

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การศึกษาย้อนหลังผู้ป่วยภาวะเลือดออกทางเดินอาหาร ส่วนต้น ในโรงพยาบาลกระทุ่มแบน

Retrospective Study of Upper Gastrointestinal Bleeding in Kratumbaen Hospital

ปิยะ เล็บขาว พ.บ.,
ว.ว. ศัลยศาสตร์ทั่วไป

กลุ่มงานศัลยกรรม

โรงพยาบาลกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร

Piya Lebkhao M.D.,

Thai Board of General Surgery

Division of Surgery

Kratumbaen Hospital, Samutsakorn

บทคัดย่อ

บทนำ : ภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในการรักษาทางเวชกรรม แนวโน้มในปัจจุบันมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นเนื่องจากการเพิ่มจำนวนของประชากรสูงอายุ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาถึงสาเหตุภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นในผู้ป่วยที่มารักษาในโรงพยาบาลกระทุ่มแบน และเพื่อหาปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น

วัสดุและวิธีการศึกษา : เป็นการศึกษาแบบพรรณนาโดยเก็บข้อมูลย้อนหลัง โดยทบทวนข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยที่มารับการส่องกล้องด้วยสาเหตุเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น ตั้งแต่ เดือนกรกฎาคม 2552 ถึง เดือนมิถุนายน 2553

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยที่นำมาศึกษา 115 ราย พบสาเหตุส่วนใหญ่ของภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น คือ ภาวะอักเสบ (gastritis) คิดเป็นร้อยละ 33 แผลในลำไส้เล็กส่วนต้น (duodenal ulcer) และเส้นเลือดขอดในหลอดอาหาร (esophageal varice) คิดเป็นร้อยละ 24.3 แผลในกระเพาะอาหาร (gastric ulcer) คิดเป็นร้อยละ 23.5 ตามลำดับ โดยมีปัจจัยเสี่ยงสำคัญคือ การดื่มสุราซึ่งพบได้มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 23.5 รองลงมาคือการใช้ยาต้านการอักเสบ (NSAID) คิดเป็นร้อยละ 12.2

สรุป : สาเหตุส่วนใหญ่ของภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นคือ ภาวะอักเสบ (gastritis) รองลงมาคือ แผลในลำไส้เล็กส่วนต้น (duodenal ulcer) และเส้นเลือดขอดในหลอดอาหาร (esophageal varices) ปัจจัยเสี่ยงคือ การดื่มสุราและยาต้านการอักเสบ

คำสำคัญ : ภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น, ภาวะอาหารอักเสบ

ABSTRACT

Background : Upper gastrointestinal bleeding was common in general practice and incidence increased due to increasing old age population.

Objective : Primary objective was to identify causes of upper gastrointestinal bleeding and secondary objective was to identify risk factors.

Materials and Methods : Retrospective study in patients who underwent esophagogastroduodenoscopy in Kratumbaen hospital during July 2009 to June 2010

Results : Patient 115 cases were enrolled in study. Most common causes were gastritis, duodenal ulcer, esophageal varices and gastric ulcer in 33%, 24.3% and 23.5% respectively. And most common risk factors were alcohol and NSAID in 23.5% and 12.2% respectively.

Conclusion : Most common causes of UGIB in Kratumbaen hospital were gastritis, duodenal ulcer and esophageal varices. And common risk factors were alcohol and NSAID

Keywords : upper gastrointestinal bleeding, gastritis

บทนำ

ภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นคือการมีเลือดออกตั้งแต่บริเวณหลอดอาหารส่วนต้นจนถึงลำไส้เล็กส่วนต้น (Ligament of Treitz)¹ พบได้ 5 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนล่าง (lower gastrointestinal bleeding)^{2,3} ภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นมีอาการนำ 5 ประการ ได้แก่ อาเจียนเป็นเลือด (hematemesis) ถ่ายดำ (melena) ถ่ายมีเลือดปน (hematochezia) ตรวจพบเลือดในอุจจาระ (occult blood) หรือมีภาวะโลหิตจาง (anemia)

ภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในเวชปฏิบัติทั่วไป และถือเป็นภาวะเร่งด่วนที่ต้องได้รับการวินิจฉัยเพื่อหาสาเหตุและให้การรักษาพบอุบัติการณ์ประมาณ 100 รายต่อประชากร 100,000 คนต่อปี^{4,5} มีการเข้ารับการรักษา 25,000 รายต่อปีในสหราชอาณาจักร พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิงประมาณ 2 เท่า ประมาณร้อยละ 50 พบในผู้ป่วยมีอายุ 60 ปีขึ้นไป^{4,5} โดยมีอัตราการเสียชีวิตอยู่ที่ประมาณร้อยละ 10 และแนว

โน้มอัตราการเสียชีวิตไม่ได้ลดลง⁶ สาเหตุเนื่องจากประชากรสูงอายุมีจำนวนมากขึ้นและมักมีโรคประจำตัวร่วมด้วย

สาเหตุของภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นที่ศึกษาในประเทศไทยโดยเสาวรสและคณะ⁷ เป็นการศึกษาย้อนหลังในผู้ป่วย 5,000 ราย พบโรคกระเพาะ (Peptic ulcer disease) ร้อยละ 51 รอยแผลขนาดเล็ก (acute mucosal erosion) ร้อยละ 31.6 ปกติ (Normal study) ร้อยละ 2.46 ตามลำดับส่วนการศึกษาไปข้างหน้า ในประเทศปากีสถาน⁸ มีจำนวนผู้ป่วย 350 ราย พบผู้ป่วยที่มาด้วยเรื่องอาเจียนเป็นเลือด สองกลุ่มพบเส้นเลือดขอดในหลอดอาหาร (esophageal varice) ร้อยละ 24 รอยแผลขนาดเล็ก (acute mucosal erosion) ร้อยละ 17 ตามลำดับ

จุดประสงค์

จุดประสงค์หลักของการศึกษานี้เพื่อศึกษาถึงสาเหตุภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นในผู้ป่วยที่มารักษาในโรงพยาบาลกระทุ่มแบน

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาย้อนหลัง (retrospective study) เชิงพรรณนา (descriptive) โดยทบทวนข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องด้วยสาเหตุเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นตั้งแต่ เดือนกรกฎาคม 2552 ถึง เดือนมิถุนายน 2553

ประชากร

ในการศึกษาครั้งนี้ ประชากรที่ได้ทำการศึกษาได้แก่ผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้นในโรงพยาบาลกระทุ่มแบนด้วยสาเหตุภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น

สถิติ

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา

ในระยะเวลาที่ทำการศึกษามีผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้นด้วยภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น จำนวนทั้งหมด 115 ราย เพศชาย 88 ราย คิดเป็นร้อยละ 76 เพศหญิง 27 ราย คิดเป็นร้อยละ 24 โดยมีอายุเฉลี่ย 52.9 ปี มีอาการนำคือ อาเจียนเป็นเลือด ร้อยละ 53.9 รองลงมาคือถ่ายดำ ร้อยละ 24.3 โดยแสดงในตารางที่ 1

ผลการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น พบภาวะกระเพาะอาหารอักเสบจำนวน 38 ราย (ร้อยละ 33) แผลในลำไส้เล็กส่วนต้นจำนวน 28 ราย (ร้อยละ 24.5) เส้นเลือดขดหลอดเลือดอาหาร จำนวน 28 ราย (ร้อยละ 24.5) แผลในกระเพาะจำนวน 27 ราย (ร้อยละ 23.5) ดังแสดงในตารางที่ 2

การรักษา

การรักษาภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นส่วนใหญ่เป็นการสังเกตอาการ (รักษาโดยการให้สารน้ำ ให้ยาให้เลือด) 79 ราย คิดเป็นร้อยละ 68.8 รองลงมาคือการ

ฉีดยาอะดรีนาลีน 24 ราย คิดเป็นร้อยละ 20.9 ดังแสดงในตารางที่ 3

ผลการรักษา

ผู้ป่วยภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น 115 ราย จำหน่ายกลับบ้าน 113 ราย คิดเป็นร้อยละ 98.3 เสียชีวิต 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.7 โดยที่สาเหตุการเสียชีวิตในผู้ป่วยรายแรกเกิดจากติดเชื้อในปอด (aspiration pneumonia) ร่วมกับติดเชื้อในกระแสโลหิต ส่วนรายที่สอง เสียชีวิตจากมะเร็งตับระยะสุดท้าย

ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

ค่าใช้จ่ายในการรักษาโดยเฉลี่ย 33,912 บาทต่อผู้ป่วยหนึ่งราย

จำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยคิดเป็น 6.7 วัน (พิสัยอยู่ระหว่าง 1 วัน ถึง 66 วัน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.85 วัน)

จำนวนเลือดแดง (PRC) ที่ใช้ทั้งหมด 311 หน่วย (พิสัย 0 ถึง 16 หน่วย) คิดเป็นจำนวนโดยเฉลี่ย 2.7 หน่วยต่อคน

จำนวนพลาสมา (FFP) ที่ใช้ทั้งหมด 81 หน่วย (พิสัย 0 ถึง 24 หน่วย) คิดเป็นจำนวนโดยเฉลี่ย 0.7 หน่วยต่อคน

วิจารณ์

จากการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงสาเหตุของภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นในโรงพยาบาลกระทุ่มแบนคือภาวะกระเพาะอักเสบ รองลงมาคือแผลในลำไส้เล็กและเส้นเลือดขดในหลอดเลือดอาหาร โดยมีอัตราส่วนชายต่อหญิง เท่ากับ 3.25 ต่อ 1 ช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ 51-60 ปี พบร้อยละ 23.4 โดยมีปัจจัยเสี่ยงสำคัญคือการดื่มสุรา รองลงมาคือการใช้ยาต้านการอักเสบ ผลการศึกษาในครั้งนี้เป็นข้อมูลที่ได้จากโรงพยาบาลกระทุ่มแบนซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่เขตชนเมือง โดยเมื่อเปรียบเทียบกับผลการศึกษาของเสาวรส และคณะ⁷ ซึ่งทำการศึกษาในโรงพยาบาลตำรวจ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลใน

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของประชากรที่ทำการศึกษา

ลักษณะข้อมูลทั่วไป		จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	88	76.5
	หญิง	27	23.5
อายุ (ปี)	พิสัย	18-83	
	เฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	52.9 $\pm$ 16.2	
ช่วงอายุ	15-20 ปี	3	2.6
	21-30 ปี	7	6
	31-40 ปี	18	15.6
	41-50 ปี	24	20.8
	51-60 ปี	27	23.4
	61-70 ปี	19	16.5
	> 70 ปี	17	14.7
อาการ	อาเจียนเป็นเลือด	62	53.9
	ถ่ายดำ	28	24.3
	ซีด	12	10.4
	อาเจียนดำ	9	7.8
	ถ่ายเป็นเลือด	4	3.5
ปัจจัยเสี่ยง	ดื่มสุรา	27	23.5
	กินยาแก้แสบ	14	12.2
	กินยาต้านเกล็ดเลือด	8	0.7
	กินยาต้านการแข็งตัวของเลือด	2	0.2
	ไม่พบปัจจัยดังกล่าวข้างต้น	64	55.7
การสวนล้างท้อง (NG lavage) (108 ราย)			
ใส (clear)		40	38.1
เลือดออก (active bleed)		39	37.1
เลือดคั่ว (coffee ground)		22	21.0
น้ำดี (bile)		4	3.8
สัญญาณชีพแรกพบ*			
ซีด		15	13.04
มีภาวะเริ่มซีด		35	30.4
ปกติ		65	54.7

ตารางที่ 1 (ต่อ) ข้อมูลทั่วไปของประชากรที่ทำการศึกษา

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ภาวะโลหิตจาง**	96	83.3
ภาวะเกล็ดเลือดต่ำ***	22	19.1
ภาวะแข็งตัวของโลหิตผิดปกติ****	15	15.3

หมายเหตุ * ภาวะซีดคือความดันต่ำกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท ร่วมกับมีอาการของออกซิเจนไปเลี้ยงอวัยวะไม่เพียงพอ

ภาวะเริ่มซีด คือซีพจเร็วกว่า 100 ครั้ง แต่ความดันปกติ

** ภาวะโลหิตจางคือ ฮีโมโกลบินในเพศชายน้อยกว่า 39 เปอร์เซ็นต์ ในเพศหญิงน้อยกว่า 36 เปอร์เซ็นต์

*** ภาวะเกล็ดเลือดต่ำคือ เกล็ดเลือดน้อยกว่า 150,000 ตัวต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร

**** ภาวะแข็งตัวของโลหิตผิดปกติคือ ค่าโปรทอมบินไทม์ มากกว่า 12.7 หรือ พาร์เซี่ยลทอมโบพลาสตินไทม์ มากกว่า 30.5

ตารางที่ 2 ความผิดปกติที่พบจากการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น

ลักษณะที่พบ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
กระเพาะอาหารอักเสบ (Gastritis)	38	33
แผลในลำไส้เล็กส่วนต้น (Duodenal ulcer)	28	24.3
เส้นเลือดขอดในหลอดอาหาร (Esophageal varices)	28	24.3
แผลในกระเพาะ (Gastric ulcer)	27	23.5
ปกติ	8	7
หลอดอาหารอักเสบ (Esophagitis)	5	4.3
หลอดอาหารเป็นแผล (Mallory Weiss tear)	4	3.5
อื่นๆ Hypertrophic gastropathy	3	2.6
Duodenitis	1	0.9
Reflux esophagitis	1	0.9
CA esophagus	1	0.9
CA stomach	1	0.9

ตารางที่ 3 การรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น

การรักษา	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
สังเกตอาการ (Non therapeutic)	79	68.8
ฉีดอะดรีนาลิน	24	20.9
รัดยาง (Rubber band ligation)	10	8.5
ผ่าตัดกระเพาะและเย็บแผล (Gastrotomy and suture)	2	1.8

เขตเมืองพบว่าในผู้ป่วยที่มาด้วยเรื่องอาเจียนเป็นเลือดและถ่ายดำ 5,000 ราย ส่งกล้องตรวจพบแผลในกระเพาะร้อยละ 51 รอยแผลขนาดเล็ก (acute mucosal erosion) ร้อยละ 31.6 ปกติ (Normal study) ร้อยละ 2.46 ตามลำดับ นอกจากนี้เมื่อเปรียบเทียบผลจากการศึกษาของ วิลไรต์⁷ และคณะ¹⁰ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผู้ป่วย 1,338 ราย พบสาเหตุส่วนใหญ่ของภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นคือ แผลในกระเพาะร้อยละ 33.1 แผลในลำไส้เล็กส่วนต้นร้อยละ 22.1 ไม่พบสาเหตุร้อยละ 12.1 รอยแผลขนาดเล็กร้อยละ 11.4 ตามลำดับ

เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาจากต่างประเทศในกลุ่มประเทศเอเชีย จากข้อมูลของการศึกษาในประเทศปากีสถาน⁸ พบสาเหตุหลักของภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นคือเส้นเลือดขดหลอดเลือดอาหารร้อยละ 24 รอยแผลขนาดเล็กร้อยละ 17 ตามลำดับ การศึกษาในคูเวต⁹ ผู้ป่วย 70 ราย พบสาเหตุจากเส้นเลือดขดหลอดเลือดอาหารร้อยละ 57 แผลในลำไส้เล็กส่วนต้นร้อยละ 10 ตามลำดับ การศึกษาในมาเลเซีย¹⁶ ผู้ป่วย 1,830 ราย พบสาเหตุจากแผลในกระเพาะร้อยละ 64 รอยแผลขนาดเล็กร้อยละ 16.5 เส้นเลือดขดหลอดเลือดอาหารร้อยละ 6.4 มะเร็งร้อยละ 3.6 ตามลำดับ

ส่วนการศึกษาในกลุ่มประเทศทางตะวันตก จากข้อมูลการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา⁸ สาเหตุส่วนใหญ่

เกิดจากกระเพาะอาหารอักเสบร้อยละ 42 แผลในกระเพาะร้อยละ 21 ตามลำดับ

จากผลของการศึกษาดังกล่าวข้างต้น พบว่าสาเหตุภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นแตกต่างกันตามภูมิภาคและกลุ่มประเทศ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากหลายปัจจัย อาทิเช่น ความแตกต่างด้านเชื้อชาติ อุปนิสัยการบริโภคอาหาร เป็นต้น

ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นขึ้นกับสาเหตุ อาทิเช่น ร้อยละ 90 ของแผลในลำไส้เล็กส่วนต้นและร้อยละ 50 ของแผลในกระเพาะเกิดจากการติดเชื้อ *Helicobacter pylori* (*H. Pylori*)¹¹ สาเหตุกระเพาะอักเสบ ส่วนใหญ่เกิดจากการดื่มสุรา การติดเชื้อ *H. pylori* ยาต้านการอักเสบ เนื่องจากการศึกษานี้ เป็นงานวิจัยย้อนหลัง ผู้ป่วยมีการตัดสินใจเนื้อทั้งสิ้น 2 ราย จากข้อมูลในรายที่ทำการตัดสินใจไม่พบข้อมูลการติดเชื้อ *H. pylori*

อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น พบประมาณร้อยละ 5-10 และอัตราการเสียชีวิตจากอดีตจนถึงปัจจุบันก็ไม่ได้ลดน้อยลงกว่าเดิม ทั้งที่มีการรักษาด้วยการส่องกล้องที่ทันสมัยหรือการใช้ยาที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น¹¹⁻¹³ และนอกจากนี้มีการศึกษาพบว่าอัตราการเสียชีวิต มีความสัมพันธ์กับอายุที่มากขึ้น¹⁴

ในงานวิจัยนี้ พบผู้ป่วยเสียชีวิต 2 ราย คิดเป็น

ร้อยละ 1.7 โดยที่สาเหตุการเสียชีวิตในผู้ป่วยรายแรกเกิดจากการติดเชื้อในปอด (aspiration pneumonia) ร่วมกับติดเชื้อในกระแสโลหิต ส่วนรายที่สอง เสียชีวิตจากมะเร็งตับระยะสุดท้าย ทั้งนี้เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยที่ศึกษามีจำนวนน้อย จึงไม่สามารถสรุปปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตได้ ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบผลจากการศึกษาของวิไลรัตน์ และคณะ¹⁰ จากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 6.7 โดยมีปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญคือ อายุมาก ช็อก ติดเชื้อในกระแสโลหิต มีโรคร่วม จำนวนโลหิตที่ใช้เกิน 6 หน่วย การเข้ายาคำนการอักเสบ และการผ่าตัด

โดยภาพรวมงานวิจัยนี้ ได้ทำการศึกษาในโรงพยาบาลกระทุ่มแบน ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับชุมชนขนาดใหญ่ กลุ่มผู้ป่วยอยู่ในเขตปริมณฑล เขตโรงงานอุตสาหกรรม ประชากรส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง พนักงานโรงงานอุตสาหกรรม มีการใช้ยาแก้ปวด และดื่มสุราร่วมกันมาก จึงเป็นสาเหตุของภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น โดยเฉพาะเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ที่พบว่าเป็นสาเหตุหลักของภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นในการศึกษาครั้งนี้ มีความแตกต่างกับการศึกษาของเสาวรส และคณะ วิไลรัตน์และคณะ ศึกษาในโรงพยาบาลตำรวจ และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ตามลำดับซึ่งศึกษาผู้ป่วยที่อาศัยในเมืองหลวงและพบสาเหตุหลักคือแผลในกระเพาะอาหาร

สรุป

จากการศึกษาพบว่าสาเหตุภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นในโรงพยาบาลกระทุ่มแบนคือภาวะกระเพาะอักเสบ ผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงส่วนใหญ่คือการดื่มสุราและการใช้ยาแก้ปวด เนื่องจากเป็นการศึกษาย้อนหลัง ข้อมูลผู้ป่วยในด้านปัจจัยเสี่ยงด้านต่าง ๆ อาจไม่ครบถ้วน ทางผู้วิจัยจึงไม่ได้ใช้หลักการทางสถิติ เพื่อหาความสัมพันธ์ของปัจจัยเสี่ยงและการเกิดภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ ท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลกระทุ่มแบน หัวหน้ากลุ่มงานศัลยกรรมทั่วไป เจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัด เจ้าหน้าที่ห้องเวรระเบียน เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสาน รวมถึงผู้ป่วยทุกท่านที่ช่วยในการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Jutabha R, Jensem DM. Acute upper gastrointestinal bleeding. In: Friedman SL, McQuaid KR, Grendell JH, editors. Current diagnosis & treatment in gastroenterology. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 2003. p. 53.
2. Longstreth GF. Epidemiology of hospitalization for acute upper gastrointestinal hemorrhage: a population-based study. Am J Gastroenterol. 1995;90(2):206-10.
3. Longstreth GF. Epidemiology and outcome of patients hospitalized with acute lower gastrointestinal hemorrhage: a population-based study. Am J Gastroenterol. 1997;92(3):419-24.
4. Dallal HJ, Palmer KR. ABC of the upper gastrointestinal tract: upper gastrointestinal haemorrhage. BMJ. 2001;323(7321):1115-7.
5. Arlt GD, Leyh M. Incidence and pathophysiology of peptic ulcer bleeding. Langenbecks Arch Surg. 2001;386(2):75-81.
6. Palmer KR. Haematemesis and Melaena, J Med Inter Gastro. 2003;17.
7. Saowaros V, Udayachalem S, Wee Sakal B. Causes of upper gastrointestinal bleeding in Thai patients: review of 5,000 upper gastrointestinal endoscopy. J Med Assoc Thai. 1995;77(4):561-5.
8. Boonpongmanee S, Fleischer DE, Pezzullo JC,

- et al. The frequency of peptic ulcer as a cause of upper-GI bleeding is exaggerated. *Gastrointest Endosc.* 2004;59(7):788-94.
9. Qari FA. Major causes of upper gastrointestinal bleeding at king abdul aziz university hospital (Jeddah). *Kuwait Med J.* 2001;33(2):127-30.
10. Wilairatana S, Sriussadaporn S, Tanphaiphat C. A review of 1338 patients with acute upper gastrointestinal bleeding at Chulalongkorn university hospital, Bangkok. *Gastroenterol Jpn.* 1991;26 (Suppl 3):58- 61.
11. Chen TS, Luo JC, Chang FY. Prevalence of *Helicobacter pylori* infection in duodenal ulcer and gastro-duodenal ulcer diseases in Taiwan. *J Gastroenterol Hepatol.* 2010;25(5):919-22.
12. Cappell MS, Friedel D. Acute nonvariceal upper gastrointestinal bleeding: endoscopic diagnosis and therapy. *Med Clin North Am.* 2008;92(3): 511-50.
13. Barkun A, Sabbah S, Enns R, et al. The Canadian Registry on Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding and Endoscopy (RUGBE): endoscopic hemostasis and proton pump inhibition are associated with improved outcomes in a real-life setting. *Am J Gastroenterol.* 2004;99(7):1238-46.
14. Schiller KF, Truelove SC, Williams DG. Haematemesis and melaena, with special reference to factors influencing the outcome. *Br Med J.* 1970;2(5700):7-14.
15. Cheng JLS, Gunn A, Menon J, et al. Aetiology of acute upper gastrointestinal bleeding in east Malaysia. *Med Mal.* 2001;56(supp A):D31.