

อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงของภาวะเลือดออกซ้ำในผู้ป่วยเลือดออก
ทางเดินอาหารส่วนบนที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล
โดยไม่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนในโรงพยาบาลราชบุรี
Incidence & Risk Factors of Re-Bleeding in Patients
with Non-Endoscopic Management for Upper Gastrointestinal
Hemorrhage in Ratchaburi Hospital

ธนาถ พลานูเวช พ.บ.,
ว. ศัลยศาสตร์
กลุ่มงานศัลยกรรม
โรงพยาบาลราชบุรี
จังหวัดราชบุรี

Thanart Palanuvej M.D.,
Dip., Thai Board of Surgery
Department of Surgery
Ratchaburi Hospital
Ratchaburi

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับภาวะเลือดออกซ้ำในผู้ป่วยภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบน ที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลราชบุรี โดยไม่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน

วิธีการศึกษา: การศึกษาแบบพรรณนาย้อนหลัง โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยโรคเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบน ที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลราชบุรี โดยไม่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2561 ถึง 30 กันยายน 2563 ระยะเวลา 2 ปี เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบบันทึกการเก็บข้อมูลปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับภาวะเลือดออกซ้ำในผู้ป่วยภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบน ที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลราชบุรี โดยไม่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน ข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยนำเสนอข้อมูลเป็นจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบนซ้ำภายใน 30 วัน ด้วยการใช้การวิเคราะห์ t test independent, chi-square test

ผลการศึกษา: จากผู้ป่วยโรคเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบน ในระยะเวลาข้างต้นทั้งหมด 992 ราย มีจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลราชบุรี โดยไม่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน ทั้งหมด 277 ราย คิดเป็นร้อยละ 27.9 พบอุบัติการณ์การเกิดเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบนซ้ำภายใน 30 วัน จำนวน 34 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.3 การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า โรคตับแข็ง ลักษณะเลือดแดงสดที่จากสายสวนลำกระเพาะอาหาร สัญญาณชีพไม่คงที่ ค่าความเข้มข้นเลือดแรกรับขณะนอนโรงพยาบาล ปริมาณเลือดที่ได้รับ ระยะเวลาที่งดน้ำงดอาหาร

ระยะเวลาที่ให้อาสาสมัครทางหลอดเลือด การได้ยา tranexamic acid มีผลต่อการเกิดเลือดออกซ้ำภายใน 30 วัน ในผู้ป่วยภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบนที่ไม่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) การดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ ระดับ BUN มีผลต่อการเกิดเลือดออกซ้ำภายใน 30 วัน ในผู้ป่วยภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบนที่ไม่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ส่วนปัจจัยอื่น ได้แก่ อายุ การสูบบุหรี่ โรคไตวายเรื้อรัง ไม่มีผลต่อการเกิดเลือดออกซ้ำภายใน 30 วัน ในผู้ป่วยภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบนที่ไม่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน

สรุป: อุบัติการณ์การเกิดเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบนซ้ำ ในผู้ป่วยภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบน ที่ไม่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน โรงพยาบาลราชบุรี ไม่แตกต่างจากการศึกษาที่ทำในสถาบันอื่นๆ อย่างไรก็ตามการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนยังแนะนำให้ทำในผู้ป่วยเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบนทุกรายที่มีข้อบ่งชี้ ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดเลือดออกซ้ำในผู้ป่วยภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบนที่ไม่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหาร ช่วยพิจารณาเลือกผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่ำในการเกิดเลือดออกซ้ำ แต่มีโรคร่วมที่ไม่พร้อมในการส่องกล้องในช่วงการนอนโรงพยาบาลครั้งนั้น เพื่อรักษาเป็นแบบไม่ส่องกล้องทางเดินอาหารไปก่อน และส่องกล้องภายหลังเมื่อพร้อม นอกจากนี้ผลการศึกษาปัจจัยยังใช้ประยุกต์ในการจัดทำระบบแนวทางคัดกรองผู้ป่วยเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบนที่สมควรได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน แนวทางการรักษาโรคเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบนโรงพยาบาลราชบุรี เพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดเลือดออกซ้ำ

คำสำคัญ : การเกิดเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบนซ้ำภายใน 30 วัน โรคเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบนที่ไม่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน

วารสารแพทย์เขต 4-5 2564 ; 40(3) : 413–27.

Abstract

Objective: The purpose was to study the incidence and factors having effects on the 30-day re-bleeding in in-patients with upper gastrointestinal hemorrhage who did not underwent esophagogastroduodenoscopy at Ratchaburi Hospital.

Method: This is a retrospective descriptive study. Data were collected from the medical records of upper gastrointestinal hemorrhage patients treated at Ratchaburi Hospital between October 1, 2018 and September 30, 2020. Medical record forms for upper gastrointestinal hemorrhage patients who did not underwent esophagogastroduodenoscopy, and the data from OPD card and IPD chart were used as study tools. The data were presented in percentage, average, and standard deviation; t-test independent and chi-square test were implemented for the analysis of the factors relating to 30-day re-bleeding.

Results: Among 992 patients with upper gastrointestinal hemorrhage, there were 277 patients who did not underwent esophagogastroduodenoscopy (27.9%). Incidence of 30-day re-bleeding was 12.3% (34 patients) with It was found that liver cirrhosis, gross blood in nasogastric tube content, unstable vital signs, hemoglobin level at admission, amount of packed red cells transfusion, nothing

per oral time, duration of intravenous proton pump inhibitors, and tranxemic acid had statistically significant effects on 30-day re-bleeding ($p < .001$), and heavy alcohol drinking, BUN level had statistically significant effects on 30-day re-bleeding ($p < .01$). The other factors, i.e., age, smoking, and chronic kidney disease, on the other hand, did not effect the 30-day re-bleeding in patients with upper gastrointestinal hemorrhage who did not underwent esophagogastroduodenoscopy.

Conclusion: Incidence of 30-day upper gastrointestinal re-bleeding in Ratchaburi Hospital was not different from other studies conducted in oversea. Nowadays, esophagogastroduodenoscopy is still recommened in all patients with upper gastrointestinal hemorrhage. However, finding factors having effects on the 30-day re-bleeding in in-patients with upper gastrointestinal hemorrhage who did not underwent esophagogastroduodenoscopy will aid us in considering non-endoscopic management in upper gastrointestinal hemorrhage patients with improper conditions to undergo esophagogastroduodenoscopy in the admission. Moreover, finding factors will use for the development of the screening process system to select patients with upper gastrointestinal hemorrhage who should undergo esophagogastroduodenoscopy. Furthermore results of this study will implement the development of the guideline for management of upper gastrointestinal hemorrhage in Ratchaburi Hospital to decrease the incidence of upper gastrointestinal re-bleeding in the future.

Keywords : delay: 30-day upper gastrointestinal re-bleeding, upper gastrointestinal hemorrhage without esophagogastroduodenoscopy

Received : Apr 30, 2021; Revised : May 28, 2021; Accepted : Jul 2, 2021

Reg 4-5 Med J 2021 ; 40(3) : 413–27.

บทนำ

ภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบนเป็นภาวะฉุกเฉินที่พบบ่อย มีรายงานอุบัติการณ์ภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบน ประเทศไทยปีละ 100 คนต่อประชากร 100,000 คน อัตราเสียชีวิตใน 30 วันแรกร้อยละ 10-20¹ ภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบนสามารถเกิดเลือดออกซ้ำ มีการศึกษาพบผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบนซ้ำร้อยละ 15² สำหรับการศึกษาที่ผ่านมาพบการศึกษาเกี่ยวกับความรุนแรงภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบนใน พ.ศ. 2557 พบผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบนซ้ำสูงถึงร้อยละ 10.17³

การรักษาภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบนจะมีการประเมินความเสี่ยงว่าต้องส่องกล้องทางเดินอาหารรึบ้วนเพียงใด¹ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมักได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน⁴ ได้รับการใส่สายสวนล้างกระเพาะอาหารให้สารน้ำ เลือด และส่วนประกอบของเลือด ยาลดกรดหรือลดความดันในหลอดเลือด⁵ มีการส่องกล้องทางเดินอาหารเพื่อทำการห้ามเลือด หรือผ่าตัดในกรณีที่ไม่สามารถห้ามเลือดโดยวิธีส่องกล้องได้ ประโยชน์ของการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนนอกจากเพื่อทำการห้ามเลือด ยังช่วยในการประเมินรอยโรคหรือพยาธิสภาพที่ทำให้เกิดเลือดออก ช่วยในการประเมินความเสี่ยงการเกิดเลือดออกซ้ำ และพยากรณ์โรคอีกด้วย⁶

ก่อนหน้านี้มีการศึกษาอัตราการเลือดออกซ้ำของภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบนหลังส่องกล้องพบว่า มีอัตราการเกิดเลือดออกซ้ำภายใน 48 ชั่วโมงตั้งแต่ร้อยละ 5-67 ขึ้นกับพยาธิสภาพที่เป็นสาเหตุการเลือดออกที่พบจากผลส่องกล้อง⁶ การเกิดเลือดออกซ้ำมีผลให้อัตราการเสียชีวิตสูงขึ้น ตั้งแต่ร้อยละ 8.6-35.7 เคยมีการศึกษาว่า ความเสี่ยงในการเกิดเลือดออกซ้ำจะมากที่สุดในช่วงแรก และค่อยๆ ลดลงตามเวลาที่ผ่านไปจนเหลือน้อยกว่าร้อยละ 4 ใน 30 วัน⁷ ในผู้ป่วยที่มีเลือดออกซ้ำนอกจากอัตราการเสียชีวิตสูงขึ้น ยังมีภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เพิ่มขึ้นอีกด้วย

อย่างไรก็ตามแม้การส่องกล้องทางเดินอาหารจะเป็นการรักษาแนะนำในผู้ป่วยเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบนเมื่อมีข้อบ่งชี้ แต่ความเป็นจริงยังมีผู้ป่วยเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบนจำนวนหนึ่งที่ไม่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารในการนอนโรงพยาบาลรอบนั้น แม้จะมีข้อบ่งชี้ อาจเป็นด้วยสาเหตุต่างๆ เช่น อุปกรณ์ไม่พร้อม ผู้ป่วยปฏิเสธ ผู้ป่วยมีโรคร่วมอื่นๆ แพทย์ประเมินว่า อาการคงที่เลือดหยุดจึงยังไม่ส่องกล้องหรือเช่น สถานการณ์โรคระบาด COVID-19 หากผู้ป่วยติดเชื้อแอมแปง การส่องกล้องผ่านเข้าลำคอจะกระตุ้นการไอ ทำให้เชื้อฟุ้งกระจาย เป็นความเสี่ยงต่อบุคลากรจึงเลือกเฉพาะผู้ป่วยที่มีความจำเป็นจริงๆ มาส่องกล้องโดยผู้ป่วยที่อาการคงที่ค่อยมาส่องกล้องภายหลัง ในผู้ป่วยกลุ่มนี้จะทำให้มีปัญหาในการประเมินความเสี่ยงในการเกิดเลือดออกซ้ำ เนื่องจากไม่รู้พยาธิสภาพที่ทำให้เกิดเลือดออก ทำให้ได้เพียงอนุมานทางอ้อมจากลักษณะทางคลินิกอื่นๆ

ในโรงพยาบาลราชบุรียังมีผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่ไม่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนเช่นกันจากการทบทวนข้อมูลสถิติ โรงพยาบาลราชบุรี ปีงบประมาณ 2561-2563 พบว่า มีผู้ป่วยเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบนที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน 992 ราย ไม่เคยมีการเก็บข้อมูลหรือการศึกษาต่อเนื่องในผู้ป่วยกลุ่มนี้ว่า มีผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการส่องกล้องทาง

เดินอาหารส่วนบนจำนวนเท่าไร มีอุบัติการณ์ของภาวะเลือดออกซ้ำเป็นอย่างไร มีปัจจัยใดที่เกี่ยวข้องกับการเกิดเลือดออกซ้ำบ้าง ผู้วิจัยในฐานะศัลยแพทย์ซึ่งมีบทบาทในการรักษาผู้ป่วยเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบนและทำการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนได้ตระหนักถึงความสำคัญที่จะศึกษาข้อมูลอุบัติการณ์การเกิดเลือดออกซ้ำ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องการเกิดเลือดออกซ้ำเพื่อนำผลที่ได้ไปประยุกต์ใช้วางแผนพัฒนาคุณภาพในการรักษาบริบาลผู้ป่วยกลุ่มนี้ในอนาคตให้ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับภาวะเลือดออกซ้ำในผู้ป่วยภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบน ที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลราชบุรี โดยไม่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน

วิธีการศึกษา

การศึกษาแบบพรรณน่าย้อนหลัง (retrospective descriptive study) ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบนที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลราชบุรี โดยไม่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน มีเกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) คือ ผู้ป่วยอายุมากกว่า 18 ปี ที่วินิจฉัยเป็นภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบนจาก ICD-10 หรือวินิจฉัยในเวชระเบียนที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลราชบุรี มีเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยที่เคยส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนมาก่อน ผู้ป่วยที่ได้รับการทำผ่าตัดหยุดเลือดหรือได้ใส่สาย Seng-staken Blakemore ผู้ป่วยที่ไม่สามารถค้นประวัติได้ ระยะเวลาในการศึกษาตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2561 ถึง 30 กันยายน 2563 ระยะเวลา 2 ปี จำนวน 277 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบบันทึกการเก็บข้อมูลปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับภาวะเลือดออกซ้ำในผู้ป่วยภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบนที่ได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลราชบุรี โดยไม่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน โดยเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้ ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลและข้อมูลทางคลินิก ได้แก่ อายุ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ โรคตับเรื้อรัง โรคไตวายเรื้อรัง ลักษณะเลือดที่ออกในทางเดินอาหาร สัญญาณชีพไม่คงที่ ค่าความเข้มข้นของเลือดแรกรับขณะนอนโรงพยาบาล ระดับ BUN ปริมาณเลือดที่ได้รับ ระยะเวลาที่งดน้ำงดอาหาร ระยะเวลาที่ให้อาหารทางหลอดเลือด การได้รับยา tranexamic acid และข้อมูลการเกิดภาวะการเกิดภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบนซ้ำภายใน 30 วัน โดยเครื่องมือวิจัยผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) จากผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์และการสาธารณสุขจำนวน 3 ท่าน ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (content validity index ; CVI) เท่ากับ 1.0 โครงการวิจัยผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลราชบุรีเลขที่ COA-RBHEC 005/2021

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูป ข้อมูลส่วนบุคคล นำเสนอเป็นจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดเลือดออกซ้ำทางเดินอาหารส่วนบนในผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนด้วย t test independent, chi-square test ด้วยโปรแกรม SPSS version 21 ลิขสิทธิ์ของศูนย์ฝึกอบรมแพทยศาสตร์ศึกษา ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี

ผลการศึกษา

จำนวนผู้ป่วยเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบนที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลราชบุรี ระยะเวลาตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2561 ถึง 30 กันยายน 2563 เป็นระยะเวลา 2 ปี พบว่า มีจำนวน 992 ราย โดยมีผู้ป่วย

เลือดออกทางเดินอาหารส่วนบนที่ไม่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหาร ในระยะเวลาดังกล่าว จำนวน 277 ราย (ร้อยละ 27.9)

เมื่อทำการศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบนที่ได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลราชบุรี โดยไม่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน ระยะเวลาตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2561 ถึง 30 กันยายน 2563 เป็นระยะเวลา 2 ปี จำนวน 277 ราย พบว่า ผู้ป่วยอายุ 58.28 ± 18.2 ปี สูบบุหรี่เป็นประจำ 65 ราย (ร้อยละ 23.5) ดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ 78 ราย (ร้อยละ 28.2) มีโรคตับแข็ง 56 ราย (ร้อยละ 20.2) โรคไตวายเรื้อรัง 33 ราย (ร้อยละ 11.9) ส่วนใหญ่ลักษณะเลือดที่ออกในทางเดินอาหารจากสายสวนกระเพาะอาหารเป็นเลือดเก่า 170 ราย (ร้อยละ 61.4) ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพไม่คงที่ 40 ราย (ร้อยละ 14.4) ค่าความเข้มข้นเลือดแรกรับขณะนอนโรงพยาบาล (hemoglobin) 9.62 ± 3.23 กรัม/เดซิลิตร ระดับ BUN 26.5 ± 19.00 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ปริมาณเลือด (PRC) ที่ได้รับ 1.88 ± 2.15 ยูนิต ระยะเวลาที่งดน้ำงดอาหาร 54.12 ± 27.48 ชั่วโมง ระยะเวลาที่ให้อาหารทางหลอดเลือด 71.53 ± 34.87 ชั่วโมง ผู้ป่วยมีการได้รับยา tranexamic acid 77 ราย (ร้อยละ 27.8) ดังแสดงในตารางที่ 1

สำหรับอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบนซ้ำในผู้ป่วยเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบนที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลโดยไม่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน โรงพยาบาลราชบุรี พบภาวะเลือดออกซ้ำร้อยละ 12.3 (ผู้ป่วย 34 ราย) และมีผู้ป่วยร้อยละ 87.7 (ผู้ป่วย 243 ราย) ที่ไม่พบภาวะเลือดออกซ้ำ จากผู้ป่วยทั้งหมด 277 ราย

เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบนซ้ำของผู้ป่วยเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบนที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลโดยไม่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน

โรงพยาบาลราชบุรี ได้แก่ โรคตับแข็ง ลักษณะเลือดออก
ในทางเดินอาหารจากสายสวนลำกระเพาะอาหาร
เป็นเลือดแดงสด สัญญาณชีพไม่คงที่ ค่าความเข้มข้น
เลือดแรกได้รับขณะนอนโรงพยาบาล โดยพบกลุ่มที่เกิด
เลือดออกซ้ำมีค่าความเข้มข้นเลือดแรกได้รับ
ขณะนอนโรงพยาบาล 6.49 ± 2.55 กรัม/เดซิลิตร
ในขณะที่กลุ่มที่ไม่เกิดเลือดออกซ้ำมีค่าความเข้มข้นเลือด
แรกได้รับขณะนอนโรงพยาบาล 10.0 ± 3.08 กรัม/เดซิลิตร
ปริมาณเลือดที่ได้รับพบว่ากลุ่มที่เกิดเลือดออกซ้ำ
ได้รับเลือด (PRC) 5.29 ± 3.44 ยูนิต ในขณะที่กลุ่ม
ที่ไม่เกิดเลือดออกซ้ำได้รับเลือด (PRC) 1.42 ± 1.34 ยูนิต
ระยะเวลาที่ดื่มน้ำดอาหาร ระยะเวลาที่ให้อาหารลดกรด
ทางหลอดเลือด การได้รับยา tranexamic acid เป็นปัจจัย
ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเลือดออกทางเดินอาหาร
ส่วนบนซ้ำของผู้ป่วยเลือดออกทางเดินอาหารส่วน
บนที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลโดยไม่ได้รับการ

ส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติ ($p < .001$) นอกจากนี้ยังพบว่า การดื่ม
แอลกอฮอล์และค่าระดับ BUN โดยพบกลุ่มที่เกิด
เลือดออกซ้ำมีค่าระดับ BUN 34.79 ± 22.26 มิลลิกรัม/
เดซิลิตร ในขณะที่กลุ่มที่ไม่เกิดเลือดออกซ้ำมีค่าระดับ
BUN 25.34 ± 18.25 มิลลิกรัม/เดซิลิตร มีความสัมพันธ์
กับการเกิดภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบนซ้ำของ
ผู้ป่วยเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบนที่ได้รับการรักษา
ในโรงพยาบาลโดยไม่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหาร
ส่วนบนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และ
เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของอายุ การสูบบุหรี่
โรคไตวายเรื้อรัง พบว่า ปัจจัยดังกล่าวไม่เกี่ยวข้อง
กับการเกิดภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบนซ้ำ
ในผู้ป่วยเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบนที่ได้รับการ
รักษาในโรงพยาบาล โดยไม่ได้รับการส่องกล้อง
ทางเดินอาหารส่วนบน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป และการเกิดเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบนซ้ำ

ข้อมูลทั่วไป	ผู้ป่วยทั้งหมด จำนวน (ร้อยละ)	การเกิดเลือดออกทางเดินอาหาร ส่วนบนซ้ำ		P-value
		เกิด	ไม่เกิด	
อายุ (ปี)				
Mean $\pm$ SD	58.28 $\pm$ 18.2	53.74 $\pm$ 16.64	58.92 $\pm$ 18.36	.120 ^b
Range	20.00–97.00			
การสูบบุหรี่				
สูบเป็นประจำ (>2 ครั้ง/สัปดาห์)	65 (23.5)	7 (20.6%)	58 (23.9%)	.859 ^a
สูบเป็นครั้งคราว (1–2 ครั้ง/สัปดาห์)	85 (30.7)	10 (29.4%)	75 (30.9%)	
ไม่เคยสูบ	127 (45.8)	17 (50.0%)	110 (45.3%)	
การดื่มแอลกอฮอล์				
ดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ (>2 ครั้ง/สัปดาห์)	78 (28.2)	17 (50.0%)	61 (25.1%)	.009 ^a
ดื่มแอลกอฮอล์เป็นครั้งคราว (1–2 ครั้ง/สัปดาห์)	83 (30.0)	6 (17.6%)	77 (31.7%)	
ไม่เคยดื่มแอลกอฮอล์	116 (41.9)	11 (32.4%)	105 (43.2%)	
โรคตับแข็ง				
มี	56 (20.2)	17 (50.0%)	39 (16.0%)	<.001
ไม่มี	221 (79.8)	17 (50.0%)	204 (84.0%)	

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป และการเกิดเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบนซ้ำ (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ผู้ป่วยทั้งหมด จำนวน (ร้อยละ)	การเกิดเลือดออกทางเดินอาหาร ส่วนบนซ้ำ		P-value
		เกิด	ไม่เกิด	
โรคไตวายเรื้อรัง				
มี	33 (11.9)	1 (2.9%)	32 (13.2%)	.095 ^a
ไม่มี	244 (88.1)	33 (97.1%)	211 (86.8%)	
ลักษณะเลือดที่ออกในทางเดินอาหาร				
ใส	70 (25.3)	0 (0.0%)	70 (28.8%)	<.001
เลือดเก่า	170 (61.4)	11 (32.4%)	159 (65.4%)	
เลือดสด	37 (13.4)	23 (67.6%)	14 (5.8%)	
สัญญาณชีพไม่คงที่				
มี	40 (14.4)	25 (73.5%)	15 (6.2%)	<.001
ไม่มี	237 (85.6)	9 (26.5%)	228 (93.8%)	
ค่าความเข้มข้นของเลือดแรกรับขณะนอน โรงพยาบาล				
Mean $\pm$ SD	9.62 $\pm$ 3.23	6.49 $\pm$ 2.55	10.0 $\pm$ 3.08	<.001
Range	1.20–17.00			
ระดับ BUN				
Mean $\pm$ SD	26.5 $\pm$ 19.00	34.79 $\pm$ 22.26	25.34 $\pm$ 18.25	.006 ^b
Range	3.00–117.00			
ปริมาณเลือดที่ได้รับ				
Mean $\pm$ SD	1.88 $\pm$ 2.15	5.29 $\pm$ 3.44	1.42 $\pm$ 1.34	<.001
Range	0.00–18.00			
ระยะเวลาที่งดน้ำงดอาหาร				
Mean $\pm$ SD	54.12 $\pm$ 27.48	82.71 $\pm$ 26.01	50.12 $\pm$ 25.27	<.001
Range	8.00–120.00			
ระยะเวลาที่ให้ยาลดกรดทางหลอดเลือด				
Mean $\pm$ SD	71.53 $\pm$ 34.87	100.94 $\pm$ 33.43	67.42 $\pm$ 33.11	<.001
Range	12.00–168.00			
การได้รับยา tranexamic acid				
ได้รับ	77 (27.8)	21 (61.8%)	56 (23.0%)	<.001
ไม่ได้รับ	200 (72.2)	13 (38.2%)	187 (77.0%)	

^a Chi-square test, ^bt test independent

วิจารณ์

ผู้ป่วยเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบนที่ไม่ได้
รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนในโรงพยาบาล
ราชบุรี 277 ราย มีอุบัติการณ์ของภาวะเลือดออกซ้ำ
ภายใน 30 วัน ร้อยละ 12.3 ในขณะที่รายงานอุบัติ
การณ์ของการเกิดภาวะเลือดออกซ้ำในผู้ป่วยเลือดออก
ทางเดินอาหารส่วนบนทั้งหมด ทั้งที่ได้และไม่ได้รับการ
ส่องกล้อง ที่เคยมีรายงานไว้จากการศึกษาอื่นๆ อยู่ที่
ร้อยละ 10-15^{2,3} ซึ่งไม่แตกต่างมากนักกับอุบัติการณ์
การเกิดเลือดออกซ้ำในการศึกษานี้ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ
ผู้ป่วยเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบน ในโรงพยาบาล
ราชบุรีส่วนใหญ่ ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหาร
ส่วนบนตามข้อบ่งชี้ และโรงพยาบาลราชบุรีมีศักยภาพ
และอุปกรณ์ในการห้ามเลือดไม่แตกต่างจากสถาบันอื่น
ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการส่องกล้องส่วนหนึ่งคือผู้ป่วยปฏิเสธเอง
อีกส่วนหนึ่งคือ แพทย์ประเมินและเลือกผู้ป่วยแล้วว่า
จำเป็นต้องได้รับการส่องกล้องหรือยังไม่ต้องส่อง
กล้อง ทั้งหมดนี้จึงทำให้อุบัติการณ์การเกิดเลือดออกซ้ำ
ไม่แตกต่างจากรายงานอุบัติการณ์ของสถาบันอื่นๆ
อย่างไรก็ตามมีผู้ป่วยส่วนหนึ่งมีพยาธิสภาพสาเหตุ
ของเลือดออกสมควรได้รับการส่องกล้องแต่ประเมิน
คลาดเคลื่อนจึงไม่ได้รับการส่องกล้อง ซึ่งกลุ่มนี้สามารถ
พัฒนาให้ดีขึ้นได้โดยใช้ข้อมูลจากการศึกษาปัจจัยในการ
ศึกษานี้

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆ กับเกิดภาวะเลือด
ออกซ้ำของผู้ป่วยเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบนที่ได้
รับการรักษาในโรงพยาบาลโดยไม่ได้รับการส่องกล้อง
ทางเดินอาหารส่วนบนโรงพยาบาลราชบุรี พบว่า

การดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำเป็นปัจจัยที่มี
ผลต่อการเกิดภาวะเลือดออกซ้ำของผู้ป่วยเลือดออกทาง
เดินอาหารส่วนบนที่ไม่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหาร
ส่วนบนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) โดย
แอลกอฮอล์มีผลยับยั้งการสร้างและการเกาะกลุ่มของ
เกล็ดเลือด¹ ส่งผลให้กลไกห้ามเลือดของร่างกายบกพร่อง

และแอลกอฮอล์ทำให้กระเพาะอาหารมีสภาวะกรด
มากขึ้น ลิ้มเลือดที่เกาะกลุ่มห้ามเลือดไว้สลายง่ายขึ้น⁸
ทำให้เลือดออกซ้ำได้มากขึ้น นอกจากนี้ผู้ป่วยที่ดื่ม
แอลกอฮอล์เป็นประจำ มักพบโรคตับแข็งร่วมได้บ่อย
ซึ่งเป็นอีกปัจจัยที่ทำให้เลือดออกซ้ำ ผลการศึกษานี้
สอดคล้องกับการศึกษาของสิวรรณ และคณะ⁹
พบว่าแอลกอฮอล์กระตุ้นการหลั่งกรดถึงร้อยละ
50-90 เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับเลือดออกทางเดินอาหาร
และการศึกษาของ Karkkainen และคณะ¹⁰ พบว่า
ผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบนที่ยัง
ดื่มแอลกอฮอล์จะมีโอกาสเกิดเลือดออกซ้ำเป็น 2 เท่า
ภายใน 6 เดือน หลังจากเลือดออกทางเดินอาหาร
ส่วนบนครั้งแรก ($p = .025$)

โรคตับแข็งเป็นอีกปัจจัยที่มีผลต่อการเกิด
ภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบนซ้ำของผู้ป่วย
เลือดออกทางเดินอาหารส่วนบนที่ไม่ได้รับการส่องกล้อง
ทางเดินอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)
สอดคล้องกับการศึกษาของ รังสรรค์ ชัยกิจอำนาจโชค
และคณะ³ ที่พบว่า โรคตับแข็งมีผลต่อความรุนแรงของ
ภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบน และการศึกษา
ของ Guglielmi และคณะ⁷ พบว่า โรคตับแข็งเป็นปัจจัย
ที่มีผลต่อการมีเลือดออกซ้ำในทางเดินอาหารจากแผล
ในกระเพาะอาหาร ผู้ป่วยที่มีโรคตับแข็งจะมีกลไก
การแข็งตัวของเลือดที่ผิดปกติ เนื่องจากตับเป็นอวัยวะที่
สร้างสารที่ใช้ในกลไกการแข็งตัวของเลือด นอกจากนั้น
ตับมีหน้าที่สร้างสารกระตุ้นการสร้างเกล็ดเลือด และ
ตับแข็ง ยังทำให้เกิดม้ามโต ทำให้เกล็ดเลือดไปสะสม
ที่ม้าม ตับแข็งจึงทำให้เกล็ดเลือดทำงานลดลง เมื่อเกิด
เลือดออกทางเดินอาหารเลือด จึงหยุดยากและมีโอกาส
เกิดเลือดออกซ้ำ¹¹

ลักษณะเลือดแดงสดจากสายสวนล้าง
กระเพาะอาหาร (nasogastric tube lavage content)
เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะเลือดออกทางเดินอาหาร
ส่วนบนซ้ำของผู้ป่วยเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบน

ที่ไม่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Guglielmi และคณะ⁷ พบว่า เลือดออกทางเดินอาหารเป็นเลือดสดมีผลต่อการมีเลือดออกซ้ำในทางเดินอาหารจากแผลในกระเพาะอาหาร เช่นเดียวกับและการศึกษาของ Wong และคณะ¹² ที่พบว่า การมีเลือดแดงสดออกในทางเดินอาหารมีผลต่อความล้มเหลวในการหยุดเลือดในกระเพาะอาหาร ผลการศึกษาดังกล่าวอภิปรายจากลักษณะเลือดแดงสดจากสายสวนกระเพาะอาหารแสดงถึงพยาธิสภาพที่ทำให้เกิดเลือดออกรุนแรง เช่น แผลเปิด มีต่อเส้นเลือด หรือ หลอดเลือดดำในหลอดอาหารฉีกขาด กลุ่มนี้ที่จริงมักต้องได้รับการรักษาด้วยการส่องกล้องห้ามเลือด แต่ผู้ป่วยอาจไม่ได้รับการส่องกล้อง เช่น ผู้ป่วยปฏิเสธหรือมีภาวะที่ไม่พร้อมส่องกล้อง แล้วมีลักษณะทางคลินิกว่าเลือดหยุด แต่ที่จริงเลือดหยุดจากเลือดออกปริมาณมากจนปริมาณเลือดไหลเวียนลดลง ความดันในหลอดเลือดลดลง ร่วมกับเกิดกลไกห้ามเลือดตามธรรมชาติของร่างกาย ร่วมกับผลจากยาและองค์ประกอบของเลือดที่แพทย์ให้ แต่เมื่อผู้ป่วยได้รับสารน้ำ ได้เลือดทดแทน ความดันในหลอดเลือดกลับขึ้นมาโดยพยาธิสภาพสาเหตุไม่ถูกแก้ จึงทำให้เลือดออกซ้ำ

สัญญาณชีพไม่คงที่เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบนซ้ำของผู้ป่วยเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบนที่ไม่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Bornman และคณะ¹³ การศึกษาของ Clason และคณะ¹⁴ พบว่า ปัจจัยด้านสัญญาณชีพไม่คงที่มีผลต่อภาวะเลือดออกซ้ำมากกว่าลักษณะที่พบจากการส่องกล้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ผลนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษา Chung และคณะ¹⁵ ที่พบว่า สัญญาณชีพไม่มีความสำคัญต่อภาวะเลือดออกซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อภิปรายจากการแบ่งระดับความรุนแรงของภาวะช็อก (shock classification)¹⁶ พบว่าสัญญาณชีพไม่คงที่

สัมพันธ์กับการเสียเลือด 750 ถึง 2000 มิลลิตรขึ้นไป จนทำให้ความดันโลหิตลดลง ร่วมกับเกิดกลไกห้ามเลือดตามธรรมชาติของร่างกาย และผลจากยาที่ได้ ทำให้เลือดหยุดชั่วคราว ต่อมาเมื่อผู้ป่วยได้สารน้ำ เลือดและยากระตุ้นความดัน ความดันในหลอดเลือดกลับขึ้นมาทำให้เลือดออกซ้ำ ร่วมกับการเสียเลือดปริมาณมากทำให้เสียองค์ประกอบอื่นของเลือดเช่น เกล็ดเลือด และสารกระตุ้นการแข็งตัวของเลือด (coagulation factors) ไปกับเลือดที่เสียไปด้วย ทำให้กลไกการห้ามเลือดของร่างกายทำงานลดลง¹⁷ จึงเกิดเลือดออกซ้ำมากขึ้น และหากผู้ป่วยมีสัญญาณชีพไม่คงที่เป็นเวลานาน เลือดไปเลี้ยงอวัยวะสำคัญไม่เพียงพอ ร่างกายจะปรับตัวเข้าสู่ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ เป็นภาวะที่ทำให้เลือดแข็งตัวยากขึ้น เลือดยิ่งออกซ้ำและหยุดยากขึ้น¹⁷

พบว่าค่าความเข้มข้นเลือดแรกรับขณะนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่ไม่เกิดภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบนซ้ำมากกว่ากลุ่มที่มีเลือดออกซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ความเข้มข้นของเลือดแรกรับยังต่ำบ่งบอกถึง การเสียเลือดปริมาณมากทำให้เสียองค์ประกอบอื่นของเลือดคือ เกล็ดเลือดและสารกระตุ้นการแข็งตัวของเลือดไปด้วย¹⁷ จึงเกิดเลือดออกซ้ำมากขึ้น โดยจากการศึกษานี้พบว่ากลุ่มที่เกิดเลือดออกซ้ำมีค่าความเข้มข้นเลือดแรกรับขณะนอนโรงพยาบาล 6.49 ± 2.55 กรัม/เดซิลิตร ซึ่งต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่เกิดเลือดออกซ้ำที่มีค่าความเข้มข้นเลือดแรกรับขณะนอนโรงพยาบาล 10.0 ± 3.08 กรัม/เดซิลิตร สอดคล้องกับการศึกษาของ รังสันต์ ชัยกิจอำนวยโชค และคณะ⁴ ที่พบว่า ฮีโมโกลบิน < 10 กรัม/เดซิลิตร เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงของภาวะเลือดออกซ้ำในผู้ป่วยเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบน

ค่าระดับ BUN มากกว่ากลุ่มที่ไม่เกิดเลือดออกซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) จากการศึกษาในกลุ่มที่เกิดเลือดออกซ้ำมีค่าระดับ BUN 34.79 ± 22.26 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่ไม่เกิดเลือดออกซ้ำ

ที่มีค่าระดับ BUN 25.34 ± 18.25 มิลลิกรัม/เดซิลิตร สอดคล้องกับการศึกษา รังสันต์ ชัยกิจอำนวยโชค และคณะ³ พบว่าระดับ BUN ≥ 35 มิลลิกรัม/เดซิลิตร เกี่ยวข้องกับความรุนแรงของภาวะเลือดออกซ้ำ ในผู้ป่วยเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบน โดยระดับ BUN สูงขึ้นมาจากการสลายสารฮีโมโกลบินมากขึ้นและไปสัมพันธ์กับความเข้มข้นของเลือดที่ลดลง¹⁸ สาเหตุเลือดออกซ้ำจึงอธิบายคล้ายกัน อีกสาเหตุคือระดับ BUN สูงสัมพันธ์กับการทำงานของไตที่ลดลง ทำให้สารกระตุ้นการสร้างเกล็ดเลือดที่มาจากไตลดลง¹⁸ กลไกการหยุดเลือดของร่างกายผ่านเกล็ดเลือดทำงานลดลง จึงมีเลือดออกซ้ำมากขึ้น

ปริมาณเลือดที่ได้รับเป็นอีกปัจจัยที่พบว่าส่งผลต่อการเกิดเลือดออกซ้ำ กล่าวคือ ปริมาณเลือดที่ได้รับ (ยูนิต) ของผู้ป่วยที่เกิดภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบนซ้ำมากกว่ากลุ่มที่ไม่เกิดเลือดออกซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยพบว่า กลุ่มที่เกิดเลือดออกซ้ำได้รับเลือด (PRC) 5.29 ± 3.44 ยูนิต ซึ่งมากกว่ากลุ่มที่ไม่เกิดเลือดออกซ้ำที่ได้รับเลือด (PRC) 1.42 ± 1.34 ยูนิต สอดคล้องกับการศึกษาของ Lin และคณะ¹⁹ พบว่าปริมาณการได้รับเลือด เป็นปัจจัยที่มีผลต่อเลือดออกซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) การที่ผู้ป่วยเสียเลือดจากเลือดออกทางเดินอาหาร จำเป็นต้องได้รับองค์ประกอบของเลือดทดแทนปริมาณตามเลือดที่สูญเสียไป รูปแบบของ เลือดแดง เกล็ดเลือด และพลาสมา โดยองค์ประกอบที่นิยมใช้ในภาวะเลือดออกระยะแรกคือเลือดแดง แต่หากได้รับเลือดแดงปริมาณมากเกินไป ไม่สมดุลกับองค์ประกอบอื่น จะทำให้เกิดภาวะพลาสมาและเกล็ดเลือดเจือจาง (dilutional effect) ทำให้กลไกการห้ามเลือดของร่างกายทำงานลดลง (massive transfusion coagulopathy) รวมทั้งเกิดกลไกการสลายลิ่มเลือดเพิ่มขึ้น (fibrinolysis)²⁰ ทำให้เลือดออกซ้ำมากขึ้น

ระยะเวลาที่งดน้ำงดอาหารเป็นอีกปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบนซ้ำ

ของผู้ป่วยเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบนที่ไม่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหาร พบว่า ระยะเวลาที่งดน้ำงดอาหาร (ชั่วโมง) ของผู้ป่วยที่เกิดภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบนซ้ำ (82.71 ± 26.01) มากกว่ากลุ่มที่ไม่เกิดเลือดออกซ้ำ (50.12 ± 25.27) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Barkun และคณะ²¹ ที่พบว่าระยะเวลาการงดน้ำงดอาหารในผู้ป่วยเลือดออกทางเดินอาหารไม่สัมพันธ์กับการเกิดเลือดออกซ้ำ การศึกษานี้พบว่า กลุ่มที่เกิดเลือดออกซ้ำมีระยะเวลางดน้ำงดอาหารนานกว่ากลุ่มที่ไม่เกิดเลือดออกซ้ำ ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่การงดน้ำงดอาหารจะช่วยลดการหลังกรดและปรับสภาวะกรดต่างในกระเพาะ เพื่อช่วยคงสภาพลิ่มเลือดที่ช่วยหยุดเลือด และลดการอักเสบของกระเพาะอาหาร ทำให้ลดเลือดออกซ้ำ ทั้งนี้อาจอธิบายจาก แพทย์ที่ดูแลรักษามักมีแนวโน้มที่จะแนะนำให้ผู้ป่วยงดน้ำงดอาหารเป็นเวลานานในผู้ป่วยที่มีปัจจัยอื่นๆ บ่งชี้ว่าอาจจะมีเลือดออกรุนแรง เช่น สายสวนล้างกระเพาะได้เลือดแดงสด ความเข้มข้นของเลือดต่ำ โรคตับแข็ง อีกกรณีคือ การที่ผู้ป่วยงดน้ำงดอาหารนานเกินไป ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะทุพโภชนาการ ขาดโปรตีนที่ช่วยในการหายของแผล ทำให้แผลไม่หาย เกิดเลือดออกซ้ำได้มากขึ้นเมื่อเริ่มกินอาหาร

ระยะเวลาที่ให้ยาลดกรดทางหลอดเลือด เป็นอีกปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดเลือดออกซ้ำในผู้ป่วยเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบนที่ไม่ได้รับการส่องกล้อง ทั้งนี้ยาลดกรดมีผลในการช่วยปรับสภาวะความเป็นกรดต่างในกระเพาะอาหาร มีผลให้ลิ่มเลือดที่ช่วยหยุดเลือดมีความคงตัว ลดเลือดออกซ้ำ สาเหตุที่ผลการศึกษานี้พบว่า ระยะเวลาที่ให้ยาลดกรดทางหลอดเลือดของผู้ป่วยที่เกิดภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบนซ้ำมากกว่ากลุ่มที่ไม่เกิดเลือดออกซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) อาจเป็นเพราะแพทย์ที่ดูแลรักษามีแนวโน้มที่จะให้ยาลดกรดทางหลอดเลือดเป็นระยะเวลาที่นานขึ้นในผู้ป่วยที่มีปัจจัยอื่นๆ บ่งชี้ว่าอาจจะมีเลือดออกรุนแรง

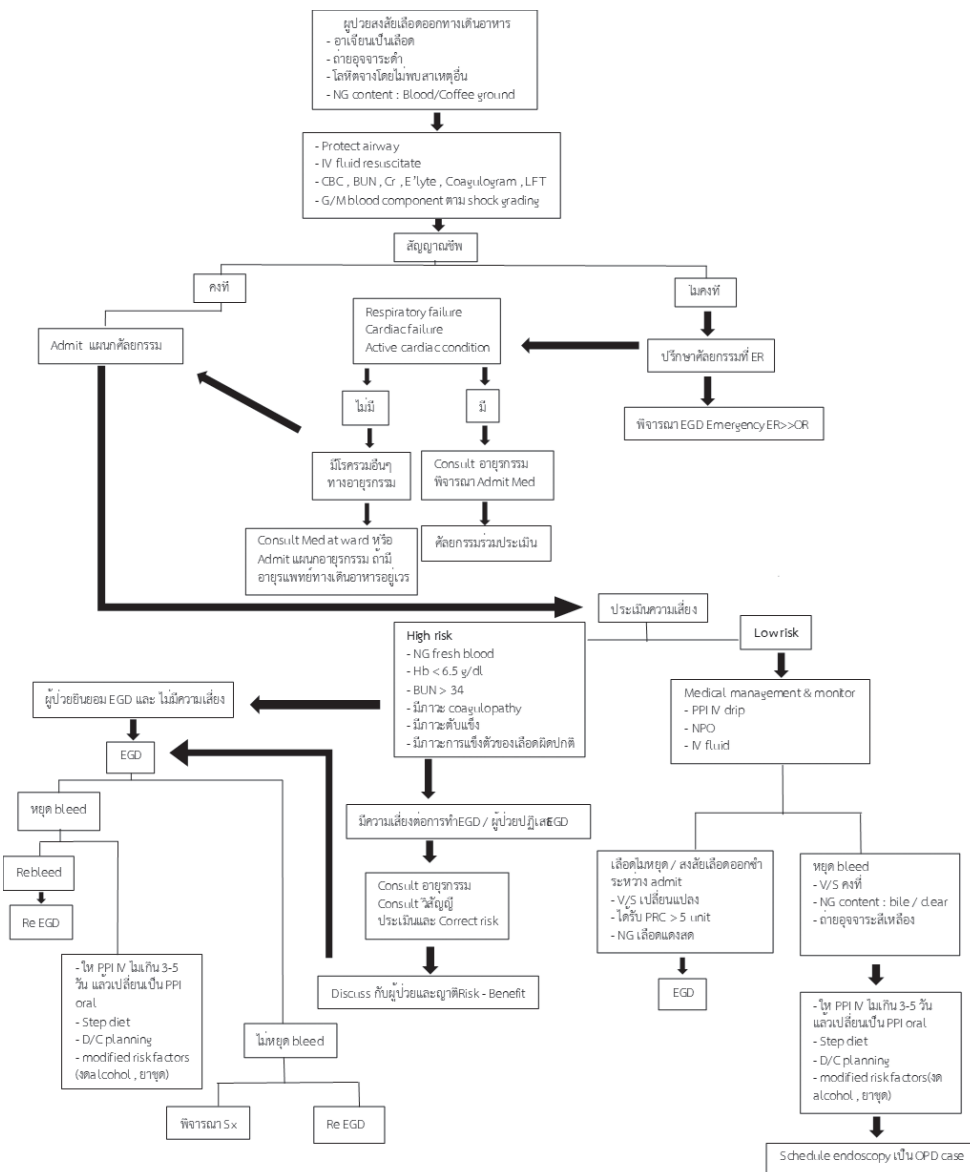
เช่น สายสวนล้างกระเพาะอาหารมีลักษณะเลือดแดงสด สัญญาณชีพไม่คงที่ ความเข้มข้นของเลือดต่ำ ได้รับเลือดปริมาณมากเพื่อหวังว่าจะป้องกันภาวะเลือดออกซ้ำ ซึ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดเลือดออกซ้ำอย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน

การได้รับยา tranexamic acid มีผลต่อการเกิดเลือดออกซ้ำของผู้ป่วยเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบนที่ไม่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เคยมีการศึกษา²² การให้ tranexamic acid ในผู้ป่วยโรคเลือดออกทางเดินอาหาร พบว่า สามารถลดอัตราการเสียชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญ แต่ไม่สามารถลดความเสี่ยงของเลือดออกทางเดินอาหารซ้ำได้ แตกต่างจากการศึกษาของ Brenner และคณะ²³ พบว่า tranexamic acid สามารถลดการเกิดเลือดออกทางเดินอาหารซ้ำในระยะเวลา 5 วัน อย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้ยา tranexamic acid มีฤทธิ์ช่วยลดการสลายลิ่มเลือดที่ช่วยหยุดเลือดที่ออกในทางเดินอาหาร โดยสมมติฐานการได้รับยา tranexamic acid จึงควรช่วยลดการเกิดเลือดออกซ้ำ สาเหตุที่ผลการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยา tranexamic acid สัมพันธ์กับภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบนซ้ำมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) อาจเป็นเพราะแพทย์ที่ดูแลรักษามีแนวโน้มที่จะเลือกให้ยา tranexamic acid เพิ่มเติมในผู้ป่วยที่มีปัจจัยอื่นบ่งชี้ว่ามีเลือดออกรุนแรง เช่น เลือดออกเป็นลักษณะเลือดแดงสด สัญญาณชีพไม่คงที่ ความเข้มข้นของเลือดต่ำ ได้รับเลือดปริมาณมาก โรคตับแข็ง ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดเลือดออกซ้ำอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อแพทย์ที่ดูแลพบผู้ป่วยที่มีปัจจัยเหล่านี้จึงมีแนวโน้มที่จะเลือกให้ยา tranexamic acid เพิ่มเติม เพื่อหวังว่าจะป้องกันภาวะเลือดออกซ้ำ ในขณะที่ผู้ป่วยที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ มักไม่ได้รับยา tranexamic acid เพิ่มเติม

อายุ การสูบบุหรี่ และโรคไตเรื้อรัง เป็นปัจจัยที่ไม่มีผลต่อการเกิดเลือดซ้ำของผู้ป่วยเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบนที่ไม่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน สอดคล้องกับการศึกษา Chung และคณะ¹⁵ ที่พบว่า อายุ ไม่มีความสำคัญต่อภาวะเลือดออกซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับการสูบบุหรี่ในการศึกษานี้พบว่าไม่มีผลต่อการเกิดภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบนซ้ำ ในการศึกษาของลิวรรณ อุณนาภิรักษ์ และคณะ¹² อธิบายว่าสารในบุหรี่ส่งผลให้เกิดการกระตุ้นการหลั่งกรด ทำให้ระคายเคืองของเยื่อบุทางเดินอาหาร แต่ปัจจัยสูบบุหรี่สอดคล้องกับการศึกษาของ Macleod และคณะ²⁴ ที่พบว่า การสูบบุหรี่ ไม่มีความสำคัญต่อการเกิดเลือดออกซ้ำอย่างมีนัยสำคัญในส่วนโรคไตเรื้อรังซึ่งเป็นปัจจัยที่ไม่มีผลต่อการเกิดภาวะเลือดออกทางเดินอาหารไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Cheung และคณะ²⁵ ที่ทำการศึกษาโรคแผลเลือดออกในกระเพาะอาหารในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พบว่า โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายสัมพันธ์กับการเกิดแผลเลือดออกซ้ำในกระเพาะอาหารอย่างมีนัยสำคัญ ($p = .008$)

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

แนวทางเพื่อลดการเกิดเลือดออกซ้ำในผู้ป่วยเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบนที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลราชบุรี ควรมีระบบการคัดเลือกผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ และไม่ข้อห้ามควรเข้ารับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน เพื่อประเมินพยาธิสภาพและห้ามเลือด และในกรณีที่มีผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการส่องกล้องจากสาเหตุต่างๆ เช่น ผู้ป่วยปฏิเสธ หรือมีความเสี่ยงสูงในการเข้ารับการส่องกล้อง ควรมีระบบการคัดกรองว่าผู้ป่วยไม่มีปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการเกิดเลือดออกซ้ำ โดยผู้วิจัยเสนอทำในรูปแบบแผนภาพแนวทางการรักษาผู้ป่วยเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบน เพื่อใช้ในโรงพยาบาลราชบุรี มีร่างแผนภาพดังนี้



ภาพที่ 1 แผนภาพแนวทางการรักษาผู้ป่วยเลือดออกทางเดินอาหารส่วนโรงพยาบาลราชบุรี (ฉบับร่าง)

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไปควรทำวิจัยเป็นการศึกษาแบบไปข้างหน้า (prospective) เพื่อความครบถ้วนของข้อมูล โดยเฉพาะข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการส่องกล้อง ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าข้อมูลดังกล่าวตกหล่นไม่ได้บันทึกจำนวนมาก การได้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการส่องกล้องจะช่วยนำไปพัฒนาคุณภาพการบริการผู้ป่วยกลุ่มนี้

นอกจากนี้อาจทำการศึกษาเพิ่มเติมถึงผลลัพธ์อื่นๆของการรักษาในผู้ป่วยเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบนที่ไม่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน เช่นการวินิจฉัยมะเร็งทางเดินอาหารส่วนบนลำช้า (ในการศึกษาครั้งนี้ จากผู้ป่วย 277 ราย พบว่ามี 2 ราย ที่ตรวจพบมะเร็งทางเดินอาหารส่วนบนภายหลัง คิดเป็นร้อยละ 0.9 ซึ่งทั้ง 2 ราย พบว่า เป็นมะเร็งระยะลุกลามแล้ว

หากได้รับการส่องกล้องตั้งแต่ครั้งแรกที่มีภาวะเลือดออก
ทางเดินอาหารส่วนบน อาจวินิจฉัยและรักษามะเร็ง
ทางเดินอาหารส่วนบนได้ดีกว่านี้)

สรุป

อุบัติการณ์การเกิดเลือดออกทางเดินอาหาร
ส่วน บนซ้ำในผู้ป่วยภาวะเลือดออกทางเดินอาหาร
ส่วนบนที่ไม่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วน
บน โรงพยาบาลราชบุรี ร้อยละ 12.3 ไม่แตกต่างจาก
การศึกษาที่ทำในสถาบันอื่นๆ อย่างไรก็ตามการส่อง
กล้องทางเดินอาหารส่วนบน ยังเป็นทั้งการสืบค้นและ
การรักษาหลักในผู้ป่วยเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบน
ควรทำในผู้ป่วยทุกรายที่มีข้อบ่งชี้และไม่มีข้อห้าม
อย่างไรก็ตามปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดเลือดออกซ้ำ
ในผู้ป่วยภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบนที่ไม่ได้
รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนจะเป็นข้อมูล
ช่วยในการพิจารณาผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่ำในการ
เกิดเลือดออกซ้ำ แต่มีโรคร่วม หรือมีภาวะที่ไม่พร้อม
ในการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนแบบเร่งด่วน
ในระยะการนอนโรงพยาบาลครั้งนั้น เพื่อรักษาเป็น
ผู้ป่วยในแบบยังไม่ส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน
แล้วจึงมาส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนภายหลัง
เมื่อพร้อม นอกจากนี้ผลการศึกษาปัจจัย ยังใช้ประยุกต์
ในการจัดทำระบบแนวทางคัดกรองผู้ป่วยเลือดออก
ทางเดินอาหารส่วนบนที่สมควรได้รับการส่องกล้อง
ทางเดินอาหารส่วนบน แนวทางการรักษาโรคเลือดออก
ทางเดินอาหารส่วนบนโรงพยาบาลราชบุรี เพื่อลดอุบัติ
การณ์การเกิดเลือดออกซ้ำ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์พิเชียร วุฒิสถิธิภิญโญ
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชบุรี นายแพทย์นพวัชร
สมานคติวัฒน์ หัวหน้ากลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาล
ราชบุรี ที่สนับสนุนการทำวิจัย แพทย์หญิงภาณุพรรณรัตน์

ที่ปรึกษาด้านการลงข้อมูลและตรวจทานข้อมูล
ดร.พัชรินทร์ สมบูรณ์ ที่ปรึกษางานวิจัย และเจ้าหน้าที่
ทุกท่านที่มีส่วนช่วยให้งานวิจัยสำเร็จไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Bureau of Policy and Strategy. Public Health Statistics 2015 [Internet]. 2015 [cited 2021 Feb 5]; Available from: http://bps.moph.go.th/new_bps
2. Hreinsson JP, Kalaitzakis E, Gudmundsson S, et al. Upper gastrointestinal bleeding: Incidence, etiology and outcome in a population-based setting. Scand J Gastroenterol. 2013;48(4):439–47. doi: 10.3109/00365521.2012.763174
3. รังสันต์ ชัยกิจอำนวยโชค, ชัยนทร์ธร ปทุมมานนท์. คะแนนที่ใช้ทำนายความรุนแรงของภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นปี. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2559;25(3):423–35.
4. Chaichana C. Correlation Between the Glasgow Blatchford score and Outcomes of Acute Upper Gastrointestinal Bleeding in Phetchabun hospital . Journal of Health Science. 2014;23(2):305–12.
5. สมาคมแพทย์ส่องกล้องทางเดินอาหารไทย. แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สมาคมแพทย์ส่องกล้องทางเดินอาหารไทย; 2557.
6. Forrest JA, Finlayson ND, Shearman DJ. Endoscopy in gastrointestinal bleeding. Lancet. 1974;2(787):394–7. doi: 10.1016/s0140-6736(74)91770-x.

7. Guglielmi A, Ruzzenente A, Sandri M et al. Risk assessment and prediction of rebleeding in bleeding gastroduodenal ulcer. *Endoscopy*. 2002;34(10):778–86. doi: 10.1055/s-2002-34261.
8. Salem RO, Laposata M. Effects of Alcohol on Hemostasis., *Am J Clin Pathol*. 2005; 123 Suppl: s96–105. doi: 10.1309/113N8EUFXYUECCNA.
9. ลีวรรณ อุณนาภิรักษ์. พยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ: วีพริ้นท์; 2552.
10. Kärkkäinen JM, Miilunpohja S, Rantanen T, et al. Alcohol Abuse Increases Rebleeding Risk and Mortality in Patients with Non-variceal Upper Gastrointestinal Bleeding. *Dig Dis Sci*. 2015;60(12):3707–15. doi: 10.1007/s10620-015-3806-6.
11. Tripodi A, Primignany M, Mannucci PM. Abnormalities of hemostasis and bleeding in chronic liver disease: the paradigm is challenged. *Intern Emerg Med*. 2010;5(1): 7–12. doi: 10.1007/s11739-009-0302-z.
12. Wong SKH, Yu LM, Lau JYW, et al. Prediction of therapeutic failure after adrenaline injection plus heater probe treatment in patients with bleeding peptic ulcer. *Gut*. 2002;50(3):322–5. doi: 10.1136/gut.50.3.322.
13. Bornman PC, Theodorou NA, Shuttleworth RD, et al. Importance of hypovolaemic shock and endoscopic signs in predicting recurrent haemorrhage from peptic ulceration: a prospective evaluation. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1985;291(6490):245–7. doi: 10.1136/bmj.291.6490.245
14. Clason AE, Macleod DA, Elton RA. Clinical factors in the prediction of further haemorrhage or mortality in acute upper gastrointestinal haemorrhage. *Br J Surg*. 1986;73(12):985–7.
15. Chung IK, Kim EJ, Lee MS, et al. Endoscopic factors predisposing to rebleeding following endoscopic hemostasis in bleeding peptic ulcers. *Endoscopy*. 2001;33(11):969–75.
16. Cannon JW. Hemorrhagic Shock. *N Engl J Med*. 2018;378(4):370–9.
17. Gerecht R. The lethal triad. Hypothermia, acidosis & coagulopathy create a deadly cycle for trauma patients. *JEMS*. 2014;39(4):56–60.
18. Tomizawa M, Shinozaki F, Hasegawa R, et al. Patient characteristics with high or low blood urea nitrogen in upper gastrointestinal bleeding. *World J Gastroenterol*. 2015;21(24):7500–5. doi: 10.3748/wjg.v21.i24.7500
19. Lin HJ, Perng CL, Lee FY, et al. Clinical courses and predictors for rebleeding in patients with peptic ulcers and non-bleeding visible vessels: a prospective study. *Gut*. 1994;35(10):1389–93.
20. Levy JH. Massive transfusion coagulopathy. *Semin Hematol*. 2006;43(1 Suppl 1): S59–S63.
21. Barkun AN, Bardou M, Kuipers EJ, et al. International consensus recommendations on the management of patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Ann Intern Med*. 2010;152(2):101–13.

22. Bennett C, Klingenberg SL, Langholz E, et al. Tranexamic acid for upper gastrointestinal bleeding. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014; 2014(11): CD006640. doi: 10.1002/14651858.CD006640.pub3.
23. Brenner A, Afolabi A, Ahmad SM, et al. Tranexamic acid for acute gastrointestinal bleeding (the HALT-IT trial): statistical analysis plan for an international, randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Trials.* 2019;20(1):467.
24. MacLeod IA, Mills PR. Factors identifying the probability of further haemorrhage after acute upper gastrointestinal haemorrhage. *Br J Surg.* 1982;69(5):256–8.
25. Cheung J, Yu A, LaBossiere J, et al. Peptic ulcer bleeding outcomes adversely affected by end-stage renal disease. *Gastrointest Endosc.* 2010;71(1):44–9.

