

การตรวจคัดกรองหลอดเลือดโป่งพองในหลอดอาหารของผู้ป่วยโรคตับแข็ง โรงพยาบาลสมุทรสาคร Esophageal Varices Screening of Cirrhotic Patients in Samutsakhon Hospital

สิริรัตน์ พุทธิศิริวัฒน์ พ.บ.,
ว. อายุรกรรมทางเดินอาหารและตับ
กลุ่มงานอายุรกรรม
โรงพยาบาลสมุทรสาคร
จังหวัดสมุทรสาคร

Sirirat Phuttasiriwat M.D.,
Thai Board of Gastroenterology
Division of Medicine
Samutsakhon Hospital
Samut Sakhon

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความชุกและค้นหาปัจจัยเสี่ยงในการเกิดหลอดเลือดโป่งพองในหลอดอาหารของผู้ป่วยตับแข็ง

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาแบบ prospective cohort study ทำการเก็บข้อมูลจากแบบฟอร์มบันทึกข้อมูลในคลินิกโรคตับ ตั้งแต่ 25 ตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึง 31 มีนาคม พ.ศ. 2566 และผลการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนโดยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่า mean, median, SD, range, 95% CI, และ odds ratio

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโรคตับแข็ง 96 คน พบว่า อายุเฉลี่ย 57 ± 12 ปี เป็นเพศชาย 58 คน (ร้อยละ 60.4) มีโรคประจำตัวรวมมากที่สุด คือ ความดันโลหิตสูง จำนวน 28 คน (ร้อยละ 29.2) สาเหตุของโรคตับแข็งมากที่สุด คือ การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จำนวน 34 คน (ร้อยละ 35.4)

ผลการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน พบว่า มีหลอดเลือดโป่งพองในหลอดอาหาร (EV) จำนวน 48 คน (ร้อยละ 50) โดยพบขนาดต่างๆ กล่าวคือ Grade F1, F2, และ F3 จำนวน 46, 17, และ 1 คน (ร้อยละ 47.9, 17.7, และ 1) ตามลำดับ อีกทั้ง พบมีหลอดเลือดโป่งพองในกระเพาะอาหาร (GV) จำนวน 6 คน (ร้อยละ 6.3)

สรุป: ผู้ป่วยโรคตับแข็งที่มาตรวจคัดกรอง พบความชุกของหลอดเลือดโป่งพองในหลอดอาหารจำนวน 48 คน (ร้อยละ 50) และเมื่อวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ พบว่า เพศชายมีความเสี่ยงมากกว่าในการเกิดหลอดเลือดโป่งพองในหลอดอาหารของผู้ป่วยตับแข็งอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .01$) นอกจากนี้ ร้อยละ 22.9 ของผู้ป่วยโรคตับแข็งที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ จะพบหลอดเลือดโป่งพองในหลอดอาหารมากกว่าสาเหตุอื่นอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .01$)

คำสำคัญ: หลอดเลือดโป่งพองในหลอดอาหาร การทำหัตถการรั้งหลอดเลือดโป่งพองในหลอดอาหาร หลอดเลือดโป่งพองในกระเพาะอาหาร การฉีดสารในหลอดเลือดโป่งพองในกระเพาะอาหาร

วารสารแพทยเขต 4-5 2566 ; 42(3) : 349-366.

Abstract

Objective: This was to study the prevalence of esophageal varices and to find risk factors of esophageal varice occurrences in cirrhotic patients at Samutsakhon Hospital.

Methods: A prospective cohort study was conducted from information data sheets and esophagogastroduodenal endoscopic reports of cirrhotic patients at GI clinic between 25 October and 31 March 2023. Analysis of the data was done using mean, median, SD, range, 95% CI, and odds ratio.

Result: Total 96 cirrhotic patients at GI clinic had median age of 57 ± 12 years, male more than female (60.4 vs. 39.6%). The most underlying disease of patients was hypertension (29.2%). The most common cause of cirrhosis was found in hepatitis B infection (35.4%).

A half of cirrhotic patients was found presenting with esophageal varices (50%). Grading of esophageal varices classified to F1, F2, and F3. Of these patients, 47.9%, 17.7%, and 1% had F1, F2, and F3 respectively. Also, 6.3% of patients were found gastric varices.

Conclusions: A half of patients was found EV and male was a risk factor for esophageal varices with significant statistical analysis (p -value $< .01$). In addition, 22.9% of patients with cirrhosis caused by alcohol use when gastroscopy were found more than other causes with significantly statistical analysis (p -value $< .01$).

Keywords: esophageal varices (ev), esophageal variceal ligation (evl), gastric varices, gastric variceal treatment (glue injection)

Received: Feb 29, 2023; Revised: Mar 15, 2023; Accepted : Apr 28, 20237

Reg 4-5 Med J 2023 ; 42(3) : 349–360.

บทนำ

โรคตับแข็ง เป็นโรคที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างช้าๆจนนำไปสู่โรคเรื้อรังที่ไม่หายขาด และมีอัตราการเสียชีวิตสูง เนื่องจากระยะท้ายของโรคมักเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้แก่ ภาวะท้องมาน (ascites), ภาวะสับสน (hepatic encephalopathy), หลอดเลือดโป่งพองในหลอดอาหาร (esophageal varices: EV), และโรคมะเร็งตับ (hepatocellular carcinoma: HCC)^{1,2,3} นอกจากนี้ โรคตับแข็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตทั่วโลกอันดับที่ 11 และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 10 ในประเทศสหรัฐอเมริกา^{4,5} เนื่องจากสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ทั่วโลกทำให้ในประเทศ

สหรัฐอเมริกามีการตรวจคัดกรองของผู้ป่วยโรคตับแข็งยังคงน้อยกว่าที่ควรจะเป็น ไม่ว่าจะเป็นการตรวจคัดกรองหลอดเลือดโป่งพองในหลอดอาหารและโรคมะเร็งตับ⁶ ซึ่งในประเทศไทยก็มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 เช่นเดียวกัน

โรคตับแข็ง มีสาเหตุการเกิดโรคที่สำคัญ คือ การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี การดื่มเหล้าเรื้อรัง โรคตับแข็งจากไขมันพอกตับ (non alcoholic steatohepatitis cirrhosis: NASH) โรคตับอักเสบจากภูมิคุ้มกันตนเอง (autoimmune hepatitis: AIH) โรคตับแข็งน้ำดี (primary biliary cirrhosis: PBC) เป็นต้น การวินิจฉัยภาวะพังผืดมีหลาย

วิธี ได้แก่ APRI, FIB-4, shear wave elastography, fibroscan, ultrasound, CT, และ MRI ซึ่งแต่ละวิธีมีข้อดีข้อเสียที่ต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นกับศักยภาพของแต่ละโรงพยาบาล ในส่วนของโรงพยาบาลสมุทรสาครสามารถใช้ได้ทั้ง APRI, FIB-4, shear wave elastography, ultrasound, CT, และ MRI ในการประเมินภาวะพังผืดของผู้ป่วยเพื่อวินิจฉัยโรคตับแข็งได้

การส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนในผู้ป่วยโรคตับแข็ง เพื่อตรวจคัดกรองหาหลอดเลือดโป่งพองในหลอดอาหารทำให้ลดการเกิดอุบัติการณ์เลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นได้ ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่มีความรุนแรงและทำให้เสียชีวิตเฉียบพลันได้ โดยอ้างอิงจาก Baveno VI guidelines^{7,8} แนะนำให้ตรวจคัดกรองในผู้ป่วยที่มีค่าฝั่งพิตมากกว่า 20 kPa และมีระดับเกล็ดเลือดน้อยกว่า 150,000 / μ l แต่ระยะเวลาในการตรวจซ้ำทุก 2-3 ปี ยังคงมีหลักฐานยืนยันค่อนข้างน้อย จากคำแนะนำล่าสุดของ American Gastroenterological Association Institute (AGA)⁹ ให้คำแนะนำว่าการตรวจซ้ำทุก 2-3 ปี ควรทำในผู้ป่วยที่ไม่มี EV ก่อนทำการตรวจคัดกรองและไม่ต้องตรวจซ้ำอีก ถ้าไม่พบ EV แต่ผู้ป่วยที่มี EV ขนาดเล็ก ควรตรวจซ้ำทุก 2-3 ปี และไม่ต้องตรวจซ้ำ ถ้าตรวจไม่พบ EV หรือขนาดเล็กลง โดยทั่วไปผู้ป่วยโรคตับแข็งจะพบการเกิด EV แบบ de novo ประมาณ ร้อยละ 7 ต่อปี^{10,11,12} การพัฒนาจาก EV ขนาดเล็กเป็น EV ขนาดใหญ่ พบได้ร้อยละ 10 ต่อปี¹³ และเมื่อตรวจพบ EV จะมีโอกาสเลือดออกร้อยละ 5-15 ต่อปี ขึ้นอยู่กับขนาดของ EV, การมีลักษณะ red wale sign, และชนิดของ Child-Pugh class^{8,10,12,13}

การศึกษาจากประเทศสหรัฐอเมริกา¹⁴ ผู้ป่วยโรคตับแข็งจำนวน 184 คน เป็นผู้หญิง 68 คน ตรวจพบมี EV ร้อยละ 51 โดยเป็น EV ขนาดเล็ก 66 คน และ EV ขนาดใหญ่ 24 คน โดย 13 คนพบหลอดเลือดอาหารโป่งพองทั้งในหลอดอาหารและกระเพาะอาหาร มีเพียง 4 คนที่มีหลอดเลือดอาหารโป่งพองในกระเพาะอาหาร โดยผู้ป่วยโรคตับแข็งที่ตรวจพบว่ามี EV นั้น สามารถ

แยกตามชนิด Child- Pugh class คือ ร้อยละ 35 เป็นผู้ป่วยโรคตับแข็งชนิด A, ร้อยละ 60 เป็นผู้ป่วยโรคตับแข็งชนิด B, และร้อยละ 69 เป็นผู้ป่วยโรคตับแข็งชนิด C อีกทั้ง ผู้ป่วยโรคตับแข็งที่ตรวจพบว่ามี EV ขนาดใหญ่ พบร้อยละ 29 เป็นผู้ป่วยโรคตับแข็งชนิด A, ร้อยละ 24 เป็นผู้ป่วยโรคตับแข็งชนิด B, และร้อยละ 24 เป็นผู้ป่วยโรคตับแข็งชนิด C เมื่อวิเคราะห์ทางสถิติพบความสัมพันธ์โดยตรงระหว่างตัวแปรอิสระ (independent predictors) ของการเกิด EV ขนาดใหญ่ คือ ภาวะเกล็ดเลือดต่ำ ($p = .02$) และภาวะมีน้ำตาล ($p = .04$) นอกจากนี้ระดับเกล็ดเลือดน้อยกว่า 68,000 / mm^3 มีค่านิยมแบ่งแยก (discriminative value) ที่ดีที่สุดสำหรับ EV ขนาดใหญ่ ด้วย sensitivity ร้อยละ 71 และ specificity ร้อยละ 73 ส่วนภาวะมีน้ำตาลมี sensitivity ร้อยละ 75 และ specificity ร้อยละ 58

การศึกษาย้อนหลังจากประเทศโปรตุเกส¹⁵ ระหว่างกันยายน พ.ศ. 2552-2558 พบผู้ป่วยโรคตับแข็งจำนวน 97 คน ร้อยละ 76.3 เป็นผู้ชาย อายุเฉลี่ย 54.3 $\pm$ 11.2 ปี โดยร้อยละ 55.7 ไม่มี EV และร้อยละ 14.4 พบมี EV ที่ต้องได้รับการรักษา ส่วนใหญ่ของผู้ป่วยตับแข็งมีสาเหตุมาจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (ร้อยละ 74.8) นอกจากนี้ ถ้าใช้คำแนะนำของ Baveno ในการตรวจคัดกรอง จะพบว่า ผู้ป่วยโรคตับแข็งร้อยละ 11.3 ไม่จำเป็นต้องตรวจคัดกรอง

ผู้ป่วยโรคตับแข็งที่มารักษาคลินิกโรคตับ โรงพยาบาลสมุทรสาคร มีปริมาณเพิ่มมากขึ้น แต่เนื่องจากสถานการณ์แพร่ระบาดโควิด 19 ทำให้ต้องงดการทำหัตถการไม่ฉุกเฉิน ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ ไม่ได้รับการตรวจคัดกรอง เพื่อค้นหาความผิดปกติและได้รับการรักษาเฉพาะต่อไป ในปัจจุบันยังไม่เคยมีการศึกษามาก่อนหน้านี้เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองหลอดเลือดอาหารโป่งพองในหลอดอาหารของผู้ป่วยตับแข็ง โรงพยาบาลสมุทรสาคร

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความชุกของหลอดเลือดโป่งพองในหลอดอาหารของผู้ป่วยตับแข็งและหาปัจจัยเสี่ยงในการเกิดหลอดเลือดโป่งพองในหลอดอาหารของผู้ป่วยตับแข็ง ที่มารักษาที่คลินิกโรคตับโรงพยาบาลสมุทรสาคร

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาแบบ prospective cohort study ทำการเก็บข้อมูลจากแบบฟอร์มบันทึกข้อมูลในโรงพยาบาลสมุทรสาคร ตั้งแต่ 25 ตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึง 31 มีนาคม พ.ศ. 2566 และผลการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) ดังนี้ 1. ผู้ป่วยโรคตับแข็งที่มีอายุตั้งแต่

18 ปี บริบูรณ์ 2. ผู้ป่วยโรคตับแข็งที่มีเกล็ดเลือดต่ำกว่า 150,000 / μ l และมารักษาที่คลินิกโรคตับ 3. ผู้ป่วยได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน และมีเกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) ดังนี้ 1. ผู้ป่วยที่ขาดการติดต่อจากคลินิกโรคตับ 2. ผู้ป่วยที่เสียชีวิต โดยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ค่า mean, median, SD, range, 95% CI, และ odds ratio

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างการวิจัยครั้งนี้ผ่านการอนุมัติการเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะกรรมการวิจัยและพิจารณาจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลสมุทรสาคร เลขที่ SKH REC 4/2566/V.1 ลงวันที่ 25 ตุลาคม 2565 ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลตามหลักเกณฑ์และดำเนินงานตามขั้นตอนการพิทักษ์สิทธิ์

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยที่มารักษาโรคตับแข็ง ที่คลินิกโรคตับโรงพยาบาลสมุทรสาคร

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (N = 96) (ร้อยละ)
อายุเฉลี่ย (ปี)	57 $\pm$ 12
น้ำหนักเฉลี่ย(กิโลกรัม)	67 $\pm$ 14
เพศ	
- ชาย	58 (60.4)
- หญิง	38 (39.6)
ดัชนีมวลกาย	
- น้อยกว่า 18	7 (7.3)
- 18–25	49 (51)
- มากกว่า 25	40 (41.7)
โรคประจำตัวร่วม [#]	
- เบาหวาน	20 (20.8)
- ความดันโลหิตสูง	28 (29.2)
- ไตวายเรื้อรัง	3 (3.1)
- ไขมันในเลือดสูง	18 (18.8)

[#]ผลรวมอาจน้อยกว่าหรือมากกว่า 100

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยที่มารักษาโรคตับแข็ง ที่คลินิกโรคตับโรงพยาบาลสมุทรสาคร (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (N = 96) (ร้อยละ)
โรคประจำตัวร่วม[#]	
- มะเร็ง	2 (2.1)
- ถุงลมโป่งพอง	1 (1)
- หลอดเลือดสมองตีบ	1 (1)
- เส้นเลือดหัวใจตีบ	2 (2.1)
ประวัติส่วนตัว[#]	
- สูบบุหรี่	19 (19.8)
- แอลกอฮอล์	2 (2.1)
- การใช้ยาแก้ปวด	16 (16.7)
- การใช้ยาสแตียรอยด์	27 (28.1)
- สมุนไพร	7 (7.3)
- โรคอ้วน	40 (41.7)
สาเหตุของโรคตับแข็ง[#]	
- การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี	34 (35.4)
- การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี	25 (26)
- ไขมันเกาะตับ	7 (7.3)
- การดื่มแอลกอฮอล์	30 (31.3)
- AIH	2 (2.1)
- PBC	5 (5.2)
Anti-HIV	
- Positive	4 (4.2)
- Negative	92 (95.8)
ระยะของโรคตับแข็ง	
- Child - Pugh A	87 (90.6)
- Child - Pugh B	9 (9.4)

[#]ผลรวมอาจน้อยกว่าหรือมากกว่า 100

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยที่มารักษาโรคตับแข็ง ที่คลินิกโรคตับโรงพยาบาลสมุทรสาคร (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (N = 96) (ร้อยละ)
ผลส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน[#]	
- มีหลอดเลือดโป่งพองในหลอดอาหาร (EV)	48 (50)
- Grade F1	46 (47.9)
- Grade F2	17 (17.7)
- Grade F3	1 (1)
ผลส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน[#]	
- มีหลอดเลือดโป่งพองในกระเพาะอาหาร (GV)	6 (6.3)
- ไม่มีหลอดเลือดโป่งพองในหลอดอาหาร	48 (50)
- มีแผลในกระเพาะอาหาร	34 (35.4)
- มีแผลในลำไส้เล็กส่วนต้น	6 (6.3)
- อื่นๆ	
- Mild PHG	28 (29.2)
- Severe PHG	38 (39.6)
- Gastritis	44 (45.8)
- Duodenitis	92 (95.8)
การรักษาด้วยยา[#]	
- ยาขับปัสสาวะ	10 (10.4)
- ยาลดความดันหลอดเลือด	32 (33.3)
- ยาระบาย	12 (12.5)
การรักษาเพิ่มเติม[#]	
- การรัดเส้นเลือดขอดในหลอดอาหาร (EVL)	2 (2.1)
- การฉีดสารในเส้นเลือดขอดในกระเพาะอาหาร (glue injection)	1 (1)

[#]ผลรวมอาจน้อยกว่าหรือมากกว่า 100

จากตารางที่ 1 พบว่าผู้ป่วยที่มารับการ
รักษาโรคตับแข็ง ที่คลินิกทางเดินอาหารโรงพยาบาล
สมุทรสาคร พบว่า อายุเฉลี่ย 57 ± 12 ปี น้ำหนักเฉลี่ย
 67 ± 14 กิโลกรัม เป็นเพศชาย 58 คน (ร้อยละ 60.4)

เพศหญิง 38 คน (ร้อยละ 39.6) ตรวจพบดัชนีมวลกาย
ปกติ จำนวน 49 คน (ร้อยละ 51) และดัชนีมวลกาย
มากกว่า 25 จำนวน 40 คน (ร้อยละ 41.7) นอกจากนี้
มีโรคประจำตัวร่วมมากที่สุด คือ

ความดันโลหิตสูง จำนวน 28 คน (ร้อยละ 29.2) รองมา คือ เบาหวาน จำนวน 20 คน (ร้อยละ 20.8) ไขมันในเลือดสูงจำนวน 18 คน (ร้อยละ 18.8) ไตวายเรื้อรัง จำนวน 3 คน (ร้อยละ 3.1)

โรคกระเพาะและเส้นเลือดหัวใจตีบ พบจำนวน 2 คน (ร้อยละ 2.1) โรคถุงลมโป่งพองและโรคหลอดเลือดสมองตีบจำนวน 1 คน (ร้อยละ 1) นอกจากนี้ มีประวัติสูบบุหรี่ จำนวน 19 คน (ร้อยละ 19.8) ประวัติดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 2 คน (ร้อยละ 2.1) ประวัติใช้ยาแก้ปวด จำนวน 16 คน (ร้อยละ 16.7) ประวัติการใช้ยาสเตียรอยด์ จำนวน 27 คน (ร้อยละ 28.1) ประวัติใช้ยาสมุนไพร จำนวน 7 คน (ร้อยละ 7.3) และพบโรคอื่นถึง 40 คน (ร้อยละ 41.7)

สาเหตุของโรคตับแข็ง คือ การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จำนวน 34 คน (ร้อยละ 35.4) การดื่มแอลกอฮอล์จำนวน 30 คน (ร้อยละ 31.3) การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จำนวน 25 คน (ร้อยละ 26) ไขมันเกาะตับ จำนวน 7 คน (ร้อยละ 7.3) PBC จำนวน 5 คน (ร้อยละ 5.2) และ AIH จำนวน 2 คน (ร้อยละ 2.1)

นอกจากนี้ ระยะของโรคตับแข็งที่พบ เป็น Child-Pugh A จำนวน 87 คน (ร้อยละ 90.6) และ Child-Pugh B จำนวน 9 คน (ร้อยละ 9.4)

ผลการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน พบว่ามีหลอดเลือดโป่งพองในหลอดเลือดอาหาร (EV) จำนวน 48 คน (ร้อยละ 50) โดยพบขนาดต่างๆ กล่าวคือ Grade F1, F2, และ F3 จำนวน 46, 17, และ 1 คน (ร้อยละ 47.9, 17.7, และ 1) ตามลำดับ อีกทั้ง พบมีหลอดเลือดโป่งพองในกระเพาะอาหาร (GV) จำนวน 6 คน (ร้อยละ 6.3) นอกจากนี้ ตรวจพบมีแผลในกระเพาะอาหารจำนวน 34 คน (ร้อยละ 35.4) และมีแผลในลำไส้เล็กส่วนต้นจำนวน 6 คน (ร้อยละ 6.3) และผู้ป่วย 3 คน ได้รับการรักษาเพิ่มเติม คือ การทำหัตถการรัดหลอดเลือดโป่งพองในหลอดเลือดอาหาร (EVL) จำนวน 2 คน การฉีดสารในหลอดเลือดโป่งพองในกระเพาะอาหาร (glue injection) จำนวน 1 คน และยาที่ผู้ป่วยได้รับ คือ ยาขับปัสสาวะ จำนวน 10 คน (ร้อยละ 10.4) ยาลดความดันหลอดเลือด จำนวน 32 คน (ร้อยละ 33.3) และยาระบาย จำนวน 12 คน (ร้อยละ 12.5)

ตารางที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดหลอดเลือดโป่งพองในหลอดเลือดอาหารของผู้ป่วยตับแข็ง

ปัจจัยเสี่ยง	หลอดเลือดโป่งพอง ในหลอดเลือดอาหาร	Odds ratio	95% CI	p-value
เพศชาย	(36/48) 75%	1.966	1.181, 3.271	.006*
ประวัติสูบบุหรี่	(12/48) 25%	0.740	0.487, 1.124	.306
ประวัติแอลกอฮอล์	(13/48) 27.1%	0.800	0.524, 1.222	.467
ประวัติการใช้ NSAID	(10/48) 20.8%	0.760	0.488, 1.185	.412
ประวัติการใช้สมุนไพร	(5/48) 10.4%	0.676	0.404, 1.133	.436

Sig * p-value < .01

ตารางที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดหลอดเลือดโป่งพองในหลอดอาหารของผู้ป่วยตับแข็ง (ต่อ)

ปัจจัยเสี่ยง	หลอดเลือดโป่งพอง ในหลอดอาหาร	Odds ratio	95% CI	p-value
โรคเบาหวาน	(11/48) 22.9%	0.885	0.560, 1.400	.802
โรคความดันโลหิตสูง	(15/48) 31.3%	0.906	0.594, 1.383	.823
โรคไขมันในเลือดสูง	(9/48) 18.8%	1.00	0.599, 1.669	1.00
โรคหลอดเลือดหัวใจ	(1/48) 2.1%	1.00	0.246, 4.058	1.00
โรคไตเรื้อรัง	(1/48) 2.1%	1.516	0.302, 7.607	1.00
ประวัติการใช้สเตียรอยด์	(1/48) 2.1%	1.00	0.246, 4.058	1.00
BMI < 18	(3/48) 6.3%	1.180	0.489, 2.844	.694
BMI 18–25	(21/48) 43.8%	1.340	0.893, 2.012	.220
BMI > 25	(24/48) 52.5%	0.714	0.482, 1.080	.147
โรคมะเร็ง	(1/48) 2.1%	1.00	0.246, 4.058	1.00
โรคเอดส์	(1/48) 2.1%	2.043	0.370, 11.288	.617

Sig * p-value < .01

จากตารางที่ 2 ร้อยละ 75 ของผู้ป่วยโรคตับแข็งที่พบหลอดเลือดโป่งพองในหลอดอาหารเป็นเพศชายและเมื่อวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ พบว่า

เพศชายมีความเสี่ยงมากกว่าเพศหญิงในการเกิดหลอดเลือดโป่งพองในหลอดอาหารของผู้ป่วยตับแข็งอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ (p-value < .01)

ตารางที่ 3 สาเหตุของโรคตับแข็งต่อการเกิดหลอดเลือดโป่งพองในหลอดเลือดอาหาร

สาเหตุ	หลอดเลือดโป่งพอง ในหลอดเลือดอาหาร	Odds ratio	95% CI	p-value
การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี	(14/96) 14.6%	1.332	0.840, 2.112	.286
การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี	(13/96) 13.5%	1.00	0.608, 1.478	.948
ไขมันเกาะตับ	(2/96) 13.5%	1.809	0.551, 5.937	.436
แอลกอฮอล์	(22/96) 22.9%	0.537	0.371, 0.777	.004*
PBC	(2/96) 2.1%	1.264	0.424, 3.768	1.00

Sig * p-value < .01

จากตารางที่ 3 พบว่า ร้อยละ 22.9 ของ
ผู้ป่วยโรคตับแข็งที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ เมื่อ
ส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน พบหลอดเลือดโป่งพอง

ในหลอดเลือดอาหารมากกว่าสาเหตุอื่นอย่างมีนัยยะสำคัญ
ทางสถิติ (p-value < .01)

ตารางที่ 4 ระยะของโรคตับแข็งต่อการเกิดหลอดเลือดโป่งพองในหลอดเลือดอาหาร

สาเหตุ	หลอดเลือดโป่งพอง ในหลอดเลือดอาหาร	Odds ratio	95% CI	p-value
Child A	(40/87) 46% (8/9)	1.933	1.398, 2.674	.031*
Child B	88.9%	0.517	0.374, 0.715	.031*

Sig * p-value < .05

จากตารางที่ 4 พบว่าร้อยละ 46 ในผู้ป่วย
โรคตับแข็ง Child-Pugh A และร้อยละ 88.9 ในผู้ป่วย
โรคตับแข็ง Child-Pugh B เมื่อส่องกล้องทางเดินอาหาร
ส่วนบน พบหลอดเลือดโป่งพองในหลอดเลือดอาหารและ
เมื่อวิเคราะห์ทางสถิติ พบมีความเสี่ยงในการเกิด
หลอดเลือดโป่งพองในหลอดเลือดอาหารมากขึ้นทั้ง Child-
Pugh A และ Child-Pugh B อย่างมีนัยยะสำคัญ
ทางสถิติ (p-value < .05)

วิจารณ์

ในการศึกษานี้กลุ่มประชากรโรคตับแข็ง
อาจจะไม่ได้มีการวัดค่าผิวดันในทุกราย เนื่องจาก
ข้อจำกัดด้านอุปกรณ์และบุคลากร ถึงแม้จาก Baveno
VI guidelines^{7,8} แนะนำให้ตรวจคัดกรองในผู้ป่วยที่มี
ค่าผิวดันมากกว่า 20 kPa และมีระดับเกล็ดเลือดน้อยกว่า
150,000 / μ l ซึ่งการวินิจฉัยพังผืดจากวิธีต่างๆ
ก็สามารถทดแทนกันได้ และระยะเวลาในการตรวจซ้ำ

ทุก 2-3 ปี ยังคงมีหลักฐานยืนยันค่อนข้างน้อย ทำให้
อาจต้องอาศัยข้อมูลใหม่ ๆ เพิ่มเติม

จากคำแนะนำล่าสุดของ American
Gastroenterological Association Institute (AGA)⁹
ให้คำแนะนำว่า การตรวจซ้ำทุก 2-3 ปี ควรทำในผู้ป่วยที่
ไม่มี EV ก่อนทำการตรวจคัดกรองและไม่ต้องตรวจซ้ำอีก
ถ้าไม่พบ EV แต่ผู้ป่วยที่มี EV ขนาดเล็ก ควรตรวจซ้ำ
ทุก 2-3 ปี และไม่ต้องตรวจซ้ำ ถ้าตรวจไม่พบ EV
หรือขนาดเล็กลงโดยในการศึกษานี้ ยังไม่ได้มีการแยก
ผู้ป่วยรายใหม่หรือผู้ป่วยรายเก่าที่เคยผ่านการส่องกล้อง
มาแล้ว แต่เน้นที่ผู้ป่วยโรคตับแข็งที่มีโอกาสเกิด
หลอดเลือดโป่งพองในหลอดอาหาร โดยอาศัยจาก
ผลเลือดที่มีค่าเกล็ดเลือดต่ำกว่า 150,000 / μ l แต่จาก
สถานการณ์โควิดระบาดในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา ทำให้ขาด
การตรวจคัดกรอง EV ในผู้ป่วยตับแข็งอยู่แล้ว จึงคาดว่า
น่าจะเป็นประโยชน์ต่อการรักษาภาวะแทรกซ้อนที่ตีกว่า
เดิมนั่นเอง โดยทั่วไปผู้ป่วยโรคตับแข็งจะพบการเกิด EV
แบบ de novo ประมาณ ร้อยละ 7 ต่อปี^{10,11,12} ดังนั้น
ผู้ป่วยน่าจะได้รับการรักษาที่ถูกต้องและรวดเร็วมาก
ยิ่งขึ้น

การศึกษาจากประเทศสหรัฐอเมริกา¹⁴ ผู้ป่วย
ตับแข็งจำนวน 184 คน เป็นผู้หญิง 68 คน ตรวจพบ
มี EV ร้อยละ 51 ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษานี้ ซึ่งพบ
ความชุกของ EV ร้อยละ 50 เช่นกัน และส่วนใหญ่
เป็นเพศชายร้อยละ 60.4 เหมือนกัน แต่ในการศึกษานี้
ผู้ป่วยตับแข็งที่ตรวจพบว่ามี EV นั้น สามารถแยกตาม
ชนิด Child-Pugh class คือ ร้อยละ 90.6 เป็นผู้ป่วย
ตับแข็งชนิด A, ร้อยละ 9.4 เป็นผู้ป่วยตับแข็งชนิด B
และไม่มีผู้ป่วยตับแข็งชนิด C เลย ซึ่งพบแตกต่างกับ
การศึกษาข้างต้น ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยตับแข็งชนิด C
(ร้อยละ 69) และเมื่อเทียบกับการศึกษาย้อนหลังจาก
ประเทศโปรตุเกส¹⁵ ร้อยละ 55.7 ของผู้ป่วย ไม่มี EV
ซึ่งอาจจะมากกว่าการศึกษานี้เล็กน้อย แต่ร้อยละ 14.4
พบมี EV ที่ต้องได้รับการรักษา ซึ่งถ้าเทียบกับการศึกษานี้

พบเพียง 2 ราย (ร้อยละ 2.1) ที่ได้รับการรักษา
เพิ่มเติมด้วย EVL แต่สามารถอธิบายได้จากผู้ป่วย
ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยตับแข็งชนิด A นั่นเอง อีกทั้ง สาเหตุ
ของตับแข็งในโปรตุเกสเป็นการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี
ซึ่งแตกต่างจากการศึกษานี้นอกจากนี้ พบผู้ป่วยหนึ่งราย
ที่มาตรวจคัดกรองแล้วมีเลือดออกจากหลอดเลือดโป่ง
พองในกระเพาะอาหาร โดยที่ไม่มีอาการมาก่อนและ
ได้ทำหัตถการหยุดเลือดด้วยการฉีดสารหยุดเลือด
ในหลอดเลือดโป่งพองในกระเพาะอาหาร (glue
injection) อีกด้วย

ถ้าใช้คำแนะนำของ Baveno VI ในการตรวจ
คัดกรอง จะพบว่า ผู้ป่วยตับแข็ง ร้อยละ 11.3 ไม่จำเป็นต้อง
ตรวจคัดกรอง จึงมีคำแนะนำที่ยังไม่ชัดเจนในการ
ตรวจคัดกรองที่เป็นมาตรฐานเดียวที่สามารถใช้ได้
หากแต่การพัฒนาจาก EV ขนาดเล็กเป็น EV ขนาดใหญ่
พบได้ร้อยละ 10 ต่อปี¹³ และเมื่อตรวจพบ EV จะมี
โอกาสเลือดออก ร้อยละ 5-15 ต่อปี ขึ้นอยู่กับขนาด
ของ EV, การมีลักษณะ red wale sign และชนิดของ
Child-Pugh class^{8,10,12,13} ซึ่งคงต้องการงานวิจัยใหม่ๆ
ในการสนับสนุนเพิ่มเติมต่อไป

เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ พบว่า เพศชาย
เป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดหลอดเลือดโป่งพอง
ในหลอดอาหารของผู้ป่วยตับแข็ง อย่างมีนัยยะสำคัญ
ทางสถิติ (p-value < .01) ซึ่งเพศชายมีความเสี่ยง
มากกว่าเพศหญิงในหลายๆด้าน โดยเฉพาะการดื่ม
แอลกอฮอล์และการทำงานหนัก ทำให้ต้องทานยา
แก้ปวดเพิ่มเติมอีกด้วย

นอกจากนี้ ในการศึกษานี้ผู้ป่วยโรคตับแข็ง
ที่มาตรวจคัดกรองหลอดเลือดโป่งพองในหลอดอาหาร
กลับตรวจพบว่ามีแผลในกระเพาะอาหารร้อยละ 35.4
และมีแผลในลำไส้เล็กส่วนต้น ร้อยละ 6.3 ซึ่งเป็น
จำนวนไม่น้อย และผู้ป่วยหลายรายไม่มีอาการแสดง
โดยภาวะไหลเวียนเลือดที่ไม่ดีร่วมกับการหายของ
แผลในผู้ป่วยกลุ่มนี้จะแย่กว่าปกติอีกทั้งการใช้ยาแก้

ปวด การดื่มแอลกอฮอล์จึงอาจเป็นสาเหตุให้เกิดแผลทั้งในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น ซึ่งนับว่าการตรวจคัดกรองหลอดเลือดโป่งพองในหลอดอาหารด้วยการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและได้รับการรักษาแต่เนิ่นๆ ที่ถูกต้องก่อนที่จะมีอาการแสดง เช่น อาเจียนเป็นเลือด หรือถ่ายดำ เป็นต้น ส่งผลให้ลดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ที่ตามมาได้

สรุป

ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโรคตับแข็งที่คลินิกโรคตับ โรงพยาบาลสมุทรสาครพบว่า ความชุกของหลอดเลือดโป่งพองในหลอดอาหารของผู้ป่วยตับแข็งจำนวน 48 คน (ร้อยละ 50) และเมื่อวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ พบว่า เพศชายเป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดหลอดเลือดโป่งพองในหลอดอาหารของผู้ป่วยตับแข็งอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .01$) นอกจากนี้ ร้อยละ 22.9 ของผู้ป่วยโรคตับแข็งที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ เมื่อส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้นพบหลอดเลือดโป่งพองในหลอดอาหารมากกว่าสาเหตุอื่นอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .01$)

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณแพทย์อายุรกรรม โรงพยาบาลสมุทรสาคร และทีมงานหน่วยงานส่องกล้องทางเดินอาหาร โรงพยาบาลสมุทรสาครช่วยให้การศึกษานี้สำเร็จไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Mittal S, Kanwal F, Ying J, et al. Effectiveness of surveillance for hepatocellular carcinoma in clinical practice: a United States cohort. *J Hepatol* 2016;65(6):1148–54. doi: 10.1016/j.jhep.2016.07.025.
2. Tapper EB, Asrani SK. The COVID-19 pandemic will have a long-lasting impact on the quality of cirrhosis care. *J Hepatol* 2020;73(2):441–5. doi: 10.1016/j.jhep.2020.04.005.
3. Kanwal F, Kramer J, Asch MS, et al. An Explicit quality indicator set for measurement of quality of care in patients with cirrhosis. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2010;8(8):709–17. doi: 10.1016/j.cgh.2010.03.028.
4. Asrani SK, Devarbhavi H, Eaton J, et al. Burden of liver diseases in the world. *J Hepatol* 2019;70(1):151–71. doi: 10.1016/j.jhep.2018.09.014.
5. Ratib S, Fleming KM, Crooks CJ, et al. 1 and 5 year survival estimates for people with cirrhosis of the liver in England, 1998–2009: a large population study. *J Hepatol* 2014;60(2):282–9. doi: 10.1016/j.jhep.2013.09.027.
6. Yeo YH, Hwang J, Jeong D, et al. Surveillance of patients with cirrhosis remains suboptimal in the United States. *J Hepatol* 2021;75(4):856–64. doi: 10.1016/j.jhep.2021.04.042.
7. Maurice JB, Brodtkin E, Arnold F, et al. Validation of the Baveno VI criteria to identify low risk cirrhotic patients not requiring endoscopic surveillance for varices. *J Hepatol* 2016;65(5):899–905. doi: 10.1016/j.jhep.2016.06.021.

8. De Franchis R. Expanding consensus in portal hypertension: Report of the Baveno VI Consensus Workshop: stratifying risk and individualizing care for portal hypertension. *J Hepatol* 2015;63(3):743–52. doi: 10.1016/j.jhep.2015.05.022.
9. Jacobson IM, Lim JK, Fried MW. American Gastroenterological Association Institute clinical practice update-expert review: care of patients who have achieved a sustained virologic response after antiviral therapy for chronic hepatitis C infection. *Gastroenterology* 2017;152(6):1578–87. doi: 10.1053/j.gastro.2017.03.018.
10. D’Amico G, Garcia-Tsao G, Pagliaro L. Natural history and prognostic indicators of survival in cirrhosis: a systemic review of 118 studies. *J Hepatol* 2006;44(1):217–31. doi: 10.1016/j.jhep.2005.10.013.
11. Groszmann RJ, Garcia-Tsao G, Bosch J, et al. Beta-blockers to prevent gastroesophageal varices in patients with cirrhosis. *N Engl J Med* 2005;353(21):2254–61. doi: 10.1056/NEJMoa044456.
12. Merli M, Nicolini G, Angeloni S, et al. Incidence and natural history of small esophageal varices in cirrhotic patients. *J Hepatol* 2008;38(3):266–72. doi: 10.1016/s0168-8278(02)00420-8.
13. European Association for the Study of the Liver. EASL clinical practice guidelines for the management of patients with decompensated cirrhosis. *J Hepatol* 2018;69(2):403–60. doi: 10.1016/j.jhep.2018.03.024.
14. Madhotra R, Hugh ME, Ira W, et al. Prediction of esophageal varices in patients with cirrhosis. *J Clin Gastroenterol* 2002;34(1):81–5. doi: 10.1097/00004836-200201000-00016.
15. Silva MJ, Bernardes C, Pinto J, et al. Baveno VI recommendation on avoidance of screening endoscopy in cirrhotic patients: Are we there yet?. *Port J Gastroenterol* 2017;24(2):79–83. doi: 10.1159/000452693.