

การส่องตรวจทางเดินอาหารส่วนบน

พิพัฒน์ อังกรวิรุทธ์

รพ. พระจอมเกล้า เพชรบุรี

ABSTRACT :

Anguravirutt P. The Esophagogastroduodenoscopic Diagnosis of 1,000 patients.
(Region 7 Medical Journal 1995 ; 2 : 169-176.)

Department of Medicine, Prachomklau Hospital, Petchburi, Thailand.

One thousand patients with upper gastrointestinal symptom at Prachomkloa hospital were examined by endoscopy. The patients were 16-92 years. The ratio of male to female was 1.7 : 1. The indication for endoscopy were upper GI bleeding 49.5%, abdominal pain 39.8%, dysphagia 4%. Endoscopic examination revealed gastric ulcer 23.6%, duodenal ulcer 17%, acute gastric mucosal lesion 17%, and normal 26%.

บทคัดย่อ :

พิพัฒน์ อังกรวิรุทธ์. การส่องตรวจทางเดินอาหารส่วนบน. (วารสารแพทย์เขต 7 2538 ; 2 : 169-170.)

กลุ่มงานอายุรกรรม, รพ. พระจอมเกล้า เพชรบุรี.

ผู้ป่วย 1,000 คน ที่มีอาการทางทางเดินอาหารส่วนบน ในโรงพยาบาลพระจอมเกล้า เพชรบุรี ได้ถูกตรวจโดยใช้กล้องส่องตรวจทางเดินอาหารส่วนบน ผู้ป่วยเหล่านี้มีอายุตั้งแต่ 16-92 ปี เป็นชายต่อหญิง 1.7 : 1 อาการสำคัญของผู้ป่วยคือ ปวดท้องร้อยละ 39.8 เลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นร้อยละ 49.5 กลืนลำบาก ร้อยละ 4.0 และอาการอื่น ๆ

ผลการตรวจด้วยกล้องส่องทางเดินอาหารส่วนบน พบว่า มีแผลในกระเพาะอาหารร้อยละ 23.6 แผลในลำไส้เล็กส่วนต้นร้อยละ 17.0 และอื่น ๆ อีก แต่ที่ไม่พบสิ่งผิดปกติถึงร้อยละ 26.0

บทนำ

การทำ Esophagogastroduodenoscopy (EGD) นิยมทำโดยทั่วไปเพราะสามารถมองเห็นพยาธิสภาพได้ชัดเจน โรคแทรกซ้อนไม่มาก การทำ EGD มีโรคแทรกซ้อนเพียง 1:800 และที่รุนแรง ถึงแก่ชีวิต 1:5000 ถ้าตรวจผู้ป่วยในระยะวิกฤต เช่น ขณะมีเลือดออกทางเดินอาหาร จะเกิดโรคแทรกซ้อน 1:200 และถึงแก่ชีวิต 1:700 สาเหตุการตายมักเกิดจากโรคหัวใจและหายใจล้มเหลว หรือเครื่องมือทะลุอวัยวะสำคัญ^{1,2}

ประโยชน์ของการใช้กล้องส่องตรวจทางเดินอาหาร

1. เพื่อตรวจโรคของหลอดอาหาร³ ผู้ป่วยมักมีอาการ Heart burn, pyrosis, dysphagia การใช้กล้องส่องตรวจจะดูตั้งแต่รอยโรคที่ mucosa พบ Esophagitis, superficial ulcer, esophageal varices, carcinoma และสามารถตัดชิ้นเนื้อมาตรวจ

2. ตรวจโรคของกระเพาะอาหารและลำไส้ส่วนต้น⁴ สามารถดู mucosa ของกระเพาะอาหารว่ามีพยาธิสภาพเป็น gastritis, erosion, superficial erosive gastritis, แผลเปื่อย peptic ulcer หรือ cancer

มะเร็งของกระเพาะอาหาร เมื่อดูผ่านกล้องอาจจะแยกจากแผลเปื่อย peptic ไม่แน่นอน นอกจากการติดตามส่องกล้องดูเป็นระยะแล้ว ยังใช้การตัดชิ้นเนื้อเพื่อไปตรวจ ซึ่งการตัดชิ้นเนื้อได้ครั้งละไม่มาก ดังนั้นจึงต้องตัดรอบ ๆ แผลหลายแห่ง 6-8 แห่ง

ในรายผ่าตัดกระเพาะอาหาร ระยะหลังผ่าตัด มีความจำเป็นต้องตรวจโดยใช้กล้องส่องตรวจ เพราะการถ่ายภาพรังสี จะเห็นไม่ชัด การส่องตรวจเพื่อค้นหา marginal ulcer ดู stricture of stoma, ดู recurrent ulcer

ที่ Duodenum EGD จะตรวจพบ Post bulbar ulcer ได้ชัดกว่าการถ่ายภาพรังสี, giant duodenal ulcer, duodenitis พบ red inflammation, diffuse bleeding erosion จะเห็นได้โดยการส่องกล้อง พบบ่อยในผู้ป่วยที่กินยา aspirin

gastric outlet obstruction ผู้ป่วยที่มีอาการอุดตันของทางเดินอาหารมีอาการอาเจียน ท้องอืด มี Gastric content อยู่มาก ภาพจากรังสีจะเห็นเพียงว่ามีการอุดตัน การส่องกล้องจะพบรอยโรคและสามารถตัดชิ้นเนื้อมาตรวจก่อน เพื่อวางแผนการรักษา

3. เลือดออกทางเดินอาหารส่วนบน^{5,6}

ผู้ป่วยที่มีอาการเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบน คือ อาเจียนเป็นเลือด ถ่ายอุจจาระดำ เป็นลม ความดันต่ำ เลือดจางไม่ทราบสาเหตุ มีจำนวนเม็ดเลือดแดงลดลงใน 12-24 ชั่วโมงแรก เป็นประโยชน์ โดยจะเห็นสาเหตุของเลือดออก ทำให้วางแผนการรักษาได้ รอยโรคบางชนิดไม่เห็นโดยภาพรังสี เช่น Esophagitis, mallory weiss tear, erosive gastritis, stress ulcer^{7,8} รอยโรคที่เห็นโดยภาพรังสีอาจไม่ใช่สาเหตุของเลือดออก การส่องตรวจทางเดินอาหารโดยตรง จึงแน่ใจได้ว่าเป็นสาเหตุที่แท้จริง โดยการพบแผลมีเส้นเลือดซึ่งอาจมีเลือดไหลอยู่หรือเลือดหยุดแล้ว พบแผลที่มีก้อนเลือดติดอยู่ เป็น stigmata of recent hemorrhage

วัสดุและวิธีการ

ในโรงพยาบาลพระจอมเกล้า เพชรบุรี ได้บริการแก่ผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคทางเดินอาหารด้วยกล้องส่องตรวจ ตั้งแต่ พ.ศ. 2524-2535 รวมทั้งสิ้น 1,000 ราย ได้รวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยและผลการตรวจมาศึกษา

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษารายละเอียดของผู้ป่วย

1. เพศ
2. อายุ
3. อาการสำคัญที่นำผู้ป่วยมารับการตรวจ
4. สิ่งที่ตรวจพบ
5. สิ่งที่ตรวจพบเมื่อจำแนกตามอาการ
 - 5.1 ผู้ป่วยที่มีอาการปวดท้อง
 - 5.2 ผู้ป่วยที่มีเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบน

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาผู้ป่วย 1,000 ราย เป็นเพศชาย 632 ราย หญิง 368 ราย อัตราส่วนชาย : หญิง = 1.7 : 1 เมื่อจำแนกอายุของผู้ป่วยพบได้ตั้งแต่อายุน้อยที่สุด 16 ปี และอายุมากที่สุด 92 ปี (ตารางที่ 1) อาการที่นำผู้ป่วย

มารับการตรวจโดยกล้องส่องตรวจทางเดินอาหารมากที่สุด คืออาการเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบน ร้อยละ 45.9 รองลงมาคืออาการปวดท้อง ร้อยละ 39.8 (ตารางที่ 2) ผลการตรวจทางเดินอาหารส่วนบน ในผู้ป่วย 1,000 ราย (ตารางที่ 3) และผลการตรวจทางเดินอาหารส่วนบน

ตารางที่ 1 การจำแนกอายุของผู้ป่วย

อายุ	ชาย	หญิง	รวม	ร้อยละ
< 20	6	5	11	1.1
21-30	66	43	109	10.9
31-40	95	50	145	14.5
41-50	147	76	223	22.3
51-60	182	117	299	29.9
61-70	96	52	148	14.8
> 70	40	25	65	6.5
รวม	632	368	1,000	100

ตารางที่ 2 อาการที่นำผู้ป่วยมารับการตรวจโดยกล้องส่องตรวจทางเดินอาหาร

ข้อบ่งชี้	จำนวน	ร้อยละ
Upper GI Bleeding	459	45.9
Abdominal Pain	398	39.8
Dysphagia	40	4.0
Gastric Outlet Obstruction	41	4.1
Follow Up	30	3.0
Others	42	4.2
Total	1,000	100

ตารางที่ 3 ผลการตรวจทางเดินอาหารส่วนบน 1,000 ราย

สิ่งที่ตรวจพบ	จำนวน	ร้อยละ
Gastric Ulcer	235	23.5
Duodenal Ulcer	170	17.0
Acute Gastric Mucosal Lesion	170	17.0
Duodenitis	30	3.0
Marginal Ulcer	14	1.4
Carcinoma of Stomach	16	1.6
Carcinoma of Esophagus	25	2.5
Healing Ulcer	25	2.5
Esophagitis	10	1.0
Esophageal Varices	16	1.6
Pyloric Stenosis	36	3.6
Normal	260	26.0
Total	1,000	100

ตารางที่ 4 ผู้ป่วยเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบน (Upper GI Bleeding)

สิ่งที่ตรวจพบ	จำนวน	ร้อยละ
AGML	130	28.0
Gastric Ulcer	120	26.6
Duodenal Ulcer	90	19.9
Esophageal Varices	10	2.2
Esophagitis	2	0.4
Marginal Ulcer	2	0.4
Duodenitis	11	2.4
Carcinoma of Stomach	2	0.4
Normal	92	20.9
Total	459	100.00

ตารางที่ 5 ผลการตรวจผู้ป่วยปวดท้อง (Abdominal Pain)

สิ่งที่ตรวจพบ	จำนวน	ร้อยละ
Gastric Ulcer	110	28.0
Duodenal Ulcer	75	19.0
Gastritis	36	9.0
Duodenitis	16	4.0
Carcinoma of Stomach	10	2.5
Marginal Ulcer	12	3.0
Esophagitis	8	2.0
Normal	130	30.3
Total	396	100.00

ตารางที่ 6 ข้อบ่งชี้และผลการตรวจ

ข้อบ่งชี้และโรค	จำนวน	ร้อยละ
DYSPHAGIA	40	100.0
Carcinoma. of Esophagus	25	62.5
Esophageal Stricture	1	2.5
Esophagitis	4	10.0
Normal	10	25.0
GASTRIC OUTLET OBSTRUCTION	41	100.0
Pyloric Stenosis	34	83.8
Carcinoma of Stomach	2	4.0
Normal	5	12.2
FOLLOW UP	30	100.0
Healing Ulcer	25	83.5
Normal	5	16.5
OTHER	42	100.0
Carcinoma of Stomach	2	4.7
Gastric Ulcer	5	12.0
Duodenal Ulcer	5	12.0
Acute Gastritis	3	7.1
Duodenitis	3	7.1
Normal	24	57.1

จำแนกตามอาการตามตารางที่ 4-6

วิจารณ์

จากการตรวจ 1,000 ราย ไม่พบโรคแทรกซ้อนจากการตรวจ

การตกเลือดทางเดินอาหารส่วนบน เป็นปัญหาที่พบบ่อยเกือบทุกแห่งของประเทศไทยและปัจจัยเสริมที่ทำให้มีเลือดออกคือ การกินยาแก้ปวด เช่น แอสไพริน NSAID การดื่มสุรา สูบบุหรี่⁹ หรือผู้ป่วยอยู่ในภาวะเครียด การวินิจฉัยที่รวดเร็วคือการส่องตรวจกระเพาะอาหาร¹⁰ ถ้าส่องตรวจภายใน 24 ชั่วโมงแรก สามารถวินิจฉัยได้มากกว่าร้อยละ 90

การวินิจฉัยโดยใช้เครื่องมือส่องตรวจกระเพาะจะพบ lesion ได้ร้อยละ 92¹¹ สามารถหาจุดเลือดออกได้แน่นอน และสามารถบอกได้ว่าเป็นสาเหตุของเลือดออกแท้จริง

ผู้ป่วยปวดท้องมักมีอาการเรื้อรัง สัมพันธ์กับการกินอาหารหรือท้องว่าง เนื่องจากอาการปวดมากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับอารมณ์ของผู้ป่วยเป็นสำคัญ ดังนั้นอาการจึงไม่แน่นอน การตรวจจึงไม่พบสิ่งผิดปกติถึง 30% นอกนั้นส่วนใหญ่เป็น Peptic ulcer ที่ตำแหน่งต่าง ๆ

กลุ่มอาการ dysphagia ที่เกิดจาก Mechanical obstruction มักจะมีอาการกลืนของแข็งลำบากก่อน ต่อมาจึงเป็นอาหารเหลว ผู้ป่วยอาจมีอาการปวด อาเจียน หลังอาหาร การตรวจด้วย endoscope มักทำหลังจากที่ถ่ายภาพรังสีแล้วพบว่ามียโรค ทั้งนี้เพื่อป้องกัน perforation การทำ endoscopy เพื่อให้เห็นรอยโรค และทำ biopsy เพื่อที่จะได้ชิ้นเนื้อมาตรวจทางพยาธิ ส่วนมากมักมี Malignancy ถึง 62.5% นอกจากนั้นเป็น esophagitis ซึ่งบอกได้โดย Endoscope ไม่เห็นโดยเอกซเรย์

ผู้ป่วยที่มีเลือดจางโดยไม่ทราบสาเหตุอาจไม่มีอาการปวดท้องมาก่อน จากการตรวจทางเดินอาหารด้วยกล้อง จะพบมีไม่น้อยที่เกิดจากแผล Peptic ulcer แล้วมีการเสียเลือดทีละน้อย

สรุป

การส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนบน ยังมีประโยชน์ในการรักษาโรคทางเดินอาหารส่วนบนโดยเฉพาะโรคเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบน เวลาที่ทำการตรวจก็เป็นสิ่งสำคัญ ถ้าตรวจช้าเกินไปโอกาสที่จะพบรอยโรคลดน้อยลง แต่ถ้าตรวจเร็วเกินไป ผู้ป่วยยังมีการหนักอยู่ก็จะเกิดอันตรายได้ นอกจากนั้นพยาธิสภาพของหลอดอาหาร เช่น esophagitis หรือ carcinoma esophagus ก็ตรวจและดูพยาธิสภาพได้ถูกต้องแม่นยำจาก endoscope

เอกสารอ้างอิง

1. Michael BK, Fred ES. Gastrointestinal endoscopy. In : Wilson, Braunwald, Isselbacher, eds. Harrison's Principles of Internal Medicine. 11th ed. New York : McGraw-Hill, 1991 : 1225-7.
2. Bogoch A. Bleeding. In : Berk JE, ed. Bockus Gastroenterology, 4th ed. Philadelphia : WB Saunders, 1985 : 65-110.
3. Sugawa C. Endoscopic diagnosis and treatment of mucosal lesions of the esophagus. Surg Clin of North 1989 ; 69(6) : 1167-84.
4. Gibb SP, Laney JS, Tarshis AM. Use of fiberoptic endoscopy in diagnosis and therapy of upper gastrointestinal disorders. Med Clin of North 1986 ; 70(6) : 1307-24.
5. บุญ วนาสิน. ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารปัจจุบัน. ใน : อดุลย์ วิริยะเวชกุล, บุญ วนาสิน, บรรณาธิการ. การบำบัดฉุกเฉินทางอายุรศาสตร์. กรุงเทพฯ : ไทยเชชม, 2519 : 227-43.
6. Peterson WL. Gastrointestinal bleeding. In : Sleisenger MH, Fordtran Jr, eds. Gastrointestinal diseases. Philadelphia : WB Saunders, 1983 : 177-207.
7. วิณนา วงศ์พานิช. Endoscopic study of upper gastrointestinal bleeding : ประสบการณ์จากโรงพยาบาล-

ราชวิถี. จี๊วัฒนาการในโรคระบบทางเดินอาหาร^๑.

กรุงเทพฯ : กรุงเทพฯเวชสาร, 2533 : 37-42.

8. Katon RM, Smith FW. Panendoscopy in the early diagnosis of acute upper gastrointestinal bleeding. *Gastroenterology* 1973 ; 65 : 728-34.

9. Needham CD, Kyle J, Jones PF, Johnston SJ, Her-ridge DF. Aspirin and alcohol in gastrointestinal

haemorrhage. *Gut* 1971 ; 12 : 819-21.

10. Cotton PB, Rosenberg MT, Waldram RPL, Axon ATR. Early endoscopy of oesophagus, stomach and duodenal bulb in patients with hematemesis and melena. *Br Med J* 1973 : 2 : 505-9.

11. Schaffner J. Acute Gastrointestinal bleeding. *Med Clin North Am* 1986, 70(5) : 1055-65.