

เลือดออกเฉียบพลันจากส่วนต้นของระบบทางเดินอาหาร : การศึกษาย้อนหลังในผู้ป่วย 1,338 ราย

สุวิทย์ ศรีธัญญาพร*

ชาญวิทย์ ดันดีพิพัฒน์** สมหมาย วิไลรัตน์***

Sriussadaporn S. Tanhiphat C, Vilairat S. Acute upper gastrointestinal bleeding : a review of 1,338 patients. Chula Med J 1988 Feb ; 32(2) : 165-174

During 1980-1984 at the chulalongkorn Hospital, 1338 patients had 1385 admissions for acute upper GI bleeding. The mean age was 49.5 ± 15.4 years (15 – 99 years). The male to female ratio was 3 to 1. Hematemesis was the most frequent leading symptom, followed by melena.

The major causes of bleeding were peptic ulcer 55.9 per cent, acute mucosal lesions 21.1 per cent and varices 7 per cent. An additional 12.1 per cent did not have a definite diagnosis. The overall mortality was 6.7 per cent. The mortality rate was 2.8 per cent for non-variceal bleeding and 30.3 per cent for variceal bleeding. The main causes of death were liver failure, sepsis and shock.

Bleeding was controlled in 1158 cases (83.6 per cent) by conservative treatment, and an elective operation was subsequently performed in 126 cases with a 4 per cent mortality. In 217 patients who had continuous or recurrent bleeding, the mortality was 23 per cent. An emergency operation was required in 197 cases with a 15.7 per cent mortality.

Factors associated with increased mortality were shock, blood transfusion over 6 units, failure of conservative treatment, emergency operation, presence of underlying diseases, no prior NSAID ingestion, absence of a peptic ulcer history and heavy alcohol consumption. Age over 40, 50 or 60 years significantly increased the mortality only in the absence of any underlying diseases.

In order to reduce the mortality further, the following measures should be introduced:- 1) setting up a special unit for upper GI bleeding, 2) earlier endoscopy, 3) endoscopic methods of hemostasis directed especially at the high risk patients and 4) more effective treatment for bleeding varices.

Reprint requests: Sriussadaporn S. Out patient Department, Chulalongkorn Hospital, Bangkok 10500, Thailand.

Received for publication. September 7, 1987.

* แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

** ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

*** ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เลือดออกเฉียบพลันจากส่วนต้นของระบบทางเดินอาหารเป็นปัญหาที่พบได้บ่อย เป็นที่ยอมรับกันว่าตั้งแต่มีการส่องกล้องเป็นประจำ การวินิจฉัยสาเหตุและตำแหน่งที่เลือดออกมีประสิทธิภาพสูงขึ้น^(1,2) แต่ผลของการรักษาก็ยังไม่เป็นที่น่าพอใจ เพราะอัตราการตายยังอยู่ในระดับร้อยละ 5-15 ตลอดระยะ 20 ปีที่ผ่านมา⁽³⁻⁵⁾ ในปัจจุบันเริ่มมีวิวัฒนาการในการห้ามเลือดจากส่วนต้นของระบบทางเดินอาหารโดยไม่ต้องผ่าตัด เช่น การฉีดยา จี้เส้นเลือดด้วยแสงเลเซอร์ ด้วยกระแสไฟฟ้า (electrocoagulation) และด้วยความร้อน (heater probe)⁽⁶⁾ วิธีเหล่านี้ล้วนอาศัยกล้องส่องเป็นสื่อและคงจะนำมาใช้กันในประเทศไทยในไม่ช้านี้ จึงจำเป็นต้องมีข้อมูลพื้นฐานที่เชื่อถือได้ โดยเฉพาะผลของการรักษาด้วยวิธีที่ใช้กันในปัจจุบัน เพื่อใช้เปรียบเทียบกับวิธีรักษาใหม่ ๆ และสำหรับวางแผนให้บริการเพื่อให้การรักษามีประสิทธิภาพสูงขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยที่ยังเป็นปัญหา

การศึกษานี้จะรายงานถึงสาเหตุและตำแหน่งที่เลือดออก ประเภทและลักษณะของผู้ป่วยที่มารับการรักษา อาการนำ วิธีการวินิจฉัยและรักษา ผลของการรักษา และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออัตราการตาย

ผู้ป่วยและวิธีการ

รายงานนี้เป็นการศึกษาย้อนหลังจากหน้าป้ายผู้ป่วยที่ได้เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ด้วยปัญหาเลือดออกเฉียบพลันจากส่วนต้นของระบบทางเดินอาหารระหว่างปี 2523-2527 โดยไม่รวมผู้ป่วยเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี การเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลใช้ไมโครคอมพิวเตอร์ IBM และ software ระบบ dbase 3 ของภาควิชาศัลยศาสตร์

การวินิจฉัยสาเหตุและตำแหน่งที่เลือดออกอาศัยการส่องกล้องและการผ่าตัดเป็นหลัก เอกซเรย์โดยกลืนแบบเรียมใช้วินิจฉัยเฉพาะแผลเป็บติคถ้าเห็นแผลหรือ deformity ชัดเจน ส่วนผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยยืนยัน หรือวินิจฉัยแล้วไม่พบสาเหตุหรือตำแหน่งที่เลือดออก จะถูกจัดอยู่ในกลุ่ม unknown

ผู้ป่วยถือว่าเคยอยู่ในสภาพช็อคถ้าความดันโลหิต systolic ต่ำกว่า 90 มม.ปรอทระหว่างรับการรักษา ผู้ป่วยถือว่ามิประวัติเป็นแผลเป็บติคถ้ามีประวัติ dyspepsia เรื้อรังหรือเคยได้รับการวินิจฉัยมาก่อน

เนื่องจากผู้ป่วยบางรายเข้ามาอยู่โรงพยาบาลมากกว่า 1 ครั้ง การเข้ามาโรงพยาบาลแต่ละครั้งจะถือว่าเป็น 1 ราย เพื่อความสะดวกในการวิเคราะห์และคำนวณอัตราส่วน ยกเว้นในการคำนวณอัตราการตายของผู้ป่วยทั้งหมดซึ่งใช้จำนวนผู้ป่วย

โดยตรง การคำนวณทางสถิติใช้ Chi square ร่วมกับ Yate's correction โดยถือว่าความแตกต่างมีนัยสำคัญทางสถิติถ้าค่า P ต่ำกว่า 0.05

ผลการศึกษา

ในระยะ 5 ปี ตั้งแต่ 2523-2527 ผู้ป่วยที่มีอาการเลือดออกเฉียบพลันจากส่วนต้นของระบบทางเดินอาหาร 1,338 คนได้เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ รวมเป็นจำนวน 1,385 ครั้ง ผู้ป่วย 1,297 คนอยู่โรงพยาบาลครั้งเดียว 36 คนอยู่ 2 ครั้ง 4 คนอยู่ 3 ครั้ง และ 1 คนต้องเข้ามาอยู่ถึง 4 ครั้ง ผู้ป่วยพักอยู่โรงพยาบาล 1-99 วัน เฉลี่ย 9.5

ผู้ป่วยเป็นเพศชาย 1,008 คน และเพศหญิง 330 คน คิดเป็นอัตราส่วน 3 : 1 ผู้ป่วยมีอายุ 15-99 ปี เฉลี่ย 49.5±15.4 ปี รูปที่ 1 แสดงกลุ่มอายุผู้ป่วยและอัตราการตายในแต่ละกลุ่ม กลุ่มอายุที่พบบ่อยที่สุดคือ 40-60 ปี

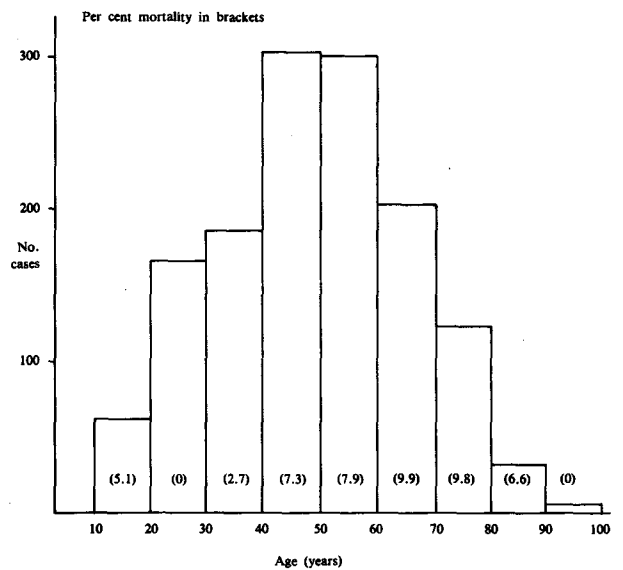


Figure 1 Age Distribution and Mortality.

อาการที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลบ่อยที่สุดคืออาเจียนเป็นเลือดซึ่งพบ 668 ครั้ง อาการถ่ายดำพบ 426 ครั้ง อาการทั้งอาเจียนเป็นเลือดและถ่ายดำพบ 230 ครั้ง อาการหน้ามืดเป็นลมพบ 43 ครั้ง และไม่ทราบอาการ 18 ครั้ง ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยด้วยการส่องกล้อง 1,135 ราย (ร้อยละ 82) โดยร้อยละ 55.7 ได้รับการส่องกล้อง

ภายใน 24 ชั่วโมงหลังรับเข้าโรงพยาบาลและร้อยละ 77.6 ภายใน 48 ชั่วโมง ผู้ป่วย 257 ราย (ร้อยละ 18.6) ได้รับการวินิจฉัยด้วยเอกซเรย์โดยกลืนแบเรียม ผู้ป่วย 197 รายได้รับการวินิจฉัยทั้งสองวิธี การวินิจฉัยยังได้จากการผ่าตัด 323 ราย จาก angiography 1 ราย และจากการตรวจศพ อีก 1 ราย

ตารางที่ 1 แสดงสาเหตุที่ทำให้เลือดออก แผล เป็ปติกเป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดและคิดรวมเป็นร้อยละ 55.9 อันดับที่ 2 คือแผลชนิดเฉียบพลัน (acute mucosal lesions)

ซึ่งพบร้อยละ 21.1 เลือดออกจาก varices พบบ่อยเป็นอันดับ 3 โดยพบร้อยละ 7 ผู้ป่วยที่ไม่ทราบสาเหตุของเลือดออกมี 167 รายหรือร้อยละ 12.1 ในจำนวนนี้มี 28 รายที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยเพราะสภาพไม่ดีพอและเสียชีวิตไปก่อน ผู้ป่วยอีก 80 รายได้รับการส่องกล้อง (ร้อยละ 63.6 ภายใน 48 ชั่วโมง) และ 34 รายได้ทำเอกซเรย์กลืนแบเรียม โดยไม่พบสาเหตุ ผู้ป่วยอีก 39 รายกลับบ้านก่อนโดยนัดให้มาทำการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยนอก

Table 1 Etiology of 1385 Episodes of Upper GI Bleeding.

| | No. cases | Per cent |
|--------------------------|-----------|----------|
| Gastric ulcer | 459 | 33.1 |
| Duodenal ulcer | 306 | 22.1 |
| Gastric + duodenal ulcer | 9 | 0.7 |
| Acute erosions | 158 | 11.4 |
| Gastritis | 124 | 9.0 |
| Duodenitis | 9 | 0.7 |
| Varices | 99 | 7.0 |
| Mallory-Weiss syndrome | 24 | 1.7 |
| Gastric carcinoma | 14 | 1.0 |
| Stomal ulcer | 11 | 0.8 |
| Aorto-esophageal fistula | 1 | |
| Esophagitis | 1 | |
| Esophageal trauma | 1 | |
| Gastric leiomyoma | 1 | |
| Hemorrhagic fever | 1 | |
| Unknown | 167 | 12.1 |

ตารางที่ 2 แสดงตำแหน่งที่เลือดออก กระจาเพาะ เป็นตำแหน่งที่พบบ่อยที่สุด รองลงมาคือดูโอดีนัม

Table 2 Sites of Bleeding.

| | |
|-------------------|-----|
| Esophagus | 102 |
| Stomach | 794 |
| Cardia and fundus | 50 |
| Body | 273 |
| Antrum | 97 |
| Prepylorus | 181 |
| Pylorus | 31 |
| Multiple areas | 162 |
| Duodenum | 294 |
| Gastrojejunostomy | 11 |
| Multiple sites | 16 |
| Unknown | 168 |

ตารางที่ 3 สรุปประเภทของผู้ป่วยที่เข้ามารับการ รักษา โรคประจำตัว (associated diseases) ที่พบบ่อย คือโรคตับแข็ง เบาหวาน โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง และ โรคปอด

Table 3 Patient Characteristics

| | No. cases | Per cent |
|------------------------|-----------|----------|
| Associated diseases | 442 | 33.0 |
| Past upper GI bleeding | 362 | 26.1 |
| History of dyspepsia | 734 | 53.0 |
| NSAID ingestion | 630 | 45.5 |
| Regularly | 412 | |
| Occasionally | 218 | |
| Alcohol intake | 556 | 40.1 |
| Daily | 86 | |
| Frequently | 470 | |

รูปที่ 2 แสดงการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ ในระยะแรก ผู้ป่วยทุกรายได้นำเกลือและเลือดดำมีการเสียเลือดมาก ตามด้วย nasogastric lavage ผู้ป่วย 56 รายได้รับการรักษาเพิ่มด้วย balloon tamponade พบว่าเลือดหยุดได้โดยไม่ต้องผ่าตัด ในผู้ป่วย 1,158 ราย (ร้อยละ 83.6) เลือดหยุดชั่วคราว และออกซ้ำอีก ในผู้ป่วย 111 ราย ส่วนอีก 106 ราย มีเลือดออกตลอด ผู้ป่วย 2 กลุ่มหลังนี้ได้รับการผ่าตัดฉุกเฉิน 197 ราย ร้อยละ 88.3 ของกลุ่มที่เลือดออกตลอดได้รับการผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมง โดยที่ร้อยละ 77.7 ไม่ได้รับการวินิจฉัยก่อนผ่าตัด ในกลุ่มที่เลือดออกซ้ำร้อยละ 69.1 ได้รับการส่องกล้องก่อนผ่าตัด (ร้อยละ 60.5 ภายใน 24

ชั่วโมง และร้อยละ 79 ภายใน 48 ชั่วโมง) กลุ่มเลือดออกซ้ำได้รับการผ่าตัดฉุกเฉินร้อยละ 23.8 ภายใน 24 ชั่วโมง หลังจากรับเข้าโรงพยาบาล ร้อยละ 47.6 ภายใน 48 ชั่วโมง และร้อยละ 66.3 ภายใน 72 ชั่วโมง

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนเลือดที่ผู้ป่วยได้รับและ อัตราตาย ผู้ป่วยได้เลือด 0-46 หน่วย พบว่าอัตราตายสูง ขึ้นตามจำนวนเลือดที่ได้รับ ผู้ป่วยที่ไม่ได้ผ่าตัดได้เลือดไปเฉลี่ยคนละ 3.9 ± 3.6 หน่วย กลุ่มที่ผ่าตัดแบบไม่ฉุกเฉินได้เลือดก่อนผ่าตัดเฉลี่ยคนละ 4.5 ± 3.9 หน่วย และกลุ่มที่ต้องผ่าตัดฉุกเฉินได้เลือดก่อนผ่าตัดเฉลี่ยคนละ 7.3 ± 4.9 หน่วย

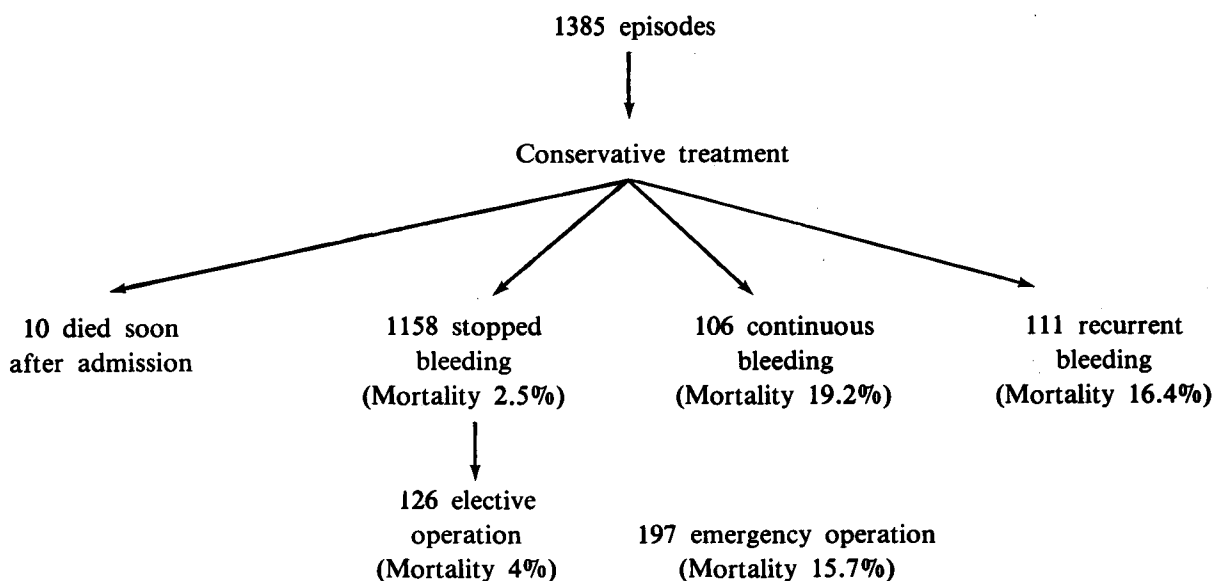


Figure 2 Treatment of Acute Upper GI Bleeding.

Table 4 Blood Transfusion and Mortality.

| Units blood | No. cases | Per cent mortality |
|-------------|-----------|--------------------|
| 0 | 206 | 2.9 |
| 1 - 2 | 314 | 2.2 |
| 3 - 4 | 332 | 3.9 |
| 5 - 6 | 203 | 4.9 |
| 7 - 10 | 167 | 7.8 |
| 11 - 20 | 138 | 18.8 |
| Over 20 | 25 | 56.0 |

ตารางที่ 5 แสดงอัตราการผ่าตัดของแต่ละโรค ผู้ป่วยเสียชีวิตทั้งหมด 89 ราย (ร้อยละ 6.7) เป็นชาย 70 รายและเป็นหญิง 19 ราย ตารางที่ 6 สรุปสาเหตุที่ผู้ป่วยเสียชีวิต ด้บวายเป็นสาเหตุบ่อยที่สุด โรคติดเชื้อพบบ่อยเป็นอันดับที่ 2 โดย 22 ใน 34 รายเกิดจาก

ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ผู้ป่วยที่เสียชีวิต 68 ราย (ร้อยละ 76.4) มีโรคประจำตัวอยู่ก่อนแล้ว และส่วนมากมีบทบาทสำคัญในการทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต การผ่าตัดฉุกเฉินมีอัตราตายร้อยละ 15.7 เมื่อเทียบกับร้อยละ 4 หลังผ่าตัดแบบไม่ฉุกเฉิน

Table 5 Etiology and Operation Rate.

| | Total cases | Operation | | |
|------------------------|-------------|-----------|----------|----------------|
| | | Emergency | Elective | Per cent total |
| Peptic ulcer | 774 | 115 | 103 | 28.2 |
| Acute mucosal lesions | 291 | 46 | - | 15.8 |
| Varices | 99 | 24 | 16 | 40.4 |
| Mallory-Weiss syndrome | 24 | 3 | - | 12.5 |
| Gastric carcinoma | 14 | 3 | 6 | 64.3 |
| Stomal ulcer | 11 | 2 | - | 18.2 |
| Others | 5 | 5 | - | 100.0 |
| Unknown | 167 | - | - | - |

Table 6 Causes of Death in 89 Patients*

| | |
|-------------------|----|
| Liver failure | 38 |
| Sepsis | 34 |
| Bleeding/shock | 18 |
| Renal failure | 10 |
| Cardiac failure | 10 |
| Aspiration | 3 |
| Diabetes mellitus | 3 |
| Cerebrovascular | 2 |
| Unknown | 1 |

* Some patients had more than 1 cause

ตารางที่ 7 แสดงอัตราตายของแต่ละโรคที่เป็นสาเหตุของเลือดออกพบว่าเลือดออกจาก varices มีอัตราตายสูงสุดถึงร้อยละ 30.3 ส่วนกลุ่มที่เลือดออกจากสาเหตุอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ varices มีอัตราเพียงร้อยละ 2.8 ผู้ป่วย

28 รายที่เสียชีวิตในกลุ่มที่ไม่ทราบสาเหตุล้วนเป็นรายที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยเพราะสภาพไม่ดีพอและพบว่า 12 รายในกลุ่มนี้เสียชีวิตจากภาวะด้บวาย

Table 7 Etiology and Mortality.

| | Total cases | Mortality No. cases | Per cent |
|--------------------------|-------------|---------------------|----------|
| Peptic ulcer | 774 | 15 | 2.0 |
| Acute mucosal lesions | 291 | 14 | 4.9 |
| Varices | 99 | 30 | 30.3 |
| Mallory-Weiss | 24 | - | - |
| Gastric carcinoma | 14 | 1 | 7.1 |
| Stomal ulcer | 11 | - | - |
| Aorto-esophageal fistula | 1 | 1 | 100.0 |
| Unknown | 167 | 28 | 15.6 |

ตารางที่ 8 แสดงรายละเอียดของการรักษาและ อัตราตายในโรคที่พบบ่อย 3 อันดับแรก

Table 8 Treatment and Mortality in Upper GI Bleeding.

| | Total cases | Mortality | | |
|-----------------------|-------------|-----------|----------|--------------|
| | | No. cases | Per cent | Significance |
| Peptic ulcer | | | | |
| Conservative | 556 | 5 | 0.9 | P < 0.05 |
| Elective operation | 103 | 3 | 2.9 | |
| Emergency operation | 115 | 7 | 6.1 | |
| Acute mucosal lesions | | | | N.S. |
| Conservative | 245 | 6 | 2.5 | P < 0.001 |
| Emergency operation | 46 | 8 | 17.4 | |
| Varices | | | | |
| Conservative | 58 | 14 | 24.1 | N.S. |
| Elective operation | 16 | 2 | 12.5 | |
| Emergency operation | 25 | 14 | 56.0 | |

ตารางที่ 9 แสดงอัตราตายและอายุผู้ป่วยโดยแบ่งเป็นกลุ่มที่มีอายุไม่เกินหรือเกิน 40, 50 และ 60 ปี พบว่าอัตราตายสูงขึ้นตามอายุ แต่อัตราตายมีความแตกต่างกันมากที่สุดถ้าใช้อายุ 40 ปีเป็นเกณฑ์ ผู้ที่อายุเกิน 40 ปีมีอัตราตายสูงกว่าผู้ที่อายุไม่เกิน 40 ปีถึง 4 เท่า จากการคำนวณ

อัตราตายโดยอาศัยทั้งอายุและโรคประจำตัวผู้ป่วย พบว่าในรายที่มีโรคประจำตัวอัตราตายไม่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติถึงแม้อายุจะเกิน 40, 50 หรือ 60 ปี แต่ในกลุ่มนี้ไม่มีโรคประจำตัวรายที่มีอายุเกิน 40, 50 หรือ 60 ปีมีอัตราตายสูงกว่าผู้ที่อายุน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Table 9 Age and Mortality.

| | Total cases | Mortality No. cases | Per cent | Significance |
|------------|-------------|---------------------|----------|--------------|
| ≤ 40 years | 411 | 8 | 2.0 | P < 0.001 |
| > 40 years | 966 | 80 | 8.3 | |
| ≤ 50 years | 714 | 30 | 4.2 | P < 0.001 |
| > 50 years | 663 | 58 | 8.8 | |
| ≤ 60 years | 1016 | 54 | 5.3 | P < 0.01 |
| > 60 years | 361 | 34 | 9.4 | |

ตารางที่ 10 แสดงปัจจัยต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อ สติติได้แก่อาการอาเจียนเป็นเลือดเมื่อเทียบกับถ่ายดำ มี อัตราตาย ส่วนปัจจัยที่ไม่เพิ่มอัตราตายอย่างมีนัยสำคัญทาง ประวัติเลือดออกมาก่อน และมีประวัติเคยผ่าตัดกระเพาะ

Table 10 Factors Associated with Increased Mortality.

| | Total cases | Mortality | | |
|------------------------|-------------|-----------|----------|--------------|
| | | No. cases | Per cent | Significance |
| Associated diseases | | | | |
| Yes | 442 | 67 | 15.2 | P < 0.001 |
| No | 896 | 22 | 2.5 | |
| History of dyspepsia | | | | |
| Yes | 734 | 35 | 4.8 | P < 0.01 |
| No | 651 | 54 | 8.3 | |
| NSAID ingestion | | | | |
| Yes | 630 | 31 | 4.9 | P < 0.05 |
| No | 754 | 58 | 7.7 | |
| Alcohol | | | | |
| Frequent/daily | 556 | 49 | 8.8 | P < 0.01 |
| No | 438 | 17 | 3.9 | |
| Blood transfusion | | | | |
| ≤ 6 units | 1055 | 36 | 3.4 | P < 0.001 |
| > 6 units | 330 | 53 | 16.1 | |
| Shock | | | | |
| Yes | 61 | 20 | 32.8 | P < 0.001 |
| No | 1324 | 69 | 5.2 | |
| Conservative treatment | | | | |
| Success | 1158 | 29 | 2.5 | P < 0.001 |
| Failure | 217 | 50 | 23.0 | |
| Operation | | | | |
| Emergency | 197 | 31 | 15.7 | P < 0.01 |
| Elective | 126 | 5 | 4.0 | |

วิจารณ์ผล

ผลการศึกษานี้ยืนยันว่าภาวะเลือดออกเฉียบพลันจากส่วนต้นของระบบทางเดินอาหารยังเป็นปัญหาสำคัญ โดยโรงพยาบาลต้องให้บริการผู้ป่วยประมาณปีละ 300 ราย และจำนวนจะสูงกว่านี้ถ้ารวมเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปีและผู้ป่วยนอก อายุและเพศของผู้ป่วยไม่แตกต่างจากรายงานอื่นทั้งใน และนอกประเทศคือเป็นปัญหาบ่อยที่สุดในกลุ่มอายุ 40-60 ปี และเพศชายพบบ่อยกว่าเพศหญิง⁽⁷⁻¹⁰⁾

เป็นที่ยอมรับกันว่ากรส่องกล้องเป็นวิธีวินิจฉัยสาเหตุ และตำแหน่งที่เลือดออกที่แม่นยำที่สุด รายงานนี้มีอัตราการส่องกล้องร้อยละ 82 ซึ่งสูงกว่าปี 2522-2523 ในโรงพยาบาล

จุฬาลงกรณ์⁽¹¹⁾ รายงานนี้มีอัตราส่องกล้องเพียงร้อยละ 67 อย่างไรก็ตามการส่องกล้องยังทำกันค่อนข้างช้า เพราะเพียงร้อยละ 55.7 ได้ทำภายใน 24 ชั่วโมง และร้อยละ 77.6 ภายใน 48 ชั่วโมง ความล่าช้านี้อาจทำให้ประสิทธิภาพของการวินิจฉัยและการรักษาไม่ดีเท่าที่ควร

โรคหรือสาเหตุที่ทำให้เลือดออกบ่อยที่สุดคือแผลเป็บติก โดยพบแผลในกระเพาะบ่อยกว่าแผลในดูโอดีนัม สาเหตุอันดับ 2 คือแผลเฉียบพลันของเยื่อบุกระเพาะหรือดูโอดีนัม ลำดับนี้แตกต่างจากรายงานก่อนจากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ซึ่งพบแผลเฉียบพลันบ่อยที่สุด⁽¹¹⁾ อย่างไรก็ตามรายงานนี้มีผู้ป่วยจำนวนน้อยและรวมผู้ป่วยนอกในการศึกษา

ด้วย จึงอาจอธิบายความแตกต่างนี้ได้ เลือกออกจาก varices พบได้ร้อยละ 7 ซึ่งใกล้เคียงกับรายงานอื่นในประเทศไทย (7,9,12,13) แต่ต่ำกว่า รายงานจากประเทศตะวันตกที่มีการดื่มเหล้าจัด⁽¹⁰⁾ กลุ่มที่ไม่ทราบสาเหตุซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 12.1 ประกอบด้วยผู้ป่วยอาการหนักมากจนวินิจฉัยไม่ได้ ผู้ป่วยที่วินิจฉัยแล้วแต่ไม่พบสาเหตุและผู้ที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยเพราะอยู่ในสภาพดีและเสียเลือดไปน้อย อัตราส่วนผู้ป่วยที่ไม่ทราบสาเหตุควรจะลดลงถ้ามีการตรวจศพเพิ่มขึ้นและวินิจฉัยให้ได้สาเหตุโดยการส่องกล้องให้รวดเร็วขึ้นก่อนจะให้ผู้ป่วยกลับบ้าน

วิธีห้ามเลือดในรายงานนี้เป็นวิธีที่ใช้กันทั่วไปโดยยังไม่ได้นำเอาเทคโนโลยีใหม่ ๆ มาใช้ อัตราเลือดหยุดในร้อยละ 83.6 โดยไม่ต้องผ่าตัดใกล้เคียงกับรายงานอื่น ๆ⁽¹⁰⁾ อัตราตายร้อยละ 6.7 ก็ใกล้เคียงกับรายงานอื่นในปัจจุบัน⁽⁵⁾ โดยอัตราตายจาก varices สูงถึงร้อยละ 30.3 ส่วนสาเหตุอื่นที่ไม่ใช่ varices มีอัตราตายเพียงร้อยละ 2.8

จากการวิเคราะห์สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตและปัจจัยต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่ออัตราตาย พอสรุปได้ว่าผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตเพิ่มขึ้นถ้ามีปัญหาต่อไปนี้ :-

- 1) เลือดออกรุนแรงมากจนผู้ป่วยช็อก ต้องให้เลือดเกิน 6 หน่วย หรือต้องผ่าตัดฉุกเฉิน
- 2) โรคประจำตัวผู้ป่วย โดยเฉพาะโรคตับแข็งซึ่งมักจะสัมพันธ์กับเลือดออกจาก varices และภาวะตับวาย โรคประจำตัวบางประเภทอาจเพิ่มอัตราเสี่ยงในกรณีที่มีการเสียเลือดหรือต้องผ่าตัดฉุกเฉิน
- 3) โรคติดเชื้อรุนแรงซึ่งส่วนมากเป็นภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดฉุกเฉิน
- 4) ผู้ป่วยสูงอายุมีอัตราตายสูงขึ้นเฉพาะในรายที่ไม่มีโรคประจำตัว ซึ่งคงเป็นเพราะผู้ป่วยสูงอายุทนต่อภาวะเสียเลือดหรือการผ่าตัดฉุกเฉินไม่ดีเท่าผู้ที่อายุน้อยกว่าแต่โรคประจำตัวคงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญกว่าความชราเพราะในรายที่มีโรคประจำตัวอายุไม่มีอิทธิพลต่ออัตราตาย

ผู้ป่วยที่มีประวัติของ chronic dyspepsia หรือรับประทานยาแก้ปวดแก้ไข้มีอัตราตายต่ำกว่าผู้ที่ไม่มียาแก้ปวดหรือคงเป็นเพราะ 2 ปัจจัยนี้ไม่สัมพันธ์กับโรคตับแข็งและเลือดออกจาก varices ซึ่งมีอัตราตายสูง ตรงกันข้ามกับประวัติดื่มเหล้าจัดซึ่งเพิ่มอัตราตายเพราะมีความสัมพันธ์กับโรคตับแข็งและ varices โดยตรง

สมมุติว่าผู้ป่วยที่มารับการรักษานอนาคดไม่แตกต่างจากกลุ่มในการศึกษานี้ ควรจะมีการปรับปรุงการวินิจฉัยและการรักษาเพื่อให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง

ในกลุ่มผู้ป่วยที่ยังมีอัตราตายสูง ซึ่งคิดเป็นอัตราส่วนประมาณร้อยละ 20 ของผู้ป่วยทั้งหมด ผู้ป่วยกลุ่มนี้ประกอบด้วย :-

- 1) ผู้ป่วยที่เลือดไม่หยุดหลังจากให้การรักษาด้วยวิธีไม่ผ่าตัด กลุ่มนี้มีอัตราตายร้อยละ 19.2
- 2) ผู้ป่วยที่เลือดออกซ้ำหลังจากหยุดไปแล้วชั่วคราว กลุ่มนี้มีอัตราตายร้อยละ 16.4
- 3) ผู้ป่วยที่เลือดออกจาก varices ซึ่งมีอัตราตายร้อยละ 30.3 และสูงถึงร้อยละ 56 ถ้าได้รับการผ่าตัดฉุกเฉิน บางรายในกลุ่มนี้อาจจะอยู่ในกลุ่ม 1 หรือ 2 ด้วย

ผู้รายงานจึงขอเสนอมาตรการที่น่าจะปรับปรุงและวิธีการห้ามเลือดใหม่ ๆ ที่น่าจะนำมาใช้เพื่อลดอัตราตายในผู้ป่วยเหล่านี้ โดยอาศัยข้อมูลจากการศึกษานี้ร่วมกับข้อมูลจากรายงานอื่น ๆ เป็นที่ยอมรับกันว่า การดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดโดยคณะแพทย์และพยาบาลที่มีประสบการณ์ร่วมกับการส่องกล้องเพื่อวินิจฉัยทันทีที่สภาพผู้ป่วยอำนวย สามารถลดอัตราตายลงได้ บางสถาบันถึงกับรับผู้ป่วยทุกรายเข้าห้องผู้ป่วยหนักหรือห้องที่จัดไว้พิเศษสำหรับเลือดออกจากระบบทางเดินอาหาร⁽⁵⁾ ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ในปัจจุบันการดูแลรักษาผู้ป่วยในระยะแรกยังกระจัดกระจายไปทั่วโรงพยาบาล ตั้งแต่ในห้องรอคอยในแผนกผู้ป่วยนอกจนถึงในห้องผู้ป่วยตามตึกต่าง ๆ ของภาควิชาอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลควรจัดห้องสำหรับผู้ป่วยเลือดออกเฉียบพลันจากระบบทางเดินอาหารในหน่วยทางเดินอาหาร ซึ่งมีแพทย์และพยาบาลที่มีประสบการณ์และมีกล้องส่องพร้อมอยู่แล้ว การรักษาฟื้นฟูและเฝ้าดูอาการผู้ป่วยร่วมกับศัลยแพทย์ที่รับปรึกษาน่าจะมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ถ้ามีสถานที่จำกัดอย่างน้อยผู้ป่วยที่มีอัตราเสี่ยงสูง เช่น เลือดออกรุนแรงหรือเคยช็อก มีโรคประจำตัว มีโรคตับแข็งและสงสัยว่าเลือดออกจาก varices หรือผู้ป่วยสูงอายุ ควรรับเข้ามาในหน่วยนี้

โรงพยาบาลควรจัดให้บริการส่องกล้องได้ตลอดเวลา รวมทั้งนอกเวลาราชการ ผู้ป่วยจะได้รับบริการวินิจฉัยทันทีที่เลือดหยุดหรือออกช้าลง ทำให้แพทย์สามารถให้การรักษาล่วงหน้าได้ถูกต้องตามสาเหตุ มาตรการนี้จะลดปัญหาเลือดออกซ้ำเพราะจะช่วยตัดผู้ป่วยที่มีลักษณะ (stigmata) ที่มีโอกาสเลือดออกซ้ำสูงเพื่อไปผ่าตัดหรือรักษาห้ามเลือดด้วยวิธีอื่นรวดเร็วขึ้น⁽¹⁴⁾ บทบาทของการส่องกล้องจะยิ่งมีความสำคัญขึ้นในอนาคตเพราะนอกจากจะเป็นอุปกรณ์สำหรับวินิจฉัยกล้องจะเป็นสื่อสำคัญในการห้ามเลือดด้วยเทคโนโลยีใหม่ ๆ ซึ่งปัจจุบันมีการศึกษาเปรียบเทียบกันอยู่^(15,16) มีแนวโน้มว่าการจี้เส้นเลือดด้วย heater probe⁽¹⁷⁾ หรือ multi/bipolar-coagulation⁽¹⁸⁾ ได้ผลไม่แพ้การจี้ด้วยแสงเลเซอร์ และ

ยังมีราคาถูกกว่าวิธีเหล่านี้คงไม่มีบทบาทในรายที่เลือดออกรุนแรงมากหรือในรายที่เลือดออกจาก varices แต่จะช่วยห้ามเลือดในรายที่เลือดออกไม่รุนแรง และจะป้องกันปัญหาเลือดออกซ้ำในรายที่เลือดหยุดแล้วและสภาพผู้ป่วยไม่เหมาะสมสำหรับผ่าตัด

ผู้ป่วยที่เลือดออกจาก varices ในรายงานนี้ยังไม่ได้รับการห้ามเลือดด้วยวิธีที่มีประสิทธิภาพสูงพอ เพราะมีอัตราผ่าตัดฉุกเฉินค่อนข้างสูง อย่างไรก็ตามจำเป็นต้องมีการศึกษาเกี่ยวกับปัญหาเลือดออกจาก varices ให้ละเอียดก่อนที่จะหาทางปรับปรุงการรักษาได้ถูกต้อง

สรุป

จากการศึกษาผู้ป่วยด้วยปัญหาเลือดออกเฉียบพลันจากส่วนต้นของระบบทางเดินอาหาร 1,338 คน ที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ในปี 2523-2527 เป็นจำนวน 1,385 ครั้ง ผลเป็นตึก (ร้อยละ 55.9) แผลเฉียบพลัน (ร้อยละ 21.1) และ varices (ร้อยละ 7) เป็น 3 สาเหตุที่พบบ่อยที่สุดผู้ป่วยร้อยละ 12.1 ไม่ได้รับการวินิจฉัยแน่นอน ผู้ป่วยร้อยละ 82 ได้รับการส่องกล้องวินิจฉัย การรักษาด้วยวิธีไม่ผ่าตัดสามารถห้ามเลือดในร้อยละ 83.6 ของผู้ป่วย ผู้ป่วย 197 รายได้รับการผ่าตัดฉุกเฉิน

อ้างอิง

1. Conn HO. To scope or not to scope. N Engl J Med 1981 Apr 16; 304 (16) : 967-969
2. Editorial. Bleeding ulcers : scope for improvement? Lancet 1984 Mar 31; 1 (8379) : 715-717
3. Schiller KF, Truelove SC, Williams DG. Haematemesis and melaena, with special reference to factors influencing outcome. Br Med J 1970 Apr 4; 2 (5700) : 7-14
4. Silverstein FE, Gilbert DA, Tedesco FJ, Buenger NK, Persing J. The national ASGE survey on upper gastrointestinal bleeding. II. Clinical prognostic factors. Gastrointest Endosc 1981 May; 27 (2) : 80-93
5. Hunt PS, Francis JK, Hansky J, Hillman H, Korman MG, McLeish J, Marshall R, Schmidt G. Reduction in mortality from upper gastrointestinal haemorrhage. Med J Aust 1983 Nov 26; 2 (11) : 552-555
6. Salmon PR, Jong M. Endoscopic haemostasis of the upper gastrointestinal tract. Clin Gastroenterol 1986 Apr; 15 (2) : 321-331

เพราะเลือดไม่หยุดหรือเลือดออกซ้ำ ผู้ป่วยเสียชีวิตทั้งหมด 89 ราย (ร้อยละ 6.7) โดย varices มีอัตราตายร้อยละ 30.3 และสาเหตุอื่น ๆ มีอัตราตายร้อยละ 2.8 ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเพิ่มขึ้นคือเลือดออกรุนแรง การผ่าตัดฉุกเฉิน มีโรคประจำตัวและผู้ป่วยสูงอายุ ควรมีการปรับปรุงในการให้บริการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการวินิจฉัยและรักษา และโดยเฉพาะในกลุ่มที่มีอัตราเสี่ยงสูง โดยรับผู้ป่วยเข้ารักษาในหน่วยทางเดินอาหารโดยตรง การส่องกล้องควรทำให้รวดเร็วขึ้นรวมทั้งมีบริการนอกเวลาราชการ วิธีการห้ามเลือดใหม่ ๆ น่าจะพิจารณานำมาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอัตราเสี่ยงสูง และรายที่ไม่เหมาะสมสำหรับผ่าตัด

กิตติกรรมประกาศ

ผู้รายงานขอขอบคุณแพทย์และพยาบาลในภาควิชาอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยในรายงานนี้เป็นอย่างดี และโดยเฉพาะคณะแพทย์ของหน่วยทางเดินอาหาร ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการวินิจฉัยส่องกล้องผู้ป่วยขอขอบคุณ ร.ศ.นพ.พิชัย บุญยรัตเวช ที่ให้คำแนะนำใช้คอมพิวเตอร์ และคุณประภาพรรณ ศุกรินทร์ ที่ช่วยกรอกข้อมูลเข้าคอมพิวเตอร์

7. กิตติยา อุ่นสุวรรณ, ชูชาติ สมานโสติดิวศ์, เดิมชัย ไชยบุรี, บุญ วนุสิน. เลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบน การศึกษาผู้ป่วยในห้องพักค้าง, ตึกผู้ป่วยนอก, โรงพยาบาลศิริราช. สารศิริราช 2521 ธันวาคม ; 30 (12) : 2103-2118
8. Klunkin K, Sivasomboon B, Pornputhkul K. Nature of upper gastrointestinal hemorrhage in Chiang Mai University Hospital. J Med Assoc Thai 1975 May; 58 (5) : 242-248
9. ธนวัฒน์ สิงคาลวณิช. การตกเลือดจากทางเดินอาหารส่วนต้นในโรงพยาบาลชลบุรี. วินิจฉัยด้วยกล้องตรวจ. วารสารกรมการแพทย์ 2529 เมษายน ; 11 (4) : 203-208
10. Silverstein FE, Gilbert DA, Tedesco FJ, Buenger NK, Persing J. The national ASGE survey on upper gastrointestinal bleeding. I. Study design and baseline data. Gastrointest Endosc 1981 May; 27 (2) : 73-79
11. พิณิจ กุลละวณิชย์, อุทัย เก้าเอี้ยน, สัจพันธ์ อิศรเสนา, สมหมาย วิไลรัตน์. การศึกษาผู้ป่วย 242 ราย ที่อาเจียนและหรือถ่ายเป็นเลือดในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2527 เมษายน ; 28 (4) : 385-396

12. เกียรติไกร อัครวงศ์. Gastrointestinal bleeding. วารสาร
กรมการแพทย์ 2519 ตุลาคม-ธันวาคม ; 1 (4) : 238-248
13. Juttijudata P, Atthapaisal C, Chiemchaisri C,
Chittinand S. The clinical study of upper
gastrointestinal bleeding. J Med Assoc Thai
1977 Mar; 60 (3) : 101-106
14. Storey DW, Bown SG, Swain CP, Salmon
PR, Kirkham JS, Northfield TC. Endoscopic
prediction of recurrent bleeding in peptic
ulcers. N Engl J Med 1981 Oct 15; 305
(16) : 915-916
15. Questions and answers Endoscopic management
of gastrointestinal tract hemorrhage. JAMA
1985 May 10; 253 (18) : 2732-2735
16. Fromm D. Endoscopic coagulation for gas-
trointestinal bleeding. N Eng J Med 1987
Jun 25; 316 (26) : 1652-1654
17. Johnston JH, Sones JQ, Long BW, Posey EL.
Comparison of heater probe and YAG
laser in endoscopic treatment of major
bleeding from peptic ulcers. Gastrointest
Endosc 1985 Jun; 31 (3) : 175-180
18. Goff JS. Bipolar electrocoagulation versus
Nd-YAG laser photocoagulation for upper
gastrointestinal bleeding lesions. Dig Dis Sci
1986 Sep; 31 (9) : 906-910