

ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบนจากการส่องตรวจด้วยกล้อง 972 ราย ที่โรงพยาบาลมหาราชานครราชสีมา ปี พ.ศ. 2540-2541

สมชาย เหลืองจาร์ พ.บ., วท.ม.*, ชวนพิศ สุทธินนท์ พ.บ.*,
สุนทร ชินประสาทศักดิ์ พ.บ.*, สุนทร ไทยสมักร พ.บ.*

บทคัดย่อ

บทนำ: ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบนเป็นปัญหาที่พบบ่อยในโรงพยาบาลมหาราชานครราชสีมา และเป็นภาวะฉุกเฉินเนื่องจากอาจมีอันตรายถึงชีวิตหากได้รับการดูแลรักษาไม่ทันที่ การส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนบนถือเป็นการตรวจเพื่อวินิจฉัยหาสาเหตุ รวมทั้งช่วยในการรักษาได้ด้วย **วัตถุประสงค์:** เพื่อรายงานถึงลักษณะผู้ป่วย ผลการส่องกล้องตรวจและการรักษาผ่านกล้องส่องตรวจในภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบน **ผู้ป่วย และวิธีการ:** ศึกษาย้อนหลังข้อมูลผู้ป่วยที่โรงพยาบาลมหาราชานครราชสีมา ปี พ.ศ. 2540-2541 ในผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนบน ด้วยข้อบ่งชี้เนื่องจากภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบน **ผลการศึกษา:** มีผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนบน ด้วยข้อบ่งชี้ดังกล่าว จำนวน 972 ราย เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงในอัตราส่วน 2.4 : 1 และมักพบในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป ผู้ป่วยส่วนใหญ่มาด้วยอาการอาเจียนเป็นเลือดและถ่ายดำ โดยมีปัจจัยเสี่ยงร้อยละ 40.3 และปัจจัยเสี่ยง 3 ลำดับแรกได้แก่ การดื่มสุรา การรับประทานยาต้านการอักเสบ (nonsteroidal anti-inflammatory drugs, NSAIDs) และการดื่มสุราร่วมกับการรับประทานยาต้านการอักเสบ คิดเป็นร้อยละ 22.7, 6.2 และ 4.6 ตามลำดับ ในระยะแรกผู้ป่วยส่วนใหญ่มีปัญหาโลหิตจางเนื่องจากการเสียเลือดปริมาณมาก จากการส่องกล้องตรวจพบว่าสาเหตุของภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบนที่พบบ่อย 3 ลำดับแรก ได้แก่ แผลในกระเพาะอาหาร กระเพาะอาหารอักเสบ และการแตกของเส้นเลือดขอดในหลอดอาหาร โดยพบร้อยละ 32.9, 31.5 และ 16.2 ตามลำดับ ในกรณีที่ไม่สามารถสรุปได้ว่าเลือดออกจากสาเหตุใด พบเพียงร้อยละ 5.7 แผลในกระเพาะอาหารที่พบมีจำนวนเฉลี่ย 1.5 ± 1.0 แผล ขนาดเฉลี่ยของแผล 2.1 ± 1.8 เซนติเมตร ส่วนใหญ่เป็นแผลสะอาด (clean base) ร้อยละ 79.9 ตำแหน่งของแผลที่พบส่วนใหญ่บริเวณ antrum (พบบ่อยที่ prepylorus) และ body (พบบ่อยที่ lesser curve) โดยพบได้ร้อยละ 42.3 และ 36.6 ตามลำดับ การแตกของเส้นเลือดขอดในหลอดอาหารพบในสัดส่วนที่สูงเมื่อเทียบกับรายงานอื่น แผลในลำไส้เล็กพบได้น้อยโดยมีจำนวนเฉลี่ย 1.1 ± 0.4 แผล ขนาดเฉลี่ยของแผล 1.4 ± 0.8 เซนติเมตร ส่วนใหญ่เป็นแผลสะอาด ร้อยละ 77.2 ตำแหน่งของแผลที่พบทั้งหมดอยู่ในลำไส้เล็กดูโอดินัมส่วนแรก **สรุป:** การส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนบนเป็นการตรวจที่จำเป็นในการหาสาเหตุของผู้ป่วยที่มาด้วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบน

ABSTRACT: Endoscopic Findings in 972 Cases of Upper GI Bleeding at Maharat Nakhon Ratchasima Hospital in 1997-1998

Somchai Luangjaru, M.D., M.Sc., Chuanpit Suttinont, M.D., Soontorn Chinprasatsak, M.D., Sunthorn Thaisamagr, M.D.

Department of Medicine, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital, Nakhon Ratchasima, 30000

Nakhon Ratch Med Bull 2002;26:91-7.

Introduction: Upper gastrointestinal (GI) bleeding is one of the most common problems in Maharat Nakhon Ratchasima hospital. It is considered emergent and life threatening. Upper GI endoscopy is the mainstay for diagnosis and treatment.

Objective: To report the characteristics of patients, causes and therapeutic endoscopic treatment of upper GI bleeding at Maharat Nakhon Ratchasima hospital in 1997-1998.

Patients and Methods: The patients recruited in this retrospective study were investigated with upper GI endoscopy because of upper GI bleeding.

Results: There were 972 patients, male:female 2.4:1. Most of them were fifty years old or older. The main presenting symptoms were hematemesis and melena. Associated risk factors included alcoholic drinking and nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) uses. Initially, most patients had anemia due to severe blood loss. The main endoscopic findings were gastric ulcer (GU), gastritis and ruptured esophageal varices (32.9, 31.5 and 16.2 percent, respectively). Unidentified cause was 5.7 percent. The characteristics of gastric ulcer were as follows; number of ulcers 1.5 ± 1 , diameter 2.1 ± 1.8 cm, clean base 79.9 percent. The main sites were at antrum (especially prepylorus) and body (especially lesser curve) 42.3 and 36.6 percent respectively. The rupture of esophageal varices was more commonly found as compared to other previous studies. The less common finding was duodenal ulcer (DU) of which the characteristics were as follows; number of ulcer 1.1 ± 0.4 , diameter 1.4 ± 0.8 cm, clean base 77.2 percent. Most of DU were found in the first part of duodenum.

Conclusions: Upper GI endoscopy is the necessary method for identification the causes of upper GI bleeding.

ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบนเป็นปัญหาที่พบบ่อยและเป็นภาวะฉุกเฉินเนื่องจากอาจมีอันตรายถึงชีวิตหากได้รับการดูแลรักษาไม่ทันท่วงที การดูแลรักษาผู้ป่วยให้ได้ผลดีจะต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป แพทย์ระบบทางเดินอาหาร ศัลยแพทย์และรังสีแพทย์ ในปัจจุบันมีวิวัฒนาการเทคโนโลยีทางด้านการวินิจฉัยและการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นอย่างมาก โดยเฉพาะการส่องกล้องตรวจและ

การรักษาผ่านกล้องส่องตรวจ แต่อัตราตายยังคงค่อนข้างสูง คือ ประมาณร้อยละ 5-10 ของผู้ป่วย ที่เป็นเช่นนี้เพราะผู้ป่วยที่เสียชีวิตส่วนใหญ่จะมีปัจจัยอื่นร่วมด้วย เช่น อายุมาก มีโรคทางหัวใจและหลอดเลือด หรือโรคทางกายอย่างอื่น ฉะนั้นการดูแลรักษาภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบน จะต้องระมัดระวังดูแลรักษาและป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น ซึ่งเป็นสาเหตุและนำไปสู่การเสียชีวิตได้⁽¹⁻³⁾ รวมทั้งควรได้รับ

การส่องกล้องตรวจหาสาเหตุและรักษาผ่านกล้องส่องตรวจให้เร็วที่สุด⁽⁴⁶⁾

โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาเป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาดใหญ่และปัจจุบันเป็นโรงเรียนแพทย์ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีจำนวนเตียงรวมทั้งหมด 1,072 เตียง ให้บริการผู้ป่วยในเขตจังหวัดนครราชสีมา และผู้ป่วยที่ส่งมารับการรักษาต่อจากจังหวัดใกล้เคียง กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ได้เริ่มเปิดให้บริการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนบนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2518 เป็นต้นมา ในแต่ละปีมีผู้มารับบริการส่องกล้องตรวจและรักษาโรคทางเดินอาหารส่วนบนเป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มาด้วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบน รายงานนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรายงานลักษณะของผู้ป่วย ผลการส่องกล้องตรวจและการรักษาผ่านกล้องส่องตรวจในภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบน ที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ระหว่างเดือนมกราคม 2540 ถึงธันวาคม 2541

ผู้ป่วยและวิธีการ

เป็นการศึกษาข้อมูลผู้ป่วยย้อนหลังจากแฟ้มประวัติและใบรายงานผลการส่องกล้องตรวจของผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบน ของกลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ระหว่างเดือนมกราคม 2540 ถึงธันวาคม 2541 โดยผู้ป่วยทุกรายได้รับการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนบนภายใน 72 ชั่วโมงหลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

การส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนบน ทำภายใต้การให้ยาชาเฉพาะที่ และใช้กล้องส่องตรวจกระเพาะอาหารชนิดวิดีโอทัศน Olympus[®] และบันทึกผลการตรวจที่พบในใบรายงานผลการส่องกล้องตรวจ โดยลักษณะที่พบจากการส่องกล้องตรวจที่ใช้บ่งชี้ว่าน่าจะเป็นสาเหตุ

ทำให้เกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบน⁽⁷⁻⁸⁾ ได้แก่ หลอดอาหารอักเสบร่วมกับมีแผลหรือ erosion เส้นเลือดขอดในหลอดอาหารที่มีขนาดใหญ่ และ/หรือพบมีลักษณะบ่งชี้ว่าเพิ่งมีเลือดออก (red color sign) การฉีกขาดของหลอดอาหารส่วนปลาย (Mallory-Weiss tear) กระเพาะอาหารอักเสบและเห็นจุดเลือดออก (hemorrhagic gastritis) gastric erosion มากกว่าหรือเท่ากับ 6 แผลขึ้นไป แผลในกระเพาะอาหาร เนื่องจากในกระเพาะอาหารร่วมกับแผล duodenal erosion มากกว่าหรือเท่ากับ 6 แผลขึ้นไป แผลในลำไส้เล็ก

ผลการศึกษา

ระหว่างเดือนมกราคม 2540 ถึงธันวาคม 2541 มีผู้ป่วยรับไว้รักษาในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เนื่องจากภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบน จำนวน 1,168 รายและได้รับการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนบนทั้งหมด 972 ราย (ร้อยละ 83.2) เป็นเพศชาย 685 ราย และเพศหญิง 287 ราย คิดเป็นอัตราส่วน 2.4 : 1 อายุเฉลี่ย 54.9 ± 15.3 ปี พิสัยของอายุ 15-95 ปี อาการนำได้แก่อาเจียนเป็นเลือด (hematemesis) อาเจียนเป็นเลือดร่วมกับถ่ายดำ (melena) ถ่ายดำ และถ่ายเป็นเลือด (hematochezia) ร้อยละ 39.1, 28.0, 21.1 และ 3.4 ตามลำดับ (ตารางที่ 1) ผู้ป่วยร้อยละ 40.3 มีปัจจัยเสี่ยงได้แก่การดื่มสุรา การใช้ยาต้านการอักเสบ (nonsteroidal anti-inflammatory drugs, NSAIDs) การดื่มสุราร่วมกับการใช้ยาต้านการอักเสบ ประวัติเป็นโรคตับแข็ง การใช้ยาชุดหรือยา steroid การดื่มสุราร่วมกับการใช้ยาชุดหรือยา steroid ร้อยละ 22.7, 6.2, 4.6, 2.9, 2.4 และ 0.2 ตามลำดับ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 68.3) มีปัญหาโลหิตจางในขณะแรกรับ โดยมีระดับความเข้มข้นเลือด (hematocrit) แรกรับเฉลี่ย 24.4 ± 6.8 vol% พิสัยของความเข้มข้นเลือด 6-48 vol% (ตารางที่ 1)

ผลการส่องกล้องตรวจพบว่า gastric content เป็น

ตารางที่ 1 ลักษณะของผู้ป่วยที่มาด้วยปัญหาเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบน (n = 972)

เพศชาย : เพศหญิง	2.4 : 1
อายุ (ปี) (mean±SD) (range)	54.9±15.3 (15-95)
อาการนำ (ร้อยละ)	
Hematemesis	39.1
Hematemesis and melena	28.0
Melena	21.1
Hematochezia	3.4
Hematemesis and hematochezia	2.9
Hematochezia and melena	0.6
Hematemesis and melena and hematochezia	0.2
ปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบน (ร้อยละ)	
การดื่มสุรา	22.7
การใช้ยา NSAIDs	6.2
การดื่มสุราร่วมกับการใช้ยา NSAIDs	4.6
ประวัติโรคตับแข็ง	2.9
การใช้ยาซูดหรือยา steroid	2.4
การดื่มสุราร่วมกับการใช้ยาซูดหรือยา steroid	1.0
การใช้ยา NSAIDs ร่วมกับการใช้ยาซูดหรือยา steroid	0.2
ไม่มีปัจจัยเสี่ยง	59.7
ปัญหาโลหิตจางที่พบในช่วงแรกรับ (ร้อยละ)	68.3
ระดับความเข้มข้นของเลือดในช่วงแรกรับ	24.4±6.8 (6-48)
(initial hematocrit) (vol%) (mean±SD) (range)	

น้ำย่อยอาหารปกติ ก้อนเลือด coffee ground และเศษอาหาร ร้อยละ 91.5, 7.1, 1.4 และ 0.1 ตามลำดับ สาเหตุของเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบนเกิดจากแผลในกระเพาะอาหาร กระเพาะอาหารอักเสบ การแตกของเส้นเลือดขอดในหลอดอาหาร แผลในลำไส้เล็ก ลำไส้เล็กอักเสบ การฉีกขาดของหลอดอาหารส่วนปลาย (Mallory-Weiss tear) และมะเร็งกระเพาะอาหาร ร้อยละ 32.9, 31.5, 16.2, 5.6, 5.5, 2.5 และ 0.1 ตามลำดับ และไม่สามารถสรุปได้ว่าเลือดออกจากสาเหตุใดร้อยละ 5.7 (ตารางที่ 2)

แผลในกระเพาะอาหารที่พบมีจำนวนเฉลี่ย

1.5±1.0 แผล พิสัย 1-8 แผล ขนาดเฉลี่ยของแผล 2.1±1.8 เซนติเมตร พิสัย 0.3-15 เซนติเมตร แผลในกระเพาะอาหารส่วนใหญ่เป็นแผลสะอาด (clean base) ร้อยละ 79.9 แผลที่มีลักษณะร่องรอยของการมีเลือดออกที่มีโอกาสเลือดออกซ้ำสูง non-bleeding visible vessel, active oozing, arterial spurting ร้อยละ 1.2, 5.0 และ 1.5 ตามลำดับ ตำแหน่งของแผลที่พบส่วน body พบได้ร้อยละ 36.6 โดยเฉพาะในส่วน lesser curve และส่วน antrum ร้อยละ 42.3 โดยเฉพาะในส่วน prepylorus (ตารางที่ 3) แผลในลำไส้เล็กที่พบมีจำนวนเฉลี่ย 1.1±0.4 แผล พิสัย 1-3 แผล ขนาดเฉลี่ยของแผล 1.4±0.8 เซนติเมตร พิสัย 0.3-

ตารางที่ 2 ผลการส่องกล้องตรวจผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบน (n = 972)

	ร้อยละ
Gastric content	
Clear	91.5
Fresh blood or blood clot	7.1
Coffee ground	1.4
Food content	0.1
สาเหตุของเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบน	
Gastric ulcer	32.9
Gastritis	31.5
Esophageal varices	16.2
Duodenal ulcer	5.6
Duodenitis and erosion	5.5
Mallory-Weiss tear	2.5
Malignancy of stomach	0.1
No source identified	5.7

4 เซนติเมตร แผลในลำไส้เล็กส่วนใหญ่เป็นแผลสะอาด (clean base) ร้อยละ 77.2 แผลที่มีลักษณะร่องรอยของการมีเลือดออกที่มีโอกาสเลือดออกซ้ำสูง non-bleeding

ตารางที่ 3 ลักษณะของแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็ก

	แผลในกระเพาะอาหาร (n = 320)	แผลในลำไส้เล็ก (n = 54)
จำนวนแผลที่พบ (mean±SD) (range)	1.5±1.0(1-8)	1.1±0.4(1-3)
ขนาดเฉลี่ยของแผลที่พบ (ชม.) (mean±SD) (range)	2.1±1.8(0.3-15)	1.4±0.8(0.3-4)
ตำแหน่งของแผล (ร้อยละ)	antrum (42.3), body (36.6)	first part duodenum (100)
ลักษณะแผล (ร้อยละ)		
Clean base	79.9	77.2
Flat pigmented spot	4.3	7.9
Adherent clot	7.7	7.9
Non-bleeding visible vessel	1.2	1.0
Active oozing	5.0	5.9
Spurting	1.5	0.1

ตารางที่ 4 การรักษาผ่านทางกล้องส่องตรวจ

	จำนวน (ร้อยละ)
จำนวนผู้ป่วย วิธีการรักษา	37 (3.8)
Adrenaline injection	16 (43.2)
Aethoxysclerol injection	7 (18.9)
Alcohol injection	4 (10.8)
Aethoxysclerol plus alcohol injection	1 (2.7)
Endoscopic variceal sclerotherapy (EVS)	9 (24.3)

visible vessel, active oozing ร้อยละ 1.0 และ 5.9 ตามลำดับ ตำแหน่งของแผลที่พบทั้งหมดอยู่ในลำไส้เล็ก ดูโอดีนัมส่วนที่ 1 (ตารางที่ 3)

ผู้ป่วยได้รับการรักษาผ่านกล้องส่องตรวจ (therapeutic endoscopy) 37 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.8 ซึ่งแบ่งเป็นการฉีด adrenaline การฉีด aethoxysclerol ในเส้นเลือดซอดที่หลอดเลือดอาหาร (endoscopic variceal sclerotherapy, EVS) การฉีด absolute alcohol และการฉีดทั้ง aethoxysclerol ร่วมกับ absolute alcohol ร้อยละ 43.2, 24.3, 18.9, 10.8 และ 2.7 ตามลำดับ (ตารางที่ 4)

วิจารณ์

การศึกษานี้เป็นการศึกษาย้อนหลังระหว่างปี พ.ศ. 2540-2541 มีผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องตรวจเนื่องจากภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบน 972 ราย คิดเป็นร้อยละ 83.2 ของผู้ป่วยเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบนทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 70.5 และอายุค่อนข้างมาก (อายุเฉลี่ย 54.9 ± 15.3 ปี) ซึ่งคล้ายกับข้อมูลจากการศึกษาของกลุ่มวิจัยโรคกระเพาะอาหาร สมาคมแพทย์โรคระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย⁽⁹⁾ อาการนำที่พบส่วนใหญ่ได้แก่ อาเจียนเป็นเลือด (hematemesis) และ/หรือถ่ายดำ (melena) โดยมีปัจจัยเสี่ยงร้อยละ 40.3 ได้แก่ มีประวัติการดื่มสุราร้อยละ 22.7 ประวัติการใช้ยา NSAIDs ร้อยละ 6.2 ประวัติการดื่มสุราร่วมกับการใช้ยา NSAIDs ร้อยละ 4.6 ประวัติโรคตับแข็ง ร้อยละ 2.9 และประวัติการใช้ยาชุดหรือยา steroid เพียงร้อยละ 2.4 ปัจจัยเสี่ยงจากการใช้ยา NSAIDs ต่ำกว่าที่พบในการศึกษาของกลุ่มวิจัยโรคกระเพาะอาหาร สมาคมแพทย์โรคระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย อาจเนื่องมาจากการศึกษานี้เป็นการศึกษาย้อนหลังทำให้ได้ข้อมูลไม่ครบถ้วน ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีปัญหาโลหิตจางขณะแรกรับ และมีระดับความเข้มข้นเลือดต่ำชัดเจน โดยมีค่าเฉลี่ย 24.4 ± 6.8 vol%

สาเหตุของปัญหาเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบนเกิดจากแผลในกระเพาะอาหารและกระเพาะอาหารอักเสบเป็นหลัก ซึ่งคล้ายกับข้อมูลของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาที่ พ.ญ.ชวนพิศ ธรรมานิชานนท์ และคณะ ทำการศึกษาไว้เมื่อปี พ.ศ. 2525⁽¹⁰⁾ สาเหตุจากเส้นเลือดขอดในหลอดอาหารแตกพบร้อยละ 16.2 สูงกว่าข้อมูลของปี พ.ศ. 2525 ซึ่งพบเพียงร้อยละ 6.41 และสูงกว่าข้อมูลของ น.พ.วรพันธุ์ เสาวรส และคณะ จากโรงพยาบาลตำรวจ ในปี พ.ศ. 2516-2535⁽¹¹⁾ ซึ่งพบเพียงร้อยละ 8.2 ซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ว่าที่โรงพยาบาลมหารา

ชนครราชสีมาพบปัญหาผู้ป่วยด้วยระดับแข็งมากขึ้น สาเหตุจากแผลในลำไส้เล็กพบร้อยละ 5.6 ซึ่งต่ำกว่าข้อมูลในปี พ.ศ. 2525 ที่พบถึงร้อยละ 17 อาจเนื่องจากการพัฒนาด้านยาที่ใช้รักษาแผลในทางเดินอาหารส่วนบนมีประสิทธิภาพดีขึ้นและเริ่มมีการรักษาการติดเชื้อ *Helicobacter pylori* แล้ว ส่วนกรณีที่ไม่สามารถสรุปสาเหตุของเลือดออกหลังการส่องตรวจ พบเพียงร้อยละ 5.7 ซึ่งเป็นระดับที่ต่ำเมื่อเทียบกับข้อมูลในปี พ.ศ. 2525 ซึ่งพบสูงถึงร้อยละ 17.6 อาจเนื่องมาจากการพัฒนาเครื่องมือและอุปกรณ์ส่องตรวจของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา โดยในปี พ.ศ. 2525 มีเพียงกล้อง fiberoptic gastroscope แต่ในปัจจุบันเป็นกล้อง VDO gastroscope รวมทั้งจำนวนแพทย์ที่เพิ่มขึ้นทำให้สามารถส่องตรวจผู้ป่วยได้รวดเร็วขึ้น และสามารถตรวจพบรอยโรคซึ่งอาจหายได้รวดเร็วภายใน 24-48 ชั่วโมง หลังการให้ยารักษา แผลที่พบในกระเพาะอาหาร จะมีจำนวนและขนาดที่ใหญ่กว่าแผลที่พบในลำไส้เล็ก รวมทั้งร่องรอยการเกิดเลือดออกยังพบในสัดส่วนที่สูงกว่า ซึ่งจะมีผลทำให้อัตราการเกิดเลือดออกซ้ำสูงและภาวะแทรกซ้อนอาจเกิดได้มากกว่า ซึ่งคงต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป ตำแหน่งของแผลทั้งในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กพบคล้ายกับการศึกษาอื่น ๆ จากการศึกษาที่มีผู้ป่วยได้รับการรักษาผ่านกล้องส่องตรวจ (therapeutic endoscopy) เพียง 37 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.8 เนื่องจากแผลในกระเพาะอาหารหรือลำไส้เล็กที่พบที่มีข้อบ่งชี้ในการรักษาน้อยและขาดอุปกรณ์ประกอบการรักษาเส้นเลือดขอดในหลอดอาหารผ่านกล้องส่องตรวจ ซึ่งในอนาคตเมื่อมีการพัฒนาในเครื่องมือและอุปกรณ์ต่าง ๆ มากขึ้น อัตราการรักษาผ่านกล้องส่องตรวจน่าจะเพิ่มขึ้นและยังเป็นการลดอัตราการทำตัดคลังด้วย

สรุป

ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบนเป็น

ปัญหาที่พบได้บ่อยในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ผู้ป่วยเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงในอัตราส่วน 2.4 : 1 และมักพบในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 50 ปี ขึ้นไปส่วนใหญ่ ผู้ป่วยมาด้วยอาการอาเจียนเป็นเลือดและ/หรือถ่ายดำ โดยมีปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การดื่มสุรา และการรับประทาน ยาดับการอักเสบ (NSAIDs) ในระยะแรกของผู้ป่วยมี ปัญหาโลหิตจางเนื่องจากการเสียเลือดปริมาณมาก สาเหตุของภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบนที่ พบบ่อย 3 ลำดับแรก ได้แก่ แผลในกระเพาะอาหาร กระ เพาะอาหารอักเสบ และการแตกของเส้นเลือดขอดใน หลอดอาหาร ตามลำดับ โดยที่การแตกของเส้นเลือด ขอดในหลอดอาหารพบในสัดส่วนที่สูงกว่าการศึกษา อื่น ๆ และผู้ป่วยที่ไม่สามารถสรุปได้ว่าเลือดออกจาก สาเหตุใดพบเพียงร้อยละ 5.7 ดังนั้นการส่องกล้องตรวจ ทางเดินอาหารส่วนบนเป็นการตรวจที่จำเป็นในการหา สาเหตุของผู้ป่วยที่มาด้วยปัญหาเลือดออกในทางเดิน อาหารส่วนบน

เอกสารอ้างอิง

- Laine L. Acute and chronic gastrointestinal bleeding. In: Feldman M, Scharschmidt BF, Sleisenger MH, editors. Sleisenger & Fordtran's gastrointestinal and liver disease, pathophysiology/diagnosis/management. 6th ed. Philadelphia: WB Saunders; 1998. p. 198-219.
- Laine L. Gastrointestinal bleeding. In: Braunwald E, Hauser SL, Fauci AS, et al, editors. Harrison's principle of internal medicine. 15th ed. New York: McGraw-Hill; 2001. p.252-4.
- Elta GH. Approach to the patient with gross gastrointestinal bleeding. In: Yamada T, Alpers DH, Laine L, et al, editors. Textbook of gastroenterology. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 1999. p. 714-43.
- Jiraneck GC, Kozarek RA. A cost-effective approach to the patient with peptic ulcer bleeding. Surg Clin North Am 1996;76:83-103.
- Lee JG, Turnipseed S, Romano PS, et al. Endoscopy-based triage significantly reduces hospitalization rates and costs of treating upper GI bleeding: a randomized controlled trial. Gastrointest Endosc 1999;50:755-61.
- Zuccaro GJ. Bleeding peptic ulcer: pathogenesis and endoscopic therapy. Gastroenterol Clin North Am 1993;22:737-50.
- Sharara AI, Rockey DC. Gastroesophageal variceal hemorrhage. N Engl J Med 2001;345:669-80.
- Freeman ML. Stigmata of hemorrhage in bleeding ulcers. Gastrointest Endosc Clin North Am 1997;7:559-74.
- กลุ่มวิจัยโรคกระเพาะอาหาร สมาคมแพทย์โรคระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย. สาเหตุของภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบนของประเทศไทย (รอดิพิมพ์).
- ชวนพิศ ธรรมาณิชานนท์, สุนทร ไทยสมัคร. การตกเลือดในระบบทางเดินอาหารส่วนบนในร.พ.มหาราชนครราชสีมา. เวชสาร โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา 2527;8:109-20.
- Saowaros V, Udayachalerm W, Wee-Sakul B, Tienpaitoon V. Causes of upper gastrointestinal bleeding in Thai patients: review of 5,000 upper gastrointestinal endoscopy. J Med Assoc Thai 1994;77:561-5.