



**รายชื่อคณะกรรมการชมรมโรคทางเดินอาหารและโรคตับในเด็ก
ปี พ.ศ. 2549 - 2553**

ที่ปรึกษา	พญ.วันดี วราวิทย์ พญ.จิราศรี วัชรดุลย์	คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช
ประธาน	พญ.บุษบา วิวัฒน์เวคิน	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รองประธานที่ 1	พญ.ลำดวน วงศ์สวัสดิ์	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
รองประธานที่ 2	นพ.ประพันธ์ อานเป็รื่อง	คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช
เลขาธิการ	พญ.นิยะดา วิทยาชัย	สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ มหาราชนิ
ผู้ช่วยเลขาธิการ	พญ.ศิริลักษณ์ เจนนวัตกรรม	สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ มหาราชนิ
เหรัญญิก	พญ.พรพิมล พัวประดิษฐ์	คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี
ผู้ช่วยเหรัญญิก	พญ.นภอร ภาวิจิตร	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคกรดไหลย้อนในเด็ก



ฝ่ายวิชาการและพญ.สุพร ดรีพงษ์ภรณา การอบรมแพทย์ ประจำบ้าน	พญ.วรรณช จงศรีสวัสดิ์ พญ.ลำดวน วงศ์สวัสดิ์ พญ.เพ็ญศรี โค้วสุวรรณ นพ.เสกสิต โอสธากุล พญ.เกศรา อัสดามงคล นพ.ภิเชก ยัมแย้ม	คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น
ฝ่ายเอนโดสโคปีย์ พญ.ปัญญาฉัตร รัตนมงคล ฝ่ายโรคตับ	นพ.ยง ภูววรรณ พญ.ปานียา เพ็ชรวิจิตร	โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี
ฝ่ายวิจัยและ สารสนเทศ	นพ.ถวัลย์พงษ์ อัครผล นพ.นิพัทธ์ สีมาขจร นพ.สงวนศักดิ์ ฤกษ์ศุภผล	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โรงพยาบาลมหाराชนครราชสีมา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ฝ่ายทะเบียน	นพ.ไพโรจน์ จงบัญญัติเจริญ พญ.ศุภระวรรณ อินทร์ขาว	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ฝ่ายประชาสัมพันธ์ พญ.สุภา หริกุล และหารายได้		สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ มหाराชนี

แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคกรดไหลย้อนในเด็ก



**รายชื่อคณะกรรมการจัดทำ CPG ระดับโรงพยาบาลจังหวัด
สำหรับกุมารแพทย์เรื่องโรคกรดไหลย้อน**

ที่ปรึกษา	พญ.วันดี วราวิทย์ พญ.จิราศรี วัชรดุลย์ พญ.สุภา หริกุล	มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยมหิดล สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ มหาราชนิ
ประธาน	พญ.บุษบา วิวัฒน์เวคิน	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
กรรมการ	พญ.เกศรา อัครดามงคล นพ.ถวัลย์พงษ์ อัครผล พญ.นภอร ภาวิจิตร พญ.นิยะดา วิทยาชัย นพ.นิพัทธ์ สิมชาจร นพ.ประพันธ์ อานเป็รื่อง พญ.ปัญญาจิตร รัตนมงคล พญ.ปานียา เพ็ชรวิจิตร พญ.เพ็ญศรี โค้วสุวรรณ พญ.พัชร เกียรติสารพิภพ นพ.ไพโรจน์ จงบุญญ์ดิเจริญ นพ.ภิเชก ยิ้มแย้ม พญ.วรรณช จงศรีสวัสดิ์ นพ.เสกสิต โอสธากุล พญ.สุพร ตรีพงษ์กรฤณา พญ.นาฏยพร จรรย์เรืองธีรกุล พญ.ศุภระวรรณ อินทร์ขาว พญ.ศิริลักษณ์ เจนนุวัตร พญ.อลิสรา ดำรงมณี	มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ มหาราชนิ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา มหาวิทยาลัยมหิดล โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยขอนแก่น วิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มหาวิทยาลัยมหิดล สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ มหาราชนิ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ มหาราชนิ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคกรดไหลย้อนในเด็ก



การให้น้ำหนักของหลักฐานและระดับของคำแนะนำวิธีปฏิบัติ

คุณภาพน้ำหนักของหลักฐานที่นำมาใช้ในการแนะนำวิธีปฏิบัติ (LEVEL OF EVIDENCE)

- ระดับ I** หลักฐานได้จากงานวิจัยที่เป็น randomized controlled trial หรือ systematic review ที่ดี อย่างน้อย 1 งานวิจัย
- ระดับ II** หลักฐานที่ได้จากการศึกษาที่เป็น non-randomized controlled trials หรือ before & after clinical trials หรือ cohort studies
- ระดับ III** หลักฐานที่ได้จากการศึกษาที่เป็น case-control studies
- ระดับ IV** หลักฐานที่ได้จากการศึกษาที่เป็น descriptive, case report หรือ case series
- ระดับ V** หลักฐานที่เป็น expert opinion หรือฉันทามติ (consensus) ของคณะผู้เชี่ยวชาญ

ระดับของคำแนะนำวิธีปฏิบัติ (GRADE OF RECOMMENDATION)

- ระดับ A** หลักฐานมีความชัดเจนมากทั้งด้านประสิทธิภาพและผลดีทางคลินิกอย่างชัดเจน คำแนะนำในระดับนี้ควรได้รับการสนับสนุนให้นำไปใช้เสมอ
- ระดับ B** หลักฐานมีความชัดเจนปานกลางด้านประสิทธิภาพ หรือมีความชัดเจนมากด้านประสิทธิภาพแต่มีข้อจำกัดในด้านผลดีทางคลินิก คำแนะนำในระดับนี้ควรแนะนำให้มีการนำไปใช้
- ระดับ C** หลักฐานด้านประสิทธิภาพยังมีไม่เพียงพอที่จะสนับสนุนหรือไม่สนับสนุนข้อแนะนำในการนำไปใช้ หรือหลักฐานด้านประสิทธิภาพอาจมีไม่มากกว่าภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นตามมา เช่น พิษของยา หรือราคาของการให้ยาป้องกันหรือการรักษาด้วยวิธีอื่น คำแนะนำในระดับนี้จะจัดไว้เป็นแนวทางเลือกอย่างหนึ่ง (optional) ของการรักษา
- ระดับ D** หลักฐานมีน้ำหนักมากปานกลางที่แสดงถึงการขาดประสิทธิภาพ หรือหลักฐานมีน้ำหนักมากปานกลางสำหรับผลลัพธ์ของผลข้างเคียง คำแนะนำในระดับนี้โดยทั่วไปไม่แนะนำให้มีการ นำไปใช้
- ระดับ E** หลักฐานมีน้ำหนักชัดเจนมากในการแสดงถึงการขาดหลักฐานด้านประสิทธิภาพ หรือหลักฐานชัดเจนสำหรับผลลัพธ์ของผลข้างเคียง คำแนะนำในระดับนี้ไม่แนะนำให้มีการนำไปใช้เลย

แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคกรดไหลย้อนในเด็ก

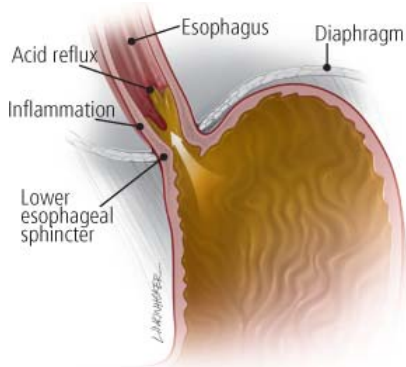


แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคกรดไหลย้อนในเด็ก

คำนิยาม

ภาวะกรดไหลย้อน (GASTROESOPHAGEAL REFLUX, GER)

ภาวะที่น้ำย่อยและ/หรืออาหารจากกระเพาะอาหารหรือลำไส้เล็กส่วนต้นไหลย้อนขึ้นไปในหลอดอาหาร เป็นภาวะปกติทางสรีรวิทยาที่พบได้บ่อยในเด็กทารก และหลังรับประทานอาหารในทุกอายุ



โรคกรดไหลย้อน (GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE, GERD)

ภาวะกรดไหลย้อนที่ก่อให้เกิดพยาธิสภาพหรือภาวะแทรกซ้อน เช่น หลอดอาหารอักเสบ น้ำหนักไม่ขึ้น อาการระบบทางเดินหายใจ หรือเกิดอาการที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต

แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคกรดไหลย้อนในเด็ก



อาการของโรคกรดไหลย้อน

ระบบทางเดินอาหาร (ESOPHAGEAL SYNDROME):

ขย้อน (regurgitation) อาเจียน อาเจียนเป็นเลือด
กลืนแล้วเจ็บ กลืนลำบาก อาการแสบร้อน/เจ็บยอดอก
(heartburn) ปวดท้องบริเวณลิ้นปี่ ปฏิเสธอาหาร* และ
น้ำหนักไม่ขึ้น

นอกระบบทางเดินอาหาร (EXTRA-ESOPHAGEAL SYNDROME):

หอบหืดที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษามาตรฐาน หายใจเสียงดัง/หวีด
ปอดอักเสบซ้ำซาก เชื้อหวัดหรือหยุดหายใจ(apparent life threatening event
[ALTE], apnea)* เสียงแหบ* ไชน์สอักเสบ* ร้องกวนผิดปกติ* หลังแอน(back
arching) หูชั้นกลางอักเสบ(otitis media)* และฟันกรามกร่อน(dental
erosion)*

*ยังไม่มีความสัมพันธ์ที่ชัดเจนกับความเกี่ยวข้องกับโรคกรดไหลย้อนที่ชัดเจน (poorly documented)

สัญญาณเตือน (ALARM SYMPTOMS)

คือ อาการและ/หรืออาการแสดงที่บ่งชี้ว่าน่าจะมีสาเหตุจากโรคอื่นและ
ควรได้รับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม เช่น

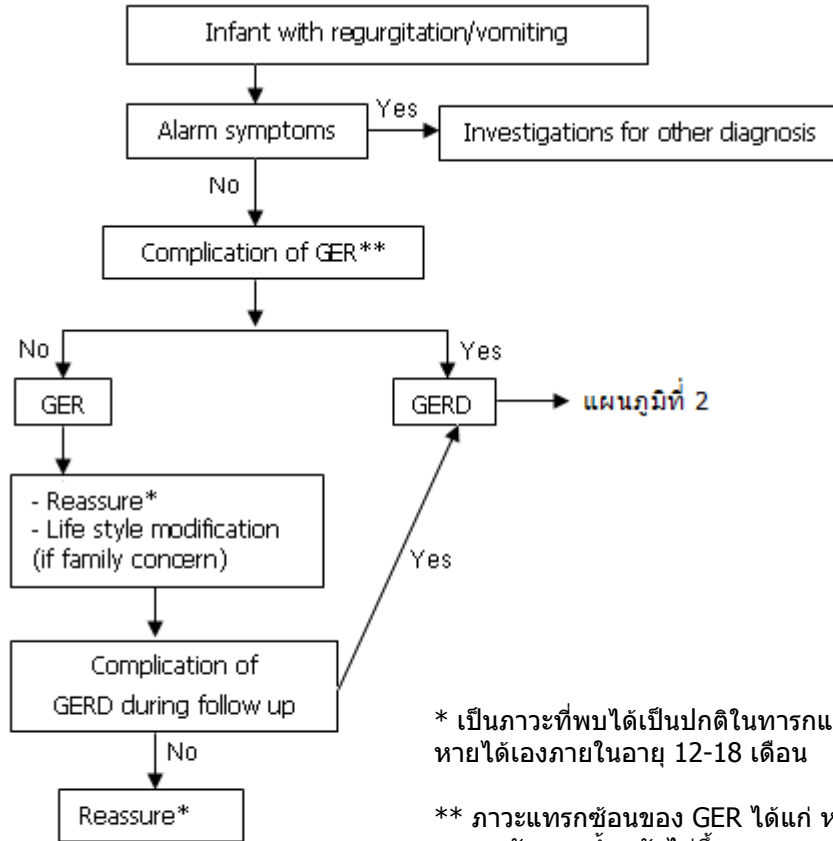
- ➡ อาการของลำไส้อุดตัน เช่น อาเจียนเป็นน้ำดี อาเจียนพุ่งและท้องอืด
- ➡ อาเจียนเป็นเลือด ถ่ายอุจจาระเป็นเลือด
- ➡ กลืนลำบาก
- ➡ อาการทางระบบประสาท เช่น ศีรษะโต กระหม่อมหน้าโป่งตึง และชัก
- ➡ การติดเชื้อ เช่น ไช้
- ➡ น้ำหนักลด
- ➡ เชื้อหวัด หรือหยุดหายใจ (apparent life threatening event [ALTE])

แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคกรดไหลย้อนในเด็ก



แนวทางการดูแลรักษา

แผนภูมิที่ 1 แนวทางการดูแลรักษาภาวะกรดไหลย้อนในเด็ก



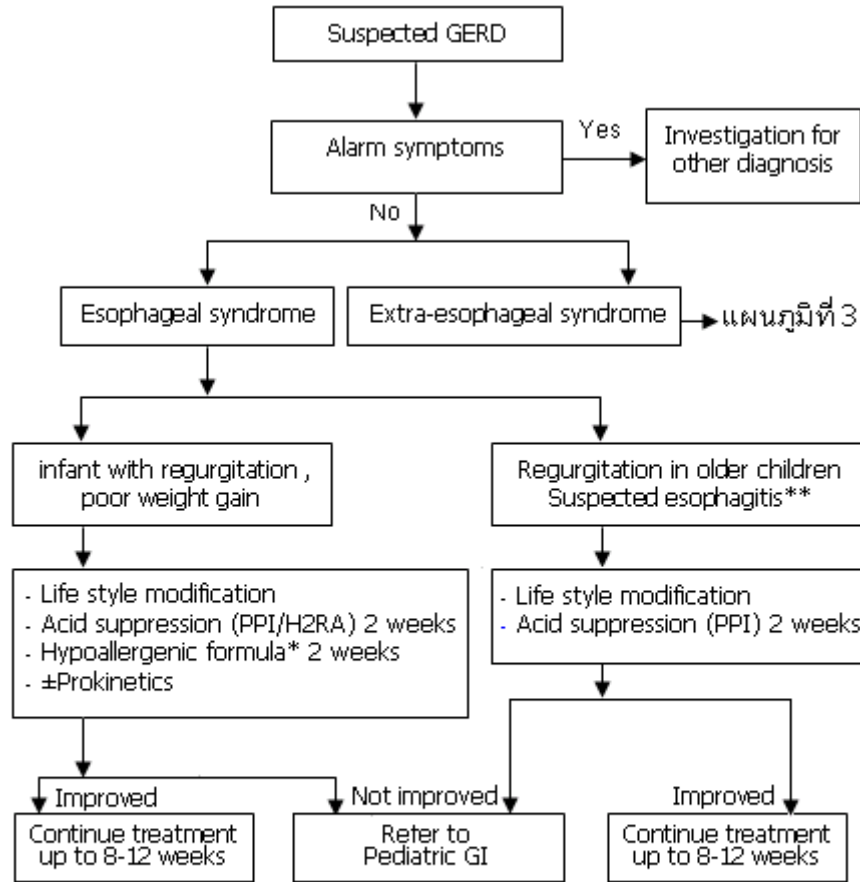
* เป็นภาวะที่พบได้เป็นปกติในทารกและหายได้เองภายในอายุ 12-18 เดือน

** ภาวะแทรกซ้อนของ GER ได้แก่ หลอดอาหารอักเสบ น้ำหนักไม่ขึ้น อากาศระบบทางเดินหายใจ หรือเกิดอาการที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต

แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคกรดไหลย้อนในเด็ก



แผนภูมิที่ 2 แนวทางการดูแลรักษาโรคกรดไหลย้อนในเด็ก



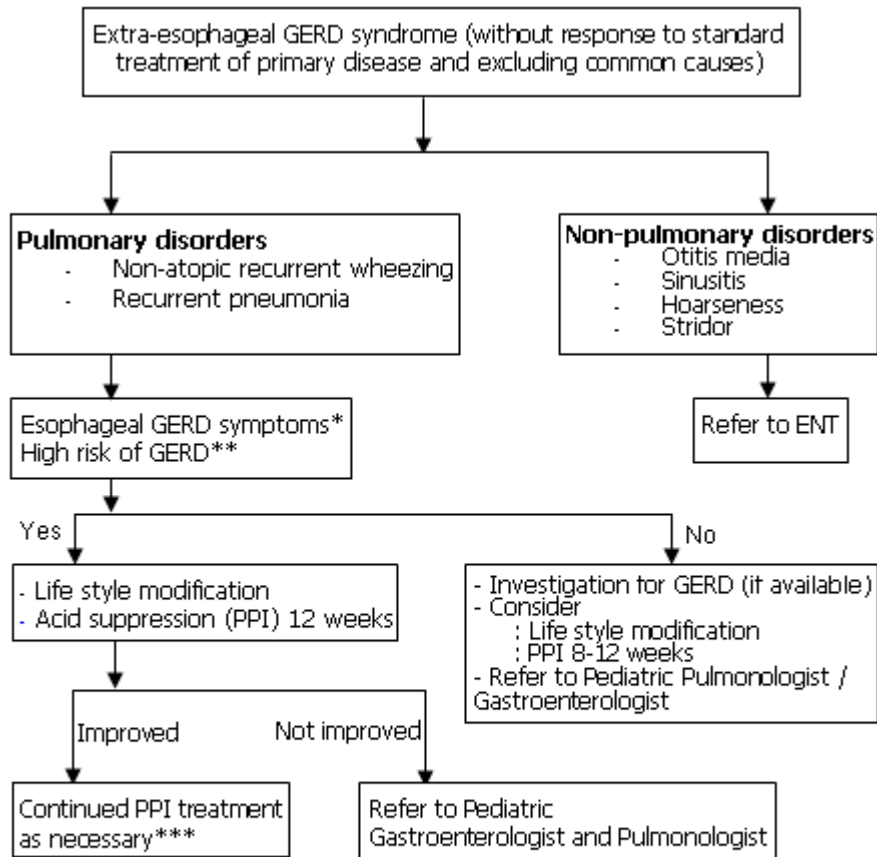
* ในกรณีมีอาการและ/หรืออาการแสดงของภาวะภูมิแพ้ หรือสงสัยภาวะแพ้นมวัว เช่น มีประวัติภูมิแพ้หรือหอบหืดในครอบครัว มี atopic dermatitis, allergic rhinitis, mucous bloody stool ให้ลอง Hypoallergenic formula โดยแนะนำให้ใช้ extensive protein hydrolysed formula ก่อนเริ่ม Acid Suppression หากดีขึ้นชัดเจนน่าจะเป็นภาวะแพ้นมวัว (level II, grade B)

** อาการที่สงสัย esophagitis ในทารกได้แก่ ร้องกวนมากผิดปกติเมื่ออาหารป้อนเสร็จ ในเด็กโต ได้แก่ อาการแสบร้อน/เจ็บยอดอก (heartburn) กลืนแล้วเจ็บ กลืนลำบาก

แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคกรดไหลย้อนในเด็ก



แผนภูมิที่ 3 แนวทางการดูแลรักษาโรคกรดไหลย้อนในเด็ก ที่มีอาการแสดงนอกระบบทางเดินอาหาร



*ได้แก่ อาการขย้อน แสบหน้าอก

**ได้แก่ ผู้ป่วยโรคพิการทางสมอง ผู้ป่วยโรคหลอดอาหารผิดปกติหรือหลังผ่าตัดหลอดอาหาร

***ยังไม่มีข้อมูลที่ชัดเจนในการรักษาระยะยาว

แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคกรดไหลย้อนในเด็ก



แนวทางการรักษาโรคกรดไหลย้อน

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (LIFE STYLE MODIFICATION)

การจัดท่า (POSITIONING)

เด็กเล็ก:

ท่านอนคว่ำช่วยลดภาวะกรดไหลย้อนได้ ส่วนท่านอนตะแคงซ้าย มีข้อมูลการศึกษาบ้างชี้ว่าอาจช่วยลดภาวะกรดไหลย้อน แต่การจัดท่านอนทั้งท่านอนคว่ำและนอนตะแคงซ้าย อาจเพิ่มปัจจัยเสี่ยงในการเกิด sudden infant death syndrome (SIDS) จึงแนะนำให้ทารกอยู่ในท่านอนหงาย (supine) (level I, grade A)



เด็กโต:

การนอนศีรษะสูง 30 องศาอาจมีประโยชน์ในกรณีที่มีอาการในระบบทางเดินหายใจ และกลืนเสียง (level II, grade B)

การปรับเปลี่ยนอาหาร

➔ สูตรอาหารที่ข้นหนืด (THICKENING FORMULA)

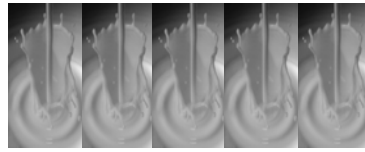
อาจมีประโยชน์ในทารก (level I, grade C) แต่มีข้อควรระวังในการเพิ่มพลังงานความเข้มข้น (caloric density) ที่สูงเกินไปในอาหาร อาจทำให้เกิดภาวะท้องอืด ถ่ายเหลว ไอและสำลักได้

อย่างไรก็ตาม thickening formula ไม่ได้ลดความถี่ในการเกิด reflux ในเด็กที่รับประทานนมแม่แนะนำให้รับประทานนมแม่ต่อ (grade A)

แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคกรดไหลย้อนในเด็ก



- ➔ รับประทานปริมาณน้อยๆ แต่บ่อยครั้ง ในเด็กโตแนะนำให้หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง และการรับประทานอาหารก่อนนอน (level V, grade C)



- ➔ Hypoallergenic formula อาจมีประโยชน์ในทารกอายุน้อยกว่า 1 ปี ที่สงสัยว่ามีภาวะแพ้โปรตีนนมวัว

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในเด็กโต



- ➔ หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง, ช็อคโกแลต, แอลกอฮอล์, กาแฟและเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน (level III-IV, grade B)
- ➔ หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ (level III, grade B) ลดน้ำหนักในผู้ป่วยโรคอ้วน (level III, grade B)

แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคกรดไหลย้อนในเด็ก



การรักษาทางยา

ACID SUPPRESSION THERAPY



- **PROTON PUMP INHIBITOR (PPI)** เช่น omeprazole, lansoprazole, esomeprazole เป็นต้น ให้ขนาดยา 1 mg/kg/day วันละครั้ง ก่อนอาหารเช้า 30 นาที แนะนำเป็น first-line treatment ในโรคกรดไหลย้อนที่มีหลอดอาหารอักเสบ (reflux esophagitis) (level I, grade A) และไม่ควรหยุดยาทันที โดย

แนะนำค่อยๆ ลดยาหลังการรักษา

- **H2 RECEPTOR ANTAGONIST (H2RA)** เช่น ranitidine, famotidine มีประสิทธิภาพในการรักษาหลอดอาหารอักเสบดีกว่า PPI แต่อาจใช้ได้ในกลุ่มที่ไม่มีหลอดอาหารอักเสบ

PROKINETICS

Prokinetics เช่น domperidone, cisapride, metoclopramide ประโยชน์ในการรักษาโรคกรดไหลย้อนไม่ชัดเจน (level I, grade C) การใช้จะต้องคำนึงถึงผลข้างเคียงต่อระบบประสาท และหัวใจ

ADJUVANT THERAPY

Adjuvant therapy เช่น Alginate จากการศึกษาพบว่าประโยชน์ในการรักษาโรคกรดไหลย้อนยังไม่ชัดเจน (level II, grade C)

แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคกรดไหลย้อนในเด็ก



ตารางที่ 1 ยาที่ใช้ในการรักษาโรคกรดไหลย้อน

ชนิดของยา	ขนาดยา	อาการข้างเคียงที่ควรระวัง
Prokinetics		
- Metoclopramide	0.1 มก./กก./ครั้ง วันละ 3-4 ครั้ง	ทำให้เกิดอาการเวียนศีรษะ ชิม ที่สำคัญคือ dystonic และ extrapyramidal movement
- Domperidone	0.3-0.6 มก./กก./ครั้ง วันละ 3-4 ครั้ง	ปวดศีรษะ ท้องเสีย มีการเพิ่ม serum prolactin ทำให้มี gynecomastia, galactorrhea
- Cisapride	0.2 มก./กก./ครั้ง วันละ 3-4 ครั้ง	ปวดท้อง ท้องร่วง พบประมาณ 2% อาการอื่นพบได้น้อยคือ ผื่น ลมพิษ หลอดลมหดรัดเกร็ง ปวดศีรษะ ปัสสาวะบ่อยๆ extrapyramidal effect ชัก และภาวะ prolonged QT
Histamine-2 receptor Antagonists		
- Ranitidine	5-10 มก./กก./วัน แบ่งวันละ 2 หรือ 3 ครั้ง	ปวดหัว เวียนหัว ปวดเมื่อย ท้องผูก คลื่นไส้ ผื่นผิวหนัง และเพิ่มระดับ aminotransferase ได้
- Famotidine	1 มก./กก./วัน แบ่งวันละ 2 ครั้ง	ในทารกจะพบอาการปวดหัว ชิม อาเจียน ได้เมื่อฉีดเข้าทางหลอดเลือด



เอกสารอ้างอิง

1. Rudolph C, Hassall E. Gastroesophageal Reflux in Walker's Textbook of Pediatric Gastroenterology 5th edition, p.59-71.
2. 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.
3. Tytgat GN, McColl K, Tack J, Holtmann G, Hunt et al New Algorithm for the treatment of gastroesophageal reflux disease Aliment Pharmacol ther 2008;27:249-56
4. Stavroulaki p. Diagnostic and management problems of laryngopharyngeal reflux disease in children. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology 2006;70:579-590
5. Fock KM, Talley NJ, Fass R, Goh KL, Katelaris P, Hunt R, Hongo M, Ang TL, Holtmann G, Nandurkar S, Lin SR, Wong BC, Chan FK, Rani AA, Bak YT, Sollano J, Ho KY, Manatsathit S. Asia-Pacific consensus on the management of gastroesophageal reflux disease: update. J Gastroenterol Hepatol. 2008;23:8-22
6. Tobin JM, McCloud P, Cameron DJ. Posture and gastroesophageal reflux: a case for left lateral positioning. Arch Dis Child 1997;76:254-8
7. Corvaglia L, Rotarori R, Ferlini M, et al. The effect of body position on gastroesophageal reflux in premature infant: evaluation by combined impedance and pH monitoring. J Pediatr 2007;151: 591-6.
8. Craig WR, Hanlon-Dearman A, Sinclair C, Taback S, Moffatt M. Metoclopramide, thickened feedings, and positioning for gastroesophageal reflux in children under two years. Cochrane Database Syst Rev. 2004 Oct 18;(4):CD003502
9. Horvath A, Dziechciarz P, Szajewska H. The effect of thickened-feed interventions on gastroesophageal reflux in infants: systematic review and meta-analysis of randomized, controlled trials. Pediatrics. 2008;122:e1268-77
10. Croxtall JD, Perry CM, Keating GM. Esomeprazole in Gastroesophageal Reflux Disease in Children and Adolescents. Pediatr Drugs 2008;10:199-205
11. Omari T, Davidson G, Bondarov P, Nauc ler E, Nilsson C, Lundborg P. Pharmacokinetics and acid-suppressive effects of esomeprazole

แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคกรดไหลย้อนในเด็ก



- in infants 1-24 months old with symptoms of gastroesophageal reflux disease. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2007;45:530-7
12. Gupta SK, Hassall E, Chiu YL, Amer F, Heyman MB. Presenting symptoms of nonerosive and erosive esophagitis in pediatric practice. Dig Dis Sci 2006;58:1144-50.
 13. Lang L, FDA approves nexium for use in children ages 1-11 years. Gastroenterology 2008,134;1282.
 14. Carroccio A Tacono G, Montalno G et al , Domperidone plus magnesium hydroxide and aluminum hydroxide: a valid therapy in children with gastroesophageal reflux. A double-blind randomized study versus placebo. Scand J gastroenterol;29:300-4.
 15. Augood c , Gilbert R, Logan S, Mcleanan S .Cisapride treatment for gastroesophageal reflux in children Cochrane Database sys Rev .2002;(3):CD 002300
 16. Hibbs AM, SA Lorch. Metoclopramide for the Treatment of Gastroesophageal Reflux Disease in Infants: A Systematic Review. Pediatrics 2006;118;746-52
 17. Mandel KG, Daggy BP, Brodie DA, Jacoby HI. Review article: alginate-raft formulations in the treatment of heartburn and acid reflux. Aliment Pharmacol Ther. 2000;14:669-90
 18. Greally P, Hampton FJ, MacFadyen UM, Simpson H. Gaviscon and Carobel compared with cisapride in gastro-oesophageal reflux. Arch Dis Child. 1992;67:618-21
 19. Dore MP, Maragkoudakis E, Fraley K, et al. Diet, lifestyle and gender in gastroesophageal reflux disease. Dig Dis Sci 2008;53:2027-32.
 20. Nilsson M, Johnsen R, Ye w, Hveem K, Laggren J. Lifestyle related risk factors in the etiology of gastro-oesophageal reflux. Gut 2004;53:1730-5.
 21. Kaltenbach T, Crockett S, Gerson LB. Are lifestyle measures effective in patients with gastroesophageal reflux disease?: an evidence based approach. Arch Intern Med 2006;166;965-71.