

การเปรียบเทียบผลของการส่องกล้องระหว่างส่องภายใน 24 ชั่วโมง และหลัง 24 ชั่วโมง ในผู้ป่วยเลือดออกบริเวณทางเดินอาหารส่วนบน ที่ไม่ใช่เส้นเลือดชนิดในหลอดเลือดอาหารที่มีสัญญาณชีพคงที่ ในโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์

Comparing Result between Early and Delayed Endoscopy in Non-Variceal Upper GI Bleeding Patients with stable vital sign in Prachuapkhirikhan Hospital

ชวลิต รุ่งนฤทัย พ.บ.,
ว. ศัลยศาสตร์ทั่วไป
กลุ่มงานศัลยกรรม
โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์
ประจวบคีรีขันธ์

Chawalit Rungnaruethai M.D.,
Thai Board of Surgery
Division of Surgery
Prachuapkhirikhan Hospital
Prachuap Khiri Khan

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบอัตราการเสียชีวิตและคุณภาพของการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนระหว่างส่องภายใน 24 ชั่วโมง และหลัง 24 ชั่วโมงในคนไข้เลือดออกทางเดินอาหารส่วนบนที่ไม่ใช่เส้นเลือดชนิดในหลอดเลือดอาหาร (non-variceal UGIB) และมีสัญญาณชีพคงที่ ในโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์

วิธีการศึกษา: งานวิจัยแบบ retrospective cohort study กลุ่มประชากรคือ ผู้ป่วยเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบนที่ไม่ใช่เส้นเลือดชนิดในหลอดเลือดอาหาร (non-variceal UGIB) และมีสัญญาณชีพคงที่ที่มารักษาในโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ ตั้งแต่ 1 พฤศจิกายน 2559 ถึง 31 ตุลาคม 2561 โดยแยกเป็นกลุ่ม early endoscopy (≤ 24 ชั่วโมง) และ delayed endoscopy (> 24 ชั่วโมง) และนำข้อมูลมารวบรวมแบ่งแยกเป็น ข้อมูลพื้นฐานเฉพาะบุคคล, ข้อมูลก่อนการส่องกล้อง (pre-endoscopic score; GBS), รายงานการส่องกล้อง (Forrest classification) และอัตราการเสียชีวิตรวมถึงคุณภาพ (การมีเลือดออกซ้ำภายใน 30 วัน ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และการให้เลือด) จากนั้นนำมาวิเคราะห์ทางสถิติ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ไค-สแควร์ และการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณ โดยใช้โปรแกรม SPSS version 16 ในการคำนวณ

ผลการศึกษา: จำนวนประชากรทั้งหมด 112 คน แบ่งเป็น early endoscopy 19 คน และ delayed endoscopy 93 คน พบคนไข้ที่มีโรคตับร่วมเป็นอัตราส่วนในกลุ่ม early endoscopy มากกว่า delayed endoscopy (26.3% versus 9.7%, $p = .046$) ในกลุ่ม early endoscopy ได้รับการ therapeutic endoscopy มากกว่า

delayed endoscopy (47.4% versus 22.6%, $p = .005$) ส่วนอัตราการเสียชีวิตและคุณภาพ (การมีเลือดออกซ้ำใน 30 วัน ระยะเวลาอนโรงพยาบาล และการให้เลือด) ในทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป: อัตราการเสียชีวิตและคุณภาพระหว่างประชากรกลุ่ม early endoscopy และ delayed endoscopy ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ : เลือดออกทางเดินอาหารส่วนบนที่ไม่ใช่เส้นเลือดขดในหลอดอาหาร อัตราการเสียชีวิต คุณภาพวารสารแพทย์เขต 4-5 2563 ; 39(3) : 380-390.

Abstract

Objective: This research required the comparison between early endoscopy and delayed endoscopy which had effected on mortality and morbidity rates (rebleeding in 30 days, amount of blood transfusion, and length of stay).

Methods: This was a retrospective cohort study. The studying population was Prachuapkhirikhan Hospital's patients with non-variceal UGIB from 1 November 2016 to 31 October 2018. They were divided into early endoscopy (≤ 24 hrs) and delayed endoscopy (> 24 hrs). The information of baseline characteristics, pre-endoscopy scores (GBS), and endoscopy reports (Forrest classification) were collected, including the outcomes (mortality, rebleeding in 30 days, length of hospital staying, and blood transfusion). The data were analyzed in terms of statistics i.e. mean, percent, chi-square test, and multiple linear regression by using SPSS Version 16.

Results: There were 112 people in total, 19 of early endoscopy (17%) and 93 of delayed endoscopy (83%). It was found that the proportion of patients with liver disease was more in the early endoscopy group than the delayed endoscopy group (26.3% versus 9.7%, $p = .046$). The early endoscopy group received therapeutic endoscopy more than the delayed group (47.4% versus 22.6%, $p = .005$). Regarding mortality rates, rebleeding in 30 days, length of stay, and PRC transfusion of both groups were not significantly different in terms of statistics.

Conclusion: The comparison of GI endoscopy in non-variceal UGIB patients between the early endoscopy and the delayed endoscopy groups in terms of mortality rates, rebleeding in 30 days, length of stay, and PRC transfusion reveals no significantly statistical difference.

Keywords : non-variceal UGIB, mortality rate, morbidity

Received : March 27 , 2020 Revised : March 30 , 2020 Accepted. : August 4 , 2020

Reg 4-5 Med J 2020 ; 39(3) : 380-390.

บทนำ

เลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบน (upper GI bleeding; UGIB) เป็นสาเหตุที่พบบ่อยในคนไข้ที่เข้ามาอนรักษาในโรงพยาบาล โดยมีอัตราการนอนโรงพยาบาลอยู่ที่ 40-150 ต่อ 100,000 ราย¹ และมีอัตราการเสียชีวิตอยู่ที่ร้อยละ 4-14²

ในกลุ่มเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบนที่ไม่ใช่เส้นเลือดชนิดในหลอดเลือดอาหาร (non-variceal UGIB) พบอัตราการเสียชีวิตที่น้อย แต่มีปัญหาในเรื่องของอัตราการครองเตียงที่นาน ESGE (European Society of Gastrointestinal Endoscopy) guideline 2015 แนะนำส่องกล้องทุกรายในคนไข้ที่มาด้วย UGIB ช่วงระยะเวลาการส่องกล้องในผู้ป่วย UGIB ทาง ESGE guideline³ แบ่งเป็น 3 ช่วงระยะเวลาหลังการเกิด UGIB คือ

- Very early (< 12 ชั่วโมง) แนะนำในกรณีคนไข้ที่มีลักษณะอาการทางคลินิกสัญญาณชีพไม่คงที่ หรือ สงสัยในคนไข้ที่ยังมีเลือดไหลในทางเดินอาหารส่วนบนอยู่ โดยเฉพาะในกลุ่ม Glasgow-Blatchford Bleeding Score (GBS) ≥ 12 สามารถลดอัตราการเสียชีวิตลงได้และสามารถลดการให้เลือดลงได้⁴
- Early (≤ 24 ชั่วโมง) แนะนำหลัง resuscitation คนไข้จนสัญญาณชีพคงที่แล้วจึงนำไป ส่องกล้อง เนื่องจากสามารถลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และลดอัตราการเสียชีวิตลงได้⁵
- Delayed (> 24 ชั่วโมง) แนะนำในผู้ป่วยที่ hemodynamic stable ไม่มี serious comorbidity และไม่ได้สงสัย เส้นเลือดชดในหลอดเลือดอาหาร (varices)

ทางเอเชียในกลุ่ม Asia-Pacific working group consensus update 2018 กล่าวว่า ระยะเวลาการส่องกล้อง ในกลุ่ม non-variceal UGIB ยังเป็นข้อถกเถียงกันอยู่ โดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม

ที่ส่องกล้องภายใน 12 ชั่วโมง กับ กลุ่มที่ส่องกล้องภายใน 24 ชั่วโมง พบว่าอัตราการเสียชีวิต และจำนวนที่คนไข้ที่ต้องไปผ่าตัดไม่ต่างกัน และข้อบ่งชี้ในการเลือกคนไข้กลุ่ม non-variceal UGIB ที่จำเป็นต้องส่องกล้องภายใน 24 ชั่วโมง ยังไม่เป็นที่แน่ชัด⁶

ระยะเวลาการส่องกล้อง ไม่สามารถสรุปได้ชัดเจนว่า ควรส่องในช่วงระยะเวลาเท่าใดหลังคนไข้มาแสดงอาการด้วยเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบน การศึกษาทางวิจัยที่ผ่านมาพบว่า เวลาที่มีประโยชน์ต่อผู้ป่วยคือ early endoscopy (≤ 24 ชั่วโมง) เช่นในงานวิจัยของ Garg⁷ พบว่าการ early endoscopy สามารถลด อัตราการเสียชีวิตและทุพพลภาพระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายลงได้รวมทั้งใน ESGE และ ASGE (American Society for Gastrointestinal Endoscopy) guideline แนะนำ early endoscopy แต่มีบางงานวิจัยที่พบว่าแม้ว่าจะ delayed endoscopy (> 24 ชั่วโมง) อัตราการเสียชีวิตใน 30 วัน อัตราการเกิดเลือดออกซ้ำ และระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ไม่ต่างกัน⁸

การทำวิจัยในครั้งนี้ จึงต้องการศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับ early และ delayed endoscopy ในด้านของอัตราการเสียชีวิต, อัตราการเกิดเลือดออกซ้ำ ปริมาณเลือดที่ผู้ป่วยได้รับ และระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบอัตราการเสียชีวิตและทุพพลภาพของการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนระหว่างส่องภายใน 24 ชั่วโมง และหลัง 24 ชั่วโมง ในคนไข้เลือดออกทางเดินอาหารส่วนบนที่ไม่ใช่เส้นเลือดชนิดในหลอดเลือดอาหาร (non-variceal UGIB) ที่มีสัญญาณชีพคงที่ ของโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์

วิธีการศึกษา

ลักษณะงานวิจัยเป็นแบบ ศึกษาเชิงพรรณนา และการศึกษาเชิงอนุমানแบบย้อนกลับ จากเหตุไปหาผล (retrospective cohort study) โดยประชากรที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประจวบคีรีขันธ์ ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่วินิจฉัยโรคเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบนแบบไม่ใช่เส้นเลือด หลอดอาหารโป่งพอง (non-variceal upper GI bleeding)

เกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) คือ คนไข้ที่ได้รับวินิจฉัย non-variceal UGIB ตั้งแต่ 1 พฤศจิกายน 2559 ถึง 31 ตุลาคม 2561

เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) คือ คนไข้ที่วินิจฉัย variceal UGIB

จากนั้นจึงแบ่งเป็น 2 กลุ่มประชากร คือ กลุ่มที่ได้รับการส่องกล้องภายใน 24 ชั่วโมง และกลุ่มที่ส่องกล้องภายหลัง 24 ชั่วโมง โดยเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย ดังนี้

ก่อนการส่องกล้อง (pre-endoscopy) : เก็บรวบรวมข้อมูล เพศ อายุ โรคประจำตัวเดิมผู้ป่วย ยาประจำตัว ฯลฯ ประเมินคะแนนก่อนส่องกล้องโดยใช้ Glasgow-Blatchford score (GBS)

ระหว่างการส่องกล้อง (endoscopy) : ผลการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น โดยบันทึกแบบ Forrest classification

หลังการส่องกล้อง (post endoscopy) : ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล จำนวนเลือดที่ได้รับ อัตราการเสียชีวิต และอัตราการเกิดเลือดออกซ้ำภายใน 30 วัน

จากนั้นนำมาวิเคราะห์ทางสถิติ เปรียบเทียบข้อมูลระหว่าง 2 กลุ่ม โดยใช้ค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย ค่า chi-square test (ความเป็นอิสระกันของ 2 ตัวแปร) และการวิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ มากกว่า 2 กลุ่ม โดยใช้ multiple linear regression analysis โดยใช้ p-value < .05 และใช้ 95% confident interval ในการพิสูจน์ว่ามีความแตกต่างกันทางสถิติหรือไม่ ทั้งหมดใช้โปรแกรม SPSS 16.0 ในการวิเคราะห์

ผลการศึกษา

การวินิจฉัยโรค non-variceal UGIB จะใช้ ICD-10 K92.2 ในการค้นหาคนไข้จากระบบคอมพิวเตอร์ของทางโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ จากนั้นจะนำเวชระเบียนผู้ป่วยนอก และ ข้อมูลสรุปการนอนโรงพยาบาล ในกรณีคนไข้ที่นอนโรงพยาบาล ที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน ตั้งแต่ 1 พฤศจิกายน 2559 ถึง 31 ตุลาคม 2561 มาทำการศึกษาในครั้งนี้ โดยได้จำนวนประชากรทั้งหมด 112 คน แบ่งเป็นที่ได้รับการส่องกล้อง early esophagogastroduodenoscopy (EGD) (≤ 24 ชั่วโมง) จำนวน 19 คน และที่ได้รับการส่องกล้อง delayed EGD (> 24 ชั่วโมง) จำนวน 93 คน ลักษณะข้อมูลคนไข้โดยรวมในงานวิจัย แสดงได้ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลพื้นฐานคนไข้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรค non-variceal UGIB

ลักษณะพื้นฐาน	จำนวน(112) คน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	75	67
หญิง	37	33
อายุเฉลี่ย (ปี)	58.65(14-87)	

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลพื้นฐานคนไข้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรค non-variceal UGIB (ต่อ)

ลักษณะพื้นฐาน	จำนวน(112) คน	ร้อยละ
การนำส่งโรงพยาบาล		
ห้องฉุกเฉิน	56	50
ห้องตรวจผู้ป่วยนอก	9	8
ส่งต่อจากโรงพยาบาลอื่น	47	42
โรคร่วมทางอายุรกรรม		
โรคหัวใจ	7	6.2
โรคตับ	14	12.5
ยาที่รับประทานเป็นประจำ		
ยาแก้ปวด	54	48.2
ยาลดกรด	25	22.3
ยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด	4	3.6

มีจำนวนทั้งสิ้น 112 ราย (ชาย 75 ราย ร้อยละ 67, หญิง 37 ราย ร้อยละ 33) อายุเฉลี่ยโดยรวม 58.65 ปี (ระหว่าง 14 ปี ถึง 87 ปี) ลักษณะการนำส่งโรงพยาบาล มาห้องฉุกเฉิน 56 ราย (ร้อยละ 50), มาห้องตรวจผู้ป่วยนอก 9 ราย (ร้อยละ 8), และรถส่งต่อจากโรงพยาบาลอื่น 47 ราย (ร้อยละ 42) ผู้ป่วยมีโรคทางอายุรกรรมร่วมด้วย คือ โรคหัวใจ 7 ราย (ร้อยละ 6.2) และโรคตับ 14 ราย (ร้อยละ 12.5) ผู้ป่วยมียาที่รับประทานเป็นประจำ คือ ยาแก้ปวด 54 ราย (ร้อยละ 48.2) ยาลดกรด 25 ราย (ร้อยละ 22.3), และยาด้านการแข็งตัวของเลือด 4 ราย (ร้อยละ 3.6)

ประเมินผู้ป่วย (pre-endoscopy) โดยใช้ Glasgow-Blatchford bleeding score (GBS) ได้คะแนนเฉลี่ย 10.04 ผลการตรวจส่องกล้อง

ประเมินลักษณะรอยโรค โดยใช้ Forrest classification พบ class 1 จำนวน 7 ราย (ร้อยละ 6.2), class 2 จำนวน 29 ราย (ร้อยละ 25.9) และ class 3 จำนวน 48 ราย (ร้อยละ 42.9) จำนวนคนไข้ที่ได้รับการรักษาโดยการส่องกล้อง (endoscopic treatment) จำนวน 30 ราย จำนวนเลือดที่คนไข้ได้รับโดยเฉลี่ยต่อคน 2.5 unit ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 6.4 วัน จำนวนคนไข้ที่ได้รับการวินิจฉัย จากการส่องกล้องร่วมกับผลชิ้นเนื้อ ยืนยันว่า เป็นมะเร็งกระเพาะอาหารจำนวน 4 ราย (ร้อยละ 3.6) ไม่พบจำนวนคนไข้ที่เสียชีวิตจากการวินิจฉัยโรค non-variceal UGIB และไม่พบคนไข้เลือดออกในทางเดินอาหารซ้ำภายใน 30 วันหลังได้รับการรักษาส่องกล้อง ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงผลการตรวจและรักษาผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรค non-variceal UGIB

ผลการตรวจและรักษา	ผลการตรวจ(เฉลี่ยร้อยละ)
Glasgow-Blatchford bleeding score (GBS)	10.04
ผลการตรวจจากการส่องกล้อง (Forrest classification)(คน)	
Class 1	7 (ร้อยละ 6.2)
Class 2	29 (ร้อยละ 25.9)
Class 3	48 (ร้อยละ 42.9)
จำนวนคนไข้ที่ได้รับการทำหัตถการรักษาผ่านการส่องกล้อง (คน)	30
ปริมาณเลือดเลือดที่คนไข้ได้รับโดยเฉลี่ย (unit)	2.5
ระยะเวลาเฉลี่ยในการนอนโรงพยาบาล (วัน)	6.4
จำนวนคนไข้ที่วินิจฉัยมะเร็งกระเพาะอาหาร (คน)	4 (ร้อยละ 3.6)
คนไข้เสียชีวิต (คน)	0
คนไข้ที่เลือดออกซ้ำภายใน 30 วันหลังการส่องกล้อง (คน)	0

ในการวิเคราะห์เปรียบเทียบปัจจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า อายุเฉลี่ยของทั้ง 2 กลุ่ม คือ early endoscopy 58.63 ปี และ delayed endoscopy 58.66 ปี ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value .952), การนำส่งโรงพยาบาลของคนไข้ทั้ง 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value .801), โรคร่วมทางอายุรกรรมในกรณีของโรคตับ คนไข้ในกลุ่ม early endoscopy (n=5, ร้อยละ 26.3) มากกว่ากลุ่ม delayed endoscopy (n=9, ร้อยละ 9.7) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value= .046), ค่าเฉลี่ยประเมิณ GBS ในกลุ่ม early endoscopy (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 10.17) และ delayed endoscopy (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 9.36) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value= .533), ผลตรวจส่องกล้อง Forrest classification class I พบใน early endoscopy 1 คน (ร้อยละ 5.3), delayed endoscopy 6 คน (ร้อยละ 6.5) Forrest classification class 2 พบใน early endoscopy 11 คน (ร้อยละ 57.9), delayed endoscopy 18 คน (ร้อยละ 19.4) Forrest classification class 3

พบใน early endoscopy 2 คน (ร้อยละ 10.5), delayed endoscopy 46 คน (ร้อยละ 49.5) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value= .002)

จำนวนคนไข้ที่ได้รับการรักษาทางการส่องกล้อง early endoscopy (n=9, ร้อยละ 47.4) และ delayed endoscopy (n=21, ร้อยละ 22.6) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = .005), จำนวนเลือดที่ได้รับของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value= .442), ระยะเวลาเฉลี่ยการนอนโรงพยาบาลของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value= .669), จำนวนคนไข้ที่ได้รับการวินิจฉัย จากการส่องกล้องร่วมกับผลชิ้นเนื้อยืนยันว่า เป็นมะเร็งกระเพาะอาหาร พบใน early endoscopy (n=3, ร้อยละ 15.8), delayed endoscopy (n=1, ร้อยละ 1.1) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value= .002) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลเปรียบเทียบประชากร ระหว่างกลุ่ม early endoscopy และ delayed endoscopy

ลักษณะเฉพาะบุคคล	จำนวน (n=112)	ลักษณะการส่องกล้อง				P-value
		Delayed endoscopy		Early endoscopy		
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อายุเฉลี่ย(ปี)	mean,SD 58.7(+/- 16.5)	58.66		58.63		.952
เพศชาย	75(67%) คน	63	67.7	12	63.1	.699
การนำส่งโรงพยาบาล (คน)						
ห้องฉุกเฉิน	56(50%)	47	50.5	9	47.4	.801
ห้องตรวจผู้ป่วยนอก	9(8%)	9	9.7	0	0	
ส่งต่อฉุกเฉิน	47(42%)	37	39.8	10	52.6	
โรคร่วมทางอายุรกรรม (คน)						
โรคหัวใจ	7	7	7.5	0	0	.217
โรคตับ	14	9	9.7	5	26.3	.046
ยาที่รับประทานเป็นประจำ (คน)						
ยาแก้ปวด	54	45	48.4	9	47.4	.935
ยาลดกรดลิ้มเลือด	25	22	23.7	3	15.8	.453
ยาป้องกันการแข็งตัวของ เลือด	4	4	4.3	0	0	.357
GBS	Mean,SD 10.0(+/- 4.7)	10.17		9.36		.533
Forrest classifications (คน)						
Gastritis or Mallory-Weiss	20	16	17.2	4	21.0	
Class 1	7	6	6.5	1	5.3	.002
Class 2	29	18	19.4	11	57.9	
Class 3	48	46	49.5	2	10.5	
การทำหัตถการรักษา (คน)	30	21	22.6	9	47.4	.005
ปริมาณเลือดที่ได้รับ (unit)	Mean,SD 2.4(+/- 2.3)	2.6		1.6		.442
ระยะเวลาการนอน รพ. (วัน)	Mean,SD 6.4(+/- 3.7)	6.6		5.4		.669
คนไข้ที่ได้รับการวินิจฉัยมะเร็ง (คน)	4	1	1.1	3	15.8	.002

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลแสดงถึงทุกตัวแปรอิสระ ไม่มีผลต่อ ระยะ เวลาการนอนในโรงพยาบาล เนื่องจากค่า p-value \geq .05 และ ค่า 95% CI ที่คร่อม 1 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงผลวิเคราะห์ multiple linear regression ของการทดสอบสมมติฐานตัวแปรอิสระต่างๆของผู้ป่วย non-variceal UGIB ที่มีผลต่อ ระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาล

ตัวแปร	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients		P-value	95% CI	
	B	Std.error	Beta	t		Lower	Upper
เพศ	-1.591	1.095	-0.192	-1.453	.153	-3.793	0.611
อายุ	-0.005	0.034	-0.023	-0.154	.878	-0.073	0.062
ใช้ยาแก้ปวด	-0.699	1.222	-0.086	-0.572	.570	-3.156	1.757
ใช้ยาต้านเกล็ดเลือด	3.013	1.496	0.308	2.014	.050	0.004	6.021
ใช้ยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด	4.725	4.038	0.254	1.170	.248	-3.394	12.844
โรคหัวใจ	-1.691	3.213	-0.115	-0.526	.601	-8.152	4.769
ดื่มแอลกอฮอล์	0.629	1.486	0.073	0.423	.674	-2.360	3.617
โรคตับ	2.444	2.105	0.206	1.161	.252	-1.790	6.677
ระยะเวลาการส่องกล้อง	-1.981	1.921	-0.147	-1.031	.308	-5.844	1.882
ระยะเวลามา รพ.	-0.003	0.004	-0.102	-0.733	.467	-0.011	0.005
ปริมาณเลือดที่ได้รับ	0.624	0.311	0.381	2.008	.050	0.000	1.249
ผล clo test	0.422	1.111	0.053	0.380	.706	-1.812	2.656
GBS	-0.125	0.160	-0.157	-0.786	.435	-0.446	0.195
Forrest classification	-0.131	0.515	-0.042	-0.255	.800	-1.166	0.904

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อจำนวนเลือดที่ได้รับ แสดงถึงตัวแปรอิสระที่มีผลต่อจำนวนเลือดที่คนไข้ได้รับพบว่า ระยะเวลาการส่องกล้อง (early และ delayed endoscopy) ไม่มีผลต่อจำนวนเลือดที่คนไข้ได้รับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = .869) โดยในตัวแปรอิสระตามตารางที่ 5 มีตัวแปรอิสระที่มีผลต่อจำนวนเลือดที่คนไข้ได้รับ คือ เมื่อควบคุมปัจจัยต่างๆให้คงที่ คนไข้ที่มีโรคตับร่วมด้วยจะได้รับ

เลือดมากกว่า คนไข้ที่ไม่มีโรคตับร่วมด้วย 2.3 unit ที่ p-value = .012, ระยะเวลาลงคนไข้มีอาการจนถึงนำส่งโรงพยาบาลเมื่อระยะเวลานานขึ้น 1 ชั่วโมง ทำให้คนไข้ได้รับเลือดเพิ่มมากขึ้น 0.005 unit ที่ p-value = .011 และ ค่า Glasgow-Blatchford bleeding score (GBS) ที่มากขึ้น 1 คะแนน ทำให้คนไข้ได้รับเลือดมากขึ้น 0.303 unit ที่ p-value < .05 ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงผลวิเคราะห์ multiple linear regression ของการทดสอบสมมติฐานตัวแปรอิสระต่างๆ ของผู้ป่วย non-variceal UGIB ที่มีผลต่อ จำนวนเลือดที่คนไข้ได้รับ

ตัวแปร	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients		P-value	95% CI	
	B	Std.error	Beta	T		Lower	Upper
เพศ	0.608	0.492	0.120	1.237	.222	-0.380	1.596
อายุ	0.027	0.014	0.202	1.871	.067	-0.002	0.056
ยาแก้ปวด	-0.204	0.546	-0.041	-0.373	.711	-1.302	0.895
ยาต้านเกล็ดเลือด	0.176	0.695	0.030	0.254	.801	-1.221	1.573
ยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด	2.489	1.792	0.219	1.389	.171	-1.113	6.092
โรคหัวใจ	-0.468	1.436	-0.052	-0.326	.746	-3.356	2.420
ดื่มแอลกอฮอล์	0.828	0.654	0.158	1.268	.211	-0.486	2.143
โรคตับ	-2.320	0.892	-0.320	-2.601	.012	-4.113	-0.527
ระยะเวลาการส่องกล้อง	-0.144	0.867	-0.017	-0.166	.869	-1.886	1.598
ระยะเวลาการ รพ.	0.005	0.002	0.252	2.652	.011	0.001	0.008
ระยะเวลาการนอน รพ.	0.124	0.062	0.204	2.008	.050	0.000	0.249
ผล clo test	0.390	0.493	0.081	0.791	.433	-0.602	1.382
GBS	0.303	0.057	0.621	5.351	.000	0.189	0.417
Forrest classification	-0.083	0.230	-0.044	-0.361	.719	-0.545	0.379

วิจารณ์

งานวิจัยนี้ได้ใช้การศึกษาเชิงวิเคราะห์เปรียบเทียบแบบย้อนกลับจากเหตุไปหาผล เพื่อหาความสัมพันธ์และเปรียบเทียบ ผลการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนของกลุ่มคนไข้ non-variceal UGIB ที่มีสัญญาณชีพคงที่ ระหว่างคนไข้ที่ได้รับ early endoscopy และ delayed endoscopy พบว่าระหว่างกลุ่มคนไข้ที่ได้รับ early endoscopy และกลุ่มที่ได้รับ delayed endoscopy ไม่มีผลต่ออัตราการเสียชีวิตหรือทุพพลภาพ จากการศึกษาวิจัยฉบับนี้เพิ่มเติมยังพบความสัมพันธ์อื่นๆดังนี้ พบคนไข้ non-variceal UGIB เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง 2 เท่า (ร้อยละ 67

เป็นเพศชาย) อาจเนื่องมาจากในกลุ่มเพศชายมีอัตราการสูบบุหรี่และดื่มเหล้ามากกว่าเพศหญิง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิด UGIB ได้ พบคนไข้ที่มีโรคตับร่วมได้รับ early endoscopy มากกว่า delayed endoscopy 2.7 เท่า อาจเนื่องมาจากในกลุ่มคนไข้ที่มีโรคตับร่วมด้วยทางแพทย์ผู้รักษามีความกังวลในเรื่องของอาจพบกลุ่ม variceal UGIB ซึ่งมีอัตราการเสียชีวิตที่มากกว่ากลุ่มโรค non-variceal UGIB ทำให้ได้รับการส่องกล้องที่เร็วกว่า,ในกลุ่ม early endoscopy พบผลการส่องกล้อง Forrest class 2 มากกว่ากลุ่ม delayed endoscopy 2.9 เท่าและพบคนไข้ที่วินิจฉัยมะเร็งกระเพาะอาหารในกลุ่ม early endoscopy จำนวน 3 คน

จากจำนวนในงานวิจัยนี้ทั้งหมด 4 คน กลุ่ม early endoscopy มีอัตราการการทำหัตถการรักษาขณะส่องกล้องมากกว่ากลุ่ม delayed endoscopy แต่ทั้งสองกลุ่มมีปริมาณเลือดที่ได้รับไม่แตกต่างกัน

ในการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรโดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุคูณ โดยตัวแปรตามคือจำนวนเลือดที่คนไข้ได้รับพบว่าเมื่อควบคุมปัจจัยต่างๆให้คงที่ มีตัวแปรที่ส่งผลต่อการได้รับเลือดที่มากขึ้นคือ ตัวแปรด้านโรคประจำตัวโรคตับ ระยะเวลาการนำส่งโรงพยาบาลและค่า Glasgow-Blatchford bleeding score(GBS)

จากข้อแนะนำของ ASGE guideline 2012 พบว่า early endoscopy ช่วยลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลและช่วยลดปริมาณเลือดที่ผู้ป่วยจะได้รับ

จากงานวิจัยของ Garg⁷ เก็บข้อมูลศึกษาย้อนหลังในคนไข้ non-variceal UGIB พบว่า คนไข้ที่ได้รับ early endoscopy มี อัตราการตายและทุพพลภาพน้อยกว่า delayed endoscopy รวมถึง ระยะเวลา นอนโรงพยาบาล และค่าใช้จ่าย ที่น้อยกว่า

จากงานวิจัยของ Kim และคณะ⁹ เก็บข้อมูลศึกษาย้อนหลังในคนไข้ non-variceal UGIB ที่รับการรักษาใน ICU พบว่าคนไข้ที่ได้รับ early endoscopy มีอัตราการเสียชีวิตและทุพพลภาพ ไม่ต่างจากกลุ่มที่ได้รับ delay endoscopy

สรุป

จากงานวิจัยฉบับนี้ เปรียบเทียบผลของการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนในกลุ่มคนไข้ non-variceal UGIB สัญญาณชีพคงที่ ที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารภายใน 24 ชั่วโมง และหลัง 24 ชั่วโมง ของโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ พบว่าทั้งสองกลุ่ม มีอัตราการเสียชีวิต อัตราการเกิดเลือดออกซ้ำ ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลและปริมาณเลือดที่คนไข้ได้รับ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อจำกัดในงานวิจัยนี้ เนื่องจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างทางด้าน early endoscopy มีจำนวนที่น้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างทางด้าน delayed endoscopy อย่างชัดเจนทำให้ผลการศึกษาที่เปรียบเทียบไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมทั้งงานวิจัยนี้เป็นแบบการศึกษาย้อนกลับในกลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลเดียว ทำให้ความหลากหลายมีน้อยลง ซึ่งไม่สามารถอนุมานถึงประชากรภายในประเทศได้ รวมทั้งระบบการเก็บข้อมูลเป็นระบบเวชระเบียน อาจทำให้เกิดการขาดหายไปของข้อมูลเกิดขึ้นได้

งานวิจัยในอนาคตอาจทำการรวบรวมข้อมูลในโรงพยาบาลอื่น รวมทั้งอาจของบสนับสนุนเครื่องมือให้มากขึ้นรวมทั้งพัฒนาระบบการเก็บข้อมูลทางคอมพิวเตอร์ให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Hearnshaw SA, Logan RF, Lowe D, et al. 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.
2. Nahon S, Hagège H, Latrive JP, et al. Groupe des Hémorragies Digestives Hautes de l'ANGH. Epidemiological and prognostic factors involved in upper gastrointestinal bleeding: Results of a French prospective multicenter study. Endoscopy. 2012; 44(11):998–1008. doi: 10.1055/s-0032-1310006.
3. Ian M. Gralnek, Jean-Marc Dumonceau, Ernst J. Kuipers, et al. Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. Endoscopy. 2015; 47: 1–46.

4. Lim LG, Ho KY, Chan YH, et al. Urgent endoscopy is associated with lower mortality in high-risk but not low-risk nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Endoscopy*. 2011; 43(4): 300–6. doi: 10.1055/s-0030-1256110.
5. Spiegel BM, Vakil NB, Ofman JJ. Endoscopy for acute nonvariceal upper gastrointestinal tract hemorrhage: is sooner better? A systematic review *Arch Intern Med*. 2001; 161(11): 1393–404.
6. Sung JJ, Chiu PW, Chan FKL, et al. Asia-Pacific working group consensus on non-variceal upper gastrointestinal bleeding: an update 2018. *Gut*. 2018; 67(10): 1757-68. doi: 10.1136/gutjnl-2018-316276.
7. Garg SK, Anugwom C, Campbell J, et al. Early esophagogastroduodenoscopy is associated with better Outcomes in upper gastrointestinal bleeding: a nationwide study. *Endosc Int Open*. 2017; 5(5): 376–86. doi: 10.1055/s-0042-121665.
8. Iqbal U, Anwar H, Patel H, et al. Does Early Endoscopy Improve Mortality in Patients with Acute Non-variceal Gastrointestinal Bleeding? A Retrospective review. *Cureus*. 2018; 10(2): e2246.
9. Jee Hyun Kim, Ji Hye Kim, Jaeyoung Chun, et al. Early versus late bedside endoscopy for gastrointestinal bleeding in critically ill patients. *Korean J Intern Med* 2018;33:304-312.

