

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Articles

ผลการรักษาผู้ป่วยเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นในโรงพยาบาลนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ Outcome of upper gastrointestinal hemorrhage(UGIH) treatment in Nangrong Hospital, Buri Ram

ดุจเทพ ลิทธิพรวัฒนา, พ.บ.*

Doonjatep Sittipornwattana, M.D.*

*กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ ประเทศไทย 31110

* Department of Surgery, Nangrong Hospital, Buri Ram Province, Thailand, 31110

Corresponding author, E-mail address: Doonjatep@gmail.com

Received: 03 Feb 2023. Revised: 14 Feb 2023. Accepted: 23 Mar 2023

บทคัดย่อ

- หลักการและเหตุผล** : ภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นเป็นปัญหาที่สำคัญที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติและมีอัตราการตายสูง ปัจจุบันโรงพยาบาลนางรองยังไม่เคยมีการศึกษาผู้ป่วยกลุ่มนี้มาก่อน
- วัตถุประสงค์** : ศึกษาสาเหตุปัจจัยที่เกี่ยวข้องและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลนางรอง
- วิธีการศึกษา** : สืบค้นข้อมูลย้อนหลังจากฐานข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยในของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลนางรอง และได้รับการส่งกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น ระหว่าง มกราคม พ.ศ.2562 ถึง ธันวาคม พ.ศ.2563
- ผลการศึกษา** : ผู้ป่วยจำนวน 198 ราย เพศชาย 152 ราย (ร้อยละ 76.8), เพศหญิง 46 ราย (ร้อยละ 23.2) อายุตั้งแต่ 20-91 ปี มีประวัติดื่มสุรา 82 ราย (ร้อยละ 41.4), ใช้ NSAIDs 66 ราย (ร้อยละ 33.3) สาเหตุของเลือดออกได้แก่ แผลในกระเพาะอาหาร 109 ราย (ร้อยละ 55.1) แผลในลำไส้เล็กส่วนต้น 62 ราย (ร้อยละ 31.3) กระเพาะอาหารอักเสบ 26 ราย (ร้อยละ 13.1) เส้นเลือดโป่งพองในหลอดอาหาร 11 ราย (ร้อยละ 5.5) และ ดึงเนื้อในกระเพาะอาหาร 3 ราย (ร้อยละ 1.5) ผลลัพธ์จากการส่งกล้องทางเดินอาหารสามารถห้ามเลือดได้ 192 ราย (ร้อยละ 96.5)
- สรุป** : แผลในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้นเป็นสาเหตุหลักของภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น การส่งกล้องทางเดินอาหารส่วนต้นยังเป็นหัตถการหลักที่ใช้ประเมินแยกสาเหตุ หาจุดเลือดออก และให้การรักษาไปพร้อมกัน ทั้งนี้ควรให้ความสำคัญเป็นพิเศษในกลุ่มผู้ป่วยภาวะซีดที่มี Hb น้อยกว่า 7 g/dL และ Major stigmata of recent hemorrhage
- คำสำคัญ** : ภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น การส่งกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น

ABSTRACT

- Background** : Upper gastrointestinal hemorrhage (UGIH) is a common and important condition in general practice because of high mortality rate. No data are available about UGIH in Nangrong Hospital.
- Objective** : To evaluate the etiology and results after treatment of UGIH at Nangrong Hospital.
- Methods** : Retrospective study of the medical records of the patients who presented with UGIH and underwent EGD from January 2019 to December 2021.
- Results** : There were 198 patients, consisted of 152 males (76.8%) and 46 females (23.2%), aged between 20-91 years. Major risk factors were alcohol (82 cases, 41.4%) and NSAIDs (66 cases, 33.3%). The causes of UGIH were gastric ulcer (109 cases, 55.1%), duodenal ulcer (62 cases, 31.3%), gastritis (26 cases, 13.1%), esophageal varices (11 cases, 5.5%) and gastric polyps (3cases, 1.5%). Therapeutic endoscopy resulted in hemostatic success for 192 cases(96.5%).
- Conclusions** : Gastric ulcers and duodenal ulcers were the major cause of UGIH. Endoscopy is a key procedure to identify, evaluate the causes and perform treatment instantly. Patients with those anemia and major stigmata of recent hemorrhage should be paid closer attention.
- Keywords** : upper gastrointestinal hemorrhage (UGIH), esophagogastroduodenoscopy (EGD).

หลักการและเหตุผล

ภาวะเลือดออกจากระบบทางเดินอาหารส่วนต้น (Upper gastrointestinal hemorrhage : UGIH) เป็นภาวะฉุกเฉินที่พบได้บ่อย และมีความสำคัญในเวชปฏิบัติ สาเหตุที่พบได้บ่อยได้แก่ แผลในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น เส้นเลือดขอดในหลอดอาหารหรือกระเพาะอาหารแตก รอยฉีกบริเวณผนังหลอดอาหาร หลอดอาหารอักเสบ และมะเร็ง⁽¹⁾ อุบัติการณ์ในต่างประเทศพบได้ตั้งแต่ 48-160 รายต่อประชากร 100,000 คนต่อปี^(2,3) อุบัติการณ์ในประเทศไทยพบ 166.3 รายต่อประชากร 100,000 คนต่อปี⁽⁴⁾ ถึงแม้ว่าปัจจุบันความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์ตลอดจนประสิทธิภาพของยาลดกรดในกระเพาะดีขึ้นมาก อุบัติการณ์ภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นมีแนวโน้มลดลง แต่อัตราการเสียชีวิตยังคงสูงถึงร้อยละ 10-11 ในปี ค.ศ.2007-2011^(5,6,7) เมื่อเทียบ

จากข้อมูลในปี ค.ศ.1995-1996 ที่ร้อยละ 11-14^(8,9) โดยอัตราตายในกลุ่ม Non-variceal bleeding แตกต่างกันไปในแต่ละประเทศทั่วโลก ตั้งแต่ร้อยละ 1.1-11⁽¹⁰⁾ ในขณะที่กลุ่ม Variceal bleeding มีอัตราตายสูงกว่าที่ร้อยละ 15-20⁽¹¹⁾ เมื่อเกิดภาวะเลือดออกซ้ำหรือเลือดออกไม่หยุดจนต้องรักษาโดยการผ่าตัดเพื่อห้ามเลือด อัตราตายจะสูงขึ้นถึงร้อยละ 37⁽⁹⁾ การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ใช้แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีเลือดออกทางเดินอาหารแบบเฉียบพลันของสมาคมแพทย์โรคระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทยปี พ.ศ.2557⁽¹²⁾ ประกอบด้วย การตรวจประเมินผู้ป่วยเบื้องต้น การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเพื่อแก้ไขภาวะขาดน้ำ การให้เลือดตามด้วยการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น (Esophagogastroduodenoscopy : EGD) ที่ถือเป็นมาตรฐานให้การระบุตำแหน่ง วินิจฉัยสาเหตุของเลือดออกได้ถึง

ร้อยละ 98.2 และสามารถให้การรักษาไปพร้อมกันได้^(13,14) การผ่าตัดมีความจำเป็นในผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้เท่านั้น โรงพยาบาลนางรองเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 350 เตียง มีผู้ป่วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นมารับบริการในปี พ.ศ.2560 2561 2562 และ 2563 เป็นจำนวน 125 125 178 และ 228 ราย ตามลำดับ⁽¹⁵⁾ ปัจจุบันยังไม่มีข้อมูลการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาสาเหตุปัจจัยที่เกี่ยวข้องและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยภาวะเลือดออกจากระบบทางเดินอาหารส่วนต้น เพื่อนำข้อมูลมาพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยในบริบทของโรงพยาบาลนางรองต่อไป

วิธีการศึกษา

ชนิดของการศึกษา เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (Retrospective descriptive study) ได้รับการรับรองจริยธรรมโครงการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เลขที่ BRO-E 2021-005 เมื่อวันที่ 27 ตุลาคม พ.ศ.2564

เกณฑ์การคัดเข้า ข้อมูลเวชระเบียนของผู้ป่วยภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยในและได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น ณ โรงพยาบาลนางรอง ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ.2562 ถึง วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ.2563

เกณฑ์การคัดออก เวชระเบียนที่มีข้อมูลไม่ครบถ้วน ผู้ป่วยที่ส่องกล้องแล้วไม่พบสาเหตุของเลือดออก ผู้ป่วยที่อาการทรุดลง เสียชีวิตก่อน ไม่สามารถเข้ารับการส่องกล้องได้ หรือต้องส่งตัวไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า จะไม่ถูกนำเข้าในการศึกษา

นิยามศัพท์ : Peptic ulcer คือ แผลในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น

Stigmata of recent hemorrhage คือ ลักษณะแผล peptic ulcer ที่พบจากการส่องกล้อง จำแนกตาม Forrest's classification โดยแบ่งเป็น class I active bleeding, class IIA visible vessel, class IIB Adherent clot, class IIC flat spot และ class III clean base โดย Major stigmata of recent hemorrhage หมายถึง ลักษณะแผลในกลุ่ม Forrest

class I, IIA และ IIB ซึ่งมีความเสี่ยงต่อโอกาสเกิดภาวะเลือดออกซ้ำและอัตราการตายที่สูงขึ้น^(16,17,18,19,20)

Endoscopic procedure failure การรักษาด้วยการส่องกล้องทางเดินอาหารไม่สำเร็จ คือ การส่องกล้องทางเดินอาหารแล้วไม่สามารถห้ามเลือดได้ ต้องรับการผ่าตัด มีเลือดออกซ้ำ หรือให้เลือดเกิน 10 ยูนิต

การคำนวณขนาดตัวอย่าง ใช้สูตร

$$n = \frac{Z^2 \cdot \hat{p}\hat{q}}{\Delta^2}$$

โดยกำหนดให้ p = prevalence อุบัติการณ์ผู้ป่วยเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นในประเทศไทย เท่ากับ 166.3 รายต่อแสนประชากร q=1-p, Δ=confidence interval width ที่รับได้ในช่วง 140-200 รายต่อแสนประชากร และ ค่าคงที่ $Z_{\alpha/2} = 1.96$ แทนค่าในสูตรจะได้ n=150.6 เพื่อป้องกันการ drop out ในการศึกษาจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างเป็น 200 ราย

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ข้อมูลลักษณะทางคลินิก วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลเชิงจำนวน (numerical data) ใช้ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ค่าสูงสุดต่ำสุด (Max-Min) และทดสอบความสัมพันธ์ของปัจจัยด้วย Logistic regression คำนวณค่า Odd ratio โดยใช้ โปรแกรมคอมพิวเตอร์ STATA/MP16.0

ผลการศึกษา

คัดเลือกเวชระเบียนผู้ป่วยภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นที่เข้ารับการรักษาระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ.2562 ถึง วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ.2563 โดยวิธีการสุ่มได้จำนวน 202 ราย ตัดตัวอย่างที่มีข้อมูลผลตรวจทางห้องปฏิบัติการไม่ครบถ้วนออก 4 ราย เหลือตัวอย่างศึกษาทั้งหมด 198 ราย ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 76.8) อายุเฉลี่ย 62.8 ปี ส่วนใหญ่อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 60.8) ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวมีจำนวน 115 ราย (ร้อยละ 58.1) ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 33.3) โรคเบาหวาน (ร้อยละ 14.6) โรคตับแข็ง (ร้อยละ 10.1) โรคไตวาย (ร้อยละ 8.6)

โรคหัวใจ (ร้อยละ 2.5) และโรคอื่นๆ ได้แก่ โรคเกาต์ โรคหอบหืด (ร้อยละ 8.6) จากการซักพบประวัติเสี่ยง ได้แก่ ดื่มสุรา (ร้อยละ 41.4) ใชยา NSAIDs (ร้อยละ 33.3) ใชยาแอสไพริน (ร้อยละ 7.6) ใชยาสมุนไพร (ร้อยละ 6.6) และใชยารวาร์ฟาริน (ร้อยละ 1.5) ผู้ป่วยมาด้วยอาการ อาเจียนเป็นเลือด (ร้อยละ 51.5) ถ่ายดำ (ร้อยละ 40.9) ถ่ายเป็นเลือด (ร้อยละ 3) ซีด (ร้อยละ 3.5) และ เป็นลม (ร้อยละ 0.5) (ตารางที่ 1) ค่าความดันโลหิตซิสโตลิก ซีฟจา จากการตรวจร่างกาย และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ การแรกรับ (ตารางที่ 2) การคัดแยกแบ่งความรุนแรง

ของผู้ป่วยเลือดออกทางเดินอาหารตามเกณฑ์ของ Blatchford ผู้ป่วยส่วนใหญ่จัดอยู่ในกลุ่มความเสี่ยงสูง คือมีคะแนนตั้งแต่ 1 ขึ้นไป จำนวน 193 ราย (ร้อยละ 97.5) ได้รับการรักษาผ่านการส่องกล้อง 68 ราย (ร้อยละ 35.2) โดยกลุ่มที่มีคะแนนตั้งแต่ 6 ขึ้นไปจำนวน 171 ราย (ร้อยละ 86.4) ได้รับการรักษาผ่านการส่องกล้อง 58 ราย (ร้อยละ 33.9) ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจ Rapid Urease test 61 ราย (ร้อยละ 32.8) ให้ผลตรวจ เป็นบวกสำหรับเชื้อ *H. Pylori* จำนวน 26 ราย ผลตรวจ เป็นลบ 35 ราย

ตารางที่ 1 แสดงลักษณะทั่วไปและข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	152 (76.8%)
หญิง	46 (23.2%)
อายุ (ปี)	
20-30	5 (2.5%)
31-40	11 (5.5%)
41-50	16 (8%)
51-60	45 (22.6%)
61-70	59 (29.8%)
71-80	43 (21.7%)
> 80	19 (9.6%)
ไม่มีโรคประจำตัว	83 (41.9%)
มีโรคประจำตัว	115 (58.1%)
HT	66 (33.3%)
DM type 2	29 (14.6%)
Cirrhosis	20 (10.1%)
Heart	5 (2.5%)
Kidney	17 (8.6%)
อื่นๆ	22 (11.1%)
ประวัติเสี่ยง	
Alcohol	82 (41.4%)
NSAIDs	66 (33.3%)
Aspirin	15 (7.6%)
Herbs	13 (6.6%)
Warfarin	3 (1.5%)
อาการและอาการแสดง	
Hematemesis	102 (51.5%)
Melena	81 (40.9%)
Hematochezia	6 (3.0%)
Anemia	7 (3.5%)
Syncope	1 (0.5%)

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลทางคลินิกและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการแรกรับ

ข้อมูลทางคลินิกและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการแรกรับ	mean(±SD)
Systolic BP (mmHg)	125.8 (+/-19.5)
Pulse (beat/min)	91.1 (+/-16.6)
Hemoglobin (g/dL)	8.3 (+/-2.8)
Platelet	237000 (+/-109703)
BUN (mmol/L), median(min-max)	25.5 (6-183)
Creatinine (g/dL), median(min-max)	0.9 (0.1-13.7)
INR, median(min-max)	1.05 (0.6-7)

ผลการส่องกล้องทางเดินอาหารพบรอยโรคเพียงชนิดเดียว 155 ราย (ร้อยละ 78.3) พบรอยโรคร่วมกันมากกว่าหนึ่งชนิด 43 ราย (ร้อยละ 21.7) สาเหตุของภาวะเลือดออก ได้แก่ แผลในกระเพาะอาหาร (ร้อยละ 55.1) แผลในลำไส้เล็กส่วนต้น (ร้อยละ 31.3) กระเพาะอาหารอักเสบ (ร้อยละ 13.1) เส้นเลือดโป่งพองในหลอดอาหาร (ร้อยละ 5.5) และ ตึงเนื้อในกระเพาะ

อาหาร (ร้อยละ 1.5) (ตารางที่ 3) ผลการรักษาผ่านการส่องกล้องโดยรวมสามารถห้ามเลือดได้ 192 ราย (ร้อยละ 96.5) เลือดออกซ้ำ 6 ราย (ร้อยละ 3) ระยะเวลานอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 4.6 วัน (1-35 วัน, SD 4.41) ได้รับเลือด (Pack red cell: PRC) เฉลี่ย 2.78 ยูนิต (0-15 ยูนิต, SD 1.95)

ตารางที่ 3 แสดงสาเหตุของภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น

สาเหตุ	จำนวน(ร้อยละ)
Gastric ulcer	109 (55.1%)
Duodenal ulcer	62 (31.3%)
Gastritis	26 (13.1%)
Esophageal varices	11 (5.5%)
Gastric polyp	3 (1.5%)

แยกวิเคราะห์ผู้ป่วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นออกเป็นสองกลุ่ม โดยกลุ่มแรก คือ กลุ่มที่มีสาเหตุจาก esophageal varices มีจำนวน 11 ราย (ร้อยละ 5.5) ผู้ป่วย 4 ใน 11 รายมี peptic ulcer ร่วมด้วย ได้รับการรักษาด้วยการรัดเส้นเลือด (banding ligation) 3 ราย (ร้อยละ 27.3) ห้ามเลือดสำเร็จ 10 ราย (ร้อยละ 90.9) ระยะเวลาอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 5.4 วัน (3-5) ได้รับเลือดเฉลี่ย 3.2 ยูนิต (1-6) ส่วนกลุ่มที่สอง คือ peptic ulcer (แผลในกระเพาะอาหารและ/หรือแผลในลำไส้เล็ก) มีจำนวนรวม 165 ราย (ร้อยละ 83.3) มีผู้ป่วย 10 รายมีรอยโรคทั้งแผลในกระเพาะอาหารและแผลใน

ลำไส้เล็กในรายเดียวกัน จำแนกรอยโรคที่พบจากการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้นตาม Forrest's classification (ตารางที่ 4) จากการส่องกล้องพบว่า ผู้ป่วยที่ไม่ต้องมีการรักษาเพิ่มเติม 102 ราย (ร้อยละ 61) ได้รับการรักษาด้วยการฉีดยาเพื่อหยุดเลือด (Adrenaline injection) 59 ราย (ร้อยละ 35.8), รักษาด้วยการจี้ไฟฟ้า (Thermal therapy) 4 ราย (ร้อยละ 2.4) สามารถห้ามเลือดได้ 163 ราย (ร้อยละ 98.8) ระยะเวลาอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 4.7 วัน (1-35) ได้รับเลือดเฉลี่ย 2.6 ยูนิต (0-12)

ตารางที่ 4 แสดงลักษณะรอยโรคของ peptic ulcer จำแนกตาม Forrest's classification

Forrest's Classification	จำนวน(ร้อยละ)	LOS mean (min-max)	PRC transfusion mean(min-max)
Class IA	2 (1.2%)	4.0 (3-5)	2.5 (1-4)
Class IB	18 (10.9%)	4.9 (2-12)	2.7 (0-7)
Class IIA	29 (17.6%)	6.8 (2-29)	3.1 (0-9)
Class IIB	18 (10.9%)	4.4 (3-10)	2.3 (0-6)
Class IIC	17 (10.3%)	3.2 (2-4)	2.6 (0-6)
Class III	90 (54.5%)	4.5 (2-35)	2.6 (0-12)

เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ กับ เท่ากับ 14.5, ช่วงความเชื่อมั่น 95%CI เท่ากับ 2.34-89.89, ผลลัพธ์การรักษาด้วยการส่องกล้องทางเดินอาหาร ค่า p-value เท่ากับ 0.004) และ Major stigmata of พบสองปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการรักษาผ่านการส่องกล้อง recent hemorrhage (Adjusted odd ratio เท่ากับ 21.45, ช่วงความเชื่อมั่น 95%CI เท่ากับ 3.48-131.94, ไม่สำเร็จอย่างมีนัยสำคัญ คือ ผู้ป่วยภาวะซีดที่มี Hemoglobin น้อยกว่า 7 g/dL (Adjusted odd ratio ค่า p-value เท่ากับ 0.001) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 แสดงปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการรักษาผ่านการส่องกล้องไม่สำเร็จ

Variable	Crude analysis OR(95%CI)	p-value	Adjusted analysis OR(95%CI)	p-value
Hb <7	7.47 (1.50-37.08)	0.005	14.50 (2.34-89.89)	0.004
Major stigmata*	10.67 (2.06-55.3)	0.002	21.45 (3.48-131.94)	0.001

* Major stigmata of recent hemorrhage ลักษณะแผลจัดอยู่ใน Forrest class I, IIA และ IIB

อภิปราย

ผลการศึกษาพบผู้ป่วยเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นจะมาด้วย Hematemesis และ Melena เป็นส่วนมาก จำนวนร้อยละ 51.5 และ 40.9 ตามลำดับ ซึ่งข้อมูลสอดคล้องกับการศึกษาของ al-Assi MT และคณะ พบ Hematemesis ร้อยละ 40-50 ในขณะที่พบ Melena บ่อยกว่า ที่ร้อยละ 70-80⁽²¹⁾

การคัดแยกแบ่งความรุนแรงของผู้ป่วยเลือดออกทางเดินอาหารตามเกณฑ์ของ Blatchford⁽²²⁾ ใช้ลักษณะทางคลินิกแรกกับ 9 ปัจจัยแบ่งผู้ป่วยเป็นสองกลุ่ม คือ กลุ่มความเสี่ยงต่ำ (คะแนนเท่ากับ 0) และกลุ่มความเสี่ยงสูง (คะแนน 1-23) ในการศึกษาผู้ป่วยส่วนใหญ่จัดอยู่ในกลุ่มความเสี่ยงสูง (ร้อยละ 97.5) ได้รับการรักษาด้วย endoscopic treatment (ร้อยละ 35.2) โดยกลุ่มที่มีคะแนนตั้งแต่ 6 ขึ้นไปได้รับการรักษา (ร้อยละ 35.9) ซึ่งต่ำกว่าการศึกษาเดิมที่พบว่าผู้ป่วย

กลุ่มนี้มีโอกาสได้รับการรักษาสูง (มากกว่าร้อยละ 50) ในขณะที่ผู้ป่วยกลุ่มความเสี่ยงต่ำกลับได้รับการรักษา (ร้อยละ 50) ซึ่งสูงกว่าการศึกษาเดิมที่ไม่ต้องมีการรักษาเพิ่มเติม

ประวัติเสี่ยงที่สำคัญคือการใช้ยาแอสไพริน ร้อยละ 37 การใช้ NSAIDs ร้อยละ 18⁽⁷⁾ แต่การศึกษานี้พบปัจจัยการดื่มสุรามาเป็นอันดับแรก (ร้อยละ 41.4) มากกว่าการใช้ NSAIDs (ร้อยละ 33.3) และ การใช้แอสไพริน (ร้อยละ 7.6) ส่วนการติดเชื้อ H.Pylori พบอุบัติการณ์ในประเทศแถบยุโรปและอเมริกา (ร้อยละ 34-36) และในประเทศแถบอเมริกาใต้และแอฟริกา (ร้อยละ 69-70)⁽²³⁾ อุบัติการณ์ในประเทศไทยพบได้ประมาณ (ร้อยละ 25-30) และพบว่าสัมพันธ์กับ peptic ulcer อย่างมีนัยสำคัญ⁽²⁴⁾ ในการศึกษาผู้ป่วยได้รับการตรวจ Rapid Urease test เพียง 61 ราย เท่านั้น

(ร้อยละ 32.8) แม้จะพบอัตราการติดเชื้อ *H.pylori* ที่สูงกว่า (ร้อยละ 42 ของรายที่ได้ตรวจ) แต่ก็ไม่สามารถนำข้อมูลนี้เป็นตัวแทนตัวอย่างทั้งหมดได้ ซึ่งในอนาคตควรตรวจร่วมด้วยทุกราย

สาเหตุของเลือดออก พบว่ามีเหตุจาก peptic ulcer มากถึง (ร้อยละ 83.3) (แผลในกระเพาะอาหารและแผลในลำไส้เล็กส่วนต้น) รองลงมาเป็น gastritis (ร้อยละ 13.1) esophageal varice (ร้อยละ 5.5) ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลเดิมที่มีสาเหตุส่วนใหญ่จาก peptic ulcer เช่นกันแต่มีสัดส่วนน้อยกว่า (ร้อยละ 32-38.2) esophagitis (ร้อยละ 20-24) gastritis (ร้อยละ 18-22) duodenitis (ร้อยละ 13) และ esophageal varice (ร้อยละ 9-11)^(5,7,23,24)

การให้การรักษาผ่านการส่องกล้อง พบว่าสามารถห้ามเลือดได้โดยรวม ร้อยละ 96.5 โดยเฉพาะในกลุ่ม peptic ulcer สามารถห้ามเลือดได้มากถึงร้อยละ 98.8 สอดคล้องกับข้อมูลของ British Society of Gastroenterology Endoscopy Committee ที่ให้ผลสำเร็จในการห้ามเลือดได้ ร้อยละ 95⁽²⁾ แม้ในปัจจุบันมีเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ดีขึ้นยังพบว่ามีโอกาสเกิดภาวะเลือดออกซ้ำหลังจากการส่องกล้องรักษาครั้งแรกได้ ร้อยละ 10-20 และพบว่า ลักษณะของแผล Major stigmata of recent hemorrhage (Forrest class I, IIA และ IIB) จะมีโอกาสเกิดภาวะเลือดออกซ้ำได้มาก (ร้อยละ 22-55) ปัจจัยอื่นๆ ที่สัมพันธ์ต่อการรักษาไม่สำเร็จได้แก่ ภาวะช็อก Hemoglobin น้อยกว่า 10 mg/dL การได้รับเลือดก่อนส่องกล้อง ขนาดแผลใหญ่กว่า 2 ซม. และการพบเลือดสดทางสายสวนกระเพาะอาหาร^(19,20,25,26) แต่การศึกษานี้พบเพียงสองปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการรักษาผ่านการส่องกล้องไม่สำเร็จอย่างมีนัยสำคัญเท่านั้น คือ ผู้ป่วยภาวะชืดที่มี Hemoglobin น้อยกว่า 7 g/dL และ Major stigmata of recent hemorrhage อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการศึกษานี้มีตัวอย่างผู้ป่วยที่รักษาผ่านการส่องกล้องไม่สำเร็จมีสัดส่วนน้อยเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ห้ามเลือดสำเร็จ ในการศึกษาครั้งต่อไปควรเพิ่มจำนวนตัวอย่างผู้ป่วยให้เหมาะสมเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ความสัมพันธ์ที่น่าเชื่อถือมากขึ้น

สรุป

ผู้ป่วยเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น มีประวัติเสี่ยงที่สำคัญคือ การดื่มสุรา และการใช้ยา NSAIDs พบสาเหตุของเลือดออกมาจาก peptic ulcer เป็นส่วนมาก การส่องกล้องทางเดินอาหารสามารถระบุสาเหตุและห้ามเลือดได้สำเร็จโดยรวมร้อยละ 96.5 พบปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการรักษาผ่านการส่องกล้องไม่สำเร็จอย่างมีนัยสำคัญ คือ ผู้ป่วยภาวะชืดที่มี Hemoglobin น้อยกว่า 7 g/dL และ Major stigmata of recent hemorrhage

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้ป่วยเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นควรได้รับการซักประวัติตรวจร่างกาย ให้ครอบคลุม รวมถึงประวัติการดื่มสุรา การใช้ NSAIDs ตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญคือ Hemoglobin และควรได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น เพื่อประเมินแยกสาเหตุ หากจุดเลือดออก ให้การรักษาไปพร้อมกัน โดยทั่วไปควรทำภายใน 24 ชั่วโมงหลังจากที่รับไว้เป็นผู้ป่วยใน และควรตรวจ Rapid Urease Test ร่วมด้วยทุกราย
2. จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรักษาด้วยการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้นไม่สำเร็จอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ ผู้ป่วยภาวะชืดที่มี Hemoglobin น้อยกว่า 7 g/dL และ Major stigmata of recent hemorrhage ดังนั้น ควรให้ความสำคัญเป็นพิเศษในการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยคัดเลือกเพื่อส่องกล้องประเมินรักษาโดยเร็ว เฝ้าระวังภาวะเลือดออกซ้ำอย่างใกล้ชิด และควรให้ยาลดกรดในกระเพาะอาหารที่มีศักยภาพสูง (Potent Proton Pump Inhibitors) เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน

เอกสารอ้างอิง

1. Kasper DL, Hauser SL, Jameson JL, Fauci AS, Longo DL, Loscalzo J. Harrison's principle of internal medicine. Vol. 1. 19th. ed. New York : McGraw-Hill ; 2015 : 276-79.
2. British Society of Gastroenterology Endoscopy Committee, Palmer K. Non-variceal upper gastrointestinal haemorrhage: guideline. Gut 2002;51(Supple 4):iv 1-6. http://dx.doi.org/10.1136/gut.51.suppl_4.iv1
3. Barkun AN, Bardou M, Kuipers EJ, Sung J, Hunt RH, Martel M, et al. International consensus recommendations on the management of patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. Ann Intern Med 2010;152(2):101-13. doi: 10.7326/0003-4819-152-2-201001190-00009.
4. Sangchan A, Sawadpanitch K, Mairiang P, Chunertrith K, Sukeepaisarnjaroen W, Sutra S, et al. Hospitalized incidence and outcomes of upper gastrointestinal bleeding in Thailand. J Med Assoc Thai 2012;95 (Supl 7):S190-5. PMID: 23130453
5. Hearnshaw SA, Logan RF, Lowe D, Travis SP, Murphy MF, Palmer KR. Acute upper gastrointestinal bleeding in the UK: patient characteristics, diagnoses and outcomes in the 2007 UK audit. Gut 2011;60(10): 1327-35. doi: 10.1136/gut.2010.228437.
6. Rosenstock SJ, Møller MH, Larsson H, Johnsen SP, Madsen AH, Bendix J, et al. Improving quality of care in peptic ulcer bleeding: nationwide cohort study of 13,498 consecutive patients in the Danish Clinical Register of Emergency Surgery. Am J Gastroenterol 2013;108(9):1449-57. doi: 10.1038/ajg.2013.162.
7. Oakland K. Changing epidemiology and etiology of upper and lower gastrointestinal bleeding. Best Pract Res Clin Gastroenterol 2019;42-43:101610. doi: 10.1016/j.bpg.2019.04.003.
8. Rockall TA, Logan RF, Devlin HB, Northfield TC. Incidence of and mortality from acute upper gastrointestinal haemorrhage in the United Kingdom. Steering Committee and members of the National Audit of Acute Upper Gastrointestinal Haemorrhage. BMJ 1995;311(6999):222-6. doi: 10.1136/bmj.311.6999.222.
9. Rockall TA, Logan RF, Devlin HB, Northfield TC. Risk assessment after acute upper gastrointestinal haemorrhage. Gut 1996; 38(3):316-21. doi: 10.1136/gut.38.3.316.
10. Jairath V, Martel M, Logan RF, Barkun AN. Why do mortality rates for nonvariceal upper gastrointestinal bleeding differ around the world? A systematic review of cohort studies. Can J Gastroenterol 2012;26(8): 537-43. doi: 10.1155/2012/862905.
11. Reverter E, Tandon P, Augustin S, Turon F, Casu S, Bastiampillai R, et al. A MELD-based model to determine risk of mortality among patients with acute variceal bleeding. Gastroenterology 2014;146(2):412-19.e3. doi: 10.1053/j.gastro.2013.10.018.
12. สมาคมแพทย์ส่องกล้องทางเดินอาหารไทย. แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นในประเทศไทย 2557. กรุงเทพฯ : สมาคมแพทย์ส่องกล้องทางเดินอาหารไทย ; 2557.
13. ชัชวาลย์ วงศ์จิตรรัตน์, นัฏกานต์ วงศ์จิตรรัตน์. ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นในโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2556;20(1):46-52.

14. Atkinson RJ, Hurlstone DP. Usefulness of prognostic indices in upper gastrointestinal bleeding. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2008;22(2):233-42. doi: 10.1016/j.bpg.2007.11.004.
15. งานเวชระเบียน โรงพยาบาลนางรอง. รายงานจำนวนผู้ป่วยในตามการวินิจฉัย. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 6 มกราคม 2564]. ค้นได้จาก:URL: <https://report.nrhos.com/vetrabea/vetrabea30-index>
16. Forrest JA, Finlayson ND, Shearman DJ. Endoscopy in gastrointestinal bleeding. *Lancet* 1974;2(7877):394-7. doi: 10.1016/s0140-6736(74)91770-x.
17. Yen HH, Wu PY, Wu TL, Huang SP, Chen YY, Chen MF, et al. Forrest Classification for Bleeding Peptic Ulcer: A New Look at the Old Endoscopic Classification. *Diagnostics (Basel)* 2022;12(5):1066. doi: 10.3390/diagnostics12051066.
18. Laine L. Refining the prognostic value of endoscopy in patients presenting with bleeding ulcers. *Gastrointest Endosc* 1993; 39(3):461-2. doi: 10.1016/s0016-5107(93)70132-7.
19. Laine L, Peterson WL. Bleeding peptic ulcer. *N Engl J Med* 1994;331(11):717-27. doi: 10.1056/NEJM199409153311107.
20. Kwan V, Norton ID. Endoscopic management of non-variceal upper gastrointestinal haemorrhage. *ANZ J Surg* 2007;77(4):222-30. doi: 10.1111/j.1445-2197.2007.04023.x.
21. al-Assi MT, Genta RM, Karttunen TJ, Graham DY. Ulcer site and complications: relation to *Helicobacter pylori* infection and NSAID use. *Endoscopy* 1996;28(2):229-33. doi: 10.1055/s-2007-1005433.
22. Blatchford O, Murray WR, Blatchford M. A risk score to predict need for treatment for upper-gastrointestinal haemorrhage. *Lancet* 2000;356(9238):1318-21. doi: 10.1016/S0140-6736(00)02816-6.
23. Hooi JKY, Lai WY, Ng WK, Suen MMY, Underwood FE, Tanyingoh D, et al. Global Prevalence of *Helicobacter pylori* Infection: Systematic Review and Meta-Analysis. *Gastroenterology* 2017;153(2):420-9. doi: 10.1053/j.gastro.2017.04.022.
24. Suchartlikitwong S, Lapumnuaipol K, Rerknimitr R, Werawatganon D. Epidemiology of upper gastrointestinal bleeding and *Helicobacter pylori* infection: review of 3,488 Thai patients. *Asian Biomed* 2015; 9(1):87-93. DOI: <https://doi.org/10.5372/1905-7415.0901.373>
25. García Sánchez MV, López Vallejos P, González Galilea A, Gálvez Calderón C, Naranjo Rodríguez A, Sánchez-Tembleque Zarandona MD, et al. [Factors associated with failure of endoscopic therapy in gastric ulcer bleeding]. [Article in Spanish]. *Gastroenterol Hepatol* 2003;26(4):227-33. PMID: 12681115
26. López Vallejos P, García Sánchez MV, González Galilea A, Gálvez Calderón C, Naranjo Rodríguez A, Montero Alvarez JL, et al. Failure of endoscopic therapy in upper gastrointestinal hemorrhage due to duodenal ulcers. [Article in English, Spanish]. *Rev Esp Enferm Dig* 2003;95(10):700-6, 692-9. PMID: 14588064