

## ลักษณะทางคลินิกและผลลัพธ์ของภาวะเลือดออกทางเดินอาหาร ส่วนต้นเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุ: การศึกษาแบบศูนย์เดียว จากโรงพยาบาลสมุทรสาคร

### Clinical Characteristics and Outcomes of Acute Upper Gastrointestinal Bleeding in Elderly Patients: A Single-Center Study from Samutsakhon Hospital

วิชิต กาจเงิน พ.บ.,  
ว. อายุรกรรมทั่วไป  
กลุ่มงานอายุรกรรม  
โรงพยาบาลสมุทรสาคร  
จังหวัดสมุทรสาคร

Wichit Kagngorn M.D.,  
Thai Board of Internal Medicine  
Division of Medicine  
Samutsakhon Hospital  
Samut Sakhon

#### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์:** เพื่อศึกษาความชุกของการเกิดเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นเฉียบพลันในผู้สูงอายุ ผลของอายุต่อลักษณะทางคลินิก และผลของการส่องกล้อง อีกทั้งค้นหาปัจจัยเสี่ยงที่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่ม ที่อายุ 60 ปีขึ้นไป เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า

**วิธีการศึกษา:** เป็นการศึกษาเชิงสังเกตทางคลินิก โดยเก็บข้อมูลจากการซักประวัติและแบบบันทึกข้อมูล ผู้ป่วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นเฉียบพลัน ที่มานอนรักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลสมุทรสาคร ร่วมกับผลรายงานการตรวจส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น ตั้งแต่ พฤศจิกายน พ.ศ. 2567 ถึง มีนาคม พ.ศ. 2568

**ผลการศึกษา:** ผู้ป่วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นเฉียบพลัน ทั้งหมด จำนวน 236 ราย พบเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 112 ราย มีอายุเฉลี่ย  $71 \pm 8.1$  ปี เป็นเพศชาย 76 ราย (ร้อยละ 67.6) BMI เฉลี่ย  $24.2 \pm 5.3$  กิโลกรัม/เมตร<sup>2</sup> เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่อายุน้อยกว่า 60 ปี พบอาการที่มาโรงพยาบาล คือ อาเจียนเป็นเลือด (ร้อยละ 21.4 vs 42.9;  $p = .001$ ) ตามลำดับ และมีอาการอาเจียนเป็นสีดำ (ร้อยละ 39.2 vs 24.3;  $p = .013$ ) ส่วนอาการแสดงที่พบมากที่สุด คือ ซีพจรมากกว่า 100 ครั้งต่อนาที (ร้อยละ 30.3 vs 45.4;  $p = .020$ ) พบมีโรค ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 72.1 vs 21.9;  $p < .001$ ) ร่วมด้วยมากที่สุด รองลงมา คือ มีโรคไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 43.6 vs 10.5;  $p < .001$ ) มีโรคเบาหวาน (ร้อยละ 40.9 vs 17;  $p < .001$ ) นอกจากนี้ มีประวัติการสูบบุหรี่ (ร้อยละ 28.5 vs 54.3;  $p < .001$ ) มีประวัติดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 36.5 vs 68;  $p < .001$ ) มีประวัติได้รับยากรุป แอสไพริน (ร้อยละ 24 vs 1.6;  $p < .001$ ) และมีประวัติได้รับยา warfarin (ร้อยละ 5.3 vs 0;  $p = .009$ ) ผลส่องกล้อง

ทางเดินอาหารส่วนต้นพบเป็น ภาวะเพาะอาหารอักเสบมากที่สุด (ร้อยละ 91.7 vs 85.9;  $p = .119$ ) แผลในกระเพาะอาหาร (ร้อยละ 49 vs 34.8;  $p = .025$ ) หลอดเลือดโป่งพองในหลอดอาหาร (ร้อยละ 6.2 vs 22.7;  $p < .001$ ) เมื่อติดตามผลของการรักษา UGIB พบว่า มีการเกิดเลือดออกซ้ำใน 7 วัน (ร้อยละ 3.6 vs 1.6;  $p = .341$ ) และการเสียชีวิตใน 30 วัน (ร้อยละ 6.2 vs 0.8;  $p = .021$ )

**สรุป:** ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวร่วมด้วยและมีประวัติการใช้ยาต่าง ๆ มีผลโดยตรงต่อโอกาสการเกิดภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นได้ ซึ่งอาจเป็นสาเหตุที่สำคัญของอัตราการเสียชีวิตที่เพิ่มมากกว่าในกลุ่มที่อายุน้อย แต่หากได้รับการรักษาด้วยการส่องกล้องและควบคุมปัจจัยอื่น ๆ ได้ดี น่าจะมีผลต่อการรักษาที่ดีขึ้นได้

**คำสำคัญ:** ภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น ดัชนีมวลกาย แผลในกระเพาะอาหาร

วารสารแพทย์เขต 4-5 2568 ; 44(3) : 333-348.

## Abstract

**Objective:** To study the prevalence of acute upper gastrointestinal bleeding (acute UGIB) and the effect of age on clinical manifestations and endoscopic findings. In addition, risk factors that differed between the group aged 60 years or older and the younger group, were also investigated.

**Methods:** This is an observational clinical study. Data were collected from medical history, data records, together with the results of upper gastrointestinal endoscopy of acute UGIB patients admitted to the Medical Ward, Samutsakhon Hospital, from November 2024 to March 2025.

**Results:** Among 236 acute UGIB patients, 112 were aged 60 years or older, with a mean age of  $71 \pm 8.1$  years, 76 patients (67.6%) were male, and the mean BMI was  $24.2 \pm 5.3$  kilogram/meter<sup>2</sup>. When compared with the group younger than 60 years, the symptoms at hospital admission were hematemesis (21.4% vs 42.9%;  $p = .001$ ) and coffee ground vomiting (39.2% vs 24.3%;  $p = .013$ ), respectively. The most common clinical sign was pulse rate more than 100 beats per minute (30.3% vs 45.4%;  $p = .020$ ). In addition, it was found that the most common comorbidity was hypertension (72.1% vs 21.9%;  $p < .001$ ), followed by hyperlipidemia (43.6% vs 10.5%;  $p < .001$ ), and diabetes (40.9% vs 17%;  $p < 0.001$ ). Moreover, there was a history of smoking (28.5% vs 54.3%;  $p < .001$ ), a history of drinking alcohol (36.5% vs 68%;  $p < .001$ ), a history of taking aspirin (24% vs 1.6%;  $p < .001$ ), and a history of taking warfarin (5.3% vs 0%;  $p = .009$ ), respectively. The results of upper gastrointestinal endoscopy showed that gastritis was the most common (91.7% vs 85.9%;  $p = .119$ ), followed by, gastric ulcer (49% vs 34.8%;  $p = .025$ ) and esophageal aneurysm (6.2% vs 22.7%;  $p < .001$ ). About the outcomes at follow-ups of UGIB treatment, rebleeding at 7 days was found 3.6% vs 1.6% ( $p = .341$ ) and 30-day mortality 6.2% vs 0.8% ( $p = .021$ ), respectively.

**Conclusion:** In the elderly group, having comorbidities and history of taking various medications directly affects the chance of UGIB, which may be an important cause of the higher

mortality rate than in the younger group. However, if treatment with endoscopy and other factors are well controlled, it should result in better outcomes.

**Keywords:** upper gastrointestinal bleeding (UGIB), body mass index (BMI), gastric ulcer (GU)

*Received: Jun 12, 2025; Revised: Jun 27, 2025; Accepted: Aug 13, 2025*

*Reg 4-5 Med J 2025 ; 44(3) : 333–348.*

## บทนำ

ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น (upper gastrointestinal bleeding: UGIB) เป็นภาวะฉุกเฉินที่สำคัญ เนื่องจากสามารถทำให้เกิดการเสียชีวิตฉับพลันได้ หากไม่สามารถรักษาได้ทันเวลาที่จึงมีความจำเป็นที่ต้องมีการรักษาเบื้องต้นที่ถูกต้องและรวดเร็ว รวมทั้งการรักษาที่เฉพาะเพื่อหาสาเหตุและทำการรักษาห้ามเลือดโดยเร็ว ซึ่งสามารถทำให้ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและลดอัตราการเสียชีวิตตามมาได้ โดยทั่วไปมีการใช้ scoring systems หลายแบบเพื่อช่วยประเมินความรุนแรงต่อนในการทำการหัตถการและประเมินความเสี่ยงของการเกิดเลือดออกซ้ำได้ เช่น Rockall และ Glasgow-Blatchford ซึ่งจากการศึกษานี้แบ่ง Rockall score เป็น 3 กลุ่ม โดยกลุ่มที่มีคะแนนน้อยกว่า 3 (low risk) พบร้อยละ 48.9 กลุ่มที่มีคะแนน 3–4 (moderate risk) พบร้อยละ 39.9 และกลุ่มที่มีคะแนนมากกว่า 4 (high risk) พบร้อยละ 11.2 โอกาสเกิด rebleeding ในกลุ่ม low, moderate, high risk เท่ากับ ร้อยละ 0.2, 0.6, 2 ตามลำดับ ส่วนการเสียชีวิตพบร้อยละ 8.6, 9, 11 ตามลำดับ<sup>1</sup> เนื่องจากการใช้ pre-endoscopic Rockall score ยังไม่มีข้อมูลที่ชัดเจนแต่สามารถใช้แยกกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่ำและความเสี่ยงสูงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้<sup>2</sup> อีกทั้งปัจจัยเสี่ยงของการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหาร ที่มีข้อมูลยืนยันชัดเจน กล่าวคือ กลุ่มสูงอายุ เพศชาย การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และประวัติการใช้ยาต่าง ๆ มีผลโดยตรงต่อโอกาสการเกิด UGIB<sup>3-5</sup>

จากการศึกษารวบรวมข้อมูลของ 36 งานวิจัยที่เก็บรวบรวมในหลายประเทศ ตั้งแต่ มกราคม ค.ศ. 1965 ถึง 17 กันยายน ค.ศ. 2019 พบอุบัติการณ์เฉลี่ยของ UGIB 15–172 ต่อแสนประชากร และอัตราการตายจาก UGIB เท่ากับ 0.9–9.8 ต่อแสนประชากร<sup>6</sup> แต่ในกลุ่มประชากรที่สูงอายุจะพบมากกว่า โดยความชุกเฉลี่ยของภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารในประเทศอิตาลี เท่ากับร้อยละ 3.1<sup>7</sup> ส่วนการเกิด UGIB มีความแตกต่างกันไปตามภูมิภาค กล่าวคือ ในประเทศแถบยุโรปเหนือพบอุบัติการณ์ 213–570 ต่อแสนประชากร<sup>8</sup> ในขณะที่ประเทศสหราชอาณาจักรอังกฤษ พบความชุก ร้อยละ 63 ในประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปี<sup>9</sup> ส่วนทางอเมริกาเหนือพบความชุก ร้อยละ 35–45<sup>10</sup> ส่วนหนึ่งที่ทำให้มีความแตกต่างกันอาจเกิดจากผู้ป่วยบางส่วนได้รับการรักษาเป็นแบบผู้ป่วยนอก ทำให้ตัวเลขอาจออกมาน้อยกว่าความเป็นจริงได้<sup>11</sup>

จากการศึกษาในประเทศอิตาลี ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 65 ปี ที่มานอนรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ใน ค.ศ. 2008 ของโครงการ REPOSI registry จำนวน 3,872 ราย มีอายุเฉลี่ย เท่ากับ  $79 \pm 7.5$  ปี อัตราส่วนผู้หญิงต่อผู้ชายเท่ากับ 1.1:1 พบความชุกของภาวะ UGIB เท่ากับ 1.86 (จำนวน 72 ราย) มีอายุเฉลี่ย เท่ากับ  $79.3 \pm 7.6$  ปี อัตราส่วนผู้หญิงต่อผู้ชายเท่ากับ 0.8:1 ผลส่องกล้อง ส่วนใหญ่เป็น hemorrhagic gastritis และ duodenitis มีระยะเวลานอนโรงพยาบาล (length of hospital stay) เท่ากับ  $11.7 \pm 8.1$  วัน มีอัตราการตายในโรงพยาบาล ร้อยละ 3.3

และอัตราการตายที่ 3 เดือน ร้อยละ 9.4 นอกจากนี้ พบโรคตับแข็ง (OR 5.64; CI 2.51–12.65), non-ASA antiplatelet agents (OR 2.70; CI 1.23–5.90), และ CIRS (cumulative illness rating scale) index of comorbidity >3 (OR 2.41; CI 1.16–4.98) เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )<sup>7</sup>

จากการศึกษาในไทย เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง มกราคม ค.ศ. 2011–กันยายน ค.ศ. 2011 จำนวน 981 ราย จากทั้งหมด 11 โรงพยาบาล พบผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย  $59.4 \pm 14.9$  ปี โดยพบอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 50.9 ซึ่งมีอายุเฉลี่ย  $71.63 \pm 7.65$  ปี พบมีอัตราตายที่ 30 วัน เท่ากับร้อยละ 9 และอัตราการเกิดเลือดออกซ้ำ ร้อยละ 1 โดยพบปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตที่ 30 วัน คือ พบมีชีพจรแรกรับมากกว่า 100 ครั้ง/นาที, ในสายสวนจมูก (nasogastric tube: NG tube) มีเลือดสด, มีโรคร่วมเป็นโรคเส้นเลือดหัวใจ, และค่าไต (creatinine) มากกว่า 1.5 มิลลิกรัม/เดซิลิตร สาเหตุหลักของ UGIB คือ แผลในทางเดินอาหาร ร้อยละ 52.7 รองลงมา คือ variceal bleeding และสาเหตุอื่น<sup>12</sup> นอกจากนี้ จากการศึกษาในโรงพยาบาลศิริราช ผู้ป่วยจำนวน 261 ราย ที่มารักษาด้วย UGIB พบสาเหตุเกิดจาก non variceal bleeding ร้อยละ 82 และ variceal bleeding ร้อยละ 18 และการมีประวัติโรคตับแข็ง (OR 22.4; 95% CI 8.3–60.4;  $p < .001$ ), อาเจียนเป็นเลือดสด (OR 4.6; 95% CI 1.8–11.9;  $p = .02$ ), และการใส่สายสวนจมูกแล้วมีเลือดสด (OR 3.3; 95% CI 1.3–8.3;  $p = .011$ ) เป็นปัจจัยที่ใช้ทำนายว่าเกิดเลือดออกแบบ variceal bleeding<sup>13</sup> อีกทั้ง มีการศึกษาที่เก็บรวบรวมข้อมูลย้อนหลังของโรงพยาบาลศิริราช โดยผู้ป่วยที่มารักษาด้วย UGIB ในช่วง มกราคม ค.ศ. 2007–ธันวาคม ค.ศ. 2009 จำนวน 526 ราย พบผู้ป่วยอายุมากกว่า 65 ปี 235 ราย, อายุเฉลี่ย  $74.2 \pm 6.7$  ปี, ร้อยละ 63 เป็นเพศชาย, มาด้วยอาการถ่ายดำ ร้อยละ 53, มีโรคประจำตัว ร้อยละ 69, ได้รับยาต้านเกล็ดเลือด

ร้อยละ 39, และมี hemodynamic instability ร้อยละ 49 โดยสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากแผลในทางเดินอาหาร (peptic ulcer) หลอดเลือดในหลอดอาหารโป่งพอง และ gastropathy นอกจากนี้ ความต้องการส่งกล้องความจำเป็นในการให้เลือด ระยะเวลาอนโรงพยาบาล และการส่งต่อผ่าตัด (RR 0.31; 95% CI 0.03–2.75;  $p = .26$ ) การเกิดเลือดออกซ้ำ (RR 1.44; 95% CI 0.92–2.25;  $p = .11$ ) และอัตราการตาย (RR 1.10; 95% CI 0.57–2.11;  $p = .77$ ) ซึ่งในผู้ป่วยกลุ่มสูงอายุที่มีโรคประจำตัวและมีการใช้ยาต้านเกล็ดเลือด ไม่ได้ส่งผลต่อผลของการรักษาภาวะเฉียบพลันของ UGIB ภายหลังส่งกล้องแต่อย่างไร<sup>14</sup>

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรไปสู่สังคมผู้สูงอายุเป็นประเด็นที่ถูกพูดถึงกันมาก ในช่วงหลายปีมานี้ ซึ่งประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (aging societies) แล้วตั้งแต่ พ.ศ. 2548 และกำลังจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (aged societies) ใน พ.ศ. 2567 ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ มีความเปราะบางเนื่องจากมักมีโรคประจำตัวจำนวนมากและการได้รับยาหลายชนิด<sup>15</sup> ส่งผลให้การเกิดภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น มักทวีความรุนแรงมากกว่า กล่าวคือ มีการศึกษาในแถบอเมริกาเหนือ พบว่า อุบัติการณ์การนอนโรงพยาบาลจากภาวะ UGIB เพิ่มมากขึ้นตามอายุที่มากขึ้น โดยพบอุบัติการณ์การนอนโรงพยาบาลของประชากรอายุ 66–75 ปี เท่ากับ 197.4 ต่อแสนประชากร ในขณะที่อุบัติการณ์ของประชากรอายุมากกว่า 75 ปี เท่ากับ 425.2<sup>1</sup> ผู้สูงอายุจึงมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิตที่เพิ่มมากขึ้นเมื่อเทียบกับกลุ่มประชากรทั่วไป โดยผู้ที่อายุมากกว่า 60 ปี พบประมาณ ร้อยละ 12–55 แต่ถ้าในกลุ่มประชากรทั่วไปพบเพียง ร้อยละ 10<sup>16</sup> ดังนั้น ประชากรกลุ่มนี้เมื่อเกิดภาวะ UGIB ขึ้น จึงควรให้ความสำคัญมากขึ้น

ในปัจจุบัน ยังไม่เคยมีการศึกษาหาความชุกและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะเลือดออกในทางเดินอาหาร

ส่วนต้นเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่มานอนรักษาที่  
โรงพยาบาลสมุทรสาคร

### วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความชุกของการเกิดเลือดออก  
ทางเดินอาหารส่วนต้นเฉียบพลัน ผลของอายุต่ออาการ  
แสดง และผลของการส่องกล้อง อีกทั้งค้นหาปัจจัยเสี่ยง  
ที่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่อายุมากกว่า 60 ปี  
เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า

### วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงสังเกตทางคลินิก (clinical  
observational study) โดยเก็บข้อมูลจากแบบบันทึก  
ข้อมูลและการสัมภาษณ์ผู้ป่วย UGIB ที่มานอนรักษา  
ที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลสมุทรสาคร และ  
การตรวจส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น ตั้งแต่  
พฤศจิกายน พ.ศ. 2567-มีนาคม พ.ศ. 2568 โดยมี  
เกณฑ์คัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย (inclusion criteria)  
1. ผู้ป่วยสัญชาติไทยที่มีอายุมากกว่า 60 ปีบริบูรณ์  
2. ได้รับการวินิจฉัยสงสัยมีเลือดออกในทางเดินอาหาร  
ส่วนต้น เช่น อาเจียนเป็นเลือดสดหรือถ่ายมีสีดำ  
(melena) 3. ผู้ป่วยได้รับการตรวจสัมภาษณ์ บันทึก  
ข้อมูลทางสุขภาพ และมีการเจาะเลือดตามมาตรฐาน  
การรักษาของ UGIB อ้างอิงจาก CPG guideline  
ของโรงพยาบาล หลังจากนั้น เข้ารับการตรวจส่องกล้อง  
ทางเดินอาหารส่วนต้นโดยแพทย์เฉพาะทางทางเดิน  
อาหารและ exclusion criteria 1. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถ  
เก็บข้อมูลได้ครบ 2. ปฏิเสธเข้าร่วมวิจัย โดยวิเคราะห์  
ข้อมูล การประมาณค่าแบบหมวดหมู่ของผลลัพธ์หลัก  
และรอง ได้รับการรายงานเป็นสัดส่วนและช่วงความ  
เชื่อมั่น 95% CI ตัวแปรต่อเนื่องได้รับการรายงานเป็น  
ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและใช้ t test หรือ  
Mann-Whitney test สำหรับการศึกษเปรียบเทียบ  
ใช้  $\chi^2$  test หรือ Fisher exact test การทดสอบทาง

สถิติทั้งหมดดำเนินการโดยใช้วิธีการ 2 ทางแบบธรรมดา  
ที่ระดับ  $\alpha$  0.05

การศึกษานี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการ  
วิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการ  
วิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสมุทรสาคร เลขที่ SKH REC  
13/2568/V.1 วันที่ 19 พฤศจิกายน พ.ศ. 2567

### ผลการศึกษา

ผู้ป่วย UGIB เฉียบพลันที่มาับการรักษาที่  
หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลสมุทรสาคร พบว่า  
มีอายุเฉลี่ย  $56.9 \pm 16.6$  ปี; เป็นเพศชาย 175 ราย  
(ร้อยละ 73.5), เพศหญิง 61 ราย (ร้อยละ 26.5);  
มีน้ำหนักเฉลี่ย  $61.7 \pm 13.9$  กิโลกรัม; มีส่วนสูง  
เฉลี่ย  $162 \pm 8.7$  เซนติเมตร; BMI เฉลี่ย  $23.5 \pm$   
 $4.9$  กิโลกรัม/ตารางเมตร โดยกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ  
มากกว่า 60 ปี พบภาวะเลือดออกในทางเดินอาหาร  
ร้อยละ 47.5; มีอายุเฉลี่ย  $71 \pm 8.1$  ปี; เป็นเพศชาย  
76 ราย (ร้อยละ 67.6); มีน้ำหนักเฉลี่ย  $61.9 \pm 13.9$   
กิโลกรัม; มีส่วนสูงเฉลี่ย  $160 \pm 8.6$  เซนติเมตร; BMI  
เฉลี่ย  $24.2 \pm 5.3$  กิโลกรัม/ตารางเมตร; ส่วนใหญ่  
มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 18-25 กิโลกรัม/  
ตารางเมตร จำนวน 53 ราย (ร้อยละ 47.2), มีค่าดัชนี  
มวลกาย มากกว่า 25 จำนวน 47 ราย (ร้อยละ 41.8),  
และมีค่าดัชนีมวลกายน้อยกว่า 18 กิโลกรัม/ตารางเมตร  
จำนวน 11 ราย (ร้อยละ 9.8); มีประวัติการสูบบุหรี่  
จำนวน 32 ราย (ร้อยละ 28.5); มีประวัติดื่มแอลกอฮอล์  
จำนวน 41 ราย (ร้อยละ 36.5)

ผู้ป่วย UGIB ส่วนใหญ่ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี  
มีอาการที่มาโรงพยาบาล คือ ถ่ายดำ (melena) มากที่สุด  
จำนวน 54 ราย (ร้อยละ 48.1) รองลงมา มีอาการ  
อาเจียนเป็นสีดำ (“coffee ground” vomiting)  
จำนวน 44 ราย (ร้อยละ 39.2), อาเจียนเป็นเลือด  
(hematemesis) จำนวน 24 ราย (ร้อยละ 21.4), และ  
ถ่ายอุจจาระเป็นเลือดสด (hematochezia) จำนวน

10 ราย (ร้อยละ 8.9); อาการแสดงที่พบมากที่สุด คือ ซีพจร มากกว่า 100 ครั้ง/นาที (heart rate >100 beats/min) จำนวน 34 ราย (ร้อยละ 30.3) รองลงมา คือ ความดันซิสโตลิกน้อยกว่า 100 มิลลิเมตรปรอท (systolic blood pressure <100 mmHg) จำนวน 13 ราย (ร้อยละ 11.6), มีภาวะการไหลเวียนโลหิตไม่คงที่ (presence of hemodynamic instability) จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 1.8), และสายสวนมีเลือดสด (red blood on nasogastric lavage) จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 0.9); นอกจากนี้ มีโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 81 ราย (ร้อยละ 72.1) ร่วมด้วยมากที่สุด รองลงมา คือ มีโรคไขมันในเลือดสูง จำนวน 49 ราย (ร้อยละ 43.6), มีโรคเบาหวานจำนวน 46 ราย (ร้อยละ 40.9), มีโรคตับแข็ง จำนวน 22 ราย (ร้อยละ 19.6), มีโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 18 ราย (ร้อยละ 16), โรคไตเรื้อรัง จำนวน 16 ราย (ร้อยละ 14.2), โรคมะเร็ง จำนวน 10 ราย (ร้อยละ 8.9), โรคหลอดเลือดสมองตีบ จำนวน 9 ราย (ร้อยละ 8), มีโรคไตระยะสุดท้าย และโรคถุงลมโป่งพอง อย่างละ จำนวน 5 ราย (ร้อยละ 4.5), โรควัณโรค จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 1.8), และโรคเอดส์ จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 0.9); มีประวัติได้รับยา NSAIDs มากที่สุด คือ จำนวน 33 ราย (ร้อยละ 29.4) รองลงมา คือ ยาในกลุ่ม แอสไพริน จำนวน 27 ราย (ร้อยละ 24) ยาอื่น ๆ ได้แก่ warfarin จำนวน 6 ราย (ร้อยละ 5.3), clopidogrel จำนวน 5 ราย (ร้อยละ 4.5), และ steroids จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 1.8); ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบว่า ค่าเฉลี่ยของ hemoglobin เท่ากับ  $9 \pm 3.1$  กรัม/เดซิลิตร, white blood count เท่ากับ  $11.6 \pm 7.2 \times 10^3$  /ไมโครลิตร platelets เท่ากับ  $273 \pm 157 \times 10^3$  /ไมโครลิตร, prothrombin time เท่ากับ  $14.1 \pm 3.9$  วินาที, creatinine เท่ากับ  $1.5 \pm 1.3$  มิลลิกรัม/เดซิลิตร; คะแนนที่ใช้ประเมินภาวะความรุนแรง คือ Glasgow-Blatchford bleeding score (GBS) พบค่าเฉลี่ย เท่ากับ  $11 \pm 3.6$  โดยพบคะแนนช่วง 9–15 มากที่สุด จำนวน 72 ราย (ร้อยละ 64.1); ค่าเฉลี่ยของ

pre-endoscopic ROCKALL score เท่ากับ  $2.6 \pm 1.2$  โดยพบคะแนนช่วง 1–2 มากที่สุด จำนวน 48 ราย (ร้อยละ 42.7); และมีการให้เลือดแก่ผู้ป่วย จำนวน 75 ราย (ร้อยละ 67.5) โดยให้เลือดน้อยกว่า 4 ยูนิต จำนวน 40 ราย (ร้อยละ 36) และให้เลือดตั้งแต่ 4 ยูนิต ขึ้นไป จำนวน 35 ราย (ร้อยละ 31.5) แสดงดังตารางที่ 1

ผลส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้นของผู้ป่วย UGIB ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี พบเป็น ภาวะเพาอาหารอักเสบมากที่สุด (gastritis) คือ จำนวน 103 ราย (ร้อยละ 91.7) รองลงมา คือ ลำไส้เล็กส่วนต้นอักเสบ (duodenitis) จำนวน 56 ราย (ร้อยละ 49.8), แผลในกระเพาะอาหาร (gastric ulcer: GU) จำนวน 55 ราย (ร้อยละ 49), และแผลในลำไส้เล็กส่วนต้น (duodenal ulcer: DU) จำนวน 35 ราย (ร้อยละ 31.2) เมื่อส่งตรวจทางพยาธิวิทยา พบมีการติดเชื้อแบคทีเรีย *Helicobacter pylori* (HP) จำนวน 27 ราย (ร้อยละ 24), มีเซลล์แบ่งตัวผิดปกติ (intestinal metaplasia) จำนวน 7 ราย (ร้อยละ 6.2), และมีเซลล์ฝ่อ (atrophy) จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 1.8) นอกจากนี้ พบการรักษาด้วยการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้นเพิ่มเติม กล่าวคือ esophageal varice ligation จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 1.8), glue injection จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 0.9), adrenaline injection จำนวน 12 ราย (ร้อยละ 10.8), hemostatic clip จำนวน 7 ราย (ร้อยละ 6.3), hemospray จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 0.9), และการรักษาพร้อมหลายอย่าง (combined therapy) จำนวน 7 ราย (ร้อยละ 6.3) แสดงดังตารางที่ 2 และเมื่อติดตามผลของการรักษา UGIB พบว่า มีการเกิดเลือดออกซ้ำใน 7 วัน จำนวน 4 ราย (ร้อยละ 3.6) เสียชีวิตใน 30 วัน จำนวน 7 ราย (ร้อยละ 6.2) และไม่พบการส่งต่อผ่าตัดเร่งด่วน ซึ่งเมื่อวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ จะพบว่า อัตราการเสียชีวิตภายใน 30 วันของกลุ่มที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป มีการเสียชีวิตมากกว่ากลุ่มที่มีอายุน้อยกว่าอย่างมีนัยทางสถิติ ( $p < .05$ ) แสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น

	จำนวนทั้งหมด n = 236 (ร้อยละ)	อายุ ≥60 ปี n = 112 (ร้อยละ)	อายุ <60 ปี n = 124 (ร้อยละ)	p-value
อายุเฉลี่ย (ปี)	56.9 ± 16.6	71 ± 8.1	44.1 ± 10.9	<.001**
น้ำหนักเฉลี่ย (กิโลกรัม)	61.7 ± 13.9	61.9 ± 13.9	61.5 ± 13.9	.879
ส่วนสูงเฉลี่ย (เซนติเมตร)	162 ± 8.7	160 ± 8.6	164 ± 8.5	.001**
BMI เฉลี่ย (กิโลกรัม/เมตร <sup>2</sup> )	23.5 ± 4.9	24.2 ± 5.3	22.8 ± 4.6	.042
BMI <18	33 (13.9)	11 (9.8)	22 (17.8)	.08
BMI 18–25	119 (50)	53 (47.2)	66 (53.5)	.366
BMI >25	83 (34.9)	47 (41.8)	36 (29.2)	.038*
เพศชาย	175 (73.5)	76 (67.6)	99 (80.2)	.036*
<b>อาการแสดง</b>				
Hematemesis	77 (32.3)	24 (21.4)	53 (42.9)	.001**
Melena	116 (48.7)	54 (48.1)	62 (50.2)	.785
“Coffee ground” vomiting	74 (31.1)	44 (39.2)	30 (24.3)	.013*
Hematochezia	15 (6.3)	10 (8.9)	5 (4.1)	.124
<b>อาการทางคลินิก</b>				
Red blood on nasogastric lavage	6 (2.5)	1 (0.9)	5 (4.1)	.127
Systolic blood pressure <100 mmHg	20 (8.4)	13 (11.6)	7 (5.7)	.101
Heart rate >100 beats/min	90 (37.8)	34 (30.3)	56 (45.4)	.020*
Presence of hemodynamic instability	4 (1.7)	2 (1.8)	2 (1.6)	.918
<b>โรคร่วม<sup>#</sup></b>				
- โรคเบาหวาน	67 (28.1)	46 (40.9)	21 (17)	<.001**
- โรคความดันโลหิตสูง	108 (45.8)	81 (72.1)	27 (21.9)	<.001**
- โรคไขมันในเลือดสูง	62 (26)	49 (43.6)	13 (10.5)	<.001**
- โรคตับแข็ง	35 (14.7)	22 (19.6)	13 (10.5)	.186
- โรคไตวายเรื้อรัง	21 (8.9)	16 (14.2)	5 (4.1)	.006**
- โรคไตระยะสุดท้าย	6 (2.5)	5 (4.5)	1 (0.8)	.075
- โรคเอดส์	3 (1.3)	1 (0.9)	2 (1.6)	.623
- โรคหลอดเลือดหัวใจ	21 (8.8)	18 (16)	3 (2.4)	.050
- โรคหลอดเลือดสมอง	12 (5)	9 (8)	3 (2.4)	<.001**
- โรคถุงลมโป่งพอง	6 (2.5)	5 (4.5)	1 (0.8)	.075
- โรคมะเร็ง	13 (5.5)	10 (8.9)	3 (2.4)	.029*
- โรคหัวใจ	4 (1.7)	2 (1.8)	2 (1.6)	.918

# ผลรวมอาจน้อยกว่าหรือมากกว่า 100; Sig \* p < .05; \*\* p < .01

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น (ต่อ)

	จำนวนทั้งหมด n = 236 (ร้อยละ)	อายุ ≥60 ปี n = 112 (ร้อยละ)	อายุ <60 ปี n = 124 (ร้อยละ)	p-value
<b>ประวัติส่วนตัว<sup>#</sup></b>				
มีประวัติการสูบบุหรี่	99 (41.6)	32 (28.5)	67 (54.3)	<.001**
มีประวัติดื่มแอลกอฮอล์	125 (52.5)	41 (36.5)	84 (68)	<.001**
<b>ประวัติได้รับยา<sup>#</sup></b>				
Aspirin	29 (12.2)	27 (24)	2 (1.6)	<.001**
Clopidogrel	7 (2.9)	5 (4.5)	2 (1.6)	.198
Warfarin	6 (2.5)	6 (5.3)	0 (0)	.009**
NSAID	57 (23.9)	33 (29.4)	24 (19.4)	.071
Steroids	5 (2.1)	2 (1.8)	3 (2.4)	.736
<b>ผลทางห้องปฏิบัติการ</b>				
Hemoglobin (g/dL)	9.4 ± 3.3	9 ± 3.1	9.7 ± 3.4	.918
White blood count (10 <sup>3</sup> /μL)	11.6 ± 7.8	11.6 ± 7.2	11.7 ± 8.3	.579
Platelets (10 <sup>3</sup> /μL)	257 ± 142	273 ± 157	243 ± 126	.307
Prothrombin time (s)	14.2 ± 3.6	14.1 ± 3.9	14.2 ± 3.3	.299
Creatinine (mg/dL)	1.3 ± 1.1	1.5 ± 1.3	1.09 ± 0.9	<.001**
<b>ประวัติการให้เลือด</b>				
125 (50)	75 (67.5)	50 (40)	.134	
<4 ยูนิต	75 (30)	40 (36)	35 (28)	.211
≥4 ยูนิต	50 (21.2)	35 (31.5)	15 (12)	.177
<b>Glasgow-Blatchford bleeding score</b>				
10.6 ± 4	11 ± 3.6	10.1 ± 4.4	.113	
0	2 (0.8)	0 (0)	2 (1.6)	.178
1–8	76 (31.9)	29 (25.8)	47 (38.1)	.049*
9–15	137 (57.5)	72 (64.1)	65 (52.7)	.066
16–23	21 (8.8)	11 (9.8)	10 (8.1)	.637
<b>Pre- endoscopic ROCKALL score</b>				
2 ± 1.4	2.6 ± 1.2	1.4 ± 1.2	<.001**	
0	38 (16)	4 (3.6)	34 (27.5)	<.001**
1–2	116 (48.7)	48 (42.7)	68 (54.7)	.067
3–6	82 (34.4)	60 (53.7)	22 (17.8)	<.001**

<sup>#</sup> ผลรวมอาจน้อยกว่าหรือมากกว่า 100; Sig \* p < .05; \*\* p < .01

ตารางที่ 2 ผลส่องกล้องของผู้ป่วยภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น\*

	จำนวนทั้งหมด n = 236 (ร้อยละ)	อายุ ≥60 ปี n = 112 (ร้อยละ)	อายุ <60 ปี n = 124 (ร้อยละ)	p-value
Esophagitis	18 (7.6)	11 (9.8)	7 (5.7)	.228
Hiatal hernia	8 (3.4)	7 (6.2)	1 (0.8)	.021*
Mallory-Weiss tear	9 (3.8)	1 (0.9)	8 (6.5)	.026*
Esophageal varices	35 (14.7)	7 (6.2)	28 (22.7)	<.001
CA esophagus	2 (0.8)	1 (0.9)	1 (0.8)	.942
Gastric varices	10 (4.2)	5(4.5)	5 (4.1)	.870
Portal hypertensive gastropathy	19 (8)	6 (5.3)	13 (10.5)	.149
Gastritis	209 (87.8)	103 (91.7)	106 (85.9)	.119
Gastric ulcer	98 (41.2)	55 (49)	43 (34.8)	.025*
Gastric cancer	1 (0.4)	0 (0)	1 (0.8)	.342
Duodenitis	104 (43.7)	56 (49.8)	48 (38.9)	.082
Duodenal ulcer	62 (26)	35 (31.2)	27 (21.9)	.099
Lymphoma	1 (0.4)	1 (0.9)	0 (0)	.342
No clinically significant findings	2 (0.8)	0 (0)	2 (1.6)	.132
<b>ผลการตรวจทางพยาธิ</b>				
- <i>Helicobacter pylori</i>	59 (24.8)	27 (24)	19 (15.4)	.133
- Intestinal metaplasia	13 (5.5)	7 (6.2)	6 (4.9)	.636
- Atrophy	4 (1.7)	2 (1.8)	2 (1.6)	.918
<b>การรักษาด้วยการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น</b>				
Esophageal varice ligation	8 (3.4)	2 (1.8)	6 (4.9)	.286
Glue injection	1 (0.4)	1 (0.9)	0 (0)	.293
Adrenaline injection	20 (4)	12 (10.8)	8 (6.4)	.643
Hemostatic clip	12 (4.8)	7 (6.3)	5 (4)	.653
Hemospray	2 (0.8)	1 (0.9)	1 (0.8)	.921
Combined therapy	15 (6)	7 (6.3)	8 (6.4)	.543

\*คนไข้หนึ่งคนสามารถพบได้มากกว่าหนึ่งอย่าง

ตารางที่ 3 ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยหลังจากได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น

	จำนวนทั้งหมด n = 236 (ร้อยละ)	อายุ ≥60 ปี n = 112 (ร้อยละ)	อายุ <60 ปี n = 234 (ร้อยละ)	p-value
อัตราการเกิดเลือดออกซ้ำใน 7 วัน	6 (2.5)	4 (3.6)	2 (1.6)	.341
การส่งผ่าตัดเร่งด่วน	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1.00
การเสียชีวิตภายใน 30 วัน	8 (3.4)	7 (6.2)	1 (0.8)	.021*

Sig\* p < .05, \*\* p < 0.01

ตารางที่ 4 ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นในผู้สูงอายุ

ปัจจัยเสี่ยง	Odds ratio	95% CI	p-value	
เพศชาย	(76/112), 67.6%	1.359	1.038, 1.778	.038*
BMI >25 กิโลกรัม/เมตร <sup>2</sup>	(47/112), 41.8%	1.768	1.030, 3.032	.041*
ประวัติสูบบุหรี่	(32/112), 28.5%	1.807	1.314, 2.483	<.001**
ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์	(41/112), 36.5%	1.95	1.453, 2.599	<.001**
Hematemesis	(24/112), 21.4%	1.776	1.239, 2.545	.001**
“Coffee ground” vomiting	(44/112), 39.2%	0.929	0.793, 1.089	.013*
HR > 100 ครั้ง/นาที	(34/112), 30.3%	1.414	1.042, 1.919	.023*
โรคเบาหวาน	(46/112), 40.9%	3.418	1.873, 6.239	<.001**
โรคความดันโลหิตสูง	(81/112), 72.1%	9.387	5.181, 17.008	<.001**
โรคไขมันในเลือดสูง	(49/112), 43.6%	6.641	0.499, 2.553	<.001**
โรคหลอดเลือดสมอง	(9/112), 8%	0.613	0.429, 0.875	.046*
โรคมะเร็ง	(10/112), 8.9%	0.595	0.427, 0.827	.029*
โรคไตวายเรื้อรัง	(16/112), 14.2%	0.586	0.442, 0.777	.006**
ประวัติใช้ยา aspirin	(27/112), 24%	19.376	4.487, 83.665	<.001**
ประวัติใช้ยา warfarin	(6/112), 5.3%	0.461	0.401, 0.530	.009**
ผลส่องกล้องเป็น esophageal varices	(7/112), 6.2%	2.612	1.329, 5.133	<.001**
ผลส่องกล้องเป็น gastric ulcer	(55/112), 49%	1.818	1.077, 3.068	.025*

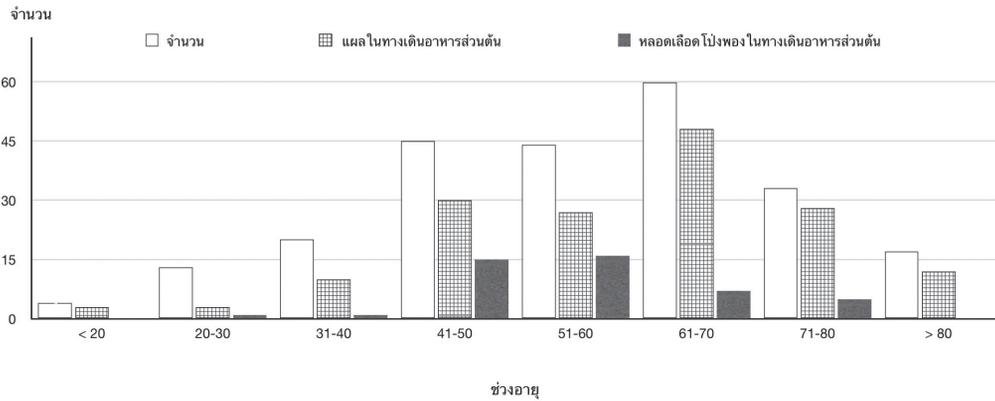
Sig\* p < .05, \*\* p < .01

ตารางที่ 4 แสดงถึง ปัจจัยเสี่ยงของการเกิด UGIB ได้แก่ ประวัติสูบบุหรี่, ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์, อาการอาเจียนเป็นเลือดสด, มีโรคประจำตัว

เป็นโรคเบาหวาน, โรคความดันโลหิตสูง, โรคไขมันในเลือดสูง, โรคไตวายเรื้อรัง, การมีประวัติใช้ยา aspirin หรือ warfarin, และผลส่องกล้องพบ

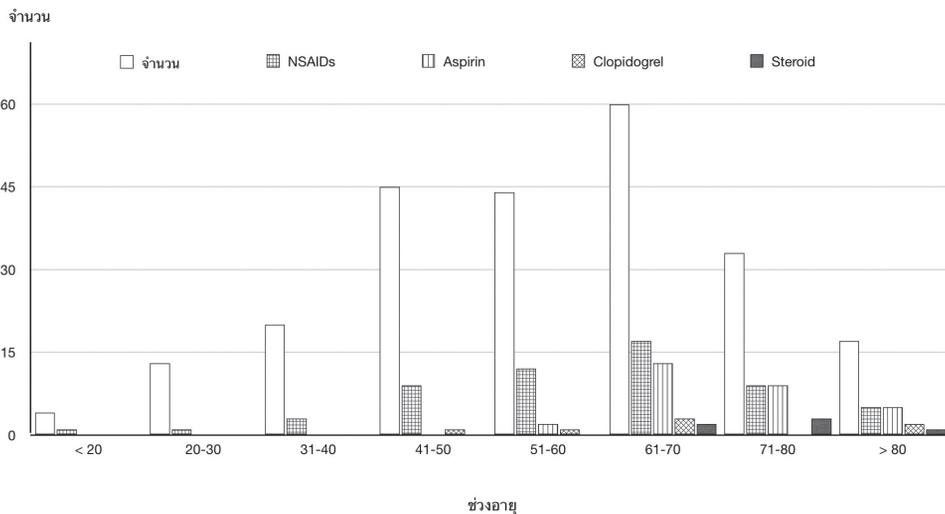
esophageal varices มีโอกาสเกิด UGIB ได้มากกว่า  
เมื่อนำข้อมูลวิเคราะห์ทางสถิติ พบความแตกต่างของ  
การเกิด UGIB ของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  
(p-value < .01) นอกจากนี้เพศชาย ผู้ที่มี BMI มากกว่า  
25 กิโลกรัม/เมตร<sup>2</sup> มีอาการอาเจียนเป็น “coffee

ground”, มีซีพีจรรยา รับ มากกว่า 100 ครั้ง/นาที  
มีโรคหลอดเลือดสมองหรือมีโรคมาเรียมร่วม, และผล  
ส่องกล้อง พบ gastric ulcer พบความแตกต่างของการ  
เกิด UGIB มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value  
< .05)



แผนภาพที่ 1 แสดงช่วงอายุกับผลของการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น

แผนภาพที่ 1 แสดงถึง ช่วงอายุ 61-70 ปี เป็นช่วงที่พบแผลในทางเดินอาหารส่วนต้นมากที่สุดและช่วงอายุ  
51-60 ปี เป็นช่วงที่พบหลอดเลือดโป่งพองในทางเดินอาหารส่วนต้นมากที่สุด



แผนภาพที่ 2 แสดงช่วงอายุกับการใช้ยาต่าง ๆ

แผนภาพที่ 2 แสดงถึงช่วงอายุ 61-70 ปี เป็นช่วงอายุที่มีการใช้ยา aspirin, clopidogrel, และ NSAID มาก  
ที่สุดและมีแนวโน้มใช้ยาหลายอย่างร่วมกัน

## วิจารณ์

ผู้ป่วยมาอนรักษา ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นแบบเฉียบพลัน (acute UGIB) หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลสมุทรสาคร มีอายุเฉลี่ย  $56.9 \pm 16.6$  ปี โดยพบอายุน้อยสุด คือ 18 ปี และอายุมากที่สุด คือ 88 ปี โดยพบอายุมากกว่า 80 ปี จำนวน 17 ราย ส่วนใหญ่ผู้ป่วยเป็นเพศชาย พบร้อยละ 73.5 ซึ่งสอดคล้องกับในกลุ่มผู้สูงอายุที่พบ ร้อยละ 67.6 เช่นเดียวกัน โดยกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปี พบภาวะเลือดออกในทางเดินอาหาร ร้อยละ 47.5 ซึ่งน้อยกว่าเมื่อเทียบกับการศึกษาจากประเทศสหราชอาณาจักร (ความชุก ร้อยละ 63)<sup>9</sup> แต่มากกว่าการศึกษาจากทางอเมริกาเหนือ (ความชุก ร้อยละ 35 ถึง 45)<sup>10</sup> ซึ่งความแตกต่างกันอาจเกิดจากบางประเทศมีการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ทำให้ตัวเลขน้อยกว่าความเป็นจริงได้<sup>11</sup> ในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ มีค่าดัชนีมวลกาย มากกว่า 25 กิโลกรัม/เมตร<sup>2</sup> เมื่อเทียบกลุ่มที่อายุน้อยกว่า (ร้อยละ 41.8 vs 29.2;  $p = .038$ ) ซึ่งโรคอ้วน มักมีโรคประจำตัวและการใช้ยาต่าง ๆ มากกว่าทั่วไป แต่ยังไม่มีความสัมพันธ์ถึงความเกี่ยวข้องของโรคอ้วนกับการเกิด UGIB ที่ชัดเจน

ในการศึกษานี้ พบว่า ประวัติสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ อาการอาเจียนเป็นเลือดสด มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคไตวายเรื้อรัง รวมทั้ง การมีประวัติใช้ยา aspirin หรือ warfarin และผลส่องกล้อง พบ esophageal varices เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < .01$ ) นอกจากนี้ เพศชาย ผู้ที่มี BMI มากกว่า 25 กิโลกรัม/เมตร<sup>2</sup> มีอาการอาเจียนเป็น “coffee ground” มีชีพจรเรอรับ มากกว่า 100 ครั้ง/นาที มีโรคหลอดเลือดสมองหรือมีโรคมาเรียม และผลส่องกล้อง พบ gastric ulcer เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < .05$ ) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ กล่าวคือ กลุ่มสูงอายุ เพศชาย

การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และประวัติการใช้ยาต่าง ๆ มีผลโดยตรงต่อโอกาสการเกิด UGIB<sup>3-5</sup> โดยถ้าวิเคราะห์จากช่วงอายุ ดังแผนภาพที่ 1 พบว่า ช่วงอายุ 61-70 ปี เป็นช่วงอายุที่พบจำนวนผู้ป่วย UGIB มากที่สุด อาจแสดงให้เห็นถึงความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุที่มากกว่า 60 ปี เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น การเกิดเลือดออกซ้ำ การส่งผ่าตัดเร่งด่วนและอัตราการตาย โดยทางภาครัฐควรออกนโยบายสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง เช่น ควบคุมการขายยา NSAID ที่เหมาะสม โดยเฉพาะร้านขายยาหรือตามห้างสรรพสินค้าต่าง ๆ เป็นต้น โดยสาเหตุที่สำคัญของ UGIB ในช่วงอายุนี้ เกิดจากแผลในทางเดินอาหารส่วนต้น ไม่ว่าจะเป็น แผลในกระเพาะอาหาร (gastric ulcer) จำนวน 30 ราย หรือ แผลในลำไส้เล็กส่วนต้น (duodenal ulcer) จำนวน 18 ราย ซึ่งในบางรายอาจพบทั้งสองอย่างร่วมกันได้ โดยทั่วไป ผู้สูงอายุจะมีประวัติการใช้ยาหลายอย่าง ดังรูปภาพที่ 2 ไม่ว่าจะเป็นโรคประจำตัวต่าง ๆ เช่น โรคหัวใจหรือโรคหลอดเลือดสมอง ที่จำเป็นต้องใช้ยาทั้ง aspirin, clopidogrel, warfarin โดยจากตารางที่ 1 ที่พบการใช้ยาดังกล่าวแตกต่างกันชัดเจน (ประวัติได้รับยากลุ่มแอสไพริน (ร้อยละ 24 vs 1.6;  $p < .001$ ) และประวัติได้รับยา warfarin (ร้อยละ 5.3 vs 0;  $p = .009$ ) นอกจากนี้ ผู้สูงอายุ มักมีการใช้ยากลุ่ม NSAID ที่ช่วยบรรเทาอาการปวดต่าง ๆ ตามวัยอีกด้วย ซึ่งการใช้ยาทั้งหมดล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิด UGIB ในผู้สูงอายุทั้งสิ้นนั่นเอง นอกจากนี้ การศึกษานี้ มีการใช้ scoring systems 2 แบบ เพื่อช่วยประเมินความเร่งด่วนในการทำหัตถการและประเมินความเสี่ยงของการเกิดเลือดออกซ้ำ โดยใช้เป็น pre-endoscopic Rockall score และ Glasgow-Blatchford bleeding score<sup>1</sup>

เนื่องจากการใช้ pre-endoscopic Rockall score ยังไม่มีข้อมูลที่ชัดเจน<sup>2</sup> จากการศึกษารวบรวมแบบเมตาจาก 38 งานวิจัย จำนวน 36,215 ราย<sup>17</sup> แต่เป็นการวิเคราะห์โดยใช้ clinical Rockall score ทั้งหมด 4 งานวิจัย จำนวน 1,890 ราย<sup>18-21</sup> พบว่า การใช้ pre-endoscopic Rockall score สามารถใช้เป็น

เครื่องมือในการประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วยที่เป็น UGIB แบบความเสี่ยงต่ำ ว่าสามารถรักษาเป็นแบบผู้ป่วยนอกได้ปลอดภัยหรือไม่ แต่การประเมินความเสี่ยงที่ดี ควรรวมผลของการส่องกล้องด้วยเป็น Rockall score จะได้ผลที่ใกล้เคียงมากกว่า โดยจากการศึกษานี้ ในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ พบว่า กลุ่มที่มีคะแนน pre-endoscopic Rockall score น้อยกว่า 3 (low risk) ร้อยละ 46.3 (จำนวน 52 ราย) พบผู้ป่วยมี rebleeding เท่ากับ ร้อยละ 0.5 (จำนวน 1 ราย) (odds ratio 3.991; 95% CI 0.665, 23.943; p-value = .020) และกลุ่มที่มีคะแนน pre-endoscopic Rockall score ตั้งแต่ 3 (moderate and high risk) ร้อยละ 53.7 (จำนวน 60 ราย) พบผู้ป่วยมี rebleeding เท่ากับ ร้อยละ 1.8 (จำนวน 3 ราย) (odds ratio 9.935; 95% CI 1.141, 86.531; p-value = .013) ในขณะที่กลุ่มที่อายุน้อยกว่า ผู้ป่วยที่มีคะแนน pre-endoscopic Rockall score น้อยกว่า 3 (low risk) ร้อยละ 82.2 (จำนวน 52 ราย) ไม่พบผู้ป่วยที่มี rebleeding เลย แต่ในกลุ่มนี้ ผู้ป่วยที่มีคะแนน pre-endoscopic Rockall score ตั้งแต่ 3 (moderate and high risk) คิดเป็น ร้อยละ 17.8 (จำนวน 22 ราย) จะพบผู้ป่วย rebleeding จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.44 ถึงแม้ว่า เมื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์เปรียบเทียบทั้งสองกลุ่ม ในแง่การเกิด rebleeding กลับไม่พบความแตกต่างกัน ของทั้งสองกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 3 จึงควรมีงานวิจัยใหม่ ๆ เพื่อศึกษาเปรียบเทียบค่า pre-endoscopic Rockall score ในกลุ่ม low, moderate, และ high risk เพื่อช่วยแยกความแตกต่าง ของทั้งสองกลุ่มได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

ผลกระทบที่ตามมาจากการเกิด ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นเฉียบพลัน (acute UGIB) มีความสำคัญมาก เนื่องจากประเทศไทยกำลังจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (aged societies) ใน พ.ศ. 2567 ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน และอัตราการเสียชีวิตที่เพิ่มมากขึ้นเมื่อเทียบกับกลุ่มประชากรทั่วไป โดยผู้ที่อายุมากกว่า 60 ปี พบประมาณ

ร้อยละ 12-55 แต่ถ้าในกลุ่มประชากรทั่วไปพบเพียง ร้อยละ 10<sup>16</sup> ซึ่งในการศึกษานี้ พบว่า มีการเสียชีวิตภายใน 30 วัน จำนวน 7 ราย (ร้อยละ 6.2) ซึ่งเมื่อวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ จะพบว่ากลุ่มนี้มีการเสียชีวิตภายใน 30 วัน มากกว่ากลุ่มที่มีอายุน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .05) ถึงแม้สาเหตุของการเสียชีวิตทั้งหมดจะเกิดจากโรคประจำตัวก็ตาม โดยอาจอธิบายได้จากกลุ่มผู้สูงอายุจะมีโรคประจำตัวที่มากกว่า และมีประวัติการใช้ยาต่าง ๆ ที่มากกว่า ทำให้พบจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตมากกว่าชัดเจน แต่กลับน่าสนใจในกรณีผู้ป่วยสูงอายุที่มี UGIB ร่วมด้วยควรมี CPG ที่แตกต่างกันหรือไม่ เพื่อเพิ่มอัตราการรอดชีวิตมากขึ้น มีประเด็นพิจารณาต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นการประเมินความเสี่ยงโดยใช้ pre-endoscopic Rockall score ที่มีคะแนนต่ำกว่าในกลุ่มที่อายุน้อยกว่า การให้เลือดที่รัดกุมมากกว่า โดยเฉพาะกรณีผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจหรือโรคไตวายเรื้อรังร่วมด้วยหรือการให้สารน้ำทดแทนในปริมาณที่เหมาะสม เนื่องจากปัจจุบัน CPG acute UGIB ของโรงพยาบาลสมุทรสาครหรือสากล ก็ตาม ยังคงไม่มีการแบ่งตามอายุ ซึ่งจำเป็นต้องมีข้อมูลสนับสนุนใหม่ ๆ เพิ่มเติมในอนาคต เพื่อเป็น predictive model สำหรับจัดทำแนวทางปฏิบัติเบื้องต้นในผู้สูงอายุที่สงสัย UGIB เช่น แบบ screening checklist หรือ triage criteria, drug reconciliation form เพื่อรีวิวยาที่ใช้หลายตัว เป็นต้น

## สรุป

กลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปี พบความชุกของภาวะเลือดออกในทางเดินอาหาร ร้อยละ 47.5 มักมีโรคประจำตัวร่วมด้วยและมีประวัติการใช้ยาต่าง ๆ ส่งผลโดยตรงต่อโอกาสการเกิด UGIB ได้ ซึ่งอาจเป็นสาเหตุที่สำคัญของอัตราการเสียชีวิตที่เพิ่มมากขึ้นในกลุ่มที่อายุน้อยกว่า แต่หากได้รับการรักษาด้วยการส่องกล้องและควบคุมปัจจัยอื่น ๆ ได้ดี น่าจะมีผลต่อการรักษาที่ดีขึ้นได้

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ แพทย์อายุรกรรมทางเดินอาหาร  
และตับ ทีมงานหน่วยงานคลินิกโรคตับ และหอผู้ป่วย  
อายุรกรรม โรงพยาบาลสมุทรสาคร

## เอกสารอ้างอิง

1. Laine L, Yang H, Chang SC, Datto C. Trends for incidence of hospitalization and death due to GI complications in the United States from 2001 to 2009. *Am J Gastroenterol.* 2012;107(8):1190–5. doi: 10.1038/ajg.2012.168
2. Ramaekers R, Mukarram M, Smith CA, Thiruganasambandamoothy V. The predictive value of pre-endoscopic risk scores to predict adverse outcomes in emergency department patients with upper gastrointestinal bleeding: a systematic review. *Acad Emerg Med.* 2016;23(11):1218–27. doi: 10.1111/acem.13101.
3. Sostres C, Lanás A. Epidemiology and demographics of upper gastrointestinal bleeding: prevalence, incidence, and mortality. *Gastrointest Endosc Clin N Am.* 2011; 21(4):567–81. doi: 10.1016/j.giec.2011.07.004
4. Hallas J, Dall M, Andries A, Andersen BS, Aalykke C, Hansen JM, et al. Use of single and combined antithrombotic therapy and risk of serious upper gastrointestinal bleeding: population based case-control study. *BMJ.* 2006;333(7571):726. doi: 10.1136/bmj.38947.697558.AE
5. Pioppo L, Bhurwal A, Reja D, Tawadros A, Mutneja H, Goel A, et al. Incidence of non-variceal upper gastrointestinal bleeding worsens outcomes with acute coronary syndrome: result of a national cohort. *Dig Dis Sci.* 2021;66(4):999–1008. doi: 10.1007/s10620-020-06266-7
6. Saydam ŞS, Molnar M, Vora P. The global epidemiology of upper and lower gastrointestinal bleeding in general population: a systematic review. *World J Gastrointest Surg.* 2023;15(4):723–39. doi: 10.4240/wjgs.v15.i4.723
7. Lenti MV, Pasina L, Cococcia S, Cortesi L, Miceli E, Caccia Dominoni C, et al. Mortality rate and risk factors for gastrointestinal bleeding in elderly patients. *Eur J Intern Med.* 2019;61:54–61. doi: 10.1016/j.ejim.2018.11.003
8. Hreinsson JP, Kalaitzakis E, Gudmundsson S, Björnsson ES. Upper gastrointestinal bleeding: incidence, etiology and outcomes in a population-based setting. *Scand J Gastroenterol.* 2013;48(4):439–47. doi:10.3109/00365521.2012.763174
9. Hearnshaw SA, Logan RF, Lowe D, Travis SP, Murphy MF, Palmer KR. 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
10. Farrell JJ, Friedman LS. Gastrointestinal bleeding in the elderly. *Gastroenterol Clin North Am.* 2001;30(2):377–407, viii. doi: 10.1016/s0889-8553(05)70187-4

11. Targownik LE, Nabalamba A. Trends in management and outcomes of acute nonvariceal upper gastrointestinal bleeding: 1993–2003. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2006;4:1459–66. doi: 10.1016/j.cgh.2006.08.018
12. Thongbai T, Thanapirom K, Ridditid W, Rernimitr R, Thungsuk R, Noophun P, et al. Factors predicting mortality of elderly patients with acute upper gastrointestinal bleeding. *Asian Biomedicine.* 2016;10(2):115–22. doi:10.5372/1905-7415.1002.471
13. Pongprasobchai S, Nimitvilai S, Chasawat J, Manatsathit S. Upper gastrointestinal bleeding etiology score for predicting variceal and non-variceal bleeding. *World J Gastroenterol.* 2009;15(9):1099–104. doi: 10.3748/wjg.15.1099
14. Charatcharoenwitthaya P, Pausawasdi N, Laosanguaneak N, Bubthamala J, Tanwandee T, Leelakusolvong S. Characteristics and outcomes of acute upper gastrointestinal bleeding after therapeutic endoscopy in the elderly. *World J Gastroenterol.* 2011;17(32):3724–32. doi:10.3748/wjg.v17.i32.3724
15. Mannucci PM, Nobili A, Pasina L, REPOSI Collaborators. Polypharmacy in older people: lessons from 10 years of experience with the REPOSI register. *Intern Emerg Med.* 2018;13(8):1191–200. doi:10.1007/s11739-018-1941-8
16. Lingenfelser T, Ell C. Gastrointestinal bleeding in the elderly. *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2001;15(6):963–82. doi: 10.1053/bega.2001.0252
17. Boustany A, Alali AA, Almadi M, Martel M, Barkun AN. Pre-endoscopic scores predicting low-risk patients with upper gastrointestinal bleeding: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Med.* 2023;12(16):5194. doi:10.3390/jcm12165194
18. Bryant RV, Kuo P, Williamson K, Yam C, Schoeman MN, Holloway RH, et al. Performance of the Glasgow-Blatchford score in predicting clinical outcomes and intervention in hospitalized patients with upper GI bleeding. *Gastrointest Endosc.* 2013;78(4):576–83. doi: 10.1016/j.gie.2013.05.003.
19. Johnston MR, Murray IA, Schultz M, McLeod P, O'Donnell N, Norton H, et al. Does preendoscopy Rockall score safely identify low risk patients following upper gastrointestinal haemorrhage? *Gastroenterol. Res Pract.* 2015;2015:410702. doi: 10.1155/2015/410702.
20. Custódio Lima J, Garcia Montes C, Kibune Nagasako C, Soares Ruppert Reis GF, Meirelles Dos Santos JO, Guerrazzi F, et al. Performance of the Rockall scoring system in predicting the need for intervention and outcomes in patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding in a Brazilian setting: a prospective study. *Digestion.* 2013;88(4):252–7. doi: 10.1159/000356313.

21. Tham TC, James C, Kelly M. Predicting outcome of acute non-variceal upper gastrointestinal haemorrhage without endoscopy using the clinical Rockall score. *Postgrad Med J.* 2006;82(973):757–9. doi: 10.1136/pmj.2006.048462.