

การส่องตรวจทางเดินอาหารส่วนบน

พิพัฒน์ อังกราวีรุตี

Abstract : Endoscopy has more accuracy than conventional and double contrast x-ray in diagnosis of upper gastrointestinal bleeding. Specific endoscopic signs which could be seen by endoscopy indicate that those lesions were true causes of bleeding and also had predictive value of clinical risk factor of rebleeding. Finding of specific endoscopic signs will be less accurate if endoscopy is delayed.

Endoscopy in Upper Gastrointestinal Bleeding.

Anguravirutt P.

Department of Medicine, Prachomkloa Hospital, Petchaburi, Thailand.

Region 7 Medical Journal 1992 ; 4 : 333-337

บทคัดย่อ การส่องตรวจทางเดินอาหารมีความถูกต้องแม่นยำ ในการตรวจวินิจฉัยโรคเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบน นอกจากพบรอยโรคได้มากกว่า x-ray แล้ว ยังสามารถพบ specific endoscopic signs ซึ่งสามารถบอกรายโรคได้ว่าเป็นสาเหตุของเลือดออกในทางเดินอาหาร สามารถบอกรายโรคได้ว่าจะมีโรคแทรกซ้อนที่พบบ่อย คือ rebleed ได้มาน้อยเพียงใด specific endoscopic signs จะพบได้มากขึ้นถ้าทำการส่องตรวจ ในเวลาห่างจาก onset of bleeding ไม่นาน

บทนำ

เลือดออกทางเดินอาหารส่วนบนเป็นโรคที่พบบ่อย มักมีอาการรุนแรงมีอัตราตายถึง 10% ถึงแม้มีการตรวจวินิจฉัย การรักษาใหม่ ๆ แต่อัตราตายมิได้น้อยลง ทั้งนี้เนื่องจากปัญหาซับซ้อนในการตรวจรักษา เนื่องจากโรคนี้มักเกิดในระยะฉุกเฉิน อาการของผู้ป่วยไม่สามารถจะทำนายได้ว่าอาการเลือดออกนั้นจะหยุดเมื่อใด การรักษาและการวินิจฉัยต้องทำร่วมกันไปในเวลาเดียวกัน^{1,2,3} วิธีการวินิจฉัยก็มีปัญหามาก เมื่อเริ่มแรกมี x-ray และต่อมาก็ก้าวหน้าขึ้นโดยมี fiberoptic endoscope ตั้งแต่มี fiberoptic endoscope แล้ว วิธีการตรวจผู้ป่วยที่เลือดออกทางเดินอาหารได้เปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากการศึกษาเปรียบเทียบ พบว่า เกี่ยวกับเลือดออกในทาง-

เดินอาหารแล้ว endoscopy จะตรวจได้ผลดีกว่า x-ray⁴ เนื่องจากสาเหตุของเลือดออกบางชนิดไม่สามารถจะแสดงให้เห็นได้ใน x-ray เช่น esophagitis, erosive gastritis Mallory-Weiss tears

จะเห็นได้ว่าแม้การใช้ double contrast x-ray ซึ่งทำได้ยากและยังไม่สามารถทำได้ในโรงพยาบาลทุกแห่งของประเทศไทย การตรวจได้ผลแม่นยำน้อยกว่า endoscopy นอกจากนั้น แม้ x-ray จะพบรอยโรคก็ไม่สามารถบอกรายโรคได้ว่าเป็นสาเหตุของเลือดออกในทางเดินอาหารอย่างแท้จริง

Timing of Endoscopy⁹

เวลาทำการตรวจ endoscopy สำคัญ ถ้าตรวจ

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบผลระหว่าง x-ray และ endoscopy ในเลือดออกทางเดินอาหาร

	No.of case	x-ray (%)	Endoscopy %
Stevenson et al (5) double contrast	66	74	89
Hoare (6) conventional x-ray	158	37	81
Katon et al (7)	100	30	92
	No.of case	x-ray (%)	Endoscopy %
Thoeni et al (8) double contrast	100	80	93

เร็วเกินไปผู้ป่วยยังมีอาการไม่คงที่ อาจเกิดอันตรายถึงชีวิต แต่ถ้าช้าเกินไปอาจไม่พบรอยโรคในผู้ป่วยที่มีอาการดีขึ้นคงที่ แต่มีเลือดออกอยู่เรื่อย ๆ ต้องรีบทำ endoscopy เพื่อดูรอยโรค และวางแผนการรักษา ผู้ป่วยบางส่วนประมาณ 75% เลือดจะหยุดภายใน 48 ชั่วโมง ดังนั้นการส่องตรวจจึงสามารถทำได้ภายหลัง

ในผู้ป่วยที่เลือดออกไม่หยุด และผู้ป่วยที่มีอัตราเสี่ยงสูงต้องรีบทำ endoscopy อัตราเสี่ยงที่สำคัญ คือ¹⁰

1. อายุมาก
2. unstable vital sign, hypotension ต้องให้เลือดมาก
3. มีโรคอื่นร่วมด้วย เช่น โรคหัวใจ
4. Onset of bleeding น้อยกว่า 12 ชั่วโมง

Specific Endoscopic Signs

เมื่อส่องตรวจทางเดินอาหารของผู้ป่วยแล้ว นอกจากพบรอยโรค เช่น gastric ulcer duodenal ulcer, esophageal ulcer, esophagitis, acute gastric mucosal lesion (AGML) ยังมีสิ่งที่ตรวจพบที่สำคัญ ๆ ซึ่งเป็น specific endoscopic sign อื่น ๆ ที่พบร่วมกับรอยโรคนั้น ๆ คือ

1. Active bleeding lesion คือ แผลที่มีเลือดแดงออกอยู่ตลอด อาจจะมีมอดหรือฟุ้งมาโดยแรง อาจเห็นเส้นเลือดไหลอยู่ด้วย
2. Visible blood vessel คือ แผลที่มีเส้นเลือด

ไหลที่พื้นฐานของแผลแต่ไม่มีเลือดออก อาจเห็นเป็น sentinel clot

3. Blood clot adherent to ulcer base เรียกว่า stigmata of recent hemorrhage (SRH)

Specific endoscopic signs เหล่านี้มีความสำคัญ บ่งชี้ว่า^{11, 12}

1. ได้มีเลือดออกที่รอยโรคนั้น ๆ
2. มีโอกาสที่จะเกิด rebleed ได้อีก

การที่จะตรวจพบ specific endoscopic signs นั้น ขึ้นอยู่กับระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีเลือดออกจนถึงเวลาที่ทำ endoscopy ถ้าช่วงเวลาไม่เนิ่นนานเกินไปโอกาสจะพบ signs เหล่านี้มีมาก

จะพบว่า active bleeding หรือ recent bleeding พบมากในระยะ 24 ชั่วโมงแรกต่อไปก็ลดน้อยลงตามเวลา ดังนั้นการทำ endoscopy จึงควรทำให้เร็วที่สุดเมื่อผู้ป่วยมีอาการคงที่ได้แล้ว

ความสำคัญของการตรวจพบ specific signs¹⁴

วิธีการ

ใน ร.พ.พระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2523 ถึง 2534 มีผู้ป่วยเข้ารับการตรวจทางเดินอาหารส่วนบนด้วยกล้องส่องตรวจ 1,000 ราย ด้วยข้อบ่งชี้ในการตรวจต่าง ๆ กัน แต่มีข้อบ่งชี้เนื่องจากเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบน 452 รายได้นำรายงานผลการ

ตารางที่ 2 อิทธิพลของเวลาต่อการพบร่องรอยของการมีเลือดออก¹³

Time(hr) Success %	I (active bleeding)	II (recent bleeding)	III (lesion)	IV (no lesion)	
0-24	20	1	5	1	78%
25-48	11	12	9	3	66%
48+	8	7	18	14	32%
Total	39	20	32	18	53%

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่าง specific endoscopic signs กับการเกิด rebleed

Finding	Frequency %	Rebleeding rate %
No stigmata of recent hemorrhage	30-35	0-5
Clot, spot	30-40	10-20
Non bleeding visible vessel	20-25	40-50
Active bleeding	10-15	70-90

ส่องตรวจมาแยกแยะรายละเอียดในรายงานจะบ่งบอกถึงวัน เดือน ปีที่ทำการตรวจ อายุ เพศ ระยะเวลาที่เกิดอาการ จนกระทั่งได้รับการตรวจ จนกระทั่งได้รับการตรวจ ผล การตรวจพบรอยโรค ชนิดใดบ้าง ลักษณะของ ulcers มี เลือดออกหรือไม่บางแผลกำลังมีเลือดแดงซึมออกมา บาง แผลมีก้อนเลือดติดตามแผลแบ่งแยกเป็น

1. Active bleeding ที่บริเวณ ulcer มีเลือดซึม ออกมา

2. Blood clot, red clot or black clot เรียกรวม ๗ กันว่า stigmata of recent hemorrhage = S R H ที่บริเวณ ulcer

3. พบเฉพาะ lesion แต่ไม่พบร่องรอยของเลือด ออก = lesion

4. ไม่พบ lesion ที่ทำให้เลือดออก = no lesion

ผล

ตารางที่ 4 ผลการส่องตรวจทางเดินอาหารส่วนบนในผู้ป่วย เลือดออกในทางเดินอาหาร

สิ่งที่ตรวจพบ	จำนวน	%
Acute gastric mucosal lesion	130	28
Gastric ulcer	120	26
Duodenal ulcer	90	19.9
Esophageal varices	10	2.2
Esophagitis	2	0.4
Marginal ulcer	2	0.4
Duodinitis	11	2.4
Carcinoma of stomach	2	0.4
Normal (no lesion)	85	17.9
รวม	452	100

ตารางที่ 5 ความสำคัญของระยะเวลา ต่อการตรวจพบรอยโรค

เวลา(ชม.)	จำนวน	active bleeding(%)	S R H(%)	Lesion%	No Lesion%	Success%
0-24	100	20 (20)	65 (65)	10 (10)	5 (5)	95%
25-48	193	19 (10)	66 (34)	67 (35)	41 (21)	79
>48	159	4 (2.5)	20 (12.5)	96 (60)	39 (25)	75
รวม	452	43	151	173	85	

วิจารณ์

จากตารางที่ 4 พบว่า acute gastric mucosal lesion พบมากที่สุดลักษณะเป็น multiple superficial mucosal injuries โดยมี petechiae, red erosion, black erosion, central black erosion ขนาด 2-3 มม.จนถึง 20 มม. ซึ่งเกิดจากการกิน NSAID, alcohol และจาก stress

จากตารางที่ 5 ระยะเวลาที่ทำการตรวจมีความสำคัญ ถ้าปล่อยเวลาระหว่าง onset of bleeding จนกระทั่งเวลาที่ทำ endoscopy นานเกินไป จะพบ specific endoscopic signs ลดน้อยลง ในระยะ 0-24 ชม. พบ active bleeding 20% แต่ถ้าเกิน 48 ชม.จะลดลงเหลือเพียง 2.5% ส่วน SRH ในระยะ 24 ชม.แรกพบถึง 65% ถ้าเลย 48 ชม.แล้วพบเพียง 12.5% ดังนั้นการทำ endoscopy โดยเร็วที่สุด จะได้พบรอยโรคมาก ในด้านการปฏิบัติงาน ส่วนมากผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลนอกเวลาราชการ มาในเวลากลางคืน ต้องรอลงเวลาจนกระทั่งวันรุ่งขึ้น จึงเสียเวลาไปมากเกิน 12 ชม. แต่ถึงแม้จะมีความจำเป็นที่จะทำ endoscopy โดยเร็ว ก็ต้องแน่ใจว่าผู้ป่วยพ้นขีดอันตรายจากการเสียเลือดก่อน

สรุป

ในโรคเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบน endoscopy เป็นเครื่องมือสำหรับตรวจวินิจฉัยได้แม่นยำกว่า x-ray สามารถพบรอยโรคได้ในอัตราที่สูงกว่า x-ray และ

ยังสามารถบอกได้ว่ารอยโรคนี้เป็นสาเหตุของการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารหรือไม่ นอกจากนั้นการตรวจโดยละเอียดพบอาการแสดงอื่น ๆ เช่น active bleeding, stigmata of recent hemorrhage (SRH) ซึ่งไม่สามารถพบได้โดย x-ray ซึ่ง SRH และ active bleeding lesion จะบ่งบอกถึงโรคแทรกซ้อนที่พบบ่อย คือ rebleeding

เอกสารอ้างอิง

1. Sleisenger MH, Fordtran JS. Gastrointestinal bleedinggastrointestinal disease, part 2. 4th ed. Philadelphia : WB Saunders 1987 : 397-417.
2. Roth HP. Endoscopy. Dig Dis Sci 1981 ; 26 ; 7 : 1S-4S.
3. Schrock TR. Does endoscopy affect the surgical approach to the patient with upper gastrointestinal bleeding. Dig Dis Sci 1981 ; 26 ; 7 : 27S-29S.
4. Morrissey JF. Clinical approach to diagnostic endoscopy in patients with upper gastrointestinal bleeding. Dig Dis Sci 1981; 26 : 7 : 6S-11S.
5. Stevenson W, Cox RR, Roberts CJC. Prospective comparison of double contrast barium meal examination and fiberoptic endoscopy in acute upper gastrointestinal haemorrhage. Br Med J 1976 ; 2 : 723-724.
6. Hoare AM. Comparative study between endoscopy

- and radiology in acute upper gastrointestinal haemorrhage. Br Med J 1975 ; 1 : 27-30.
7. Katon RM, Smith FW. Panendoscopy in the early diagnosis of acute upper gastrointestinal bleeding. Gastroenterology 1973 ; 65 : 728-734.
8. Thoeni RF, Cello JP. A critical look at the accuracy of endoscopy and doublecontrast radiography of the upper gastrointestinal (UGI) tract in patients with substantial UGI hemorrhage. Radiology 1980 ; 135 : 350-308.
9. Schaffner J. Acute astointestinal bleeding. Med Cli North Am 1986 ; 70, 5 : 1055-1065.
10. Manel JJ. Use of endoscopy in peptic ulcer disease. Med Cli North Am 1991 ; 75, 4 : 841-849.
11. Swain CP, Story Dw, Bown SG, et al Nature of the bleeding vessel in recurrently bleeding gastric ulcers. Gastroenterology 1986 ; 90 : 595-608.
12. Storey DW, Bown SG, Swain CP, et al. Endoscopic prediction of recurrent bleeding in peptic ulcers. N Engl J Med 1981; 305 : 915-916.
13. Forrest JAH, Finlayson NDC, Shearman DJC. Endoscopy in gastrointestinal bleeding. Lancet 1974 ; 2 : 394-397.
14. Dudnick R, Martin P, Friedman Ls. Management of bleeding ulcers. Med Cli North Am 1991; 75, 4 : 947-963.

อนันต์นาการ

จาก

เอส เอ็ม ยูนิโก

อนันต์นาการ

จาก

ประเวชอุปกรณ์