

กลุ่มอาการ เมลโลรี-ไวสส์

สุวิทย์ ศรีอัฐภาพร*

ชาญวิทย์ ตันต์พิพัฒน์** สมหมาย วิไลรัตน์***

Sriussadaporn S, Tanphiphat C, Wilairatana S. Mallory-Weiss syndrome. Chula Med J 1988 May; 32(5): 425-429

During the period of 1980-1984, 24 patients with Mallory-Weiss syndrome (MWS) were admitted at Chulalongkorn Hospital. MWS accounted for 1.8 per cent of all patients with acute upper gastrointestinal bleeding. There were 23 males and 1 female. The average age was 43 years. Ninety-five per cent of patients were heavy alcohol drinkers. Vomiting or retching prior to bleeding was found in only 37.5 per cent. Chronic dyspepsia and analgesic ingestion were found in 47.6 per cent and 65.0 per cent of patients respectively.

Endoscopy was performed in 21 patients, all of whom stopped bleeding from non-operative treatment. The other 3 patients who had not been endoscoped underwent emergency operation because of persistent bleeding. Suture of the mucosal tear stopped the bleeding, but 2 patients also had vagotomy and pyloroplasty. There was no mortality in this series.

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

Received for publication. February 25, 1988.

* แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

** ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

*** ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใน ค.ศ. 1929 Mallory และ Weiss ได้รายงานผู้ป่วย 4 รายที่เสียชีวิต เพราะเลือดออกจากระบบทางเดินอาหารส่วนต้น⁽¹⁾ ผู้ป่วยทุกรายมีประวัติดื่มเหล้าและอาเจียนก่อนเลือดออก การตรวจศพพบว่ามีแผลฉีกขาดของเยื่อบุผิวภายในลิ้นถึงชั้นกล้ามเนื้อบริเวณส่วนต่อของหลอดอาหารและกระเพาะ ต่อมาแผลฉีกขาดบริเวณนี้ได้รับชื่อว่า Mallory-Weiss Syndrome (MWS) ก่อน ค.ศ. 1966 เชื่อว่าโรคนี้พบได้น้อยมาก เพราะมีรายงานเพียงประมาณ 100 ราย^(2,3) แต่เมื่อมีการนิยมใช้ flexible endoscope สำหรับตรวจระบบทางเดินอาหารส่วนต้นจึงทำให้พบ MWS ได้บ่อยขึ้น อย่างไรก็ตามรายงานเกี่ยวกับ MWS ในประเทศไทยยังมีน้อย⁽⁶⁻¹⁰⁾ ผู้รายงานจึงได้ทำการศึกษาโรคนี้โดยเน้นถึงอุบัติการณ์ สาเหตุ การรักษาและผลของการรักษา โดยหวังว่าข้อมูลจะช่วยให้การวินิจฉัยและรักษา MWS มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ผู้ป่วยและวิธีการ

รายงานนี้เป็นการศึกษาย้อนหลังจากหน้าป้ายผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ด้วยปัญหาเลือดออกจากแผลฉีกขาดของเยื่อบุภายในบริเวณรอยต่อของหลอดอาหารและกระเพาะ ตั้งแต่ มกราคม 2523 ถึงธันวาคม 2527 การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาผู้ป่วยที่เลือดออกเฉียบพลันจากส่วนต้นของระบบทางเดินอาหาร การวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็น MWS ได้จากการส่องกล้องหรือจากการผ่าตัด

ผลการศึกษา

ในระยะเวลา 5 ปีของการศึกษามีผู้ป่วยที่เป็น MWS 24 รายงานจากผู้ป่วยที่เลือดออกจากระบบทางเดินอาหารทั้งหมด 1,338 ราย คิดเป็นอุบัติการณ์ร้อยละ 1.8 ผู้ป่วยเป็นชาย 23 ราย และหญิง 1 ราย อายุผู้ป่วยอยู่ระหว่าง 18 ถึง 71 ปี เฉลี่ย 43 ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุ 30-50 ปี (รูปที่ 1)

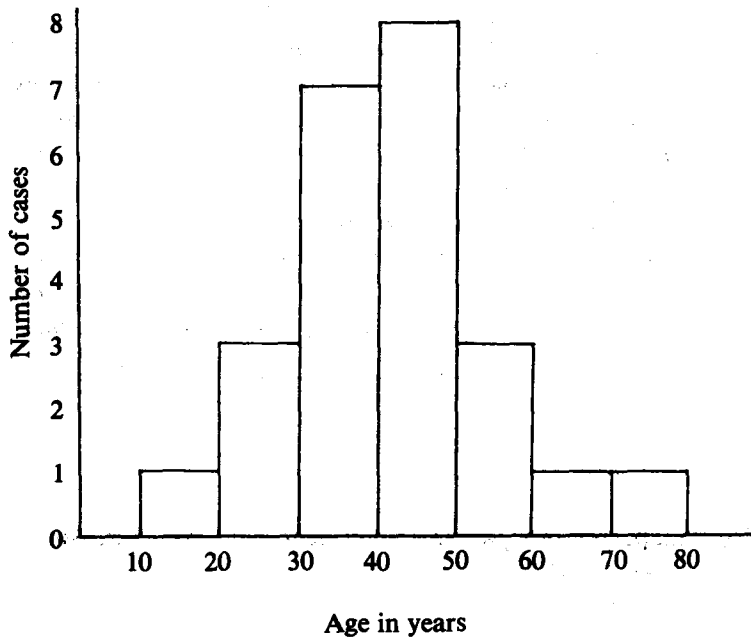


Figure 1 Age distribution.

ตารางที่ 1 สรุปประวัติสำคัญของผู้ป่วยก่อนที่จะมีเลือดออก อาการที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลได้แก่ อาเจียนเป็นเลือด 17 ราย ถ่ายอุจจาระดำ 1 ราย และทั้งอาเจียนเป็นเลือดและถ่ายดำอีก 6 ราย ช่วงเวลาที่เริ่มมีอาการจนถึงมารับการรักษาในโรงพยาบาลอยู่ระหว่าง 1 ถึง 120 ชั่วโมง เฉลี่ย 19 ชั่วโมง การวินิจฉัยได้จากการส่องกล้อง 21 ราย

และจากการผ่าตัด 3 ราย แผลฉีกขาดอยู่ที่ esophagogastric junction (EGJ) 23 ราย และที่ cardia 1 ราย ผู้ป่วย 9 ราย ได้รับการวินิจฉัยโรคภายใน 24 ชั่วโมงหลังรับเข้าโรงพยาบาล (ร้อยละ 37.5) 19 รายภายใน 48 ชั่วโมง (ร้อยละ 79.2) 22 รายภายใน 72 ชั่วโมง (ร้อยละ 91.7) และทั้ง 24 รายภายใน 96 ชั่วโมง

Table 1 Relevant history in 24 patients.

	Present	Absent	Unknown
Alcoholic intake	20	1	3
Vomiting or retching	9	15	-
Chronic dyspepsia	10	11	3
Analgesic ingestion	13	7	4

ในระยะแรกรับเข้าโรงพยาบาลผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ในฟูด้วยน้ำเกลือ และได้เลือดหรือพลาสมาตามความจำเป็นเลือดหยุดเองในผู้ป่วย 1 รายก่อนที่จะได้รับการรักษาขั้นต่อไปผู้ป่วยอีก 23 รายได้รับ nasogastric lavage ยาที่ผู้ป่วยได้

รับมีดนี้ antacid 3 ราย cimetidine 8 ราย และยาทั้งสองชนิดอีก 1 ราย จำนวนเลือดที่ผู้ป่วยได้รับมีตั้งแต่ 0 ถึง 11 หน่วย เฉลี่ย 3 หน่วย ผู้ป่วย 4 รายไม่ได้รับเลือดเลย จากการรักษาแบบประคับประคองพบว่าเลือดหยุดในผู้ป่วย 21 ราย ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้เลือดไปโดยเฉลี่ย 2.4 หน่วย ผู้ป่วย 3 รายได้รับการผ่าตัดฉุกเฉินเพราะเลือดไม่หยุด และได้รับเลือดไปก่อนผ่าตัดโดยเฉลี่ย 4.2 หน่วย ตารางที่ 2 แสดงรายละเอียดของผู้ป่วย 3 รายที่ได้รับการผ่าตัด ผู้ป่วย 1 รายเกิดแผลอักเสบเป็นหนองหลังผ่าตัดและต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลถึง 24 วัน ไม่พบว่ามีผู้ป่วยเสียชีวิตในรายงานนี้ ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล 2-24 วัน เฉลี่ย 6.4 วัน

Table 2 Details of surgical cases.

	Timing of operation (days after admission)	Preop. shock	Preop. transfusion (units)	Operative transfusion (units)	Intraop. shock	Operative procedure	Operative time (min)	Operative result
Patient 1	0	No	2	2	No	Suture TV + P *	195	Bleeding stopped
Patient 2	1	No	6	5	Yes	Suture TV + P *	150	Bleeding Stopped
Patient 3	1	No	5	5	Yes	Suture	120	Bleeding stopped

*Truncal vagotomy + pyloroplasty

วิจารณ์

อุบัติการณ์ของ MWS ในรายงานนี้คิดเป็นอัตราร้อยละ 1.8 ของผู้ป่วยที่เลือดออกจากส่วนต้นของระบบทางเดินอาหาร อัตรานี้ค่อนข้างต่ำเมื่อเทียบกับรายงานจากประเทศตะวันตกซึ่งมีอุบัติการณ์ร้อยละ 5-15⁽⁴⁻⁵⁾ ประเภทผู้ป่วยใกล้เคียงกับรายงานจากต่างประเทศคือส่วนมากเป็นชายและมีอายุ 40-50 ปี ข้อสำคัญในการวินิจฉัย MWS คือผู้ป่วยมีประวัติมีแผลจืดและมีการอาเจียนหรือขย้อน (retching) ก่อนมีอาการเลือดออก^(4,5) ผู้ป่วยในรายงานนี้มีประวัติมีแผลจืดถึงร้อยละ 95.2 แต่ได้ประวัติอาเจียนหรือขย้อนค่อนข้างน้อยโดยพบเพียงร้อยละ 37.5 ทั้งนี้คงเป็นเพราะแพทย์ผู้รับผู้ป่วยไม่ได้เน้นถามประวัติอาเจียนหรือขย้อนจากผู้ป่วย

ผู้ป่วยในรายงานนี้มีประวัติ chronic dyspepsia ร้อยละ 47.6 และประวัติกินยาแก้ปวดแก้ไ้ใช้ถึงร้อยละ 65 ประวัติทั้งสองนี้อาจทำให้แพทย์ผู้วินิจฉัยสงสัยโรคเป็ปติกหรือ acute mucosal lesions ดังนั้นการส่องกล้องจึงมีบทบาทสำคัญมากในการวินิจฉัย MWS จากสาเหตุอื่น ตำแหน่งของแผลฉีกขาดในรายงานนี้ใกล้เคียงกับรายงานอื่น คือพบ

บ่อยที่สุดบริเวณ EGJ และแผลฉีกขาดอาจมีมากกว่าหนึ่งแผล^(4,5) รายงานจากประเทศตะวันตกพบว่า MWS พบร่วมกับ hiatal hernia ได้ถึงร้อยละ 3-100 ของผู้ป่วย^(4,5,11-13) แต่รายงานนี้ไม่พบ hiatal hernia เลย ซึ่งอาจเป็นเพราะ hiatal hernia ในประเทศไทยพบน้อยมาก หรือแพทย์ผู้รักษาไม่ได้สังเกตหรือค้นหาภาวะดังกล่าวอย่างจริงจัง

การรักษาแบบประคับประคองทำให้เลือดหยุดได้ในผู้ป่วยร้อยละ 87.5 ซึ่งใกล้เคียงกับรายงานอื่น^(4,5) ศัลยกรรมฉุกเฉินจึงมีความจำเป็นเฉพาะในรายที่เลือดออกรุนแรงและไม่หยุด และในรายที่ยังไม่ทราบการวินิจฉัยโรค วิธีผ่าตัดสำหรับ MWS คือเปิดกระเพาะเพื่อสำรวจดูบาดแผลและเย็บซ่อมบริเวณที่ฉีกขาด^(4,5) สำหรับผู้ป่วย 2 รายในรายงานนี้ได้รับการทำ truncal vagotomy และ pyloroplasty ร่วมด้วย ซึ่งไม่ทราบเหตุผลที่แน่ชัด ผู้ป่วยบางราย (ประมาณ 1 ใน 3) อาจมีเลือดคั่งอยู่ในชั้น subserosa บริเวณ EGJ ด้าน lesser curvature ลักษณะนี้อาจช่วยในการวินิจฉัย MWS เมื่อเปิดท้องเข้าไปแล้ว⁽⁴⁾

รายงานนี้ไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิตเลยเมื่อเทียบกับรายงานอื่นซึ่งมีอัตราการตายร้อยละ 1-7^(4,5,11,12) ผู้ป่วยส่วนมากเสียชีวิตจากโรคแทรกซ้อนหรือโรคที่เป็นอยู่เดิม อย่างไรก็ตามการส่องกล้องวินิจฉัยในรายงานนี้ยังค่อนข้างล่าช้า เพียงร้อยละ 37.5 ของผู้ป่วยได้รับการส่องกล้องภายใน 24 ชั่วโมงหลังรับเข้าโรงพยาบาล ถ้าการส่องกล้องทำได้รวดเร็วขึ้นแผนการรักษาในผู้ป่วย 3 รายที่ได้รับการผ่าตัดฉุกเฉินอาจเปลี่ยนแปลงไปได้ เช่น ผู้ป่วยที่ได้รับเลือดก่อนผ่าตัดไปเพียง 2 หน่วยอาจไม่จำเป็นต้องผ่าตัดถ้าให้การรักษาประคับประคองต่อไปได้สำเร็จ ในปัจจุบันมีรายงานการห้ามเลือดโดยไม่ต้องผ่าตัดอยู่หลายวิธี เช่น balloon tamponade,⁽¹³⁾ transcatheter embolization,^(14,15) endoscopic electrocoagulation^(16,17) และ systemic หรือ intraarterial infusion of vasopressin^(15,16) ฉะนั้นในอนาคตถ้าวินิจฉัยได้ว่าผู้ป่วยเป็น MWS บทบาท

ของศัลยกรรมในการห้ามเลือดคงจะลดน้อยลงไปอีก

สรุป

ผู้ป่วยด้วย Mallory-Weiss syndrome 24 รายได้เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ในปี 2523-2527 คิดเป็นอุบัติการณ์ร้อยละ 1.8 ของปัญหาเลือดออกเฉียบพลันจากส่วนต้นของระบบทางเดินอาหารทั้งหมด ผู้ป่วยเป็นชาย 23 รายและหญิง 1 ราย อายุเฉลี่ย 43 ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีประวัติดื่มเหล้าจัด แต่มีประวัติของการอาเจียนหรือขย้อนก่อนเลือดออกเพียงร้อยละ 37.5 ผลฉีกขาดส่วนมากอยู่บริเวณรอยต่อของหลอดอาหารและกระเพาะ การรักษาแบบประคับประคองได้ผลสำเร็จในผู้ป่วย 21 ราย อีก 3 รายได้รับการผ่าตัดฉุกเฉินเพราะเลือดออกไม่หยุดและไม่ได้รับการส่องกล้องวินิจฉัยก่อนผ่าตัด ไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิตในรายงานนี้

อ้างอิง

- Mallory GK, Weiss S. Hemorrhages from lacerations of cardiac orifice of the stomach due to vomiting. *Am J Med Sci* 1929 Oct; 178(4): 506-515
- Homes KD. Mallory-Weiss syndrome: review of 20 cases and literature review. *Ann Surg* 1966 Nov; 164(5): 810-820
- Dagradi AE, Broderick JT, Juler G, Wolinsky S, Stempien SJ. The Mallory-Weiss syndrome and lesion: a study of 30 cases. *Am J Dig Dis* 1966 Sep; 11(9): 710-721
- Sugawa C, Benishek D, Walt AJ. Mallory-Weiss syndrome: a study of 224 patients. *Am J Surg* 1983 Jan; 145(1): 30-33
- Knaver CM. Mallory-Weiss syndrome: characterization of 75 Mallory-Weiss lacerations in 528 patients with upper gastrointestinal hemorrhage. *Gastroenterology* 1976 Jul; 71(1): 5-8
- เกรียงไกร อัครวงศ์. Gastrointestinal bleeding. *วารสารกรมการแพทย์* 2519 ธันวาคม; 1(4): 238-248
- 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
- กิตติยา อุ่นสุวรรณ, ชูชาติ สมานโสคติวงศ์, เต็มชัย ไชยพันธุ์, บุญ วานลิน. เลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบน การศึกษาผู้ป่วยในห้องพักรักษา ตึกผู้ป่วยนอกสารศิริราช 2521 ธันวาคม; 30(12): 2103-2118
- พินิจ กุลละวณิชย์, อุทัย แก้วเอี่ยม, สัจพันธ์ อิศรเสนา, สมหมาย วิไลรัตน์. การศึกษาผู้ป่วย 242 รายที่อาเจียน และหรือถ่ายเป็นเลือดในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร* 2527 เมษายน; 28(4): 385-396
- ธนวัฒน์ สิงคาลวณิช. การตกเลือดจากทางเดินอาหารส่วนต้นในโรงพยาบาลชลบุรี: วินิจฉัยด้วยกล้องตรวจ. *วารสารกรมการแพทย์* 2529 เมษายน; 11(4): 203-208
- Pyper PC, Collins JSA, Beverland DE, Brotherston TM, Parks TG. The Mallory-Weiss syndrome: a clinical review and follow up. *J Roy Coll Surg Edin* 1985 Jun; 30(3): 177-180
- Bubrick MP, Lundeen JW, Onstad GR, Hitchcock CR. Mallory-Weiss syndrome: analysis of fifty-nine cases. *Surgery* 1980 Sep; 88(3): 400-405
- Welch GH, McArdle CS, Anderson JR. Balloon tamponade for the control of Mallory-Weiss hemorrhage in patients with coagulation defects. *Br J Surg* 1987 Jul; 74(7): 610-611
- Carsen GM, Casarella WJ, Spiegel RM. Transcatheter embolization for treatment of Mallory Weiss tears of the esophagogastric junction. *Radiology* 1978 Aug; 128(2): 309-313
- Fisher RG, Schwartz JT, Graham DY. Angiotherapy with Mallory-Weiss tear. *AJR* 1980 Apr; 134(3): 679-684

16. Graham DY, Schwartz JT. The spectrum of the Mallory-Weiss tear. *Medicine* 1978 Jul; 57(4): 307-318
17. Sugawa C, Shier M, Lucas CE, Walt AJ. Electrocoagulation of bleeding in the upper part of the gastrointestinal tract: a preliminary experimental clinical report. *Arch Surg* 1975 Aug; 110(8): 975-979
18. Clark RA. Intraarterial vasopressin infusion for treatment of Mallory-Weiss tears of the esophagogastric junction. *AJR* 1979 Sep; 133(3): 449-451