

การรักษาผู้ป่วยภาวะเลือดออกจากระบบทางเดินอาหาร โรงพยาบาลสุรินทร์

Upper gastrointestinal bleeding in Surin Hospital : a retrospective study

เฟด็จ หนูพันธ์ พ.บ.*

Phadet Noophun, M.D.*

ABSTRACT

- Objective** : Upper gastrointestinal bleeding is a frequent and potentially serious complication of most upper gastrointestinal tract diseases. Esophago-gastroduodenoscopy (EGD) is generally indicated for the management of patients admitted with upper gastrointestinal (GI) bleeding, however epidemiological studies are still limited in our region.
- Objective** : To evaluate the clinical characteristics, endoscopic findings, effectiveness of endoscopic treatment, and clinical outcomes of patients admitted to Surin Hospital with upper gastrointestinal bleeding, and to study the prevalence and role of *Helicobacter pylori* in patients with upper gastrointestinal bleeding
- Setting** : Endoscopic Unit, Department of internal medicine, Surin Hospital.
- Research design** : Retrospective study.
- Material** : 802 patients with upper gastrointestinal (GI) bleeding in Surin Hospital from January 2005 - December 2006 were included in the study.
- Methods** : A retrospective study of medical records from patients who underwent emergency endoscopy for upper gastrointestinal bleeding was performed during a period of 2 years.
- Results** : Most patients were male (64%), with a mean age of 57.11 ± 14.27 years. Most common cause of upper gastrointestinal bleeding was esophageal varices (33.5%). *Helicobacter pylori* could be detected in non variceal bleeding patients 46% by rapid urease test and was associated with duodenal ulcer more than gastric ulcer (71.9% vs 50.3%, $p < 0.05$). The high prevalence of variceal bleeding (34.1%) indicates a high rate of chronic liver diseases. Permanent hemostasis was achieved in 718 cases (89.5%) of the patients with first endoscopic treatment, and 22 cases (2.7%) required emergency surgery after second attempts for endoscopic intervention. The average length of hospital stay was 4.31 ± 3.03 days. The mortality rate was reported in 4.7% of the patients.
- Conclusions** : In patients with upper gastrointestinal bleeding, Esophagogastro-duodenoscopy (EGD) provides an accurate diagnostic tool and also therapeutic intervention when needed. Variceal bleeding was the major cause of upper GI bleeding in Surin hospital. Early, accurate EGD with appropriate therapeutic intervention is effective and is associated with improved outcomes for patients with upper GI hemorrhage.
- Key words** : Upper gastrointestinal bleeding, Esophagogastroduodenoscopy, *Helicobacter pylori* Diploma Thai Board of internal medicine and gastroenterology, Department of internal medicine, Surin Hospital.

บทคัดย่อ

เหตุผลของการวิจัย : ภาวะเลือดออกเฉียบพลันจากส่วนต้นของระบบทางเดินอาหาร เป็นภาวะฉุกเฉินทางอายุรกรรม ซึ่งพบได้บ่อยและส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยได้มาก อาจรุนแรงถึงแก่ชีวิตการส่องกล้อง Esophagogastroduodenoscopy (EGD) เป็นเครื่องมือที่ดีและเหมาะสมในการวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยที่มาด้วยภาวะเลือดออกเฉียบพลันจากส่วนต้นของระบบทางเดินอาหาร ข้อมูลของผู้ป่วยและตลอดจนผลการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มนี้ในเขตอีสานใต้ของประเทศไทยยังมีจำกัด การศึกษาข้อมูลดังกล่าวจะเป็นประโยชน์ในการรักษาผู้ป่วย ภาวะเลือดออกเฉียบพลันจากส่วนต้นของระบบทางเดินอาหารให้มีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาลักษณะผู้ป่วย ผลการส่องกล้อง Esophagogastroduodenoscopy (EGD) ประสิทธิภาพของการรักษาด้วยการส่องกล้อง และผลการรักษาของผู้ป่วยภาวะเลือดออกเฉียบพลันจากส่วนต้นของระบบทางเดินอาหารที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลสุรินทร์ และเพื่อศึกษาความชุกและความสัมพันธ์ของเชื้อ *Helicobacter pylori* ในผู้ป่วยกลุ่มนี้

สถานที่ศึกษา : ห้องผ่าตัด, กลุ่มงานอายุรกรรมและกลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์

รูปแบบการวิจัย : เป็นการศึกษาย้อนหลัง

วิธีการศึกษา : ศึกษาเชิงวิเคราะห์โดยการเก็บข้อมูลย้อนหลัง ผู้ชายที่วินิจฉัยภาวะเลือดออกเฉียบพลันจากส่วนต้นของระบบทางเดินอาหาร ในโรงพยาบาลสุรินทร์ ตั้งแต่ 1 มกราคม 2548 - 31 ธันวาคม 2549 เป็นระยะเวลา 2 ปี การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดแผลเปปติค โดยใช้สถิติ Chi-square, และ Fisher's exact test

ผลการศึกษา : มีผู้ป่วยภาวะเลือดออกเฉียบพลันจากส่วนต้นของระบบทางเดินอาหาร 802 คน ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยเพศชาย 513 คน (64%) เพศหญิง 289 คน (36%) อายุเฉลี่ย 57.11 ± 14.27 ปี สาเหตุที่พบมากที่สุดในผู้ป่วยภาวะเลือดออกเฉียบพลันจากส่วนต้น ระบบทางเดินอาหาร คือ Esophageal Varices พบได้ 269 คน (33.5%) ตรวจพบเชื้อ *Helicobacter pylori* ในผู้ป่วย non variceal bleeding 46% โดยวิธี rapid urease test และพบว่าผู้ป่วยที่มี duodenal ulcer พบเชื้อ *Helicobacter pylori* ได้ 71.9% ส่วนผู้ป่วย gastric ulcer พบเชื้อนี้ได้ 50.3% ซึ่งต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) พบผู้ป่วย Variceal Hemorrhage สูงถึง 34.1% แสดงให้เห็นว่ามีผู้ป่วยภาวะโรคตับเรื้อรังเป็นจำนวนมากในเขตนี้

ผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้อง Esophagogastroduodenoscopy (EGD) และประสบความสำเร็จในการหยุดภาวะเลือดออกจากการส่องกล้องครั้งแรก เป็น 718 คน (89.5%) และมีผู้ป่วย 22 ราย (2.7%) ต้องได้รับการรักษาโดยการ ผ่าตัดเพื่อหยุดภาวะเลือดออก หลังจากได้รับการส่องกล้องแล้ว 2 ครั้ง ผู้ป่วยนอนรักษาในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ย 4.31 ± 3.03 วัน อัตราตายในผู้ป่วยกลุ่มนี้ พบได้ 4.7%

สรุปผลการศึกษา : ผู้ป่วยที่มาด้วยภาวะเลือดออกเฉียบพลันจากระบบทางเดินอาหาร ควรจำเป็นต้องได้รับการรักษา โดยการส่องกล้อง Esophagogastroduodenoscopy ซึ่งเป็นเครื่องมือที่เหมาะสมในการวินิจฉัยและรักษาให้เลือดหยุดได้เป็นอย่างดี พบภาวะ Variceal bleeding ได้บ่อยเป็นสาเหตุหลักในโรงพยาบาลสุรินทร์ ผู้ป่วยมี duodenal ulcer จะพบเชื้อ *Helicobacter pylori* ในสัดส่วนมากกว่าผู้ป่วยมี gastric ulcer อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผู้ป่วยภาวะเลือดออกเฉียบพลันจากระบบทางเดินอาหาร ควรได้รับการส่องกล้อง EGD ภายใน 24 ชั่วโมง เพื่อวินิจฉัยและหยุดเลือดจะสามารถรักษาผู้ป่วยในกลุ่มนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บทนำ

ภาวะเลือดออกเฉียบพลันจากส่วนต้นของระบบทางเดินอาหาร เป็นภาวะฉุกเฉินทางอายุรกรรมที่พบบ่อยและสามารถก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วย ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และอาจมีอาการรุนแรงจนกระทั่งเสียชีวิตได้ ซึ่งถ้าผู้ป่วยเหล่านี้ได้รับการรักษาที่ถูกต้องและเหมาะสมตามมาตรฐานก็จะลดอัตราการนอนโรงพยาบาลและอัตราการเสียชีวิตได้

ปัจจุบันเครื่องมือที่เหมาะสมที่สุดในการสืบค้นหาสาเหตุของเลือดออกและทำการรักษาให้เลือดหยุดได้ คือ Esophagogastroduodenoscopy (EGD)¹ ซึ่งไม่เพียงช่วยในการวินิจฉัยสาเหตุของจุดเลือดออกเท่านั้น แต่ยังสามารถในการรักษาเพื่อทำให้เลือดหยุดได้ เช่น ถ้ามีภาวะเลือดออกจากเส้นเลือดออกจากเส้นเลือดขอดหลอดอาหาร (Bleeding Esophageal varices) ก็สามารถให้การรักษาโดยการรัดเส้นเลือดขอดด้วยหนังยาง (Variceal banding ligation) หรือหากส่องกล้องพบเลือดออกจากแผลในกระเพาะอาหาร (Bleeding peptic ulcers) ก็สามารถรักษาโดยการฉีดสาร Adrenaline และใช้จี้ความร้อน (Heater probe) เพื่อการรักษาให้เลือดหยุดได้ ภาวะเลือดออกจากแผลเปปติค (Bleeding peptic ulcer) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุดของแผลในกระเพาะอาหาร ส่งผลให้เกิดความเจ็บป่วยและเสียชีวิต ตลอดจนเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจำนวนมาก² จากการศึกษาพบว่าอุบัติการณ์ของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากภาวะเลือดออกจากแผลเปปติค พบมากถึง 102 ต่อ 100,000 คน ของประชากรทั่วไป ซึ่งข้อมูลพบว่าพบบ่อยในเพศชายและสูงอายุ³ อย่างไรก็ตามแม้ว่าจะมีการพัฒนาเทคนิคการส่องกล้อง EGD การใช้ยากลุ่ม Proton pump inhibitor และการผ่าตัดรักษา แต่ผลการรักษาโดยรวมก็ยังไม่เปลี่ยนแปลง

จากเดิมนัก อัตราตายเนื่องจากภาวะเลือดออกเฉียบพลันจากส่วนต้นของระบบทางเดินอาหารยังคงพบประมาณ 5-10%^{4,5} แสดงว่ามีปัจจัยหลายอย่างมาเกี่ยวข้องในการรักษา

จุดประสงค์ทางการศึกษาในครั้งนี้เพื่อต้องการทราบข้อมูลผู้ป่วย ลักษณะสาเหตุของภาวะเลือดออกที่วินิจฉัยจากการส่องกล้อง EGD ศึกษาประสิทธิภาพของการรักษาโดยการส่องกล้อง EGD และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โอกาสเกิดแผลเปปติคในกลุ่มผู้ป่วยที่มาปรึกษาเนื่องจากภาวะเลือดออกเฉียบพลันจากส่วนต้นของระบบทางเดินอาหารในโรงพยาบาลสุรินทร์

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่มาเข้ารับการรักษาด้วยอาการเลือดออกเฉียบพลันจากส่วนต้นของระบบทางเดินอาหาร
2. เพื่อศึกษาลักษณะที่พบได้จากการส่องกล้อง Esophagogastroduodenoscopy (EGD) ซึ่งเป็นสาเหตุของผู้ป่วยกลุ่มนี้
3. เพื่อศึกษาความชุกของเชื้อ Helicobacter pylori และความสัมพันธ์ของเชื้อนี้ต่อการเกิดแผลเปปติค
4. เพื่อศึกษาผลสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยด้วยกล้อง Esophagogastroduodenoscopy

คำจำกัดความ^{6,7}

1. Upper Gastrointestinal bleeding คือ ภาวะเลือดออกจากส่วนต้นของระบบทางเดินอาหาร ซึ่งหมายความรวมถึงตั้งแต่รอยโรคในช่องปาก หลอดอาหาร กระเพาะอาหาร และลำไส้เล็กส่วนต้นจนถึง Ligament of Treits
2. Gastritis คือ ภาวะกระเพาะอาหารอักเสบ ซึ่งลักษณะที่พบเห็นได้จากการส่องกล้องอาจเป็นลักษณะ Subepithelial hemorrhage

อาจเป็นหย่อม ๆ หรือทั่วไปทั้งกระเพาะอาหาร หรืออาจมีลักษณะเลือดซึมจากแผลกระเพาะอาหารอักเสบ

3. Rebleeding คือ การมีเลือดออกซ้ำจากรอยโรคในทางเดินอาหารส่วนต้นภายใน 72 ชั่วโมง หลังจากสามารถรักษาหยุดเลือดออกได้สำเร็จในครั้งแรกหลังจากเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา

ศึกษาเชิงวิเคราะห์ (Analytical study) แบบเก็บข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective) จากประวัติผู้ป่วยในโรงพยาบาลสุรินทร์

ประชากรตัวอย่างที่ศึกษา

ผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสุรินทร์ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2548 - 31 ธันวาคม 2549 เป็นระยะเวลา 2 ปี ซึ่งมีอายุ 14 ปีขึ้นไป และมาด้วยอาการ เลือดออกเฉียบพลันจากส่วนต้นของระบบทางเดินอาหาร จำนวนทั้งสิ้น 802 คน

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ
2. ตัวแปร ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ได้แก่ การติดเชื้อ *Helicobacter pylori* การใช้ยากกลุ่ม NSAIDs การสูบบุหรี่ และการดื่ม alcohol

3. ตัวแปร ผลการส่องกล้อง Esophagogastroduodenoscopy

4. ตัวแปร ผลการรักษาด้วยการส่องกล้อง Esophagogastroduodenoscopy

5. ตัวแปรจำนวนวันในการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลและอัตราการตายของผู้ป่วย

ขั้นตอนการเก็บข้อมูล

อาศัยข้อมูลจากทะเบียน Endoscopy unit และเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสุรินทร์ ตั้งแต่ 1 มกราคม 2548 - 31 ธันวาคม 2549

สถิติที่ใช้

สถิติเชิงพรรณนาใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

สถิติเชิงวิเคราะห์ที่ใช้ทดสอบตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดแผล Gastric Ulcer และ Duodenal ulcer โดยใช้สถิติ Chi-square และ Odd ratio

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยที่ทำการศึกษา 802 ราย (ตารางที่ 1) เป็นชาย 513 ราย (64%) หญิง 289 (36%) อายุเฉลี่ย 57.11 ± 14.27 ปี

ตารางที่ 1 เพศและอายุของผู้ป่วย

	ชาย	หญิง	รวม
จำนวน	513 ราย (64%)	289 ราย (36%)	802 (120%)
อายุเฉลี่ย	55.73 ± 14.64	59.57 ± 13.26	57.11 ± 14.27 ปี

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยอายุน้อยที่สุด อายุ 14 ปี และอายุมากที่สุด คือ 92 ปี ส่วนมากผู้ป่วยพบในช่วงอายุ 41-70 ปี พบผู้ป่วยมี

ประวัติการใช้ยาในกลุ่ม NSAIDs 344 ราย (42.9%) มีประวัติการสูบบุหรี่ 347 ราย (43.3%) และมีประวัติดื่มสุรา 395 ราย (49.3%) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ตารางแสดง Medical condition ของผู้ป่วย

Medical conditions	Present	absent
การใช้ยา NASIDS	344 (42.9%)	458 (57.1%)
การสูบบุหรี่	347 (43.3%)	455 (56.7%)
การดื่ม alcohol	395 (49.3%)	407 (50.7%)

ผู้ป่วยที่มาด้วยอาการเลือดออกจากส่วนต้นของระบบทางเดินอาหารจะได้รับการตรวจวินิจฉัยและรักษาตามมาตรฐานด้วยการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้นของแผนกอายุรกรรมและศัลยกรรมโรงพยาบาลสุรินทร์ ภายใน 24 ชั่วโมง ซึ่งตรวจพบรอยโรคที่ทำให้เลือดออกในผู้ป่วยโดยแบ่งตามสาเหตุ (ตารางที่ 3) ผู้ป่วยเหล่านี้อาจมาด้วยอาการ

อาเจียนเป็นเลือดสีดำ (coffee ground) หรืออาเจียนเป็นเลือดสดสีแดง (Hematemesis) สาเหตุที่พบบ่อยที่สุด คือ Esophageal varices 269 ราย (33.5%)

ส่วนสาเหตุรองลงมา ได้แก่ Gastritis 214 ราย (26.7%) ถัดมาเป็น Gastric ulcer 182 ราย (22.7%) สาเหตุอื่นดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 สาเหตุของเลือดออกจากระบบทางเดินอาหารส่วนต้น

สาเหตุ	จำนวน (ราย)	เปอร์เซ็นต์
1) Esophageal varices	269	33.5
2) Gastritis	214	26.7
3) Gastric Ulcer	182	22.7
4) Duodenal Ulcer	57	7.1
5) Gastric adenocarcinoma	19	2.4
6) Gastric Ulcer & Duodenal Ulcer	19	2.4
7) Esophagitis	16	2.0
8) Gastric lymphoma	6	0.7
9) Mallory Weiss Tear	6	0.7
10) Gastric varices	5	0.6
11) Esophageal Cancer	3	0.4
12) Dieulafoy's lesion	3	0.4
13) Duodenitis	3	0.4
รวม	802	100%

ผู้ป่วยเหล่านี้หลังจากได้รับการวินิจฉัยและรักษาโดยการส่องกล้อง EGD แล้วผู้ป่วยจะได้รับการรักษาด้วยการให้สารน้ำและเกลือแร่ชดเชยทางเส้นเลือดดำ และได้รับยาลดกรดกลุ่ม H₂ receptor blocker หรือ Proton pump inhibitors ถ้าหากผู้ป่วยมีสัญญาณชีพผิดปกติ หรือ shock ก็จะได้รับรักษาในห้อง ICU

ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยการส่องกล้อง (Endoscopic treatment) มีจำนวนทั้งสิ้น 385 ราย (48%) (ตารางที่ 4) โดยหัตถการที่ใช้รักษา

ผู้ป่วยมากที่สุด คือ Esophageal varices band ligation เพื่อใช้รักษา Bleeding Esophageal varices เป็นจำนวน 268 ราย (33.4%) รองลงมา ได้แก่ การฉีด adrenaline รอบแผลและใช้จี้ความร้อนเพื่อหยุดเลือด (Thermal coagulation) ในการรักษา Bleeding gastric ulcers และ duodenal ulcers เป็นจำนวน 112 ราย (14%) และมีผู้ป่วย 5 ราย (0.6%) ซึ่งได้รับการวินิจฉัยเป็น Bleeding gastric varices ก็ได้รับการรักษาโดยการฉีด Histoacryl glue

ตารางที่ 4 แสดง Endoscopic Treatment

Treatment	จำนวน (ราย)	เปอร์เซ็นต์
1) No Treatment	417	52.0
2) Esophageal Varices ligation (EVL)	268	33.4
3) Adrenaline injection with heater probe coagulation	112	14.0
4) Histoacryl Glue injection	5	0.6
รวม	802	100%

ผู้ป่วย 718 ราย (89.5%) สามารถหยุดเลือดออกได้หลังจากการส่องกล้องครั้งแรก และมีผู้ป่วยซึ่งมี rebleeding ภายใน 72 ชั่วโมง ซึ่งต้องได้รับการส่องกล้องเป็นครั้งที่ 2 และสามารถหยุดเลือดได้ พบ 62 ราย (7.7%) มีผู้ป่วยจำนวน 22 ราย (2.7%) ซึ่งหลังจากพยายามหยุดเลือดออกโดยการส่องกล้อง EGD อย่างเต็มที่ 2 ครั้ง แล้ว ยังมีภาวะเลือดออกอีก จึงต้องปรึกษาศัลยแพทย์เพื่อทำการผ่าตัดหยุดภาวะเลือดออก

ผู้ป่วยที่มาด้วยเลือดออกส่วนต้นของระบบทางเดินอาหาร มีค่าเฉลี่ยของจำนวนวันในการนอนรักษาในโรงพยาบาล คิดเป็น 4.31 ± 3.03 วัน พบผู้เสียชีวิตเนื่องจากภาวะเลือดออกส่วนต้นของระบบทางเดินอาหารเฉียบพลัน 38 ราย คิดเป็น 4.7%

แผลเปปติค (Peptic Ulcer) มีสาเหตุที่พบบ่อยร่วมกัน ได้แก่ การใช้ยา NSAIDs, เชื้อ *Helicobacter pylori* และการสูบบุหรี่ จึงได้ศึกษาหาความสัมพันธ์ของปัจจัยเหล่านี้

จากการศึกษานี้ พบว่าผู้ป่วยที่ติดเชื้อ *Helicobacter pylori* ซึ่งตรวจโดยวิธีการ rapid urease test จากชิ้นเนื้อในกระเพาะอาหารพบผู้ป่วย Duodenal ulcer มีเชื้อ *Helicobacter pylori* 71.9% ส่วนผู้ป่วย Gastric ulcer มีเชื้อ *Helicobacter pylori* 50.3% ซึ่งมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) (ตารางที่ 5) ส่วนปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ การใช้ยา NSAIDs, การสูบบุหรี่ และการดื่ม alcohol เมื่อเปรียบเทียบแล้วไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

ตารางที่ 5 ตารางแสดงปัจจัยเสี่ยงในการเกิด Gastric Ulcer และ Duodenal Ulcer

ปัจจัยเสี่ยง	Gastric Ulcer	Duodenal Ulcer	P-value
Helicobacter pylori infection	(92/182) 50.3%	(41/57) 71.9%	0.007
NSAIDs Users	(77/182) 42.3%	(30/57) 52.6%	0.224
Smokers	(81/182) 44.5%	(27/57) 47.4%	0.821
Alcohol Users	(78/182) 42.9%	(27/157) 47.4%	0.656

บทวิจารณ์

ภาวะเลือดออกเฉียบพลันจากส่วนต้นของระบบทางเดินอาหาร เป็นภาวะฉุกเฉินทางอายุรกรรมที่พบบ่อย และทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาโดยการนอนในโรงพยาบาล และหากมีอาการรุนแรงก็จะส่งผลในผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ในปัจจุบัน การศึกษาครั้งนี้เพื่อมุ่งเน้นศึกษาลักษณะของผู้ป่วย ลักษณะที่พบได้จากการส่องกล้อง ผลของการรักษาด้วยการส่องกล้องและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดผลเปปติก

จากการศึกษา พบว่าอายุเฉลี่ยของผู้ป่วย 57.11 ± 14.27 ปี โดยเฉลี่ยอายุที่พบบ่อย คือ 41-70 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มคนที่มีปัจจัยเสี่ยงมากขึ้น ทั้งในการใช้ยา NSAIDs, สูบบุหรี่และดื่มสุรา และพบว่าผู้ป่วยเพศชายมากกว่าเพศหญิงถึง 2 เท่าก็สอดคล้องกับการศึกษาอื่น ๆ^{8,9} และอาจอธิบายได้ว่าเพศชายมีการใช้ยา NSAIDs, สูบบุหรี่ และดื่มสุรามากกว่าเพศชาย

เป็นที่ทราบกันดีว่าการใช้ยา NSAIDs เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการเกิดภาวะเลือดออกจากระบบทางเดินอาหาร^{10,11} การศึกษา

ครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยมีประวัติการใช้ยา NSAIDs ถึง 42.9% และพบว่าในผู้ป่วยที่มีประวัติการใช้ยา NSAIDs เกิด Gastric ulcer 42.3% เกิด Duodenal ulcer 52.6% ซึ่งไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($P = 0.22$)

ปัจจัยการสูบบุหรี่และการดื่ม alcohol¹¹ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดภาวะเลือดออกจากระบบทางเดินอาหาร การศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยสูบบุหรี่ 43.3% และพบว่าผู้ป่วยสูบบุหรี่เกิด Gastric ulcer 44.5% เกิด Duodenal ulcer 47.4% ซึ่งไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($P = 0.81$) นอกจากนี้ยังพบผู้ป่วยดื่ม alcohol 49.3% พบว่ามีผู้ป่วยดื่มสุราเกิด Gastric Ulcer 42.9% เกิด Duodenal Ulcer 47.4% ซึ่งไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($P = 0.65$)

อย่างไรก็ดีการที่มีผู้ดื่ม alcohol มากถึง 47.4% ก็เป็นหลักฐานสนับสนุนว่ามีโอกาสทำให้เกิดภาวะตับแข็งจากการดื่ม alcohol และส่งผลให้เกิดภาวะ bleeding varices สูงถึง 34.1% ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาทั่วไป ที่สนับสนุนว่าการดื่ม alcohol เป็นสาเหตุสำคัญทำให้เกิดภาวะตับ

อักเสบ ภาวะตับแข็ง เกิดภาวะ Portal Hypertension และเกิดภาวะ Bleeding varies ตามลำดับ

จากการศึกษาลักษณะที่พบจากการส่องกล้องในผู้ป่วย เลือดออกเฉียบพลันจากส่วนต้นของระบบทางเดินอาหาร การศึกษาครั้งนี้พบ Bleeding esophageal varices มากที่สุดถึง 33.5% เมื่อเทียบกับการศึกษาอื่น ๆ^{8,10,12-15} ซึ่งพบว่าสาเหตุที่พบบ่อยที่สุด คือ Peptic Ulcer โดยพบ Duodenal Ulcer มากกว่า gastric ulcer ส่วน gastritis นั้นเราพบเป็นสาเหตุ 26.7% ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาจากประเทศสหรัฐอเมริกา คือ 23%¹⁶

ส่วนปัจจัยเชื้อแบคทีเรีย *Helicobacter pylori* ซึ่งพบบ่อยในประเทศกำลังพัฒนา ซึ่งพบว่า เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิด Peptic ulcer เราได้ทดสอบหาเชื้อ *Helicobacter pylori* ในแผล Peptic Ulcer โดยพบเชื้อถึง 55.6% และพบเชื้อใน Duodenal ulcer มากกว่า Gastric ulcer อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (71.9% VS 50.3%, $P < 0.05$)

อาการแสดงของผู้ป่วยที่มีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นมีความสัมพันธ์กับความแม่นยำในการวินิจฉัยโดยการส่องกล้อง EGD เราพบว่าผู้ป่วยที่มาด้วยอาการแสดง อาเจียนเป็นเลือดสด (hematemesis) พบว่ามีโอกาสที่จะได้รับการวินิจฉัยได้อย่างถูกต้องมากกว่าผู้ป่วยที่มาด้วยอาการแสดงอื่น ๆ ซึ่งอาจเป็นเพราะว่าเมื่อผู้ป่วยอาเจียนเป็นเลือดสดก็จะต้องรีบมาพบแพทย์โดยเร็วที่สุด

การรักษาภาวะเลือดออกเฉียบพลันจากส่วนต้นของระบบทางเดินอาหารโดยการส่องกล้อง EGD (Endoscopic therapy) เป็นวิธีการที่ยอมรับกันโดยทั่วโลกว่าได้ผลเป็นอย่างดี^{4,17} และพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะโรคอื่น ๆ แทรกซ้อนจะเพิ่มอัตราการตายในผู้ป่วยที่มีเลือดออกจากระบบทางเดินอาหารส่วนต้น^{5,8,16} ความสำเร็จในการรักษาโดยการส่อง

กล้อง EGD เป็นครั้งที่ 2 ในผู้ป่วยที่มีเลือดออกซ้ำจากส่วนต้นของระบบทางเดินอาหารขึ้นกับหลายปัจจัย เช่น ลักษณะของรอยโรคที่ทำให้เลือดออก สภาวะโรคทางร่างกายของผู้ป่วย เทคนิคการส่องกล้องของแพทย์ ความชำนาญของ Endoscopic team และการใช้ยาลดกรด ช่วยหลังการส่องกล้อง EGD¹⁸⁻²⁰ ซึ่งอย่างไรก็ดี การรักษาซ้ำโดยการส่อง (Endoscopic re-treatment) เป็นทางเลือก ซึ่งช่วยลดอัตราการผ่าตัดฉุกเฉินโดยไม่เพิ่ม Morbidity และ Mortality

แม้การผ่าตัดฉุกเฉินจะมีบทบาทลดลง แต่ก็ยังมีบทบาทสำคัญในรายที่เป็น perforated Ulcer หรือ bleeding peptic ulcer ที่เลือดไหลไม่หยุด หรือเป็นตำแหน่งที่ส่องกล้อง EGD ได้ลำบาก และพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบฉุกเฉินมักจะมีอัตราตายสูงเนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่มีเลือดออกปริมาณมากและมักจะมีโรคประจำตัวอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น โรคตับแข็ง, ไตวาย, ภาวะลิ่มเลือด, โรคหัวใจขาดเลือด ซึ่งทำให้มีอัตราตายสูงขึ้น

บทสรุป

จากการศึกษา retrospective นี้ช่วยยืนยันว่าการรักษาภาวะเลือดออกเฉียบพลันจากส่วนต้นของระบบทางเดินอาหารโดยส่องกล้อง EGD ช่วยสามารถระบุตำแหน่งของสาเหตุของเลือดออกได้อย่างถูกต้องและแม่นยำ และช่วยให้ข้อมูลเป็นการพยากรณ์โรค การมีภาวะเลือดออกซ้ำ (rebleeding) และช่วยทำนายผลการรักษาได้เป็นอย่างดี ความแม่นยำของการส่องกล้อง EGD สัมพันธ์กับอาการแสดงของผู้ป่วยที่มาถึงโรงพยาบาล และระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการเลือดออกจนถึงระยะเวลาในการส่องกล้อง EGD ซึ่งพบว่าควรจะได้รับ การส่องกล้องภายใน 24 ชั่วโมง หลังจากเริ่มมีอาการแสดงของภาวะเลือดออกจากระบบทางเดินอาหาร

การรักษาโดยการส่องกล้อง EGD มีประสิทธิภาพเป็นอย่างดีในการรักษาภาวะเลือดออกจากส่วนต้นของระบบทางเดินอาหาร ทั้งจากสาเหตุที่เป็น Variceal และ non variceal bleeding ในผู้ป่วยที่มี Variceal bleeding และมีโรคตับเรื้อรังร่วมด้วย มักจะมีอัตราการนอนโรงพยาบาลและอัตราตายสูงกว่าผู้ป่วยทั่วไป ดังนั้นการแบ่งกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะ High risk และรับรักษาโดยเร่งด่วนจะช่วยลดอัตราตายในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์ธงชัย ศรีวิบูลย์วัฒน์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุรินทร์ ที่อนุญาตให้ทำการศึกษา

ขอขอบคุณนายแพทย์เจตต์ ดิยัง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมพลบุรี และคุณบุญยืน แสงงาม นักสถิติ โรงพยาบาลชุมพลบุรี ช่วยให้คำแนะนำเรื่องการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

Reference

1. Lieberman D. Gastrointestinal bleeding: initial management. *Gastroenterol Clin North Am* 1993;4:723-36.
2. Jiranek GC, Kozarek RA. A cost-effective approach to the patient with peptic ulcer bleeding. *Surg Clin North Am* 1996;76:83-103.
3. Longstreth GF. Epidemiology of hospitalization for acute upper gastrointestinal hemorrhage: a population-based study. *Am J Gastroenterol* 1995;90:206-10
4. Cook DJ, Guyatt GH, Salena BJ, Laine LA. Endoscopic therapy for acute nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: a meta-analysis. *Gastroenterology* 1992; 102:139-48.
5. Katschinski B, Logan R, Davies J, Faulkner G, Pearson J, Langman M. Prognostic factors in upper gastrointestinal bleeding. *Dig Dis Sci* 1994;39:706-12.
6. Forrest JAH, Finlayson NDC, Shearman DJ. Endoscopy in gastrointestinal bleeding. *Lancet*, 1974;2:394-7.
7. Beppu K, Inokuchi K, Koyanagi N, Nakayama S, Sakata H, Kitano S, Kobayashi M. Prediction of variceal hemorrhage by esophageal endoscopy. *Gastrointest Endosc* 1981;27:213-8.
8. Rockall TA, Logan RF, Devlin HB, Northfield TC. Incidence of and mortality from acute upper gastrointestinal haemorrhage in the United Kingdom. *Br Med J* 1995;311:222-6.
9. Yavorski RT, Wong RK, Maydonovitch C, Battin LS, Furnia A, Amundson DE. Analysis of 3,294 cases of upper gastrointestinal bleeding in military medical facilities. *Am J Gastroenterol* 1995;90: 568-73.
10. Gostout CJ, Wang KK, Ahlquist DA, Clain JE, Hughes RW, Larson MV, Petersen BT, Schroeder KW, Tremaine WJ, Viggiano TR. Acute gastrointestinal bleeding. Experience of a specialized management team. *J Clin Gastroenterol* 1992;14:260-7.
11. Peura DA, Lanza FL, Gostout CJ, Foutch PG, and Contributing ACG Members and Fellows. The American College of Gastroenterology bleeding registry : preliminary findings. *Am J Gastroenterol* 1997;6:924-8.

12. Gilbert DA, Silverstein FE, Tedesco FJ. The national ASGE survey on upper gastrointestinal bleeding. III. Endoscopy in upper gastrointestinal bleeding. *Gastrointest Endosc* 1981;27:94-102.
13. Morgan AG, MacAdam WA, Walmsley GL, Jessop A, Horrocks JC, de Dombal FT. Clinical findings, early endoscopy and multivariate analysis in patients bleeding from the upper gastrointestinal tract. *Br Med J* 1977;2:237-40.
14. Villar HV, Roberts Fender H, Watson LC, Thompson JC. Emergency diagnosis of upper gastrointestinal bleeding by fiberoptic endoscopy. *Ann Surg* 1977; 185:367-74.
15. Vreeburg EM, Snell P, Bruijne JW, Bartelsman JFWM, Rauws EAJ, Tytgat GNJ. Acute upper gastrointestinal bleeding in the Amsterdam area: incidence, diagnosis and clinical outcome. *Am J Gastroenterol* 1997;2:236-43.
16. Silverstein FE, Gilbert DA, Tedesco FJ, Buenger NK, Persing J. The National ASGE survey on upper gastrointestinal bleeding. II. Clinical prognostic factors. *Gastrointest Endosc* 1981;27:80-93.
17. Soehendra N, Bohnacker S, Binmoeller KF. Nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. New and alternative hemostatic techniques. *Gastrointest Endosc Clin North Am* 1997;7:641-56.
18. Dagradi AE, Ruiz RA, Weingarten ZG. Influence of emergency endoscopy on the management and outcome of patients with upper gastrointestinal hemorrhage. *Am J Gastroenterol* 1979;72:403-15.
19. Foster DN, Miloszewski KJ, Losowski MS. Stigmata of recent haemorrhage in diagnosis and prognosis of upper gastrointestinal bleeding. *Br Med J* 1978; 1:1173-7.
20. Johnston JH. Endoscopic risk factors for bleeding peptic ulcer. *Gastrointest Endosc* 1990;36 Suppl:S16-S20.