีก อาจารย์ช่วยกรุณาเล่าให้ฟังหน่อยครับว่าถ้าตรวจพบอะไรจะรักษาอย่างไร?

ตอบ ถ้าพบเป็น GERD (มีอาการ typical และมี acid reflux จริง) ก็น่าจะทำการผ่าตัด fundoplication โดยเฉพาะถ้าผู้ป่วยอายุน้อย ถ้าเป็น esophageal dysmotility จะให้ nitrate ซึ่งพบว่าได้ผลดี ถ้าเป็น visceral hypersensitivity ก็จะให้ TCA หรือ SSRI ซึ่งทั้งหมดนี้สามารถวินิจฉัยจากข้อมูลที่ได้จากการทำ esophageal manometry และ 24 hour impedance-pH monitoring

ถาม กลุ่มที่เป็น acid reflux จริงอาจารย์แนะนำว่าน่าจะผ่าตัดเลยหรือครับ? มีบทบาทของการเปลี่ยนชนิดของ PPI หรือเสริมด้วย bedtime H₂-blocker หรือไม่ครับ?

ตอบ แนะนำผ่าตัดครับ ซึ่งจากประสบการณ์พบว่าการผ่าตัดได้ผลค่อนข้างดี ส่วนการเปลี่ยนชนิด PPI ที่ รพ.จุฬาฯ ไม่น่าช่วยอะไรเพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่มักทดลองเปลี่ยน PPI มาหมดทุกชนิดแล้ว ส่วน bedtime H₂-blocker คิดว่าไม่ค่อยจำเป็น เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีอาการ daytime มากกว่า แต่อาจให้ในรายที่มีอาการมากตอนกลางคืนหรือตอนเช้ามืด ซึ่งอาจเกิดจาก nocturnal acid breakthrough เป็นต้น

ถาม ถ้าเป็นกลุ่ม non-acid reflux อาจารย์ใช้ baclofen หรือไม่?

ตอบ ใช้ได้แต่ผู้ป่วยมักทนอาการข้างเคียงของยาไม่ได้และหลังได้ PPI ถ้ายังมีอาการรบกวนมากจาก non-acid reflux และมีอายุน้อยเรามากแนะนำการผ่าตัดเช่นกัน ซึ่งผู้ป่วยต้องเลือกระหว่างการรับประทานยากับการผ่าตัด ส่วนผู้ป่วยที่มีข้อห้ามในการผ่าตัด baclofen ก็น่าจะมีประโยชน์

ถาม เนื่องจากผู้ป่วยที่มีปัญหา GERD ที่ไม่ตอบสนองต่อ PPI มีค่อนข้างมาก แต่โอกาสจะได้รับการตรวจอย่างครบถ้วนอย่างที่อาจารย์แนะนำคงทำได้ยาก แพทย์ผู้

ดูแลสามารถลองรักษาแบบ empiric ไปทางใดทางหนึ่งเลยได้หรือไม่?

ตอบ ก็พอจะทำได้ครับ แนะนำว่าถ้าจะลองน่าจะเลือกให้ TCA หรือ SSRI โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มี dyspepsia (functional dyspepsia) หรือ irritable bowel syndrome ร่วมด้วย

ถาม อาจารย์มีแนวทางการสั่ง TCA อย่างไรและพุดอย่างไรให้ผู้ป่วยยอมทานครับ?

ตอบ ผมจะบอกว่ายานี้จะช่วยลดการรับรู้ความรู้สึกที่ไวกว่าปกติของหลอดอาหาร และกว่ายาจะออกฤทธิ์ต้องใช้เวลานานประมาณ 2-3 สัปดาห์ไม่ใช่ใน 2-3 วันนี้ และเริ่มที่ amitriptyline หรือ nortriptyline 10 มก. ก่อนถ้าทนไหวค่อยเพิ่มเป็น 25 มก. ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มีปัญหาจาก visceral hypersensitivity มักมีอาการดีขึ้นและมักไม่จำเป็นที่จะต้องเพิ่มยามากกว่านี้

ถาม ส่วนการให้ empiric nitrate สำหรับกลุ่ม motility disorder หรือ empiric baclofen ไม่ควรหรือครับ?

ตอบ น่าจะให้หลังจากได้รับการตรวจและวินิจฉัยก่อน เพราะเป็นยาที่มีอาการข้างเคียงมาก

ถาม ผมเคยอ่านพบมีผู้เชี่ยวชาญแนะนำว่าอาจลองให้ baclofen ในรายที่มี regurgitation มากๆ?

ตอบ ถ้าเป็น food regurgitation สามารถให้ได้ แต่ถ้าเป็นลมขึ้นไม่ควรครับ

ถาม การลองให้ยา empiric แบบนี้ควรดูการตอบสนองนานแค่ไหนครับ?

ตอบ 2 สัปดาห์น่าจะเริ่มเห็นผล

ถาม ยาอื่นๆ เช่น alum milk, sucralfate, graviscon ฯลฯ ยังมีบทบาทหรือไม่?

ตอบ ยังมีในการลดอาการกำเริบเป็นบางครั้งคราวครับ

ถาม สุดท้ายนี้อยากให้อาจารย์ฝากหรือให้ข้อคิดอะไรแก่แพทย์ผู้อ่านเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วย GERD ครับ?

ตอบ อยากให้ถามประวัติอาการของผู้ป่วยอย่างถี่ถ้วนว่าน่าจะเป็น GERD จริงหรือไม่ เพราะอาจไม่ใช่ GERD และควรเน้นว่าอาการใดเป็นอาการที่รบกวนผู้ป่วยจริงๆ ซึ่งเราควรเน้นรักษาที่อาการนั้น เช่น ผู้ป่วยมีแน่นที่ลิ้นปี่หรืออึดแน่นท้องเป็นหลัก การมัวแต่ให้ PPI เพื่อรักษา GERD ก็ทำให้ผู้ป่วยไม่ดีขึ้น และเมื่อดีขึ้นในผู้ป่วย

ส่วนใหญ่ที่ไม่มีหลอดอาหารอักเสบควรพยายามให้ผู้ป่วยปรับลดยาลงเรื่อยๆ จนเหลือเป็น on demand ตามอาการครับ

ถาม ขอขอบคุณอาจารย์มากครับ