

11-1-1989

## เลือดออกเฉียบพลันในทางเดินอาหารส่วนต้น ในโรงพยาบาลพิจิตร

เสียง ตั่งสิทธิ์โชค

สมชัย ภูนาภล

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



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

---

### Recommended Citation

ตั่งสิทธิ์โชค, เสียง and ภูนาภล, สมชัย (1989) "เลือดออกเฉียบพลันในทางเดินอาหารส่วนต้น ในโรงพยาบาลพิจิตร," *Chulalongkorn Medical Journal*: Vol. 33: Iss. 11, Article 5.

Available at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjjournal/vol33/iss11/5>

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](mailto:ChulaDC@car.chula.ac.th).

## เลือดออกเนียบพลันในทางเดินอาหารส่วนต้น ในโรงพยาบาลพิจิตร

เลี้ยง ตั้งสิทธิโชค\*  
สมบัติ ภูวนกุล\*\*

**Tangsittichok L, Punawakul S. Acute upper gastrointestinal hemorrhage in Pichit Hospital. Chula Med J 1989 Nov;33(11): 833-838**

*Of the 308 cases of upper gastrointestinal hemorrhage studied retrospectively from January 1986 - December 1988, 222 were male and 86 female (2.6:1), with average ages of 51.4 years, 48.7 years in males and 53.4 years in females.*

*Farming and labouring were the most common occupations, accounting for more than half of the patients studied. The majority of patients came in during August, September, December, and January which coincided with the periods of rice growing and harvesting.*

*Of the 229 cases (74.4%) examined by endoscopy, known cause of upper gastrointestinal bleeding was identified in 86.8% The major causes of bleeding were peptic ulcer 45%, acute mucosal lesion 37.9% and varices 2.2%, accounting for the low rate of surgery and mortality (3.6% and 1.6% respectively) in this series.*

Reprint request: Tangsittichok L, Department of Medicine, Department Pichit Hospital.  
Received for publication. June 12, 1989.

ปัญหาเลือดออกเฉียบพลันในทางเดินอาหารส่วนต้นเป็นปัญหาฉุกเฉินที่สำคัญและพบบ่อยโดยเฉพาะในประเทศไทย เนื่องจากประชาชนไทยมีการใช้ยาแก้ปวด การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ และการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี ในอัตราสูง<sup>(1,2)</sup> ซึ่งส่งผลทำให้เกิดโรคที่เป็นสาเหตุของการเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น<sup>(3-5)</sup> ปัญหาดังกล่าวได้มีการศึกษาอย่างมากมายทั้งในประเทศและต่างประเทศถึงอุบัติการณ์ เพศ อายุ ตำแหน่งที่เลือดออก อัตราตาย การรักษาและอื่น ๆ รายงานในประเทศไทยมาจากโรงพยาบาล ศูนย์หรือโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ แต่รายงานปัญหาดังกล่าวยังไม่มีรายงานจากโรงพยาบาลทั่วไปเลย

ปัจจุบัน Fiberoptic endoscope เป็นเครื่องมือที่สำคัญในการตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยที่มาด้วยเลือดออกเฉียบพลันในทางเดินอาหารส่วนต้น ซึ่งให้ความสะดวกและความแม่นยำสูง<sup>(6,7)</sup> มีใช้อยู่ทั่วไปตามโรงพยาบาลต่าง ๆ ในประเทศไทย สำหรับโรงพยาบาลพิจิตรเริ่มมี Fiberoptic endoscope สำหรับตรวจทางเดินอาหารส่วนต้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2523 จนถึงปัจจุบัน

**วัตถุประสงค์**

1. เพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานในเรื่องเลือดออกเฉียบพลันในทางเดินอาหารส่วนต้นในโรงพยาบาลพิจิตรซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไป เปรียบเทียบกับการศึกษาจากโรงพยาบาลศูนย์ โรงเรียนแพทย์หรือรายงานอื่น ๆ

2. นำเอาข้อมูลดังกล่าวเพื่อวางแผนในการศึกษาต่อเนื่องถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องและวางแผนแนวทางแนะนำป้องกัน รวมทั้งการรักษาต่อไป

**วิธีการและคัดเลือกผู้ป่วย**

เป็นการศึกษาย้อนหลังโดยได้ข้อมูลจากรายงานผู้ป่วยที่มาด้วยปัญหาเลือดออกเฉียบพลันในทางเดินอาหารส่วนต้น จากประวัติอาเจียนเป็นเลือด ถ่ายดำ และทุกรายมีการใส่สายล้างกระเพาะอาหารพบว่ามีเลือดออกในกระเพาะอาหารจริง และบันทึกผลการส่องกล้องตรวจ

เริ่มศึกษาตั้งแต่ 1 มกราคม 2529 ถึง 31 ธันวาคม 2531 เป็นเวลา 3 ปี มีผู้ป่วย 308 ราย ผู้ป่วย 229 ราย ได้รับการส่องกล้องตรวจด้วยกล้อง Gastroscope ของ Olympus model GIF-Q, GIF-K2 โดยได้ส่องกล้องตรวจ 0-5 วันภายหลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยได้รับการส่องกล้อง 0-24 ชั่วโมง 52 ราย, 25-48 ชั่วโมง 131 ราย, 49-72 ชั่วโมง 39 ราย, 73-96 ชั่วโมง 5 ราย, 97-120 ชั่วโมง 2 ราย

**ผลการศึกษา**

จากรูปที่ 1 แสดงกลุ่มอายุผู้ป่วยแยกแต่ละปีและรวม 3 ปี พบว่ากลุ่มอายุผู้ป่วยที่พบมากที่สุดที่อายุ 30-40 ปี แล้วลดลงมาขึ้นสูงสุดที่กลุ่มอายุ 50-60 ปี โดยเฉพาะในปี 2529-2530 ส่วนปี 2531 พบมากขึ้นตามอายุสูงสุดที่ 50-60 ปี แล้วลดลง

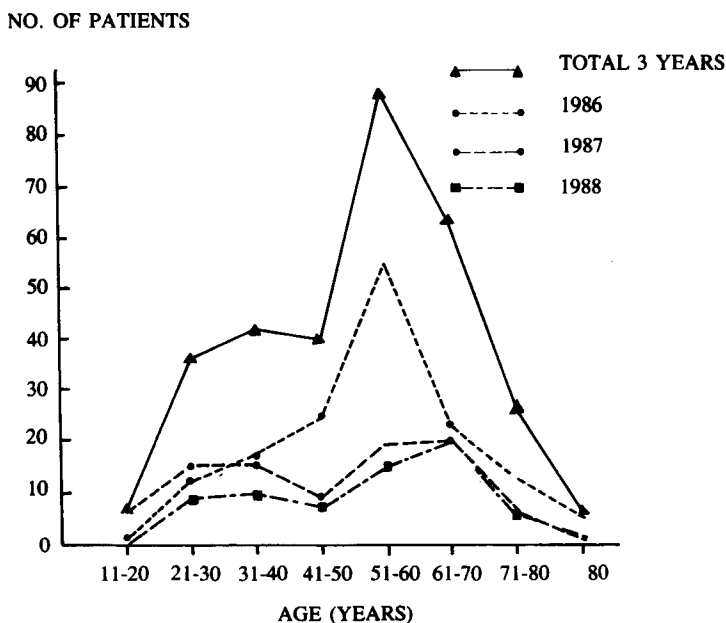


FIGURE 1. AGE DISTRIBUTION IN 1986-1988.

ตารางที่ 1 แสดงอาชีพผู้ป่วย อาชีพผู้ป่วยที่พบบาก ส่วนหนึ่งรับจ้างทำเกษตร อาชีพข้าราชการพบน้อยที่สุด คือเกษตรกรรวม 53.6% รองลงมาคืออาชีพรับจ้าง 18.5% ซึ่ง 0.6%

TABLE 1. OCCUPATION DISTRIBUTION.

OCCUPATION	NUMBER (N=308)	PERCENTAGE
FARMER	165	53.6
WORKER	57	18.5
HOUSE WISE	27	8.8
SUPPORTED	29	9.4
BUSINESS	10	3.2
MONK	15	4.9
CHILDREN	3	1.0
GOVERNMENT SERVICE	2	0.6
TOTAL 308		100%

รูปที่ 2 แสดงถึงจำนวนผู้ป่วยซึ่งมาโรงพยาบาลในแต่ละเดือนแยกแต่ละปี และรวม 3 ปี พบมากในเดือนสิงหาคม กันยายน ธันวาคมและมกราคม ซึ่งจะคล้าย ๆ กันทั้ง 3 ปี ก่อนข้างสัมพันธ์กับฤดูกาลทำนาซึ่งจะปักดำและเก็บเกี่ยวในช่วงเวลาดังกล่าว

รูปที่ 3 แสดงจำนวนผู้ป่วยซึ่งได้รับการส่องกล้องตรวจปี พ.ศ. 2529 ถึงปี พ.ศ. 2531 จำนวน 229 รายจากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 308 รายของผู้ป่วยทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 74.4 ส่วนตารางที่ 2 จะเป็นข้อมูลเรื่องอายุ และเพศของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องตรวจ ซึ่งได้ค่าใกล้เคียงกับผู้ป่วยทั้งหมด

NO. OF PATIENTS

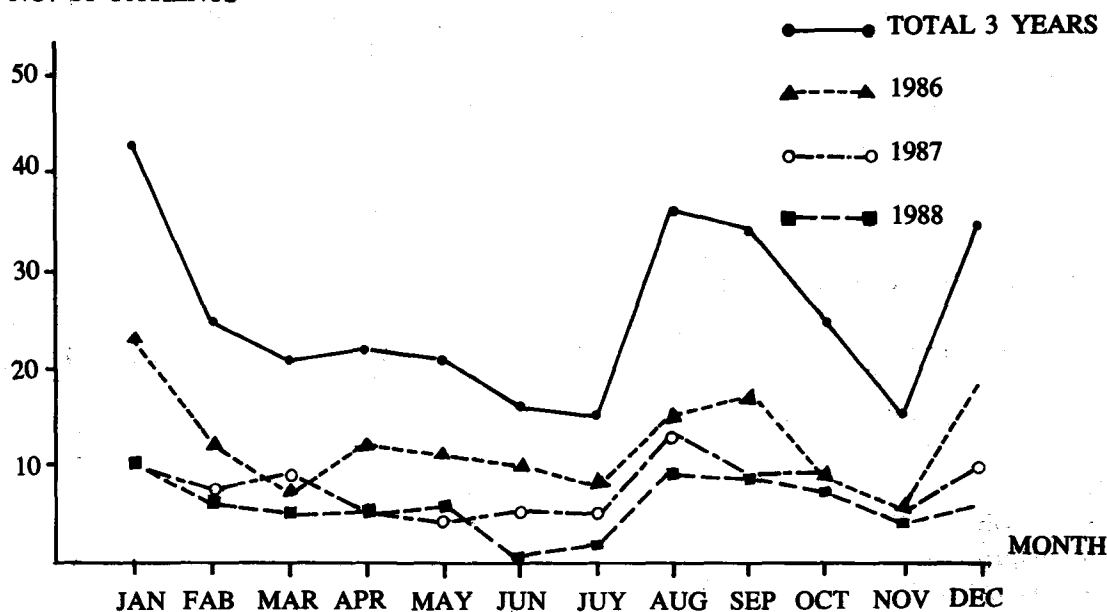


FIGURE 2. NO. OF PATIENTS PER MONTH IN 1986-1988.

NO. OF PATIENTS

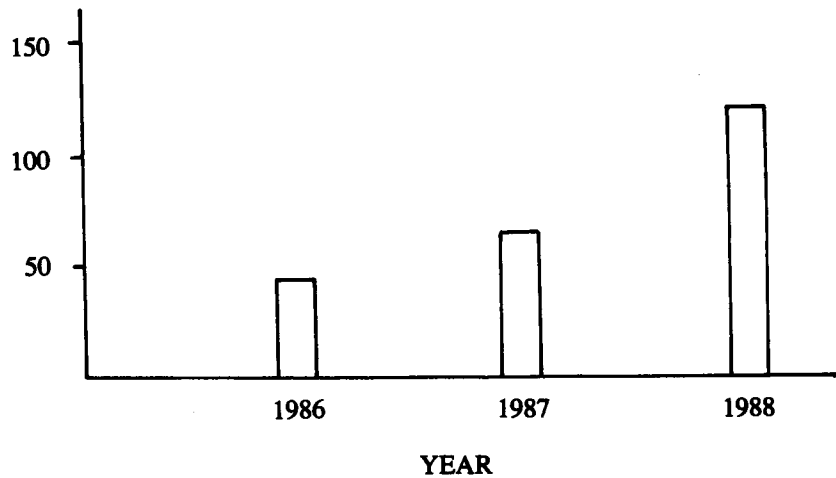


FIGURE 3. NO. OF PATIENTS STUDIES BY GASTROSCOPE

TABLE 2. AGE AND SEX OF PATIENTS STUDIED BY GASTROSCOPE.

	SEX		TOTAL
	MALE	FEMALE	
NO. OF PATIENTS	166	63	229
MEAN AGE (YEAR)	49.5±15.9	55.2±14.8	52.1±15.9

ผลการส่องกล้องตรวจเป็นไปตามตารางที่ 3 พบว่าแผลเยื่อเมือกอักเสบ (Acute mucosal lesion) พบได้บ่อยมากที่สุด 37.9% แผลแกสตริกพบได้รองลงมา 25.8% แผลดูโอดินัมพบ 19.2% รวมแผลเปปติกเท่ากับ 45% ซึ่งสูงกว่าแผลเยื่อเมือกอักเสบ สำหรับเลือดออกจาก VARICES พบเพียง 2.2% เท่านั้น จากรายงานนี้พบผู้ป่วย 15 รายซึ่งพบรอยโรคมากกว่า 1 อย่างแต่จะมีรอยโรคเดียวที่เป็น

สาเหตุของการเลือดออก

สำหรับผู้ป่วยที่ทำการส่องกล้องตรวจแล้วไม่พบสาเหตุของเลือดออกในทางเดินอาหารมี 30 ราย (13.2%) ซึ่งส่วนใหญ่มักได้รับการส่องกล้องตรวจเพื่อการวินิจฉัยสาเหตุภายหลังที่มีอาการเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นนานมากกว่า 48 ชั่วโมง

TABLE 3. RESULTS OF GASTROSCOPE FINDING.

DISEASE	NUMBER(N=229)	PERCENTAGE
AGUTE MUCOSAL LESION	87	37.9
GASTRIC ULCER	59	25.8
DUODENAL ULCER	44	19.2
ESOPHAGEAL VARICES	5	2.2
CA ESOPHAGUS	1	0.4
CA STOMACH	3	1.3
UNKNOWN	30	13.2

ผู้ป่วยทั้งหมดจะได้รับการรักษาทางอายุรกรรมก่อนได้แก่ การใส่สายล้างกระเพาะ, การใส่บอลูนในหลอดอาหารในรายที่เลือดออกจาก Varices, การให้เลือด, Antacids และยา H2 Antagonist (Cimetidine, Ranitidine) ให้ Fluid ทาง Parenteral

มีผู้ป่วยที่ต้องรับการผ่าตัดเพื่อการรักษาทั้งสิ้น 11 รายในผู้ป่วย 308 รายเท่ากับ 3.6%

ในปี 2529 ผ่าตัด 2 ราย เป็นแผลเย็บแผลเฉียบพลัน 1 รายแผลแกสติก 1 ราย

ในปี 2530 ผ่าตัด 3 ราย เป็นแผลแกสติกทั้ง 3 ราย

ในปี 2531 ผ่าตัด 6 ราย เป็นแผลแกสติกทั้ง 6 ราย

อัตราการตายจากการผ่าตัดไม่มี

สำหรับอัตราการตายทั้งหมดในผู้ป่วยตกเลือดจากทางเดินอาหารส่วนต้นในช่วง 3 ปี เท่ากับ 5 ราย (1.6%) ทั้งหมดเสียชีวิตในปี 2531 และเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงหลังมารับการรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ยผู้ป่วยเสียชีวิตเท่ากับ 65.2 ปี 1 รายมีประวัติ Ischemic heart disease ร่วมกับมีอาการของ Congestive heart failure 1 รายมีประวัติเคยเป็นกล้ามเนื้อหัวใจตาย 1 รายมีอาการของกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และอีก 1 รายเป็นไตวายเรื้อรัง อีก 1 รายไม่มีประวัติโรคอื่น แต่มีอาการเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นจำนวนมาก ผู้ป่วยทั้งหมดไม่ได้รับการส่องกล้องตรวจหาสาเหตุเนื่องจากอยู่ในภาวะที่ยังส่องกล้องตรวจไม่ได้และเสียชีวิตไปก่อน

## วิจารณ์ผล

ผลการศึกษานี้จะเห็นว่าปัญหาเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นยังคงเป็นปัญหาสำคัญอยู่จำนวนผู้ป่วยยังคงมากขึ้นทุกปี เฉลี่ยปีละ 100 รายสำหรับโรงพยาบาลพิจิตร เรื่องของอายุและเพศไม่แตกต่างจากรายงานอื่น ๆ ทั้งในและต่างประเทศ<sup>(3,4,6,8-10)</sup> โดยอายุเฉลี่ยสำหรับรายงานนี้เท่ากับ 51.4 ปี พบผู้ป่วยในกลุ่มอายุ 50-60 ปีมากที่สุด ผู้หญิงอายุจะเฉลี่ยมากกว่าผู้ชาย<sup>(8)</sup> อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิงเท่ากับ 2.6/1 (รายงานอื่น 2-3/1)<sup>(4-6,8)</sup> จะต่างจากรายงานอื่นอยู่บ้างคือพบผู้ป่วยช่วงอายุ 20-40 ปีในอัตราส่วนค่อนข้างมาก โดยเฉพาะในปี 2529-2530 ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้อยู่ในวัยทำงาน

อาชีพของผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเกษตรกรมากกว่าครึ่ง รองลงมาคืออาชีพรับจ้างซึ่งส่วนหนึ่งก็ทำเกษตรกรรมตรงกับรายงานจากโรงพยาบาลนครเชียงใหม่ปี 2518<sup>(3)</sup> จะมีผู้ป่วยเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นมากช่วงเดือน

สิงหาคม กันยายนในช่วงทำนา และเดือนธันวาคม มกราคม เป็นระยะเก็บเกี่ยวซึ่งน่าจะสัมพันธ์กับอาชีพเกษตรกรรมของผู้ป่วยที่ส่วนใหญ่ทำนา และเกี่ยวข้องกับเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น เนื่องจากชวานาส่วนใหญ่จะมีการใช้ยาแก้ปวดพวก Salicylate, Nonsteroidal Anthnflammatory drug กันมากระหว่างทำงานตรงกับความเห็นในรายงานจากโรงพยาบาลนครเชียงใหม่ปี 2518<sup>(3)</sup> แม้ว่ามีการศึกษาในต่างประเทศที่ไม่พบความสัมพันธ์กับฤดูกาลดังกล่าวสำหรับข้อมูลการใช้ยาดังกล่าวมีบันทึกไว้น้อยจึงไม่ได้รวบรวมนำเสนอในรายงานนี้

ผู้ป่วยได้รับการส่องกล้องตรวจเพื่อหาสาเหตุของการเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นเฉียบพลันเท่ากับ 74.4% สามารถหาสาเหตุได้ 86.8% ใกล้เคียงกับรายงานอื่นคือ<sup>(3,4,6,11,12)</sup> จากโรงพยาบาลรามารชิบตีพบสาเหตุ 83.5% สูงสุดจากรายงานของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าเท่ากับ 95.2% ที่ไม่พบรอยโรคหรือสาเหตุส่วนใหญ่จะได้รับการส่องกล้องตรวจหาสาเหตุภายหลังเลือดออกเกินกว่า 48 ชั่วโมง

สาเหตุส่วนใหญ่เป็นแผลเปปติกเท่ากับ 45% โดยแผลกระเพาะอาหารเป็นสาเหตุมากกว่าแผลดูโอดินัม แผลเย็บแผลเฉียบพลันพบมากเป็นอันดับ 2 ซึ่งจะตรงกับรายงานส่วนใหญ่ในประเทศไทย<sup>(3-6,11-12)</sup> แต่สาเหตุเลือดออกจากแผลเย็บแผลเฉียบพลันพบค่อนข้างสูงใกล้เคียงกับรายงานของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า (38.8%)<sup>(12)</sup> และของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์รายงานปี 2527 (42.7%)<sup>(8)</sup> โดยรายงานส่วนใหญ่จะพบประมาณ 20%<sup>(3-6,13)</sup> ส่วนสาเหตุเลือดออกจาก Esophageal Varices พบค่อนข้างน้อยเท่ากับ 2.2% เทียบกับรายงานอื่น 4-11%<sup>(3-6,8,11-13)</sup> เป็นได้ว่าอุบัติการณ์ของผู้ป่วยตับแข็งมีน้อย คงต้องศึกษาการดื่มสุรา อัตราการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ที่อาจจะน้อยกว่าประชาชนในกรุงเทพฯ หรือในจังหวัดใหญ่

อัตราการตายและอัตราการผ่าตัดจากรายงานนี้ค่อนข้างต่ำมากเมื่อเทียบกับรายงานอื่น<sup>(3-5,12,13)</sup> ทั้งนี้อาจเป็นจากการที่พบอัตราของการเลือดออกเฉียบพลันในทางเดินอาหารส่วนต้นจากเย็บแผลอักเสบเฉียบพลันมาก ในขณะที่สาเหตุจาก Varices น้อยมาก ซึ่งในกลุ่มเย็บแผลอักเสบเฉียบพลันมีการพยากรณ์โรคที่ดีกว่ามาก<sup>(4-6,12-14)</sup> และอาจเป็นได้ว่าความรุนแรงของโรคในผู้ป่วยเลือดออกเฉียบพลันในทางเดินอาหารส่วนต้นของโรงพยาบาลพิจิตรมีความรุนแรงน้อยกว่า

ผู้ป่วยที่เสียชีวิตทั้งหมดนั้นเป็นการเสียชีวิตค่อนข้างเฉียบพลันใน 24 ชั่วโมงแรก และอาจจะเกี่ยวข้องกับโรค

เดิม หรือมีโรคร่วมอื่น ๆ ของผู้ป่วยด้วย ทั้งหมดไม่ทราบสาเหตุของการเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นเนื่องจากผู้ป่วยเสียชีวิตไปก่อน อย่างไรก็ตามการดูแลรักษาอย่างใกล้ชิดในระยะแรกโดยเฉพาะใน 24 ชั่วโมงแรกน่าจะเป็นสิ่งสำคัญที่จะลดอัตราการตายของผู้ป่วยได้

## สรุป

ปัญหาเลือดออกเฉียบพลันในทางเดินอาหารส่วนต้นยังคงเป็นปัญหาสำคัญอยู่ จากข้อมูลที่ได้ของโรงพยาบาลพิจิตร พบว่าเรื่องของเพศ อายุ อาชีพ ไม่ค่อยแตกต่างกันจากรายงานอื่น ๆ โดยทั่วไปการใช้ยาแก้ปวดของเกษตรกรในช่วงฤดูการทำนาจะมีความสำคัญสำหรับปัญหาเลือดออกเฉียบพลันในทางเดินอาหารอันนี้ จะพบว่าผลเปปติก

## อ้างอิง

1. Punyagupta S, Olson LC, Harinasuta U, Akarawang K, Varawidya W. The epidemiology of hepatitis B antigen in a high prevalence area. *Am J Epidemiol* 1973 May;97(5) : 349-54
2. อำนาจ ศรีรัตนบัลล์, ดนัย ต่านวิวัฒน์, เสรี สุขแสงฉาย, ไหมรัตน์วรารักษ์, บุษมา มาตระกูล. การศึกษาความชุกของโรคตับในชุมชนชนบทแห่งหนึ่งทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร* 2526 พฤศจิกายน;27(6) : 393-401
3. Klunkin K, Sivasomgoon B, Pornputhkul K. Nature of upper gastrointestinal hemorrhage in Chiang-mai University Hospital. *J Med Assoc Thai* 1975 May;58(5) : 242-48
4. สุวิทย์ ศรีอัฐพร, ชาญวิทย์ ตันดิพิพัฒน์, สมหมาย วิไลรัตน์. เลือดออกเฉียบพลันจากส่วนต้นของระบบทางเดินอาหาร : การศึกษาย้อนหลังในผู้ป่วย 1,338 ราย. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร* 2531 กุมภาพันธ์; 32(2) : 165-74
5. กิตติยา อุ่นสุวรรณ, ชุชาติ สมานโสคติวงศ์, เดิมชัย ไชยนุวัติ, บุญ วนาสิน. เลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบน การศึกษาผู้ป่วยในห้องพักรักษา ตึกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศิริราช. *สารศิริราช* 2521 ธันวาคม;30(12) : 2103-18
6. ธนวิวัฒน์ สิงคาลวณิช. การคัดเลือกจากทางเดินอาหารส่วนต้นในโรงพยาบาลชลบุรี, วินิจฉัยด้วยกล้องตรวจ. *วารสารกรมการแพทย์* 2529 เมษายน;11(4) : 203-20
7. Bolt PM, Rueener BN, Palmer PES, Watson DW. *The Digestive System*. New York; Wiley, 1983.
8. พินิจ กุลละวณิชย์, อุทัย แก้วเอี่ยม, สัจพันธ์ อิศรเสนา, สมหมาย วิไลรัตน์. การศึกษาผู้ป่วย 242 ราย ที่อาเจียนและหรือถ่ายเป็นเลือดในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร* 2527 เมษายน;28(4) : 385-96
9. Panes J, Viver J, Forne M, Marco C, Garcia-Olivares E, Garau J. Controlled trial of endoscopic sclerosis in bleeding peptic ulcers. *Lancet* 1987 Dec 5;2(8571) : 1292-4
10. The national ASGE survey on upper gastrointestinal bleeding. I. Study design on baseline data. *Gastrointest Endosc* 1981; May; 27(2) : 73-9
11. เกรียงไกร อัครวงศ์. Gastrointestinal bleeding. *วารสารกรมการแพทย์* 2519 ตุลาคม;1(4) : 238-48
12. Juttijudata P, Athapaisal C, Chumchaisri C, Chittinanl S. The clinical study of upper gastrointestinal bleeding. *J Med Assoc Thai* 1977 Mar;60(3) : 101-6
13. Larson DE, Farnell MB. Upper gastrointestinal hemorrhage. *Mayo Clin Proc* 1983 Jan; 58(6)
14. Nikolopoulou V, Dougenis D. Haemorrhagic-erosive gastritis, a study of 350 endoscopically identified cases. *Br J Clin Pract* 1988 Aug;42(8) : 333-6