

# Chulalongkorn Medical Journal

Volume 32  
Issue 5 May 1988

Article 3

5-1-1988

## กสุนอมากการ เมโลโลรี-ໄວສສ

สุวิทย์ ศรีอัษฎาพร

ชาญวิทย์ ตันตีบัญชณ์

สมหมาย วิไลรัตน์

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

 Part of the Medicine and Health Sciences Commons

---

### Recommended Citation

ศรีอัษฎาพร, สุวิทย์; ตันตีบัญชณ์, ชาญวิทย์; and วิไลรัตน์, สมหมาย (1988) "กสุนอมากการ เมโลโลรี-ໄວສສ," *Chulalongkorn Medical Journal*: Vol. 32: Iss. 5, Article 3.

DOI: <https://doi.org/10.58837/CHULA.CMJ.32.5.3>

Available at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjournal/vol32/iss5/3>

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).

---

กลุ่มอาการ เมล็ดรี่-ไวส์

## กลุ่มอาการ เมลโลรี-ไวส์

สุวิทย์ ศรีอัมภูพร\*

ชาญวิทย์ ตันต์พิพัฒน์\*\* สมหมาย วีไกรตัน\*\*\*

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 คศ. 1929 Mallory และ Weiss ได้รายงานผู้ป่วย 4 รายที่เสียชีวิต เพราะเลือดออกจากระบบทางเดินอาหารส่วนต้น<sup>(1)</sup> ผู้ป่วยทุกรายมีประวัติคิมเหล้าและอาเจียนก่อนเลือดออก การตรวจพบว่ามีแผลฉีกขาดของเยื่อบุผิวภายในลิ่นถึงหั้นก้านส้ามเนื้อบริเวณส่วนต่อของหลอดอาหารและกระเพาะ ต่อมมาแผลฉีกขาดบริเวณนี้ได้รับชื่อว่า Mallory-Weiss Syndrome (MWS) ก่อน ค.ศ. 1966 เชื่อว่าโรคนี้พบได้น้อยมาก เพราะมีรายงานเพียงประมาณ 100 ราย<sup>(2,3)</sup> แต่มีการนิยมใช้ flexible endoscope สำหรับตรวจระบบทางเดินอาหารส่วนต้นจึงทำให้พบ MWS ได้มอยขึ้น อย่างไรก็ตามรายงานเกี่ยวกับ MWS ในประเทศไทยยังมีน้อย<sup>(6-10)</sup> ผู้รายงานจึงได้ทำการศึกษาโรคนี้โดยเน้นถึงอุบัติการณ์ สาเหตุ การรักษาและผลของการรักษา โดยหวังว่าข้อมูลจะช่วยให้การวินิจฉัยและการรักษา MWS มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

## ผู้ป่วยและวิธีการ

รายงานนี้เป็นการศึกษาข้อมูลจากหน้าป้ายผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ด้วยปัญหาเลือดออกจากแผลฉีกขาดของเยื่อบุภายในบริเวณรอยต่อของหลอดอาหารและกระเพาะ ตั้งแต่ มกราคม 2523 ถึง ธันวาคม 2527 การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาผู้ป่วยที่เลือดออกเฉียบพลันจากส่วนต้นของระบบทางเดินอาหาร การวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็น MWS ได้จากการส่องกล้องหรือจากการผ่าตัด

## ผลการศึกษา

ในระยะเวลา 5 ปีของการศึกษามีผู้ป่วยที่เป็น MWS 24 ราย รายงานจากผู้ป่วยที่เลือดออกจากส่วนต้นของระบบทางเดินอาหารทั้งหมด 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)

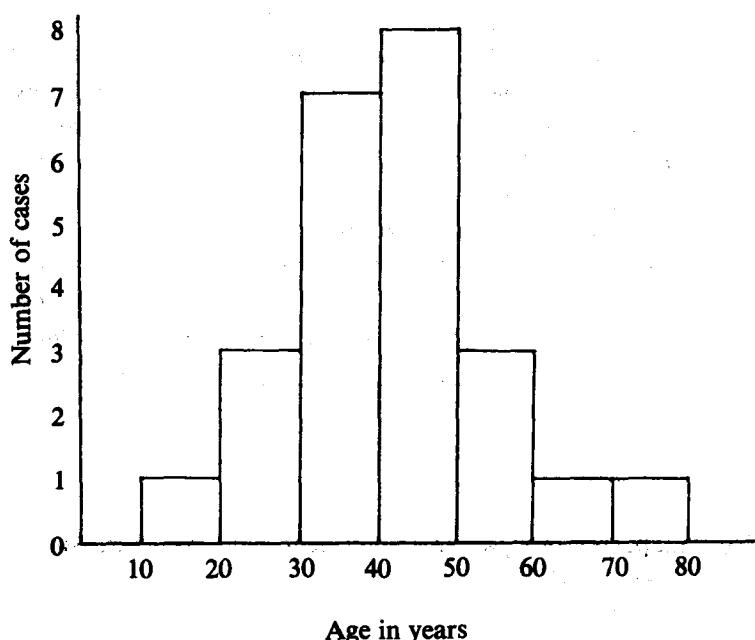


Figure 1 Age distribution.

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

และการผ่าตัด 3 ราย แผลฉีกขาดอยู่ที่ esophagogastric junction (EGJ) 23 ราย และที่ cardia 1 ราย ผู้ป่วย 9 รายได้รับการวินิจฉัยโรคภายใน 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

ในระยะแรกรับเข้าโรงพยาบาลผู้ป่วยได้รับการรักษาพื้นฟูด้วยน้ำเกลือ และได้เลือดหรือพลาสมาตามความจำเป็น เลือดหยุดลงในผู้ป่วย 1 รายก่อนที่จะได้รับการรักษาขั้นต่อไป ผู้ป่วยอีก 23 รายได้รับ nasogastric lavage ยาที่ผู้ป่วยได้

รับเม็ดเดียว antacid 3 ราย cimetidine 8 ราย และยาหั้งสองชนิดอีก 1 ราย จำนวนเลือดที่ผู้ป่วยได้รับเม็ดเดียว 0 ถึง 11 หน่วย เฉลี่ย 3 หน่วย ผู้ป่วย 4 รายไม่ได้รับเลือดเลย จากการรักษาแบบประคับประคองพบว่าเลือดหยุดในผู้ป่วย 21 ราย ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้เลือดไปโดยเฉลี่ย 2.4 หน่วย ผู้ป่วย 3 รายได้รับการผ่าตัดฉุกเฉินเพราเลือดไม่หยุด และได้รับเลือดไปก่อนผ่าตัดโดยเฉลี่ย 4.2 หน่วย ตารางที่ 2 แสดงรายละเอียดของผู้ป่วย 3 รายที่ได้รับการผ่าตัด ผู้ป่วย 1 รายเกิดแพ้อักษะเป็นหนองหลังผ่าตัดและต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลถึง 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 ในรายงานนี้คิดเป็นอัตรา ร้อยละ 1.8 ของผู้ป่วยที่เลือดออกจากส่วนต้นของระบบทางเดินอาหาร อัตราที่ค่อนข้างต่ำเมื่อเทียบกับรายงานจากประเทศไทยซึ่งมีอุบัติการณ์ร้อยละ 5-15<sup>(4-5)</sup> ประเกทผู้ป่วยไทยเดียงกับรายงานจากต่างประเทศคือส่วนมากเป็นชายและมีอายุ 40-50 ปี ข้อสำคัญในการวินิจฉัย MWS คือผู้ป่วยมีประวัติคี่เม็ดเหล้าจัดและมีการอาเจียนหรือขย้อน (retching) ก่อนมีอาการเลือดออก<sup>(4,5)</sup> ผู้ป่วยในรายงานนี้มีประวัติคี่เม็ดเหล้าจัดถึงร้อยละ 95.2 แต่ได้ประวัติอาเจียนหรือขย้อนค่อนข้างน้อยโดยพบเพียงร้อยละ 37.5 ทั้งนี้คงเป็นเพราะแพทย์ผู้รับผู้ป่วยไม่ได้นัดหมายประเมินค่าอาเจียนหรือขย้อนจากผู้ป่วย

ผู้ป่วยในรายงานนี้มีประวัติ chronic dyspepsia ร้อยละ 47.6 และประวัติกินยาแก้ปวดแก้ไข้ถึงร้อยละ 65 ประวัติทั้งสองนี้อาจทำให้แพทย์ผู้วินิจฉัยสงสัยโรคเป็นปอดหรือ acute mucosal lesions ดังนั้นการส่องกล้องจึงมีบทบาทสำคัญมากในการวินิจฉัย MWS จากสาเหตุอื่น ตำแหน่งของแผลนีกขนาดในรายงานนี้ใกล้เคียงกับรายงานอื่น คือพบ

บ่อยที่สุดบริเวณ EGJ และแผลนีกขนาดอาจมีมากกว่าหนึ่งแผล<sup>(4,5)</sup> รายงานจากประเทศไทยรับพบว่า MWS พบร่วมกับ hiatal hernia ได้ถึงร้อยละ 3-100 ของผู้ป่วย<sup>(4,5,11-13)</sup> แต่รายงานนี้ไม่พบ hiatal hernia เลย ซึ่งอาจเป็นเพราะ hiatal hernia ในประเทศไทยพบน้อยมาก หรือแพทย์ผู้รักษาไม่ได้สังเกตหรือค้นหาภาวะตั้งกล่าวอย่างจริงจัง

การรักษาแบบประคับประคองทำให้เลือดหยุดได้ในผู้ป่วยร้อยละ 87.5 ซึ่งใกล้เคียงกับรายงานอื่น<sup>(4,5)</sup> ศัลยกรรมฉุกเฉินจึงมีความจำเป็นเฉพาะในรายที่เลือดออกรุนแรงและไม่หยุด และในรายที่ยังไม่ทราบการวินิจฉัยโรค วิธีผ่าตัดสำหรับ MWS คือเปิดกระเพาะเพื่อสำรวจดูบาดแผลและเย็บซ่อมบริเวณที่นีกขนาด<sup>(4,5)</sup> สำหรับผู้ป่วย 2 รายในรายงานนี้ได้รับการทำ truncal vagotomy และ pyloroplasty ร่วมด้วย ซึ่งไม่ทราบเหตุผลที่แน่นชัด ผู้ป่วยบางราย (ประมาณ 1 ใน 3) อาจมีเลือดคั่งอยู่ในชั้น subserosa บริเวณ EGJ ด้าน lesser curvature ลักษณะนี้อาจช่วยในการวินิจฉัย MWS เมื่อเปิดห้องเช้าไปแล้ว<sup>(4)</sup>

รายงานนี้ไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิตเลยเมื่อเทียบกับรายงานอื่นซึ่งมีอัตราตายร้อยละ 1-7<sup>(4,5,11,12)</sup> ผู้ป่วยส่วนมากเสียชีวิตจากโรคแทรกซ้อนหรือโรคที่เป็นอยู่เดิม อย่างไรก็ตามการส่องกล้องวินิจฉัยในรายงานนี้ยังค่อนข้างล่าช้า เพียงร้อยละ 37.5 ของผู้ป่วยได้รับการส่องกล้องภายใน 24 ชั่วโมงหลังรับเข้าโรงพยาบาล ถ้าการส่องกล้องทำได้รวดเร็วขึ้นแผนการรักษาในผู้ป่วย 3 รายที่ได้รับการผ่าตัดดูดเลือดออกจากกระเพาะปัสสาวะไปได้ เช่น ผู้ป่วยที่ได้รับเลือดก่อนผ่าตัดไปเพียง 2 หน่วย อาจไม่จำเป็นต้องผ่าตัดถ้าให้การรักษาประคับประคองต่อไปได้สำเร็จ ในบีบจุบันมีรายงานการห้ามเลือดโดยไม่ต้องผ่าตัดอยู่หลายวิธี เช่น balloon tamponade,<sup>(13)</sup> transcatheter embolization,<sup>(14,15)</sup> endoscopic electrocoagulation<sup>(16,17)</sup> และ systemic หรือ intraarterial infusion of vasopressin<sup>(15,16)</sup> จะนั้นในอนาคตถ้าวินิจฉัยได้ว่าผู้ป่วยเป็น MWS บทบาท

ของศัลยกรรมในการห้ามเลือดคงจะลดน้อยลงไปอีก

## สรุป

ผู้ป่วยด้วย Mallory-Weiss syndrome 24 รายได้เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ในปี 2523-2527 คิดเป็นอัตราการร้อยละ 1.8 ของปัญหาเลือดออกเฉียบพลันจากส่วนต้นของระบบทางเดินอาหารทั้งหมด ผู้ป่วยเป็นชาย 23 รายและหญิง 1 ราย อายุเฉลี่ย 43 ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีประวัติดื่มเหล้าจัด แต่มีประวัติของการอาเจียนหรืออาเจียนก่อนเลือดออกเพียงร้อยละ 37.5 ผลลัพธ์ของผ่าตัดส่วนมากอยู่บริเวณรอยต่อของหลอดอาหารและกระเพาะ การรักษาแบบประคับประคองได้ผลสำเร็จในผู้ป่วย 21 ราย อีก 3 รายได้รับการผ่าตัดดูดเลือดจากกระเพาะปัสสาวะ เนื่องจากมีการส่องกล้องวินิจฉัยก่อนผ่าตัด ไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิตในรายงานนี้

## อ้างอิง

1. Mallory GK, Weiss S. Hemorrhages from lacерations of cardiac orifice of the stomach due to vomiting. Am J Med Sci 1929 Oct; 178(4): 506-515
2. Homes KD. Mallory-Weiss syndrome: review of 20 cases and literature review. Ann Surg 1966 Nov; 164(5): 810-820
3. 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
4. Sugawa C, Benishek D, Walt AJ. Mallory-Weiss syndrome: a study of 224 patients. Am J Surg 1983 Jan; 145(1): 30-33
5. Knauer CM. Mallory-Weiss syndrome: characterization of 75 Mallory-Weiss lacerations in 528 patients with upper gastrointestinal hemorrhage. Gastroenterology 1976 Jul; 71(1): 5-8
6. เกรียงไกร อัครวงศ์. Gastrointestinal bleeding. วารสารการแพทย์ 2519 ธันวาคม; 1(4): 238-248
7. 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
8. กิตติยา อุ่นสุวรรณ, ชูชาติ สมานโนสติติวงศ์, เติมชัย ไชยนุรัติ, บุญ วนานิน. เลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบน การศึกษาผู้ป่วยในห้องพักค้าง ตึกผู้ป่วยนอกศรีวิราษ 2521 ธันวาคม; 30(12): 2103-2118
9. พินิจ ฤลละวณิชย์, อุทัย เก้าอี้ยน, สัจพันธ์ อิศราเสนาฯ, สมหมาย วีไตรัตน์. การศึกษาผู้ป่วย 242 รายที่อาเจียน และหรือถ่ายเป็นเลือดในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2527 เมษายน; 28(4): 385-396
10. ธนวัฒน์ สิงคារามนิช. การตอกเลือดจากทางเดินอาหารส่วนต้นในโรงพยาบาลชลบุรี: วินิจฉัยด้วยกล้องตรวจ. วารสารการแพทย์ 2529 เมษายน; 11(4): 203-208
11. Pyper PC, Collins JSA, Beverland DE, Brotherton TM, Parks TG. The Mallory-Weiss syndrome: a clinical review and follow up. J Roy Coll Surg Edin 1985 Jun; 30(3): 177-180
12. Bubrick MP, Lundein JW, Onstad GR, Hitchcock CR. Mallory-Weiss syndrome: analysis of fifty-nine cases. Surgery 1980 Sep; 88(3): 400-405
13. 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
14. 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
15. Fisher RG, Schwartz JT, Graham DY. Angioterapy 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