

ความชุกของโรคกรดไหลย้อนมาที่กล่องเสียงในประชากรที่มาเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี ในศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี

พรรณนิภา วิริยะอมรชัย พิเศษฐ์ วนิชากรตระกูล ภาณุวัฒน์ วงษ์วัฒน์
ภาควิชาโสต ศอ นาสิกวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

Received: February 12, 2020

Revised: July 13, 2020

Accepted: August 3, 2020

บทคัดย่อ

โรคกรดไหลย้อนมาที่กล่องเสียงเป็นโรคที่พบได้บ่อยทางโสต ศอ นาสิกวิทยา และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วย การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของโรคกรดไหลย้อนมาที่กล่องเสียง ในกลุ่มประชากรที่มาเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปีที่ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี และหาความสัมพันธ์ของปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อ โรคกรดไหลย้อนมาที่กล่องเสียง การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบ cross sectional study เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน 2556 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2556 โดยใช้แบบสอบถามดัชนีกรดไหลย้อน (reflux symptom index) ฉบับภาษาไทย โดยผ่านการหาค่าความเที่ยงตรง (validity) ความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบสอบถาม โดยได้ค่าความเที่ยงตรง 0.85 และค่าความเชื่อมั่น 0.86 การแปลผลจะวินิจฉัยโรคกรดไหลย้อนขึ้นมาที่กล่องเสียงเมื่อค่าดัชนีกรดไหลย้อนมากกว่า 13 จากการศึกษา มีประชากรจำนวนทั้งหมด 165 คน เป็นผู้ชายจำนวน 58 คน (ร้อยละ 35.2) ผู้หญิงจำนวน 107 คน (ร้อยละ 64.8) อายุระหว่าง 18-81 ปี (mean±SD: 44±14) มีค่า BMI เฉลี่ย 24.3 kg/m² ค่าเฉลี่ยดัชนีกรดไหลย้อน 6.7 คะแนน ผู้ที่มีค่าดัชนีกรดไหลย้อนมากกว่า 13 คะแนน มีจำนวน 24 คน (ร้อยละ 14.5) เป็นผู้หญิงจำนวน 15 คน (ร้อยละ 9) ผู้ชายจำนวน 9 คน (ร้อยละ 5.5) ต่อมัสฐานจำนวน 37 คน (ร้อยละ 22.4) สูบบุหรี่จำนวน 14 คน (ร้อยละ 8.5) ต่อมัชชา กาแฟ จำนวน 110 คน (ร้อยละ 66.7) ผลการศึกษาพบความชุกของโรคกรดไหลย้อนมาที่กล่องเสียงร้อยละ 14.5 ปัจจัยที่มีผลต่อดัชนีกรดไหลย้อน ได้แก่ การสูบบุหรี่ ส่วนปัจจัยด้านเพศ ดัชนีมวลกาย การดื่มแอลกอฮอล์ และการดื่มชา กาแฟ ไม่มีผลต่อดัชนีกรดไหลย้อน

คำสำคัญ: โรคกรดไหลย้อนมาที่กล่องเสียง การตรวจสุขภาพประจำปี ดัชนีกรดไหลย้อน

ผู้นิพนธ์ประสานงาน:

ภาณุวัฒน์ วงษ์วัฒน์

ภาควิชา โสต ศอ นาสิกวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

62 ม. 7 ถ.รังสิต-นครนายก ต.องครักษ์ อ.องครักษ์ จ.นครนายก 26120

อีเมล: panuwatw@g.swu.ac.th

Prevalence of laryngopharyngeal reflux in health annual check-up population at HRH Princess Maha Chakri Sirindhorn Medical Center

Pannipa Wiriyamornchai, Pisit Wanichakorntrakul, Panuwat Wongwattana
Department of Otolaryngology, Faculty of Medicine, Srinakharinwirot University

Abstract

Laryngopharyngeal reflux (LPR) is commonly diagnosed in otolaryngology clinic and negatively effects to the quality of life. This study aims to establish the prevalence of laryngopharyngeal reflux in health check up population at HRH Princess Maha Chakri Sirindhorn medical center and identify associated factors. The study design is a cross-sectional study. The data was collected from 1st June to 31st December 2013. All subjects were given the reflux symptom index (RSI) in Thai version. The validity and reliability assessment of RSI Thai version were 0.85 and 0.86. The RSI score greater than 13 is suggestive for laryngopharyngeal reflux. There were total of 165 subjects, including 58 males (35.2%) and 107 females (64.8%). The age were ranged from 18-81 years old (mean±SD: 44±14) and mean BMI were 24.3 kg/m². Mean RSI were 6.7. Twenty-four subjects reported RSI >13 (14.5%), which included 15 females (9%) and 9 males (5.5%). Thirty-seven subjects reported alcohol drinking (37%), 14 reported smoking (8.5%) and 110 had history of tea and coffee drinking (66.7%). In conclusion, the study showed that the prevalence of laryngopharyngeal reflux was 14.5%. Factors affecting laryngopharyngeal reflux included smoking. Meanwhile, factor not associated with laryngopharyngeal reflux included sex, BMI, alcohol drinking and tea-coffee drinking.

Keywords: laryngopharyngeal reflux, health checkup, reflux symptom index

Corresponding Author:

Panuwat Wongwattana

Department of Otolaryngology,

Faculty of Medicine, Srinakharinwirot University

62 Moo 7, Rangsit-Nakhon Nayok Road, Ongkharak, Nakhon Nayok, 26120

E-mail: panuwatw@g.swu.ac.th

บทนำ

โรคกรดไหลย้อนมาที่กล่องเสียง คือ โรคที่เกิดจากกรดจากกระเพาะอาหารมีการไหลย้อนกลับมาที่บริเวณกล่องเสียงและคอหอย ชื่อเรียกอื่นๆ ได้แก่ reflux laryngitis, posterior laryngitis, gastro-oesophageal reflux, extra-esophageal reflux, supra-esophageal reflux, gastro-oesophageal-laryngeal reflux เป็นต้น¹ ในกระเพาะอาหารจะมี acid, activated pepsin, proteolytic enzyme ซึ่งจำเป็นในการย่อยอาหาร สารเหล่านี้จะไปทำอันตรายต่อตัวเยื่อบุผิวบริเวณกล่องเสียงและคอหอย² ภาวะ extra-esophageal มีความสัมพันธ์กับโรคทางกล่องเสียงหลายโรค ได้แก่ reflux laryngitis, subglottic stenosis, laryngeal carcinoma, contact ulcers and granulomas, vocal nodules and arytenoid fixation อาการนำที่พบบ่อย ได้แก่ เสียงแหบ รู้สึกจุกบริเวณคอ รู้สึกเหมือนมีก้อนในลำคอ เจ็บคอ กลืนลำบาก ไอเรื้อรัง มีเสมหะมากในลำคอเรื้อรัง และอาการอื่นๆ ที่พบได้ไม่บ่อย เช่น ไช้น้ำสออักเสบ หูชั้นกลางอักเสบ³ ซึ่งอาการเหล่านี้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย อาการแสดงที่ตรวจพบบริเวณกล่องเสียง ได้แก่ erythema of posterior larynx, vocal fold edema, pseudosulcus of true vocal cord, ventricular obliteration, posterior commissure hypertrophy, granulation or granuloma, posterior glottis stenosis, hyperkeratosis of posterior laryngeal mucosa⁴ ลักษณะอาการของกรดไหลย้อนมาที่กล่องเสียงมักจะเป็นช่วงกลางวัน ในทำนอง ซึ่งจะแตกต่างกับภาวะกรดไหลย้อนมาที่หลอดอาหาร ซึ่งมักจะมีอาการแสบร้อนหน้าอกในช่วงเวลากลางคืน

การวินิจฉัยโรคกรดไหลย้อนมาที่กล่องเสียง นอกจากจากการซักประวัติและตรวจร่างกายแล้ว วิธีที่เป็นมาตรฐานในปัจจุบัน คือการใช้ 24 hour dual

channel pH probe monitoring⁸ คือการติดเครื่องเพื่อวัดค่าความเป็นกรดต่างที่บริเวณคอหอยและหลอดอาหาร แต่เนื่องจากเป็นวิธีที่ค่อนข้างยุ่งยาก มีค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างสูงในการตรวจจึงทำให้ยังได้รับความนิยมน้อยแพร่หลาย ปัจจุบันวิธีที่นิยมใช้ในการวินิจฉัยโรคกรดไหลย้อนมาที่กล่องเสียง คือการซักประวัติและตรวจร่างกาย จากการศึกษาของ Belafsky และคณะ ได้สร้างดัชนีกรดไหลย้อน (reflux symptom index) เพื่อช่วยในการวินิจฉัยภาวะกรดไหลย้อนมาที่กล่องเสียง โดยใช้ลักษณะอาการทั้งหมด 9 อาการมาประเมินความรุนแรง โดยให้ระดับความรุนแรงตั้งแต่ 0-5 คะแนน ถ้าคะแนนรวมมากกว่า 13 คะแนน วินิจฉัยว่ามีภาวะกรดไหลย้อนมาที่กล่องเสียง⁹

การรักษาโรคกรดไหลย้อนมาที่กล่องเสียงรักษาเหมือนกับโรคกรดไหลย้อนมาที่หลอดอาหาร โดยให้ยาในกลุ่ม proton pump inhibitor (PPI) และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การรับประทานอาหาร เป็นต้น¹²

ความชุกของโรคกรดไหลย้อนมาที่กล่องเสียง ยังไม่มีการศึกษามากนัก จากการศึกษาในกลุ่มประเทศยุโรปพบความชุกประมาณร้อยละ 4-10¹¹ ยังไม่มีการศึกษาในประเทศไทย สาเหตุการเกิดโรคยังไม่ทราบแน่ชัด พบว่ามีปัจจัยหลายปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการเกิดโรคกรดไหลย้อนของหลอดอาหาร ส่วนโรคกรดไหลย้อนมาที่กล่องเสียงยังไม่มีการศึกษามากนัก จึงทำให้คณะวิจัยสนใจที่จะทำการศึกษานี้ขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความชุกของโรคกรดไหลย้อนมาที่กล่องเสียง ในกลุ่มประชากรที่มาเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี ที่ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี

2. เพื่อศึกษาหาความสัมพันธ์ของปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อโรคกรดไหลย้อนมาที่กล่องเสียง

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบ cross sectional study กลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษาจะเป็นกลุ่มที่มาเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปีตรวจสุขภาพก่อนเข้าทำงาน หรือ ตรวจสุขภาพก่อนเข้าเรียน ที่ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน 2556 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2556 โดยเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเพื่อเข้าร่วมการศึกษา ได้แก่ ผู้ที่มาเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยออกจากการศึกษา ได้แก่ ผู้ที่ปฏิเสธการตอบแบบสอบถาม

แบบสอบถามดัชนีกรดไหลย้อน (reflux symptom index) แสดงในตารางที่ 1 และฉบับแปลเป็นภาษาไทย แสดงในตารางที่ 2 คณะวิจัยใช้ดัชนีกรดไหลย้อนฉบับภาษาไทยเก็บข้อมูลเกี่ยวกับอาการ

ของกรดไหลย้อน โดยแบบสอบถามนี้ได้ให้คะแนนความเหมาะสมจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโสต ศอ นาสิกวิทยา จำนวน 3 ท่าน เพื่อนำมาหาค่าความเที่ยงตรง (validity) ของแบบสอบถาม พบว่ามีค่าความเที่ยงตรง 0.85 (content validity index 0.85) และนำมาทดสอบในประชากรเพื่อนำมาหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบสอบถาม พบว่ามีค่าความเชื่อมั่น 0.86 (reliability cronbach's alpha 0.86) โดยประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 9 คำถามเกี่ยวกับลักษณะอาการของกรดไหลย้อน มีระดับคะแนนความรุนแรงของอาการเท่ากับ 0 - 5 คะแนน โดยที่ 0 คะแนน คือ ไม่มีอาการ และ 5 คะแนน คือ มีอาการมากที่สุดตามลำดับ ประเมินอาการในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา คะแนนรวมของแบบสอบถามเท่ากับ 0 - 45 คะแนน โดยค่าดัชนีกรดไหลย้อนมากกว่า 13 วินิจฉัยโรคกรดไหลย้อนมาที่กล่องเสียง

ตารางที่ 1 คำถามที่ใช้ประเมินอาการของโรคกรดไหลย้อนมาที่กล่องเสียง (RSI)⁹

Within the last month, how did the following problems affect you? Circle the appropriate response.	0 = no problem 5 = severe problem					
1. Hoarseness or a problem with your voice	0	1	2	3	4	5
2. Clearing your throat	0	1	2	3	4	5
3. Excess throat mucus or post nasal drip	0	1	2	3	4	5
4. Difficult swallowing food, liquid, or pills	0	1	2	3	4	5
5. Coughing after you ate or after lying down	0	1	2	3	4	5
6. Breathing difficulties or choking episodes	0	1	2	3	4	5
7. Troublesome or annoying cough	0	1	2	3	4	5
8. Sensation of something sticking in your throat or lump in your throat	0	1	2	3	4	5
9. Heartburn, chest pain, indigestion, or stomach acid coming up	0	1	2	3	4	5

ตารางที่ 2 คำถามที่ใช้ประเมินอาการของโรคกรดไหลย้อนมาที่กล่องเสียง (RSI) ฉบับภาษาไทย

ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาท่านถูกรบกวนโดยอาการดังต่อไปนี้หรือไม่	คะแนนความรุนแรง					
1. เสียงแหบหรือมีปัญหาการใช้เสียง	0	1	2	3	4	5
2. กระแอมบ่อยๆ	0	1	2	3	4	5
3. มีเสมหะในลำคอมากหรือเสมหะไหลลงคอ	0	1	2	3	4	5
4. กลืนอาหาร ของเหลวหรือเม็ดยาลำบาก	0	1	2	3	4	5
5. ไอหลังรับประทานอาหารหรือนอนราบ	0	1	2	3	4	5
6. หายใจลำบากหรือสำลัก	0	1	2	3	4	5
7. มีอาการไอจนรบกวน	0	1	2	3	4	5
8. รู้สึกมีอะไรติดคอหรือก้อนที่คอ	0	1	2	3	4	5
9. มีอาการแสบร้อนหน้าอก เจ็บหน้าอก อาหารไม่ย่อย หรือกรดในกระเพาะอาหารย้อนขึ้นมา	0	1	2	3	4	5

การใช้แบบทดสอบ reflux symptom index ฉบับภาษาไทย แพทย์จะเป็นผู้ให้รายละเอียดในการทำแบบสอบถาม และให้คำแนะนำเพิ่มเติมเกี่ยวกับลักษณะอาการ หลังจากทำแบบสอบถามเสร็จจะมีการรวมคะแนนทันที โดยที่ค่า reflux symptom index มากกว่า 13 ถือว่ามีภาวะกรดไหลย้อน หากวินิจฉัยกรดไหลย้อนจะได้รับคำแนะนำให้ตรวจเพิ่มเติมที่แผนกโสต คอ นาสิกวิทยา นอกจากนี้ มีการสอบถามข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับอายุ เพศ น้ำหนัก ส่วนสูง การดื่มเครื่องดื่มมีคาเฟอีนเป็นส่วนผสมมากกว่า 3 วันต่อสัปดาห์ เช่น ชา กาแฟ การดื่มสุราและการสูบบุหรี่ เป็นต้น

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

การหาค่าความเที่ยงตรง (validity) โดยใช้ content validity index หาค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดยใช้ reliability cronbach's alpha การหาความสัมพันธ์ของกรดไหลย้อนมาที่กล่องเสียงกับเพศ น้ำหนัก การดื่มเครื่องดื่มชา กาแฟ น้ำอัดลม

การดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่โดยใช้ independent t-test โดยมีค่านัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรม SPSS version 16

ผลการศึกษา

จากการศึกษามีประชากรเข้าร่วมการศึกษาทั้งหมดจำนวน 165 คน เป็นผู้ชายจำนวน 58 คน (ร้อยละ 35.2) ผู้หญิงจำนวน 107 คน (ร้อยละ 64.8) อายุระหว่าง 18-81 ปี (mean±SD: 44±14) มีค่า BMI เฉลี่ย 24.3 kg/m² ค่าเฉลี่ยดัชนีกรดไหลย้อน 6.7 คะแนน ผู้ที่มีค่าดัชนีกรดไหลย้อนมากกว่า 13 คะแนน มีจำนวน 24 คน (ร้อยละ 14.5) ดังนั้น ความชุกของโรคกรดไหลย้อนมาที่กล่องเสียงจากการศึกษานี้ คือร้อยละ 14.5 เป็นผู้หญิงจำนวน 15 คน (ร้อยละ 9) ผู้ชายจำนวน 9 คน (ร้อยละ 5.5) ดื่มสุราจำนวน 37 คน (ร้อยละ 22.4) สูบบุหรี่จำนวน 14 คน (ร้อยละ 8.5) ดื่มชา กาแฟจำนวน 110 คน (ร้อยละ 66.7) แสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

	ค่าเฉลี่ย	จำนวน (ร้อยละ)
อายุ	44	
เพศ		
ชาย		58 (35.2)
หญิง		107 (64.8)
ค่าดัชนีมวลกาย	6.7	
ค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 13 คะแนน		
ชาย		15 (9)
หญิง		9 (5.5)
BMI	24.3	
ดื่มสุรา		37 (22.4)
สูบบุหรี่		14 (8.5)
ดื่มชา กาแฟ		110 (66.7)

ศึกษาปัจจัยที่อาจมีผลกับดัชนีมวลกาย การสูบบุหรี่ การดื่มชา กาแฟ ว่ามีผลต่อดัชนีมวลกายได้แก่ ปัจจัยด้านเพศ BMI การดื่มแอลกอฮอล์ กรดไขมันหรือไม่ ผลแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ศึกษาปัจจัยต่างๆ ต่อดัชนีมวลกาย

ปัจจัยที่ศึกษา	จำนวน (ร้อยละ)	ดัชนีมวลกาย mean±SD	P-value*
เพศ			
ชาย	58 (35.2)	7.05±8	0.690
หญิง	107 (64.8)	6.55±7.5	
BMI			
<25	104 (63)	6.42±7.39	0.507
≥ 25	61 (37)	7.24±8.13	
การดื่มแอลกอฮอล์			
ดื่ม	37 (22.42)	7.32±8.13	0.592
ไม่ดื่ม	128 (77.58)	6.55±7.54	
การสูบบุหรี่			
สูบ	14 (8.48)	10.92±8.86	0.032
ไม่สูบ	151 (91.52)	6.33±7.45	
การดื่มชา กาแฟ			
ดื่ม > 3 วันต่อสัปดาห์	110 (66.67)	6.49±7.23	0.557
ไม่ดื่มหรือดื่ม ≤ 3 วันต่อสัปดาห์	55 (33.33)	7.20±8.50	

*Independent t-test

ศึกษาปัจจัยด้านเพศพบว่า เพศชายมีคะแนนเฉลี่ยดัชนีกรดไหลย้อน 7.05 คะแนน (mean±SD: 7.05±8) เพศหญิงมีคะแนนเฉลี่ยดัชนีกรดไหลย้อน 6.55 คะแนน (mean±SD: 6.55±7.5) จากการวิเคราะห์พบว่าคะแนนเฉลี่ย RSI ของเพศชายและเพศหญิงไม่มีความแตกต่างกัน (independent t-test=0.400, p=0.690)

ศึกษาปัจจัยด้านน้ำหนักพบว่า BMI เฉลี่ยในกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 24.39 kg/m² (mean±SD: 24.39±4.87) เมื่อนำมาวิเคราะห์พบว่าผู้ที่ BMI < 25 kg/m² จำนวน 104 คน มีคะแนนเฉลี่ยดัชนีกรดไหลย้อน 6.42 (mean±SD: 6.42±7.39) ส่วนผู้ที่มีค่า BMI ≥ 25 จำนวน 61 คน มีคะแนนเฉลี่ยดัชนีกรดไหลย้อน 7.24 คะแนน (mean±SD: 7.24±8.13) จากการวิเคราะห์พบว่าคะแนนเฉลี่ยดัชนีกรดไหลย้อนของผู้ที่มีค่า BMI < 25 และผู้ที่มีค่า BMI ≥ 25 ไม่แตกต่างกัน (independent t-test=0.665, p=0.507)

ศึกษาปัจจัยทางด้านการดื่มแอลกอฮอล์พบว่า ผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์มีคะแนนเฉลี่ยดัชนีกรดไหลย้อน 7.32 คะแนน (mean±SD: 7.32±8.13) ผู้ที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์มีคะแนนเฉลี่ยดัชนีกรดไหลย้อน 6.55 คะแนน (mean±SD: 6.55±7.54) จากการวิเคราะห์พบว่าคะแนนเฉลี่ยดัชนีกรดไหลย้อนของผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์และไม่ดื่มแอลกอฮอล์ไม่มีความแตกต่างกัน (independent t-test=0.537, p=0.592)

ศึกษาปัจจัยทางด้านการสูบบุหรี่ พบว่าผู้ที่สูบบุหรี่มีคะแนนเฉลี่ยดัชนีกรดไหลย้อน 10.92 คะแนน (mean±SD: 10.92±8.86) ผู้ที่ไม่สูบบุหรี่มีคะแนนเฉลี่ยดัชนีกรดไหลย้อน 6.33 คะแนน (mean±SD: 6.33±7.45) จากการวิเคราะห์พบว่าคะแนนเฉลี่ยดัชนีกรดไหลย้อนของผู้ที่สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (independent t-test=2.169, p=0.032)

ศึกษาปัจจัยด้านการดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ จากการศึกษพบว่าผู้ที่ดื่มชา กาแฟ

มากกว่า 3 วันต่อสัปดาห์มีคะแนนเฉลี่ยดัชนีกรดไหลย้อน 6.49 คะแนน (mean±SD: 6.49±7.23) ผู้ที่ไม่ดื่มหรือดื่มน้อยกว่าเท่ากับ 3 วันต่อสัปดาห์มีคะแนนเฉลี่ยดัชนีกรดไหลย้อน 7.20 คะแนน (mean±SD: 7.20±8.50) จากการวิเคราะห์พบว่าคะแนนเฉลี่ยดัชนีกรดไหลย้อนทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน (independent t-test=0.559, p=0.577)

อภิปรายผล

โรคกรดไหลย้อนมาที่กล่องเสียง คือภาวะที่มีกรดไหลย้อนจากกระเพาะอาหารมาที่บริเวณลำคอและกล่องเสียง ต่างกับโรคกรดไหลย้อนมาที่หลอดอาหาร ทั้งลักษณะการเกิดรูปแบบของกรดไหลย้อน ลักษณะอาการและอาการแสดง ผู้ป่วยที่มีภาวะกรดไหลย้อนมาที่กล่องเสียงส่วนมากจะไม่มีอาการระคายเคืองบริเวณหลอดอาหาร ดังนั้นอาการแสบร้อนหน้าอกจึงพบได้น้อยในภาวะกรดไหลย้อนมาที่กล่องเสียง^{1,6} โรคกรดไหลย้อนมาที่กล่องเสียงทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนหรือโรคร่วมทางหู คอ จมูก ได้ เช่น laryngitis, pharyngitis, sinusitis, obstructive sleep apnea syndrome และ otitis media¹³ จากการศึกษา Siupsinskiene พบว่าผู้ที่เป็นภาวะกรดไหลย้อนมาที่กล่องเสียงมีคุณภาพชีวิตที่แย่งสัมพันธ์กับอาการของกรดไหลย้อน¹⁴ การที่สามารถวินิจฉัยได้รวดเร็วและได้รับการรักษาที่ถูกต้องทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น

การศึกษาคความชุกของโรคกรดไหลย้อนมาที่กล่องเสียงในการศึกษาที่ผ่านมายังไม่ชัดเจนเนื่องจากค่อนข้างมีความแตกต่างกันในแต่ละการศึกษาตั้งแต่ร้อยละ 7.1¹⁵- 64¹⁶ โดยที่มากกว่าร้อยละ 10 มักพบในคนไข้ที่มาเข้ารับการตรวจรักษาที่แผนกหู คอ จมูก และมากกว่าร้อยละ 50 ของคนไข้ที่มาได้รับการรักษาเรื่องเสียงแหบมักสัมพันธ์กับโรคกรดไหลย้อนมาที่กล่องเสียง^{6,17} ซึ่งความแตกต่างกันของค่าความชุกของโรคนั้นส่วนใหญ่เกิดจากเกณฑ์การวินิจฉัยที่แตกต่างกัน การศึกษาของ Kamani

และคณะได้ทำการศึกษาในคนอังกฤษพบความชุกของกรดไหลย้อนมาที่กล่องเสียงร้อยละ 34.4 โดยใช้ค่าดัชนีกรดไหลย้อนมากกว่า 10¹¹ การศึกษาของ Sone และคณะได้ทำการศึกษาในกลุ่ม Health check up พบว่าความชุกของกรดไหลย้อนมาที่กล่องเสียงมีค่า 7.1 โดยใช้ค่าดัชนีกรดไหลย้อนมากกว่า 13¹⁵ และการศึกษา Spantidias ศึกษาในประชากรกรีก พบความชุกของกรดไหลย้อนมาที่กล่องเสียงร้อยละ 18.8 โดยใช้ค่าดัชนีกรดไหลย้อนมากกว่า 13¹⁸

การศึกษาของผู้วิจัยพบความชุกของกรดไหลย้อนมาที่กล่องเสียงในประชากรที่มาเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปีร้อยละ 14.5 และพบว่าการสูบบุหรี่มีผลทำให้ค่าดัชนีกรดไหลย้อนเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับคนที่ไม่สูบบุหรี่ แต่การดื่มแอลกอฮอล์ไม่พบว่า มีผลต่อดัชนีกรดไหลย้อน จากการศึกษาของ Lin CC และคณะ พบว่าทั้งการสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์มีผลต่อค่าดัชนีกรดไหลย้อน¹⁹ แต่การศึกษาของ Kamani ไม่พบความสัมพันธ์กันของการสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์¹¹ แต่ปัจจุบันถึงแม้ว่ายังไม่ได้ข้อสรุปที่ชัดเจนแต่ก็ยังคงจะแนะนำให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในด้านการหยุดสูบบุหรี่และลดการดื่มแอลกอฮอล์

ปัจจัยทางด้านเพศพบว่าไม่มีความแตกต่างกันในกลุ่มของผู้ชายและผู้หญิงซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา Spantidias และการศึกษาของ Kamani โดยพบว่าไม่มีความแตกต่างกันของการเกิดกรดไหลย้อนมาที่กล่องเสียงในทั้งสองกลุ่ม^{11,18}

ปัจจัยในเรื่องของ BMI ที่มากขึ้นพบว่ามีความสัมพันธ์กับกลุ่มโรคกรดไหลย้อนมาที่หลอดอาหาร²⁰ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kamani พบว่าการที่ค่า BMI เพิ่มขึ้นสอดคล้องกับจำนวนคนที่เกิดกรดไหลย้อนมาที่กล่องเสียงที่เพิ่มขึ้น¹¹ แต่จากการศึกษาของผู้วิจัยได้วิเคราะห์เปรียบเทียบเป็นค่า RSI พบว่าไม่มีความแตกต่างกันของคะแนน RSI

ในกลุ่มที่ BMI < 25 และในกลุ่มที่ BMI ≥ 25 ซึ่งการศึกษานี้แตกต่างกับการศึกษาของ Kamani ซึ่งนับเป็นจำนวนคนที่วินิจฉัยกรดไหลย้อน จึงไม่สามารถมาสรุปเปรียบเทียบกับได้

การดื่มชา กาแฟทำให้เกิดกรดไหลย้อนนั้น ปัจจุบันยังเป็นที่ถกเถียง^{21,22} มีการศึกษาในประชากรจีน กลุ่มเกษียณจำนวน 8,831 คน พบว่าการดื่มชาไม่มีความสัมพันธ์กับอาการกรดไหลย้อน²² แต่การดื่มกาแฟพบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดกรดไหลย้อน ในบางการศึกษา^{21,22} ในทางตรงข้ามก็มีการศึกษาที่พบว่า การดื่มชาและกาแฟไม่สัมพันธ์กับการเกิดกรดไหลย้อน และในการศึกษานี้ก็พบว่า การดื่มชา กาแฟไม่ได้สัมพันธ์กับการเกิดกรดไหลย้อนมาที่กล่องเสียง²³

สรุปผล

จากการศึกษาพบความชุกของกรดไหลย้อนมาที่กล่องเสียงร้อยละ 14.5 ปัจจัยที่มีผลต่อดัชนีกรดไหลย้อน ได้แก่ การสูบบุหรี่ ส่วนปัจจัยด้านเพศ ดัชนีมวลกาย การดื่มแอลกอฮอล์ และการดื่มชา กาแฟ ไม่มีผลต่อดัชนีกรดไหลย้อน

References

1. Koufman JA, Aviv JE, Casiano RR, et al. Laryngopharyngeal reflux: position statement of the committee on speech, voice, and swallowing disorders of the American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2002;127(1):32-5.
2. Printza A, Speletas M, Triaridis S, et al. Is pepsin detected in the saliva of patients who experience pharyngeal reflux?. *Hippokratia* 2007;11(3):145.

3. Al-Saab F, Manoukian JJ, Al-Sabah B, et al. Linking Laryngopharyngeal Reflux to Otitis Media with Effusion: Pepsinogen Study of Adenoid Tissue and Middle Ear Fluid. *J Otolaryngol Head Neck Surg* 2008;37(4).
4. Koufman JA, Amin MR, Panetti M. Prevalence of reflux in 113 consecutive patients with laryngeal and voice disorders. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2000;123(4):385-8.
5. Moloy PJ, Charter R. The globus symptom: Incidence, therapeutic response, and age and sex relationships. *Arch Otolaryngol* 1982;108(11):740-4.
6. 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;101:1-78.
7. Postma GN, Belafsky PC, Tomek MS, et al. Esophageal motor function in laryngopharyngeal reflux is superior to that in classic gastroesophageal reflux disease. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2001;110(12):1114-6.
8. Wiener GJ, Koufman JA, Wu WC, et al. Chronic hoarseness secondary to gastroesophageal reflux disease: documentation with 24-h ambulatory pH monitoring. *Am J Gastroenterol* 1989;84(12):1503-8.
9. Belafsky PC, Postma GN, Koufman JA. Validity and reliability of the reflux symptom index (RSI). *J voice* 2002;16(2):274-7.
10. Ossakow SJ, Elta G, Colturi T, et al. Esophageal reflux and dysmotility as the basis for persistent cervical symptoms. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1987;96(4):387-92.
11. Kamani T, Penney S, Mitra I, et al. The prevalence of laryngopharyngeal reflux in the English population. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2012;269(10):2219-25.
12. Kahrilas PJ, Shaheen NJ, Vaezi MF. American Gastroenterological Association Medical Position Statement on the management of gastroesophageal reflux disease. *Gastroenterology* 2008;135(4):1383-91.
13. Al-Saab F, Manoukian JJ, Al-Sabah B, et al. Linking Laryngopharyngeal Reflux to Otitis Media with Effusion: Pepsinogen Study of Adenoid Tissue and Middle Ear Fluid. *J Otolaryngol Head Neck Surg* 2008;37(4).

14. Siupsinskiene N, Adamonis K, Toohill RJ. Quality of life in laryngopharyngeal reflux patients. *Laryngoscope* 2007;117(3):480-4.
15. Sone M, Katayama N, Kato T, et al. Prevalence of laryngopharyngeal reflux symptoms: comparison between health checkup examinees and patients with otitis media. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2012;146(4):562-6.
16. Reulbach TR, Belafsky PC, Blalock PD, et al. Occult laryngeal pathology in a community-based cohort. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2001;124(4):448-50.
17. Hopkins C, Yousaf U, Pedersen M. Acid reflux treatment for hoarseness. *Cochrane Database Syst Rev* 2006(1).
18. Spantideas N, Drosou E, Bougea A, et al. Laryngopharyngeal reflux disease in the Greek general population, prevalence and risk factors. *BMC Ear Nose Throat Disord* 2015;15(1):7.
19. Lin CC, Wang YY, Wang KL, et al. Association of heartburn and laryngopharyngeal symptoms with endoscopic reflux esophagitis, smoking, and drinking. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2009;141(2):264-71.
20. Dent J, El-Serag HB, Wallander M, et al. Epidemiology of gastro-oesophageal reflux disease: a systematic review. *Gut* 2005;54(5):710-7.
21. Vossoughinia H, Salari M, Amirmajdi EM, et al. An epidemiological study of gastroesophageal reflux disease and related risk factors in urban population of mashhad, iran. *Iran Red Crescent Med J* 2014;16(12).
22. Chen T, Lu M, Wang X, et al. Prevalence and risk factors of gastroesophageal reflux symptoms in a Chinese retiree cohort. *BMC Gastroenterol* 2012;12(1):161.
23. Wei TY, Hsueh PH, Wen SH, et al. The role of tea and coffee in the development of gastroesophageal reflux disease. *Tzu-Chi Med J* 2019;31(3):169.