

4-1-1984

การศึกษาผู้ป่วย 242 รายที่อาเจียนและหรือถ่ายเป็นเลือดในโรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์

พินิจ กุลละวณิชย์

อุทัย เก้าเอี้ยน

สังข์พันธ์ อิศรเสนาฯ

สมหมาย วิไลรัตน์

Follow this and additional works at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjjournal>



Part of the [Medicine and Health Sciences Commons](#)

Recommended Citation

กุลละวณิชย์, พินิจ; เก้าเอี้ยน, อุทัย; อิศรเสนาฯ, สังข์พันธ์; and วิไลรัตน์, สมหมาย (1984) "การศึกษาผู้ป่วย 242 รายที่อาเจียนและหรือถ่ายเป็นเลือดในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์," *Chulalongkorn Medical Journal*: Vol. 28: Iss. 4, Article 5.

Available at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjjournal/vol28/iss4/5>

This Article is brought to you for free and open access by the Chulalongkorn Journal Online (CUJO) at Chula Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Chulalongkorn Medical Journal by an authorized editor of Chula Digital Collections. For more information, please contact ChulaDC@car.chula.ac.th.

การศึกษาผู้ป่วย 242 รายที่อาเจียนและหรือถ่าย เป็นเลือดในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

พินิจ กุลละวณิชย์* อุทัย เก้าเอียน**
สัจพันธ์ อิศรเสนาฯ* สมหมาย วิไลรัตน์***

Kullavanijaya P, Kao-ian U, Israsena S, Wilairat S. Prospective study of 242 cases of upper gastrointestinal bleeding in Chulalongkorn Hospital. Chula Med J 1984 Apr : 28 (4) : 385-396

242 cases of upper gastrointestinal haemorrhage were studied prospectively in a 6 months period from 1st October 1979-31st March 1980, an average of 40.5 cases per month. Of these only 171 cases were admitted, the rest was not because they were quite well or because there was no bed available. Of 242 cases 170 were male. The average age in both sexes was 46.6 years (male 43.7, female 53.4) Blood transfusion was needed in 196 cases (including 41 outpatients) and the average blood transfusion was 6.5 units per patient with the haematocrit on admission at 24.8%. In the bleeders the commonst blood group was group O followed by B, A and AB. The average hospital stay was 12 days (1-52 days). The commonest causes of bleeding in order of frequency were gastritis (42.7%), gastric ulcer (19.9%), duodenal ulcer (13.4%), varices (11.1%) and unknown causes (8.8%).

- * หน่วยวิชาการระบบทางเดินอาหาร ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ** แพทย์ประจำบ้าน ภาควิชาอายุรศาสตร์ (ปัจจุบัน อาจารย์ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์)
- *** หัวหน้าหน่วยวิชาการระบบทางเดินอาหาร ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Of 171 inpatients 140 had either barium meal or endoscopy or both. 115 has gastroscopy (67.3%), 112 had barium meal (65.5%) and 87 had both (50.9%). In 31 cases neither investigation was done during admission. Of those who had radiology only 35 cases (31.3%) were done within 72 hours and of those who had endoscopy 90 cases (79.1%) were done within 72 hours (41.7% within the first 24 hours), Accuracies of investigations judging from operations were of 24 patients who had radiology 2 (8.3%) were incorrect; of 30 cases who had endoscopy 5 were incorrect (16.7%). Of 171 cases 53 had operations (31%) and half of this was done as an emergency. The mortality rate of the whole group was 5.78% (14 from 242 cases) but the mortality rate for inpatients was 7.6% (13 from 171 cases). The commonest causes of deaths were varices (38.46%), unknown (30.76%) and acute gastro-duodenitis (15.38%).

บทนำ

ในปี พ.ศ. 2516 ผู้รายงานได้รายงานการศึกษาจากสถิติ (retrospective) ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ระหว่างปี 2511-2515⁽¹⁾ พบว่ามีผู้ป่วยที่มีอาการอาเจียนและหรือถ่ายเป็นเลือด 79 ราย ซึ่งจากจำนวนนี้แพทย์สามารถวินิจฉัยสาเหตุที่แน่นอนได้เพียง 13.92% (จากการส่องกล้องหรือผ่าตัด) และอย่างไม่แน่นอน (จากภาพรังสี) เพียง 29.11% และไม่สามารถหาพยาธิสภาพทั้งจากการส่องกล้องและถ่ายภาพรังสีเลย 56.97% ซึ่งจะเห็นได้ว่าเป็นสถิติที่ไม่เป็นที่น่าพอใจ ถึงแม้จะนานมาแล้ว เพราะสถาบันแห่งนี้เป็นโรงเรียนแพทย์น่าจะมี ความสามารถสูงกว่านี้ ด้วยเหตุนี้ผู้รายงานจึงได้ทำการศึกษาแบบ (prospective) ขึ้นใหม่

ในผู้ป่วยที่มีอาการอาเจียนและหรือถ่ายเป็นเลือดที่มาที่ รพ. จุฬาฯ ทั้งนี้เพื่อหาข้อมูลต่างๆ อย่างเกี่ยวกับผู้ป่วยเหล่านี้ เช่นว่ามีอุบัติการณ์ของเลือดออกมากน้อยแค่ไหน มีเพศไหนมากกว่ากัน สาเหตุของการที่มีเลือดออกมีอะไรบ้าง อะไรเป็นสาเหตุที่สำคัญ อัตราการตายของสาเหตุเหล่านี้มีเท่าไร และเพื่อจะดูว่าการวินิจฉัยสาเหตุของการที่มีเลือดออกจากระบบทางเดินอาหารส่วนบน ทางหน่วยวิชา ระบบทางเดินอาหารของคณะแพทยศาสตร์ได้ก้าวหน้ากว่าเมื่อ 9 ปีที่แล้วไปอย่างไรบ้างพอใจหรือไม่ แต่ทั้งนี้ผู้รายงานและคณะได้ศึกษาข้อมูลจากวิธีการตรวจตามปกติ (routine) ของหน่วยวิชา ระบบทางเดินอาหาร กล่าวคือ มิได้ตรวจละเอียดเพื่อการศึกษเป็นพิเศษ

ผู้ป่วยที่เข้า ร.พ. ด้วยอาการมีเลือดออกทางเดินอาหารนั้นพบได้มากทั่วโลก จากการศึกษานักศึกษาผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาเกี่ยวกับโรคแผลเป็บติกใน ค.ศ. 1956-7 ในประเทศอังกฤษและเวลส์ พบว่าใน 1 ปีดังกล่าวมีผู้ป่วยแผลเป็บติกที่ต้องรับไว้รักษาใน ร.พ. ถึง 97,000 คน และในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยที่มีเลือดออกถึง 12,300 คน และจากจำนวนนี้ 1,400 คน ตายหรือ 11.4%⁽²⁾ ซึ่งในปัจจุบันเป็นที่ยอมรับว่าอัตราการตายของผู้ป่วยที่มีเลือดออก โดยเฉลี่ยคือ 8.6%^(3,4,5,6) ซึ่งถ้าคิดจากอัตราเช่นนี้ในประเทศอังกฤษและเวลส์จะมีคนตายจากโรคนี้ปีละ 2,150 คน⁽²⁾ อัตราการตายเหล่านี้ไม่ได้ลดลงเลยถึงแม้จะมีการวิวัฒนาการไปอย่างมากทางด้านการศึกษาแพทย์⁽⁴⁾ ปัจจุบันนี้เป็นที่ยอมรับกันว่าการส่องกล้อง fiberoptic ลงไปจนถึงลำไส้เล็กส่วนบน (duodenum) ของผู้ป่วยที่มีอาการอาเจียนและหรือถ่ายเป็นเลือดในระยะเริ่มแรก (ภายใน 24 ชั่วโมง) จะสามารถวินิจฉัยสาเหตุที่แท้จริงของการที่มีเลือดออกได้ถึง 96.6% ถ้าสาเหตุของโรคที่ทำให้มีเลือดออกอยู่ที่หลอดอาหาร กระเพาะอาหารหรือลำไส้เล็กส่วนบน⁽⁶⁾ ซึ่งความสามารถอันนี้ทำให้แพทย์มีความหวังเป็นอย่างมากว่าจะสามารถลดอัตราการตายของผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ แต่จากการศึกษาที่ได้มีมาจนถึงปัจจุบันนี้ ปรากฏว่าการ

ส่องกล้องนั้นสามารถช่วยให้การวินิจฉัยได้ดีกว่าแต่ไม่ช่วยลดอัตราการตายของผู้ป่วย⁽⁷⁾ ซึ่งเป็นเรื่องแปลก อย่างไรก็ตามข้อมูลเหล่านี้ถึงแม้จะเป็นความจริงอาจเป็นไปได้ในทวีปยุโรปเท่านั้นเพราะสาเหตุของการที่มีเลือดออกจากระบบทางเดินอาหารส่วนบน ในยุโรปและเอเชียอาจไม่เหมือนกัน เช่น สาเหตุของการที่มีเลือดออกจาก oesophageal varices ในอเมริกามีถึง 18.7%⁽⁸⁾ แต่ในสหราชอาณาจักรมีเพียง 2-3% เท่านั้น^(4,6) ส่วนในประเทศไทยเรามีอุบัติการณ์ของโรคตับมาก ฉะนั้นอุบัติการณ์ของการที่มีเลือดออกจาก varices น่าจะสูงด้วย ฉะนั้นการวินิจฉัยสาเหตุของอาการเลือดออกที่ถูกต้องโดยเฉพาะในประเทศไทยน่าจะนำไปสู่การรักษาที่ถูกต้องและควร จะลดอัตราการตายลงได้

ผู้ป่วยและวิธีการ

คณะผู้รายงานได้ทำการศึกษา รวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยที่มา ร.พ. จุฬาฯ ด้วยอาการอาเจียนหรือมีเลือดออกจากทางเดินอาหารเป็นการศึกษาแบบ prospective โดยเริ่มศึกษาตั้งแต่ผู้ป่วยมาที่ห้องฉุกเฉิน หรือแผนกผู้ป่วยนอกจนกระทั่งหายกลับบ้านได้ ศึกษาอาการผู้ป่วยรวมทั้งวิธีการวินิจฉัย การรักษาตลอดเวลาที่อยู่ใน ร.พ. โดยเริ่มศึกษาตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2522 จนถึงวันที่ 31 มีนาคม 2523

รวมทั้งสิ้น 6 เดือน ได้ผู้ป่วยทั้งหมด 242 ราย แต่สามารถรับไว้ใน ร.พ. ได้เพียง 171 ราย ที่เหลือให้กลับบ้านได้หลังจากเผ่าคูอาการระยะหนึ่ง แล้วเห็นว่าไม่หนักหรือกรณีไม่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ได้ การวินิจฉัยอาศัยทั้ง barium meal, endoscopy (การส่องกล้อง ดูตั้งแต่หลอดอาหาร กระเพาะอาหาร และดูโอดินัม) และการผ่าตัด

ผล

ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมาด้วยอาการอาเจียนเป็นเลือดและถ่ายดำ แต่มีจำนวนไม่น้อยที่มาด้วยอาการถ่ายดำอย่างเดียว พบว่ามีทั้งสิ้น 63 ราย ซึ่งคิดเป็น 26.03% ของทั้งหมด จากการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่ของผู้ป่วยที่ถ่ายดำอย่างเดียวเป็นรายที่มีอาการไม่หนัก และไม่ได้รับเข้า ร.พ. เป็นส่วนมาก ตรงกับการรายงานของ Northfield⁽⁹⁾

เมื่อแบ่งตามจำนวนผู้ป่วยแต่ละเดือนจะได้ดังต่อไปนี้

ตุลาคม	41
พฤศจิกายน	47
ธันวาคม	34
มกราคม	43
กุมภาพันธ์	36
มีนาคม	41

โดยเฉลี่ยเดือนละ 40.5 คน แบ่งตามเพศพบว่า เป็นชาย : หญิง = 170 : 72 = 2.4 : 1

เฉลี่ยอายุที่พบ 46.6 ปี มีช่วงอยู่ระหว่างอายุ 15-85 ปี

เฉลี่ยอายุของผู้ป่วยชาย 43.7 ปี เฉลี่ยอายุของผู้ป่วยหญิง 53.4 ปี

พบว่าเมื่อแบ่งย่อยช่วงละ 15 ปี ไม่พบความแตกต่างในแง่อุบัติการ (incidence) ในแต่ละช่วงเลย

อายุระหว่าง	ผู้ป่วยชาย	ผู้ป่วยหญิง	รวม
15-30	50	9	59
31-45	44	14	58
46-60	40	18	58
60	38	29	67

ในจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 242 ราย พบว่าจำเป็นต้องให้เลือดทั้งสิ้น 196 ราย ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยนอก 41 ราย และผู้ป่วยใน 155 ราย

แบ่งตามกรุ๊ปของเลือดที่พบ จะได้ดังนี้

เลือดกรุ๊ป	ราย	คิดเป็น	%
O	74	คิดเป็น	37.8 %
B	59	„	30.1 %
A	42	„	21.4 %
AB	21	„	10.7 %

Haematocrit แรกรับมีช่วงอยู่ระหว่างอายุ 8-48 ปี (เฉลี่ย 24.8%) การให้เลือด 0-30 U (เฉลี่ย 6.5 U) ระยะที่อยู่ที่อยู่ใน ร.พ. 1-52 วัน (เฉลี่ย 12 วัน)

ผู้ป่วยเสียชีวิตทั้งสิ้น 14 รายจาก 242 ราย คิดเป็น 5.78 % ซึ่งถือว่าค่อนข้างต่ำกว่าปกติ ในกลุ่มที่ไม่ได้รับไว้ใน ร.พ. มีการเสียชีวิตเพียงรายเดียวหรือถ้าคิดเฉพาะจากผู้ป่วยในเท่านั้น

อัตราการตาย คือ 13 คนจาก 171 คน

ผลการศึกษาผู้ป่วยที่รับเข้าไว้รักษาใน ร.พ. ผู้ป่วยทั้งสิ้น 171 ราย ได้สาเหตุของโรคดังต่อไปนี้

				ชาย	หญิง	ตาย	
1. Acute Gastroduodenitis	73	ราย (42.7 %)	53	คน	20	คน	2 = (2.7 %)
2. G.U.	34	„ (19.9 %)	20	„	14	„	—
3. D.U.	23	„ (13.4 %)	13	„	10	„	—
4. Varices	19	„ (11.1 %)	14	„	5	„	5 = (16.3 %)
5. Ca. Stomach	3	„ (1.8 %)	1	„	2	„	1 = (33.3 %)
6. Duodenal diverticulum	2	„ (1.1 %)	2	„	0	„	—
7. Mallory—Weise syndrome	1	„ (0.6 %)	1	„	0	„	—
8. Aortoesophageal fistula	1	„ (0.6 %)	1	„	0	„	1 = (100 %)
9. Unknown	15	„ (8.8 %)	13	„	2	„	4 = (26.7 %)
Total	171	„ (100 %)	118	„	53	„	13 = (7.6 %)

ในการศึกษาพบว่า มี 30 รายพบ lesion หลายอย่างรวมกัน แต่จะมี lesion ที่เป็นสาเหตุของการที่มี upper G.I. Bleeding เพียงอันเดียว ในการที่ไม่ทราบสาเหตุเพราะไม่ได้ตรวจทางรังสีหรือส่องกล้องเลย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้มีอาการน้อย และส่วนน้อยเนื่องจากเสียชีวิตในระยะเวลาอันสั้น จนไม่สามารถตรวจเพิ่มเติมได้ทัน

การตรวจเพิ่มเติมได้ทำทั้งสิ้น 140 ราย จาก 171 ราย แบ่งเป็น

Endoscopy 115 ราย = 67.3%
Barium meal 112 „ = 65.5%
ในจำนวนนี้ทำทั้ง 2 อย่าง 87 „ = 50.9%
ไม่ได้ทำอะไรเลย 31 „ = 18.1%

ในการทำเอ็กซเรย์นั้นพบว่าทำในช่วง 72 ชั่วโมงแรกหลังจากอาเจียนเป็นเลือดเพียง 35 ราย เท่ากับ 31.3 % สาเหตุที่ทำได้ช้าเพราะมีปัญหาในการนัดหมายในการทำเอ็กซเรย์

ส่วนในท่านส่องกล้อง พบว่าในช่วง 72 ชั่วโมงแรกทำได้เพียง 90 ราย เท่ากับ 79.1 %

โดยสามารถทำใน 24 ชั่วโมงแรก 48 ราย
เท่ากับ 41.7 %

ความแน่นอนของการตรวจเอกซเรย์
หรือส่องกล้องโดยอาศัยเปรียบเทียบกับ lesion
ที่พบจากการผ่าตัด พบว่าในจำนวนผู้ป่วยที่
รับการผ่าตัด 53 ราย ซึ่งได้รับการตรวจเพิ่ม
เติมทั้งสิ้น 37 ราย

ทำเอกซเรย์ 24 ราย อ่านผิด
2 ราย เท่ากับ 8.3 %

ทำการส่องกล้อง 30 ราย อ่านผิด 5 ราย
เท่ากับ 16.7 %

ผู้ป่วยที่ได้รับเข้าอยู่ใน ร.พ. ผู้ป่วยทั้ง
หมด 171 ราย ได้รับการผ่าตัดทั้งสิ้น 53 ราย
เท่ากับ 31 % มีปริมาณครึ่งหนึ่งต้องผ่าตัด
ฉุกเฉิน และที่เหลือเป็น elective case โดย
เฉลี่ยจะได้รับการผ่าตัดหลังจากเข้ามาอยู่ใน
ร.พ. 5.9 วัน (range 6 ชม. ถึง 31 วัน) ใน
จำนวนนี้ต้องผ่าตัดในช่วง 32 ชั่วโมงแรก 26
ราย แต่ในช่วง 24 ชั่วโมงแรก 16 ราย

จำนวนผ่าตัดทั้งหมดพบว่าเป็น

	จำนวน	เฉลี่ยระยะเวลาที่เข้ามาก่อนการผ่าตัด	ตาย
1. G.U.	20 ราย	6.2 วัน (range ถึง 18 วัน)	-
2. Acute gastroduodenitis	11	2.3 ,, (range ,, 8 ,,)	2=18.2%
3. Varices	11	10.6 ,, (range ,, 31 ,,)	3=27.3%
4. D.U.	8	4.8 ,, (range ,, 9 ,,)	-
5. Ca. Stomach	2	4 ,, (range ,, 6 ,,)	1=50%
6. Aortoesophageal fistula	1	ผ่าตัดทันทีที่เข้า ร.พ.	1=100%
รวม	53 ราย	เฉลี่ย 5.9 วัน	ตาย 7=13.2 %

วิจารณ์

จุดมุ่งหมายในการศึกษานี้ คือ หาข้อมูล
เกี่ยวกับผู้ป่วยที่มีเลือดออกจากระบบทางเดิน
อาหารส่วนบนที่มา ร.พ. จุฬาลงกรณ์ให้ได้มาก
ที่สุด การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบ prospec-

tive คณะผู้รายงานไม่ได้ค้นคว้าเพิ่มเติมข้อมูล
แต่ใช้ข้อมูลที่บันทึกไว้เดิมทั้งสิ้น ทั้งนี้เพื่อจะ
ศึกษาว่าวิธีการที่กระทำเป็นประจำของหน่วย
โรคระบบทางเดินอาหารนั้นเป็นไปอย่างถูกต้อง
หรือมีข้อควรแก้ไขปรับปรุงอย่างไรบ้าง

จากการศึกษาเพียง 6 เดือนนี้จะเห็นได้ว่า ร.พ. จุฬาฯ รับผู้ป่วยที่มีเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบนมากที่สุดในประเทศไทย คือเฉลี่ยเดือนละ 40.5 คน เมื่อเทียบกับการรายงานจากสถาบันอื่น ๆ ในประเทศไทย คือ เชียงใหม่ 2.91 คนต่อเดือน⁽¹⁰⁾ พระมงกุฎเกล้า 10.41 คนต่อเดือน⁽¹¹⁾ เปาโล 12.4 คนต่อเดือน⁽¹²⁾ วชิระ 16.2 คนต่อเดือน⁽¹³⁾ ศิริราช 34.4 คนต่อเดือน⁽¹⁴⁾ ขอนแก่น 35 คนต่อเดือน⁽¹⁵⁾

จากผู้ป่วยทั้งหมดนี้ มีผู้ป่วยที่มาด้วยอาการถ่ายดำอย่างเดียว 63 ราย (26.03 %) ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้มีอาการไม่มากนักและส่วนใหญ่ไม่รับไว้รักษาใน ร.พ. ซึ่งข้อมูลอันนี้ตรงกับรายงานของ Northfield⁽⁹⁾

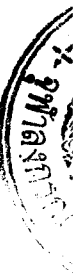
ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นชาย ซึ่งตรงกับรายงานอื่นในประเทศไทย⁽¹⁰⁻¹⁵⁾ ผู้ป่วยชายโดยเฉลี่ยมีอายุน้อยกว่าผู้ป่วยหญิง (43.7 : 53.4 ปี) เหตุผลนี้ผู้หญิงมีอัตราการเป็นแผลเป็บติคและภาวะแทรกซ้อน คือ การเสียเลือดคนน้อยกว่าผู้ชาย Truelove⁽¹⁶⁾ ได้อธิบายว่าฮอร์โมนเพศหญิง, stilboestrol สามารถรักษาแผล D.U. ได้ ฉะนั้นผู้หญิงสูงอายุที่มีเลือดออก คงเนื่องมาจากฮอร์โมนเพศหญิงลดลงหรือไม่มีเลย

จากผู้ป่วยทั้งหมด 242 คน พบว่าต้องให้เลือดถึง 196 คน คือ ผู้ป่วยนอก 41 คน

และผู้ป่วยใน 155 คน และโดยเฉลี่ยผู้ป่วยได้รับเลือดคนละ 6.5 ขวด และ haematocrit ตอนแรกรับโดยเฉลี่ย คือ 24.8 % สำหรับกรู๊ปเลือดของผู้ป่วยที่มีเลือดออกปรากฏว่ามีกรู๊ป 0 มากที่สุดคือ 37.8 % ซึ่งตรงกับรายงานอื่นในประเทศไทย⁽¹⁴⁾ และจากยุโรป⁽¹⁷⁾ ว่าผู้ที่มีเลือดกรู๊ปนี้มีโอกาสที่จะมีเลือดออกได้มากที่สุด

ผู้ป่วยในรายงานนี้อยู่ ร.พ. 12 วัน โดยเฉลี่ย (1-52 วัน) ซึ่งไม่นานเกินไปนัก แต่อาจอยู่ระยะสั้นกว่านี้ได้ถ้าสามารถส่องกล้องได้โดยเร็ว และถ้าพบว่าเป็น mucosal lesion ที่เลือดหยุดแล้วอาจให้กลับบ้านโดยเร็วได้ หรือถ้าเป็นแผล G.U. ขนาดใหญ่ อาจรีบเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมแล้วรีบผ่าตัดด่วน ทั้งนี้เพื่อป้องกันเลือดออกซ้ำอีก (recurrent bleeding) ซึ่งจะทำให้อัตราการตายสูงขึ้น⁽¹⁸⁾

สำหรับวิธีการตรวจเพิ่มเติมพบว่าทำเพียง 140 รายจาก 171 รายที่เข้า ร.พ. ซึ่งจะเห็นได้ว่ามีถึง 31 รายหรือ 18.1 % ที่ไม่ได้รับการตรวจอะไรเพิ่มเติมเลย นอกจากนั้นพบว่าได้รับการตรวจโดยการส่องกล้องเพียง 115 รายจาก 150 รายหรือ 67.3% ของ 171 ราย ซึ่งการส่องกล้องนี้ไม่ได้ทำแบบฉุกเฉิน แต่เป็นการส่งตรวจในวันที่ทำงานตามปกติ และผู้ป่วยส่วนใหญ่จะได้รับการส่องกล้อง ภายใน 24-48 ชม. หลังจากที่ได้รับไว้รักษาใน ร.พ.



ตามความเห็นของ Cotton⁽⁶⁾ เห็นว่ายิ่งทำเร็ว ก็จะได้ผลมากขึ้น ถ้าทำช้าไป mucosal lesion อาจหายไปได้ ทำให้ไม่ทราบสาเหตุที่แน่นอน

ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจทางเอ็กซเรย์ (Barium meal) มีถึง 65.5% ของทั้งหมด ซึ่ง ในความเห็นของผู้รายงานมีมากไป เพราะเป็นที่ยอมรับกันทั่วโลกแล้วว่าการฉายเอ็กซเรย์เพื่อหาสาเหตุของการที่มีเลือดออกนั้น ไม่ได้ผลดีเท่ากับการส่องกล้อง ทั้งนี้เพราะเอ็กซเรย์ไม่สามารถมองเห็น mucosal lesion ได้ และถึงแม้จะเห็นแผลมีได้หมายความว่าแผลนั้นเป็นสาเหตุของการที่มีเลือดออกเสมอไป นอกจากนี้ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจทั้ง 2 อย่างคือ ทั้งส่องกล้องและเอ็กซเรย์มีมากถึง 87 รายหรือ 50.9% ซึ่งเป็นการสันนิษฐานโดยใช้เหตุ ทั้งนี้คงเป็นเพราะแพทย์ส่วนใหญ่ต้องการให้เอ็กซเรย์ เป็นการตรวจเพื่อยืนยันผลการตรวจโดยการส่องกล้อง เพื่อเป็นประวัติและหลักฐานที่ทุก ๆ คน เห็นได้ด้วยตนเอง ผู้รายงานมีความเห็นว่าเมื่อแพทย์มีความชำนาญในการส่องกล้อง การฉายเอ็กซเรย์อาจไม่จำเป็นซึ่งจะเป็นการประหยัดทั้งเวลาและเงิน และยังช่วยให้ผู้ป่วยได้รับความสะดวกสบายมากขึ้นอีกด้วย คณะผู้รายงานได้ส่องกล้องภายใน 24 ชั่วโมง 48 ราย หรือ 41.74% และภายใน 72 ชั่วโมง 90 รายหรือ 79.1% ซึ่งผู้รายงานเห็นว่าจำนวน

น้อยไป ส่วนผู้ป่วยเอ็กซเรย์ใน 72 ชั่วโมงแรก มีเพียง 35 รายหรือ 31.3% เท่านั้น

ผลของการส่องกล้องเมื่อเทียบจากการผ่าตัด พบว่าจาก 30 รายได้รับการส่องกล้อง ก่อนการผ่าตัดพบว่า ผลของการส่องกล้องผิด 5 รายหรือ 16.7% ส่วนผู้ป่วย 24 รายที่ได้รับการฉายเอ็กซเรย์ก่อนการผ่าตัดผิดผิด 2 รายหรือ 8.3% ทั้งนี้จำนวนผู้ป่วยน้อยไปที่จะเปรียบเทียบ และผลจากการส่องกล้องและจากการผ่าตัดอาจไม่เหมือนกัน กล่าวคือการส่องกล้องอาจเห็นแผล G.U. ซึ่งไม่ใช่สาเหตุของเลือดออก และ mucosal lesion ซึ่งเป็นสาเหตุของเลือดออก แต่ก่อนผ่าตัด mucosal lesion หายไป เหลือแต่แผลทำให้เข้าใจผิดได้ว่าแผลเป็นต้นเหตุของการที่มีเลือดออก

สาเหตุของการที่มีเลือดออกพบว่า เป็น mucosal lesions มากที่สุดคือ 73 รายหรือ 42.7% รองลงมาคือแผล G.U. 34 รายหรือ 19.9% D.U. มี 23 รายหรือ 13.4% ซึ่งสถิติอันนี้แตกต่างจากต่างประเทศซึ่งมีอุบัติการณ์ของ D.U. มากกว่า G.U. รายงานในประเทศไทยอีกหลายแห่งที่พบว่า มี G.U. มากกว่า D.U.^(11,13,14) อาจเป็นเพราะเมืองไทยมีคนจนมากกว่าคนรวย เพราะ D.U. มักเป็นในคนรวย หรือเป็นเพราะ ร.พ. จุฬาฯ มีคนไข้จนมากกว่าคนไข้รวย ส่วนผู้ป่วยที่เลือดออกจาก varices พบ 19 ราย หรือ 11.1% ซึ่งมากกว่าที่สหราชอาณาจักร ซึ่งพบ

เพียง 2.5%⁽⁴⁾ แต่ใกล้เคียงกับประเทศออสเตรเลีย ซึ่งพบ 11%⁽¹⁹⁾ แต่อาจยังน้อยกว่า USA ซึ่งพบ 16%⁽²⁰⁾ และใกล้เคียงกับของฟิฟฟ์น⁽¹¹⁾

ผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้า ร.พ. 171 รายเสียชีวิต 13 รายหรือ 7.6% ซึ่งเท่ากับรายงานอื่น ๆ เช่นของ Schiller⁽⁴⁾ แต่ถ้าวรวมทั้งผู้ป่วยนอกด้วยมีผู้เสียชีวิตทั้งหมด 14 รายจาก 242 ราย หรือ 5.78% ซึ่งถือว่าอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างต่ำ ผู้ป่วยนอกเสียชีวิตไป 1 รายจาก 71 ราย มีผู้ป่วย 15 รายที่ไม่ทราบสาเหตุของการที่มีเลือดออก เพราะยังไม่ได้ตรวจอะไรเพิ่มเติม หรือเสียชีวิตเสียก่อน กลุ่มนี้ตาย 4 รายหรือ 26.7%

จากผู้ป่วยที่เข้า ร.พ. 171 รายได้รับการผ่าตัดทั้งสิ้น 53 ราย หรือ 31% ซึ่งครึ่งหนึ่งต้องผ่าตัดแบบฉุกเฉิน โดยเฉลี่ยการผ่าตัดทำภายใน 5.9 วันหลังเข้า ร.พ. ซึ่งจะเห็นได้ว่าผู้ป่วย G.U. โดยเฉลี่ยจะถูกผ่าตัดหลังจากเข้า ร.พ. 6.2 วัน แต่เป็นสิ่งที่อาจจะน่าแปลกใจที่ผู้ป่วย gastritis ถูกผ่าตัดภายใน 2.3 วัน ซึ่งเวลาที่ถูผ่าตัดน่าจะกลับกัน ผู้รายงานเห็นว่าแพทย์ควรพยายามรักษาผู้ป่วย gastritis ทางยา และผู้ป่วยที่มีแผล G.U. ขนาดใหญ่ควรได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดโดยเร็ว เพื่อป้องกันเลือดออกซ้ำ และอัตราการตายที่จะเพิ่มตามมา⁽¹⁸⁾

ข้อมูลที่น่าสนใจคือผู้ป่วย G.U. 20 รายจาก 34 รายได้รับการผ่าตัดและไม่มีผู้ใดเสียชีวิต

เลยทั้ง ๆ ที่อัตราการตายจาก G.U. ที่มีเลือดออกทั้งที่ผ่าตัดและไม่ผ่าตัด ก็มีอัตราการตายสูง ส่วนผู้ป่วยจาก acute gastro-duodenitis 11 คนจาก 73 คนได้รับการผ่าตัดและ 2 คนจาก 11 คนเสียชีวิต ซึ่งเป็นที่น่าเสียดายมากผู้ป่วย varices 11 คนจาก 19 คนได้รับการผ่าตัดและ 3 คน (27.3%) เสียชีวิต ซึ่งเป็นอัตราการตายที่ไม่สูงนัก แต่ไม่ได้ติดตามหลังออกจาก ร.พ. ว่าสามารถมีชีวิตอยู่นานเท่าไร และผู้ป่วย D.U. 8 คนจาก 23 คนได้รับการผ่าตัดและไม่มีผู้ใดเสียชีวิตเลย

ปัญหาที่กำลังเป็นที่ถกเถียงกันในปัจจุบันนี้คือ การทำ early endoscopy จำเป็นและคุ้มหรือไม่ Dronfield⁽⁷⁾ ได้รายงานไว้ว่าการทำ early endoscopy ช่วยให้ได้การวินิจฉัยสาเหตุต่าง ๆ ที่ทำให้เลือดออกได้ดีกว่าการฉายเอ็กซเรย์ แต่ไม่ช่วยลดอัตราการตาย ผู้รายงานเห็นด้วยกับการศึกษาของ Dronfield แต่ข้อเท็จจริงอาจแตกต่างจากของประเทศไทย ซึ่งมีโรคตับแข็งและ bleeding varices มากกว่า แต่ Hunt⁽¹⁹⁾ เองมีความเห็นว่าถ้ามีการตกลงวิธีการที่แน่นอนในการรักษา upper G.I. Bleeding อัตราการตายของผู้ป่วยน่าจะลดลงอีกประการหนึ่ง การวัดผลของการรักษา upper G.I. Bleeding ไม่ใช่แต่ดูจากอัตราการตายเท่านั้น ควรดูด้วยว่าผู้ป่วยหายเร็วเพียงไร

กลับบ้านได้เร็วหรือไม่ สะดวกสบายและไม่
 ทรมาณในการรักษา และผู้ป่วยหรือ รพ. ต้อง
 เสียค่าใช้จ่ายมากน้อยแค่ไหน ซึ่งผู้รายงานคิด
 ว่าการทำ early endoscopy ถึงแม้อาจไม่ลด
 อัตราการตายของผู้ป่วยแต่จะช่วยลดค่าใช้จ่าย
 ได้มาก เช่น ถ้าผู้ป่วยมีการถ่ายดำทันที และ
 การทำ early panendoscopy ไม่พบสาเหตุของ
 bleeding แพทย์อาจมุ่งไปทางลำไส้เล็กหรือ
 ใหญ่เลย หรือถ้าตรวจแล้วพบเพียง mucosal
 lesions ที่เลือดหยดออกแล้วอาจรีบให้กลับ
 บ้านได้เลยโดยไม่ต้องทำเอ็กซเรย์

ผู้รายงานมีความเห็นว่าในปัจจุบันนี้ควร
 มีการศึกษาผู้ป่วยเหล่านี้ด้วย การทำ early

endoscopy ต่อไป (ควรพยายามทำในระยะ
 12 ชม.แรก และทำให้ได้ทุกราย) เพื่อที่จะได้
 ข้อมูลที่ถูกต้อง และเพื่อที่จะให้การรักษาที่
 เหมาะสมได้ต่อไป ในการรายงานนี้อัตราการ
 ตายของผู้ป่วยที่มี upper G.I. Bleeding จาก
 varices ยังสูงมากคือ 38.46% จาก unknown
 ถึง 30.76% และจาก acute gastroduodenitis
 ถึง 15.38% ผู้รายงานคิดว่าสถิติเหล่านี้ควรตี
 กว้างขึ้นได้

อย่างไรก็ตามผลการตรวจของหน่วยวิชา
 โรคระบบทางเดินอาหาร จากรายงานนี้ได้ก้าว
 หน้าไปอย่างเป็นที่น่าพอใจ เมื่อเปรียบเทียบกับ
 ผลงานที่ได้รายงานไว้เมื่อปี พ.ศ. 2516⁽¹⁾

อ้างอิง

1. พินิจ กุลละวณิช การวินิจฉัยสาเหตุของการอาเจียนและถ่ายเป็นเลือดในระยะแรก จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2516
 กรกฎาคม 18 (9) 239-243
2. Robert N Allan "History, epidemiology and mortality" In: Gastrointestinal Haemorrhage, Edited by P.W. Dykes and M.R.B. Keighley Wright PSQ: Bristol, 1981. 3-10
3. Allan R N, Dykes P W A study of the factors influencing mortality rates from gastrointestinal haemorrhage. Q J Med 1976 Oct, 45 (180): 533-550
4. Schiller K F Truelove S C Williams D G. Haematemesis and melaena, with special reference to factors influencing the outcome. Br Med J. 1970 Apr 4; 2 (5700): 7-14
5. Walls W D, Glanville J N. Chandler G N. Early investigation of haematemesis and melaena. Lancet 1971 Aug 21;2 (7721): 387-390
6. Cotton P B, Rosenberg M.T., Waldram R P L Axon ATR. Early endoscopy of oesophagus, stomach and duodenal bulb in patients with haematemesis and melaena. Br Med J 1973 Jan 2;2 (5865):505-509

7. Dronfield M W, Langman M J S, Atkinson M, Balfour T W, Bell G D, Vellacott K D Amar S S. Knapp D R. Outcome of Endoscopy and barium radiography for acute upper Gastrointestinal bleeding : controlled trial in 1039 patients. Br Med J 1982 Feb 20; 284 : 545-548
8. Palmer E D. The vigorous diagnostic approach to upper-gastrointestinal tract haemorrhage, a 23-year prospective study of 1,400 cases. J A M A 1969 Feb 24,207 (8) 1477-1480
9. Northfield T C, Smith T. Haematemesis as an index of blood-loss. Lancet 1971 May 15; 1(7707) : 990-991
10. Kumpol Klunkin, Boonlong Sivasomboon, Kannika Poruputhkul. Upper G.I. hemorrhage in Chiang Mai. J Med Assoc Thai 1975 May; 58 (5) : 242-247
11. Pipat Juttijudata, Charn Atthapaisal, Cherdchai Chiemchaisri, Santhad Chittinand. The Clinical Study of Upper Gastrointestinal Bleeding J Med Assoc Thai 1977 Mar; 60 (3) : 101-106
12. Charoen Meensook Upper Gastrointestinal Bleeding. J Med Assoc Thai 1980 Nov; 60 (11) : 598-602.
13. มานิต ถิโทขวลิต, อุทัย ตูจินดา, คุณฉวี อุดมสิน การตกเลือดในระบบทางเดินอาหารส่วนบน วชิรเวชสาร 2528 มกราคม; 24 (1) : 9-18
14. กิตติยา อุ่นสุวรรณ, ชูชาติ สมานโสคติวงศ์, เดิมชัย ไชยญาติ, บุญ วานสิน เลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบน การศึกษามันวัยในห้องพักค้าง, ตึกผู้ป่วยนอก, โรงพยาบาลศิริราช, ศาสศิริราช 2511 ธันวาคม 80 (12) 2108-2117
15. ชูชาติ อารัมมิตร, สุพจน์ ไชยศิริ Management of Upper G.I. Hemorrhage. วารสารศูนย์แพทย์-ศาสตร์ 2519; 2 (6) : 15-20
16. Truelove SC. Stilboestrol, phenobarbitone, and diet in chronic duodenal ulcer : a factorial therapeutic trial. Br Med J 1960 Aug 20; 1 (5198) : 559-560
17. Johnston SJ, Jones PF, Kyle J, Needham CD. Epidemiology and of gastrointer-tinal haemorrhage in north-east Scotland. Br Med J 1973 Sep 29; 3 (5882) 665-660
18. Avery-Jones F. Hamatemesis and melena: with special reference to causation and to the factors influencing, the mortality from bleeding peptic ulcer. Gastroenterology 1956 Feb; 30 (2) : 166-190
19. Hunt PS, Hansky J, Korman MG. Mortality in patients with haematemesis and melaena : a prospective Study. Br Med J 1979 May 12; 1 (6173) : 1238-1240

20. Katon RM, Smith FW. Panendoscopy in the early diagnosis of acute upper gastrointestinal bleeding. *Gastroenterology* 1973 Nov; 65 (5) : 728-734
21. Foster DN, Miloszewski KJA, Losowsky MS. Stigmata of recent haemorrhage in diagnosis and prognosis of upper gastrointestinal bleeding. *Br Med J* 1978 May 6; 1 (6121) : 1173-1177
22. Griffiths WJ, Neumann DA, Welsh JD. The visible vessel as an indicator of uncontrolled or recurrent gastrointestinal hemorrhage. *N Engl J Med* 1979 Jun 21; 300 (25); 1411-1413

จุฬาลงกรณ์เวชสารฉบับนี้ได้รับต้นฉบับเมื่อวันที่ 9 เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2526