

ลักษณะทางคลินิก ปัจจัยเสี่ยง และผลการรักษาของผู้ป่วยเลือดออกจากทางเดินอาหารส่วนต้นเฉียบพลันในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

สิทธิโชค วัฒนโรจนานพร
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

รับต้นฉบับ 25 สิงหาคม 2568

ปรับแก้ไข 7 ตุลาคม 2568

รับลงตีพิมพ์ 10 ตุลาคม 2568

ที่มาของปัญหา

เลือดออกจากทางเดินอาหารส่วนต้นเป็นภาวะฉุกเฉินที่พบบ่อยของผู้ป่วยศัลยกรรม การประเมินลักษณะทางคลินิกอย่างเหมาะสมมีความสำคัญต่อการวางแผนการดูแลรักษา

วัตถุประสงค์

ศึกษาลักษณะทางคลินิก ปัจจัยเสี่ยง และผลการรักษาในผู้ป่วยเลือดออกจากทางเดินอาหารส่วนต้นเฉียบพลัน

วิธีการศึกษา

ศึกษาย้อนหลังผู้ป่วยเลือดออกจากทางเดินอาหารส่วนต้นเฉียบพลัน 170 รายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน อาการแสดง ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการส่องกล้อง การรักษา และผลการรักษา เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มเลือดออกจากทางเดินอาหารส่วนต้นจากเส้นเลือดขอด (variceal upper gastrointestinal bleeding, VUGIB) กับกลุ่มเลือดออกจากทางเดินอาหารส่วนต้นที่ไม่ได้เกิดจากเส้นเลือดขอด (non-variceal upper gastrointestinal bleeding, NVUGIB)

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 70) อายุเฉลี่ย 61.45 ± 14.20 ปี ผลการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้นเป็น NVUGIB 158 ราย (ร้อยละ 92.9) และ VUGIB 12 ราย (ร้อยละ 7.1) กลุ่ม NVUGIB เกิดจากโรคแผลเพ็ปติกมากที่สุด ร้อยละ 67.1 ลักษณะบ่งชี้การมีเลือด

ออกเป็น clean base มากที่สุด ร้อยละ 58.5 ทั้งหมด มีประวัติเสี่ยงดื่มสุรา ร้อยละ 39.4 ในกลุ่ม NVUGIB มีประวัติเสี่ยงใช้ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ร้อยละ 24.7 ลักษณะทางคลินิกของ VUGIB ที่แตกต่างจาก NVUGIB ได้แก่ เป็นโรคตับแข็ง ($p < 0.001$) ตรวจมีน้ำในช่องท้อง ($p = 0.005$) สัญญาณชีพไม่คงที่ ($p = 0.032$) ระดับฮีโมโกลบินต่ำ ($p = 0.033$) ค่าการแข็งตัวของเลือดสูง ($p = 0.002$) ค่าแอลบูมินต่ำ ($p < 0.001$) ค่าบิลิรูบินทั้งหมดสูง ($p = 0.001$) ทำหัตถการรักษาผ่านการส่องกล้องมากกว่า ($p < 0.001$) และได้รับเลือดมากกว่า ($p = 0.021$) โดยรวมพบภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 5.9 เลือดออกซ้ำ ร้อยละ 5.3 และเสียชีวิต ร้อยละ 6.5

สรุปผลการศึกษา

NVUGIB เป็นสาเหตุหลัก ผลการรักษาผู้ป่วยเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นเฉียบพลันค่อนข้างดี ในขณะที่ VUGIB แม้น้อยกว่าแต่ต้องทำหัตถการรักษาผ่านการส่องกล้องและให้เลือดมากกว่า ลักษณะทางคลินิกและทางห้องปฏิบัติการสามารถช่วยระบุผู้ป่วยที่มีโอกาสเป็น VUGIB ได้ตั้งแต่ระยะแรก ซึ่งอาจนำไปสู่การพัฒนาต้นแบบเครื่องมือคัดกรองที่ใช้งานได้ง่ายสำหรับบริบทของโรงพยาบาลชุมชน

คำสำคัญ

เลือดออกจากทางเดินอาหารส่วนต้นเฉียบพลัน, โรคแผลเพ็ปติก, เส้นเลือดขอดในทางเดินอาหาร, ส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น

Clinical Characteristics, Risk factors and Outcomes of Patients with Acute Upper Gastrointestinal Bleeding in Sakaeo Crown Prince Hospital

Sittichoke Wattanarochanaporn
Sakaeo Crown Prince Hospital

Background

Acute upper gastrointestinal bleeding (UGIB) is a common surgical emergency. Proper assessment of clinical characteristics is essential for planning management.

Objective

To investigate the clinical characteristics, risk factors, and outcomes of patients with acute UGIB.

Methods

A retrospective study was conducted on 170 patients with acute UGIB admitted to Sakaeo Crown Prince Hospital. Baseline characteristics, clinical presentations, laboratory results, endoscopic findings, treatments, and outcomes were analyzed and compared between variceal UGIB (VUGIB) and non-variceal UGIB (NVUGIB).

Results

The majority of patients were male (70.0%) with a mean age of 61.45 ± 14.20 years. Endoscopy revealed NVUGIB in 158 patients (92.9%) and VUGIB in 12 patients (7.1%). Among NVUGIB patients, peptic ulcer disease (PUD) was the most common cause (67.1%). The most common bleeding stigmata was a clean base (58.5%). Alcohol consumption was

reported in 39.4% of all cases, and NSAID use was found in 24.7% of NVUGIB cases. Compared with NVUGIB, patients with VUGIB more often had liver cirrhosis ($p < 0.001$), ascites ($p = 0.005$), frequent hemodynamic instability ($p = 0.032$) and lower hemoglobin levels ($p = 0.033$). They also showed prolonged prothrombin time ($p = 0.002$), low albumin levels ($p < 0.001$), higher total bilirubin levels ($p = 0.001$), higher rates of endoscopic therapeutic interventions ($p < 0.001$), and greater blood transfusion requirements ($p = 0.021$). Overall, complications occurred in 5.9%, rebleeding in 5.3%, and mortality in 6.5%.

Conclusions

NVUGIB was the predominant cause of acute UGIB, and overall outcomes were favorable. Although less common, VUGIB required more endoscopic interventions and blood transfusions. Clinical and laboratory factors may guide early identification of VUGIB, which may lead to the development of a simple screening tool for community hospitals.

Keywords

acute upper gastrointestinal bleeding, peptic ulcer disease, gastroesophageal varices, upper endoscopy

บทนำ

ภาวะเลือดออกจากทางเดินอาหารส่วนต้นเฉียบพลัน (acute upper gastrointestinal bleeding, acute UGIB) เป็นภาวะฉุกเฉินที่พบบ่อยทั่วโลก ในสหรัฐอเมริกาผู้ป่วย ร้อยละ 80 ที่มาห้องฉุกเฉินด้วยภาวะนี้จำเป็นต้องนอนโรงพยาบาล¹ ภาวะเลือดออกจากทางเดินอาหารส่วนต้นเฉียบพลันหมายถึงภาวะที่ผู้ป่วยมาด้วยอาการถ่ายดำ ถ่ายเป็นเลือด หรืออาเจียนเป็นเลือด ตำแหน่งของเลือดออก ได้แก่ หลอดอาหาร กระเพาะอาหาร และลำไส้เล็กส่วนต้น (duodenum) จนถึง ligament of Treitz² สาเหตุภาวะเลือดออกจากทางเดินอาหารส่วนต้นแบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ กลุ่มเลือดออกจากทางเดินอาหารส่วนต้นจากเส้นเลือดชอต (variceal upper gastrointestinal bleeding, VUGIB) ได้แก่ esophageal varices (EV) และ gastric varices (GV) อีกกลุ่ม คือ เลือดออกจากทางเดินอาหารส่วนต้นที่ไม่ได้เกิดจากเส้นเลือดชอต (non-variceal upper gastrointestinal bleeding, NVUGIB) ได้แก่ โรคแผลเพ็ปติก (peptic ulcer disease, PUD) หลอดอาหารอักเสบ (esophagitis) กระเพาะอาหารอักเสบ (gastritis) ลำไส้เล็กส่วนต้นอักเสบ (duodenitis) Mallory-Weiss tear (MW tear) กลุ่มโรคเส้นเลือดผิดปกติ ได้แก่ angiodysplasia Dieulafoy's lesion รวมถึงกลุ่มเนื้องอกต่างๆ ได้แก่ adenocarcinomas, GI stromal tumors (GIST), lymphomas³ PUD เป็นสาเหตุของเลือดออกจากทางเดินอาหารส่วนต้นที่พบได้บ่อยที่สุด แต่ร้อยละสัดส่วนอาจมีความแตกต่างกันในแต่ละที่และแตกต่างกันเมื่อเวลาผ่านไป⁴⁻⁶ ในสหรัฐอเมริกาพบว่า PUD ร้อยละ 53.1 รองลงมา คือ เส้นเลือดชอตในทางเดินอาหาร ร้อยละ 11.5 เนื้องอก ร้อยละ 5.2 หลอดอาหารอักเสบ ร้อยละ 4.3 MW tear ร้อยละ 3.0 และจากเส้นเลือดผิดปกติ ร้อยละ 2.85 ในสหราชอาณาจักร PUD ร้อยละ 36 รองลงมา คือ หลอดอาหารอักเสบ ร้อยละ 24 กระเพาะอาหารอักเสบ ร้อยละ 22 ลำไส้เล็กส่วนต้นอักเสบ ร้อยละ 13 เส้นเลือดชอตในทางเดินอาหาร ร้อยละ 11 MW tear ร้อยละ 4.3 มะเร็ง ร้อยละ 3.72 การศึกษาในไทยสถิติที่แตกต่างกันออกไป แต่ PUD ยังเป็นสาเหตุของเลือดออกจากทางเดินอาหารส่วนต้นเฉียบพลันมากที่สุด ร้อยละ 39.5-48 สาเหตุรองลงมากระเพาะอาหารอักเสบ ร้อยละ 20.3-24.5 เส้นเลือดชอตในทางเดิน

อาหาร ร้อยละ 12.8-37.1 หลอดอาหารอักเสบ ร้อยละ 4.3 MW tear ร้อยละ 3.5 มะเร็ง ร้อยละ 1.8 ลำไส้เล็กส่วนต้นอักเสบ ร้อยละ 0.9⁷⁻⁹

VUGIB เป็นผลมาจากความดันในหลอดเลือดดำพอร์ทัลสูง (portal hypertension) ซึ่งภาวะนี้มักเกิดในผู้ป่วยโรคตับแข็งได้ประมาณ ร้อยละ 50 โดยเฉพาะผู้ป่วยตับแข็งรุนแรง (Child-Pugh class B, C)¹⁰ แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยตับแข็งก็อาจเป็น NVUGIB ได้ประมาณ ร้อยละ 40¹¹ การส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น (esophagogastroduodenoscopy, EGD) จึงเป็นทั้งการวินิจฉัยและสามารถรักษาได้ในเวลาเดียวกัน หัตถการรักษาผ่านการส่องกล้องของ VUGIB คือ การใช้ยางรัดเส้นเลือดชอต (esophageal variceal band ligation, EVL)

PUD ได้แก่ แผลในกระเพาะอาหาร (gastric ulcer, GU) และแผลในลำไส้เล็กส่วนต้น (duodenal ulcer, DU) โดยแผลในกระเพาะอาหารพบมากกว่า^{4-5, 7} ปัจจัยเสี่ยงหลัก ได้แก่ การติดเชื้อเฮลิโคแบคเตอร์ไพโลไร (*Helicobacter pylori*) การรับประทานยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) และยาต้านเกร็ดเลือด (antiplatelet drug) ภาวะกระเพาะอาหารอักเสบและลำไส้เล็กส่วนต้นอักเสบมักไม่ทำให้เกิดเลือดออกรุนแรงและหายเองได้ ยกเว้นในผู้ป่วยที่รับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด (anticoagulant drug) หรือมีภาวะเลือดแข็งตัวไม่ดี (coagulopathy) MW tear เป็นภาวะที่มีการฉีกขาดแนวยาวบริเวณรอยต่อระหว่างหลอดอาหารและกระเพาะอาหารทำให้เกิดภาวะเลือดออกจากทางเดินอาหารส่วนต้นตามมาโดยผู้ป่วยมักมีประวัติดื่มสุราและอาเจียนหลายครั้งนำมาก่อน มักไม่ทำให้เลือดออกรุนแรง และหายเองได้¹²

การดูแลผู้ป่วยที่มาด้วยภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นเฉียบพลันมีความสำคัญตั้งแต่แรกรับ ได้แก่ การประเมินความคงที่ของสัญญาณชีพ (hemodynamic stability) การให้การช่วยเหลือเบื้องต้นเพื่อคงสัญญาณชีพ (resuscitation) รวมถึงการประเมินทางเดินหายใจและระดับความรู้สึกตัว ควรพิจารณาให้เลือดเมื่อระดับฮีโมโกลบิน < 7 กรัมต่อเดซิลิตร และควรส่องกล้องภายใน 24 ชั่วโมง หากพบลักษณะบ่งชี้การมีเลือดออก (bleeding stigmata) ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดเลือดออกซ้ำ ตาม Forrest classification¹ ได้แก่ Forrest Ia: active spurting, Forrest Ib:

active oozing, Forrest IIa: non-bleeding visible vessel (NBVV) และ Forrest IIb: adherent clot ส่วน Forrest IIc: hematin-covered flat spot และ Forrest III: clean base จัดเป็นลักษณะความเสี่ยงต่ำต่อการเกิดเลือดออกซ้ำ ซึ่งโดยทั่วไปไม่จำเป็นต้องทำหัตถการรักษาผ่านการส่องกล้อง

ภาวะแทรกซ้อนของภาวะเลือดออกจากทางเดินอาหารส่วนต้นพบได้ ร้อยละ 22 มักเกิดในผู้ป่วยเลือดออกจากทางเดินอาหารส่วนต้นจากเส้นเลือดขอด⁷ ได้แก่ ผู้ป่วยมีภาวะการหายใจล้มเหลว ไตวายเฉียบพลัน การติดเชื้อ ภาวะสมองผิดปกติจากโรคตับ (hepatic encephalopathy) และเสียชีวิต ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่อายุน้อย อัตราการตายในต่างประเทศตั้งแต่ ร้อยละ 2.5-10² การศึกษาในไทยอัตราการตายโดยแบ่งตามสาเหตุของเลือดออก ได้แก่ NVUGIB ร้อยละ 4.1 ส่วน VUGIB) ร้อยละ 9.9¹³

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อศึกษาลักษณะทางคลินิก ปัจจัยเสี่ยง และผลการรักษาในผู้ป่วยเลือดออกจากทางเดินอาหารส่วนต้นเฉียบพลัน

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (descriptive retrospective study) ผู้ป่วยที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้วในระยะเวลา 1 ปี ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2566 จนถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2567 ที่มาด้วยเลือดออกจากทางเดินอาหารส่วนต้นเฉียบพลัน เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย (Inclusion criteria) ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัย ICD -10 ด้วยรหัส ดังนี้ K25.0 Acute gastric ulcer with hemorrhage, K26.0 Acute duodenal ulcer with hemorrhage, K22.6 Gastro-esophageal laceration-hemorrhage syndrome, K29.0 Acute gastritis, K29.8 acute duodenitis, K29.9 Gastroduodenitis, I85.01 Esophageal varices with bleeding, I86.4 gastric varices, K92.0 hematemesis, K 92.1 melena , K 92.2 GI bleeding, unspecified ต้องมีการทำหัตถการ ICD-9 อย่างไม่อย่างหนึ่งดังนี้ EGD 45.13, EGD with EVL 42.33, EGD with biopsy 45.16 และอายุมากกว่า 18 ปี เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาลไม่ได้มาด้วย อาเจียนเป็นเลือด

ถ่ายดำ หรือถ่ายเป็นเลือด ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษาหรือหลบหนีออกจากโรงพยาบาล หรือเวชระเบียนไม่สมบูรณ์ จากนั้นเก็บข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว ประวัติการใช้ยา การดื่มสุรา ลักษณะทางคลินิก ได้แก่ สัญญาณชีพแรกพบ อาการที่มา การตรวจร่างกายดูน้ำในช่องท้อง (ascites) ความรู้สึกตัว ลักษณะอุจจาระ ลักษณะที่พบเมื่อสวนล้าง กระเพาะอาหาร (NG finding) ระดับฮีโมโกลบิน (hemoglobin) เกร็ดเลือด (platelet) ค่าการแข็งตัวของเลือด (prothrombin time, PT) ค่าการทำงานของไต (serum creatinine) ค่าแอลบูมิน (serum albumin) ค่าบิลิรูบินทั้งหมด (total bilirubin) ผลการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น (EGD finding) หัตถการรักษาผ่านการส่องกล้อง ยาที่ได้รับ การให้เลือด ภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การมีเลือดออกซ้ำ การหายใจล้มเหลว ไตวายเฉียบพลัน การติดเชื้อ ภาวะสมองผิดปกติจากโรคตับ ภาวะถอนสุรา ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล, ภาวะเลือดออกซ้ำ และสถานะการรักษาเมื่อจำหน่าย จากนั้นใช้ผลการส่องกล้องเป็นเกณฑ์ในการแบ่งกลุ่มผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 VUGIB ได้แก่ EV และ GV ส่วนกลุ่มที่ 2 NVUGIB ได้แก่ PUD หลอดอาหารอักเสบ กระเพาะอาหารอักเสบ ลำไส้เล็กส่วนต้นอักเสบ MW tear และมะเร็งของระบบทางเดินอาหาร แล้ววิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา สำหรับข้อมูลจากตัวแปรต่อเนื่องที่มีการแจกแจงแบบปกติ แสดงผลเป็นค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลที่มีการแจกแจงไม่ปกติแสดงค่ามัธยฐาน (median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IQR) สำหรับข้อมูลจากตัวแปรไม่ต่อเนื่องแสดงผลเป็นสัดส่วน ร้อยละ การเปรียบเทียบปัจจัยตัวแปรแบบกลุ่มใช้สถิติ Fisher's Exact test ตัวแปรต่อเนื่องใช้สถิติ Independent simple T-test หรือ Mann Whitney U test แล้วแต่การแจกแจงของข้อมูล โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ ร้อยละ 95 และนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ วิเคราะห์ผ่านโปรแกรม SPSS เวอร์ชัน 26.0 การศึกษานี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้วเมื่อ 28 เมษายน 2568 (S008b/68 ExPD)

ผลการศึกษา

จากการศึกษามีผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์คัดเข้า 266 ราย

เกณฑ์คัดออก 96 ราย ได้ผู้ป่วยในการศึกษาทั้งหมด 170 ราย เป็นเพศหญิง 51 ราย (ร้อยละ 30) และเพศชาย 119 ราย (ร้อยละ 70) อายุเฉลี่ย 61.45 ± 14.20 ปี เป็นกลุ่มผู้ป่วย NVUGIB มีจำนวน 158 ราย (ร้อยละ 92.9) และ VUGIB 12 ราย (ร้อยละ 7.1) ข้อมูลทั่วไปและลักษณะทางคลินิกแสดงในตารางที่ 1 ผู้ป่วยอายุเกิน 65 ปี ร้อยละ 44.1 โดยกลุ่ม VUGIB มีแนวโน้มอายุน้อยกว่ากลุ่ม NVUGIB (55.17 ปี เทียบกับ 61.94 ปี) แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.110$) โรคร่วมที่พบบ่อยมากที่สุด ได้แก่ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 35.9) รองลงมาโรคเบาหวาน (ร้อยละ 18.8) และโรคตับแข็ง (ร้อยละ 17.6) ซึ่งโรคตับแข็งพบในกลุ่ม VUGIB อัตราสูงกว่ากลุ่ม NVUGIB อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 100 เทียบกับ 11.4, $p < 0.001$) ประวัติเสี่ยงมีการรับประทานยา NSAIDs ในกลุ่ม NVUGIB ร้อยละ 24.7 ส่วนประวัติการดื่มสุราสูงทั้งกลุ่ม NVUGIB (ร้อยละ 38) และกลุ่ม VUGIB (ร้อยละ 58.3) โดยไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในแง่อาการและอาการแสดงกลุ่ม VUGIB มีอาการอาเจียนเป็นเลือดและถ่ายดำสูงกว่า แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ การตรวจมีน้ำในช่องท้องในกลุ่ม VUGIB เท่านั้น (ร้อยละ 16.7) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.005$) ส่วนสัญญาณชีพไม่คงที่ (Hemodynamic instability) นั้นพบในกลุ่ม VUGIB มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 50.0 เทียบกับ 20.9, $p = 0.032$)

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปและลักษณะทางคลินิก

| ตัวแปร | total (n = 170) | NVUGIB (n = 158) | VUGIB (n = 12) | p-value |
|----------------------|--|--|--|---------|
| อายุ (ปี) | 61.46 ± 14.16 18–90 | 61.94 ± 14.03 18–90 | 55.17 ± 14.98 33–78 | 0.110 |
| อายุ > 65 ปี | 75 (44.1 %) | 71 (44.9 %) | 4 (33.3 %) | 0.553 |
| เพศชาย | 119 (70 %) | 112 (70.9 %) | 7 (58.3 %) | 0.348 |
| โรคร่วม | | | | |
| โรคเบาหวาน | 32 (18.8 %) | 29 (18.4 %) | 3 (25 %) | 0.700 |
| โรคความดันโลหิตสูง | 61 (35.9 %) | 59 (37.3 %) | 2 (16.7 %) | 0.333 |
| โรคไตเสื่อมเรื้อรัง | 13 (7.6 %) | 11 (7.0 %) | 2 (16.7 %) | 0.230 |
| โรคเส้นเลือดหัวใจ | 3 (1.8 %) | 2 (1.3 %) | 1 (8.3 %) | 0.198 |
| โรคเส้นเลือดสมองตีบ | 12 (7.1 %) | 12 (7.6 %) | 0 (0 %) | 1.000 |
| โรคมะเร็งตับ | 2 (1.2 %) | 1 (0.6 %) | 1 (8.3 %) | 0.137 |
| โรคตับแข็ง | 30 (17.6 %) | 18 (11.4 %) | 12 (100 %) | <0.001* |
| โรคตับแข็งระยะ A/B/C | 15 (8.8 %)/ 7 (4.1 %)/ 8 (4.7 %) | 10 (6.3 %)/ 3 (1.9 %)/ 5 (3.2 %) | 5 (41.7 %)/ 4 (33.3 %)/ 3 (25 %) | |

ต่อตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปและลักษณะทางคลินิก

| ตัวแปร | total (n = 170) | NVUGIB (n = 158) | VUGIB (n = 12) | p-value |
|--------------------------|--------------------|---------------------|-------------------|---------|
| ประวัติการใช้ยา | | | | |
| NSAIDs | 39 (22.9 %) | 39 (24.7 %) | 0 (0 %) | 0.070 |
| ยาต้านกรดเลือด | 19 (11.2 %) | 19 (12.0 %) | 0 (0 %) | 0.365 |
| ยาต้านการแข็งตัวของเลือด | 3 (1.8 %) | 3 (1.9 %) | 0 (0 %) | 1.000 |
| ยาสเตียรอยด์ | 17 (10 %) | 17 (10.8 %) | 0 (0 %) | 0.612 |
| ประวัติการดื่มสุรา | 67 (39.4 %) | 60 (38.0 %) | 7 (58.3 %) | 0.221 |
| อาการและอาการแสดง | | | | |
| อาเจียนเป็นเลือด | 104 (61.2 %) | 95 (60.1 %) | 9 (75.0 %) | 0.372 |
| ถ่ายดำ | 112 (65.9 %) | 103 (65.2 %) | 9 (75.0 %) | 0.753 |
| ถ่ายเป็นเลือด | 13 (7.6 %) | 12 (7.6 %) | 1 (8.3 %) | 1.000 |
| เป็นลม (syncope) | 30 (17.6 %) | 28 (17.7 %) | 2 (16.7 %) | 1.000 |
| ascites | 2 (1.2 %) | 0 (0 %) | 2 (16.7 %) | 0.005* |
| สับสนหรือซึม | 1 (0.6 %) | 0 (0 %) | 1 (8.3 %) | 0.071 |
| ลักษณะอุจจาระ | | | | |
| อุจจาระเป็นเลือด | 13 (7.6 %) | 12 (7.6 %) | 1 (8.3 %) | 1.000 |
| อุจจาระดำ | 112 (65.9 %) | 103 (65.2 %) | 9 (75.0 %) | 0.753 |
| อุจจาระเหลืองหรือเขียว | 45 (26.5 %) | 43 (27.2 %) | 2 (16.7 %) | 0.735 |
| NG finding | | | | |
| Fresh blood | 53 (31.2 %) | 49 (31.0 %) | 4 (33.3 %) | 1.000 |
| Coffee ground | 73 (42.9 %) | 67 (42.4 %) | 6 (50 %) | 0.764 |
| Clear | 44 (25.9 %) | 42 (26.6 %) | 2 (16.7 %) | 0.733 |
| Hemodynamic instability | 39 (22.9 %) | 33 (20.9 %) | 6 (50.0 %) | 0.032* |

ค่าที่แสดง หมายถึง จำนวน (ร้อยละ), ค่าเฉลี่ย \pm ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน, ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด, * หมายถึง ค่าที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ โดยใช้หลักสถิติ Fisher's exact test ในประเภทข้อมูลไม่ต่อเนื่อง และใช้ independent Sample T test ในข้อมูลต่อเนื่อง, Hemodynamic instability หมายถึง ความดันตัวบน < 100 มิลลิเมตรปรอท และชีพจร > 100 ครั้งต่อนาที หรือความดันตัวบนลดลง ร้อยละ 10 หรือชีพจรเพิ่มขึ้นมากกว่า ร้อยละ 10 เมื่อเปลี่ยนจากท่านอนเป็นท่านั่ง

ผลการศึกษาทางห้องปฏิบัติการดังแสดงในตารางที่ 2 พบว่าระดับฮีโมโกลบินเฉลี่ยในกลุ่ม VUGIB ต่ำกว่ากลุ่ม NVUGIB อย่างมีนัยสำคัญ (Hemoglobin 7.30 เทียบกับ 8.97 g/dL, $p = 0.033$) ขณะที่ค่าการแข็งตัวของเลือด ค่าแอลบูมินและบิลิรูบินทั้งหมดใน

กลุ่ม VUGIB มีค่าที่แตกต่างอย่างมีนัยทางสถิติกับกลุ่ม NVUGIB (PT 14.95 เทียบกับ 12.65 seconds, $p=0.002$; albumin 2.59 เทียบกับ 3.43 g/dL, $p < 0.001$; bilirubin 0.93 เทียบกับ 0.50 mg/dL, $p = 0.002$)

ตารางที่ 2 ผลทางห้องปฏิบัติการ

| ตัวแปร | total | NVUGIB | VUGIB | <i>p-value</i> |
|-----------------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|----------------|
| Hemoglobin, mg/dL | 8.85 ± 2.63 | 8.97 ± 2.63 | 7.30 ± 2.26 | 0.033* |
| Platelets**, cell/mm ³ | 235,000 | 239,500 | 197,000 | 0.143 |
| median (IQR) | (186,000–311,000) | (188,000–311,000) | (137,000–269,500) | |
| Serum creatinine**, mg/dL | 0.89 | 0.89 | 0.92 | 0.684 |
| median (IQR) | (0.70–1.21) | (0.70–1.21) | (0.74–1.31) | |
| PT**, seconds | 12.90 | 12.65 | 14.95 | 0.002* |
| median (IQR) | (11.70–13.80) | (11.60–13.70) | (13.35–15.95) | |
| Serum albumin, g/dL | 3.43 ± 0.87 | 3.43 ± 0.56 | 2.59 ± 0.53 | <0.001* |
| Total bilirubin**, mg/dL | 0.50 | 0.50 | 0.93 | 0.002* |
| median (IQR) | (0.33–1.00) | (0.30–1.00) | (0.64–2.60) | |

ค่าที่แสดง หมายถึง จำนวน (ร้อยละ), ค่าเฉลี่ย ± ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน หรือค่ามัธยฐาน (ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์), * หมายถึง ค่าที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ โดยใช้หลักสถิติ Fisher's exact test ในประเภทข้อมูลไม่ต่อเนื่อง และใช้ independent Sample T test ในข้อมูลต่อเนื่องที่มีการแจกแจงปกติ หรือ Mann-Whitney U test ในข้อมูลต่อเนื่องที่มีการแจกแจงไม่ปกติ, ** เป็นข้อมูลที่มีการแจกแจงไม่ปกติ

ผลการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้นดังแสดงในตารางที่ 3 พบว่าแผลในกระเพาะอาหารเป็นสาเหตุหลักของ NVUGIB ร้อยละ 50.6 หากรวมกับแผลในลำไส้ส่วนต้น (ร้อยละ 16.5) ด้วย PUD คิดเป็น ร้อยละ 67.1 รองลงมากระเพาะอาหารอักเสบและลำไส้เล็กส่วนต้นอักเสบ ร้อยละ 19.6 MW tear ร้อยละ 7.6 และมะเร็ง ร้อยละ 5.7 สำหรับกลุ่ม VUGIB พบว่า EV เป็นสาเหตุหลัก (ร้อยละ 91.7) ลักษณะบ่งชี้การมีเลือดออกมากที่สุด ใน NVUGIB ได้แก่ clean base ร้อยละ 58.5

ในการจำแนก PUD ตาม Forrest classification พบว่า clean base เป็นลักษณะที่พบบ่อยที่สุด (ร้อยละ 58.5) หัตถการรักษาผ่านการส่องกล้องในกลุ่ม NVUGIB คือการฉีด epinephrine ร่วมกับ electrocautery (Epi + EC) ทำทั้งหมดกลุ่มความเสี่ยงสูง (Forrest Ia - IIa) และการใช้ hemoclip ใน Forrest IIa 1 ราย MW tear 2 ราย สำหรับกลุ่ม VUGIB มีการรักษาหลักคือ EVL จำนวน 7 ราย (ร้อยละ 58.3)

ตารางที่ 3 ผลการส่องกล้องและหัตถการรักษาผ่านการส่องกล้อง

ตารางที่ 3.1 ผลการส่องกล้องในกลุ่ม NVUGIB (n=158)

| ผลการส่องกล้อง | จำนวน (ร้อยละ) |
|-----------------------|----------------|
| Gastric ulcer | 80 (50.6 %) |
| duodenal ulcer | 26 (16.5 %) |
| Gastritis, duodenitis | 31 (19.6 %) |
| Mallory-Weiss tear* | 12 (7.6 %) |
| malignancy | 9 (5.7 %) |

ตารางที่ 3.2 การจำแนก Peptic ulcer disease ตาม Forrest classification (n=106)*

| ลักษณะบ่งชี้การมีเลือดออก | จำนวน (ร้อยละ) | หัตถการรักษาผ่านการส่องกล้อง, จำนวน |
|--|----------------|--|
| - Forrest Ia: active spurting | 1 (0.9 %) | Epi + EC 1 |
| - Forrest Ib: active oozing | 4 (3.8 %) | Epi + EC 4 |
| - Forrest IIa: Non-bleeding visible vessel | 7 (6.6 %) | Hemoclips 1, Epi + EC 6 |
| - Forrest IIb: adherent clot | 5 (4.7 %) | - |
| - Forrest IIc: hematin-covered flat spot | 27 (25.5 %) | - |
| - Forrest III: clean base | 62 (58.5 %) | - |

ตารางที่ 3.3 ผลการส่องกล้องในกลุ่ม VUGIB (n=12)

| ผลการส่องกล้อง | จำนวน (ร้อยละ) | หัตถการรักษาผ่านการส่องกล้อง, จำนวน |
|--------------------|----------------|--|
| esophageal varices | 11 (91.7 %) | EVL 7 |
| gastric varices | 1 (8.3 %) | - |

* Mallory-Weiss tear มีหัตถการรักษาผ่านการส่องกล้องด้วย hemoclip 2 ราย , ** PUD นับเฉพาะ gastric ulcer และ duodenal ulcer

จากตารางที่ 4 หัตถการรักษาผ่านการส่องกล้องพบในกลุ่ม VUGIB มากกว่า NVUGIB อย่างมีนัยสำคัญ (ร้อยละ 58.3 เทียบกับ 8.9, $p = 0.001$) มีผู้ป่วย 1 รายที่เป็นแผลในกระเพาะอาหารที่ไม่สามารถหยุดเลือดได้ขณะส่องกล้องจึงได้ทำผ่าตัดเปิดช่องท้อง (Exploratory laparotomy) เพื่อหยุดเลือด นอกจากนี้กลุ่ม VUGIB ใช้ยา somatostatin มากกว่า (ร้อยละ 66.7 เทียบกับ 10.8, $p < 0.001$) และได้รับเลือด

มากกว่ากลุ่ม NVUGIB (ร้อยละ 100 เทียบกับ 69.6, $p = 0.021$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่ม VUGIB ได้รับเลือดทุกคน ภาวะแทรกซ้อนในโรงพยาบาลพบในผู้ป่วยทั้งหมด 10 ราย (ร้อยละ 5.9) เป็นการติดเชื้อมากที่สุด (ร้อยละ 17.0) รองลงมาการหายใจล้มเหลว (ร้อยละ 4.7) เสียชีวิต 11 ราย (ร้อยละ 6.5) ภาวะเลือดออกซ้ำ ร้อยละ 5.3 กลุ่ม VUGIB มีแนวโน้มเสียชีวิตและเกิดภาวะเลือดออกซ้ำสูงกว่า NVUGIB แม้ไม่แตก

ต่างอย่างมีนัยสำคัญ (เสียชีวิต ร้อยละ 16.7 เทียบกับ 5.7, $p = 0.176$; เลือดออกซ้ำ ร้อยละ 16.7 เทียบกับ 4.4, $p = 0.125$) ค่ามัธยฐานวันเลือดออกซ้ำหลังส่องกล้องกลุ่ม NVUGIB คือ 1 วัน (ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์

1-3 วัน) ส่วนกลุ่ม VUGIB คือ 6.5 วัน (ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ 2-11 วัน) ค่ามัธยฐานระยะเวลาอนโรงพยาบาล 3.5 วัน (ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ 3-5 วัน) ไม่แตกต่างกันใน 2 กลุ่ม ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 4 แสดงการรักษาและผลการรักษา

| ตัวแปร | total | NVUGIB | VUGIB | <i>P-value</i> |
|---|--------------|--------------|-------------|----------------|
| การรักษา | | | | |
| หัตถการรักษาผ่านการส่องกล้อง | 21 (12.4 %) | 14 (8.9 %) | 7 (58.3 %) | 0.001* |
| Exploratory laparotomy | 1 (0.6 %) | 1 (0.6 %) | 0 (0%) | 1.000 |
| ยาที่ใช้รักษา | | | | |
| proton pump inhibitor (PPI) | 169 (99.4 %) | 158 (100 %) | 11 (91.7 %) | 0.071 |
| somatostatin group | 25 (14.7 %) | 17 (10.8 %) | 8 (66.7 %) | 0.00* |
| การได้รับเลือด (PRC transfusion) | | | | |
| จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับเลือด (%) | 122 (71.8 %) | 110 (69.6 %) | 12 (100 %) | 0.021* |
| จำนวนถุงเลือดที่ได้รับ** (ยูนิต) | 2 | 2 | 2.5 | 0.034* |
| median (IQR) | (2-3) | (0-3) | (2.5-3) | |
| ภาวะแทรกซ้อนในโรงพยาบาล | | | | |
| การหายใจล้มเหลว | 8 (4.7 %) | 8 (5.1 %) | 0 (0%) | |
| ไตวายเฉียบพลัน | 3 (1.8 %) | 3 (1.9 %) | 0 (0%) | |
| โรคสมองจากโรคตับ | 1 (0.6 %) | 0 (0%) | 1 (8.3 %) | |
| การติดเชื้อ | 10 (17.0 %) | 9 (5.7 %) | 1 (8.3 %) | |
| ภาวะถอนสุรา | 2 (1.2 %) | 2 (1.3 %) | 0 (0%) | |
| เสียชีวิต | 11 (6.5 %) | 9 (5.7 %) | 2 (16.7 %) | |
| ภาวะเลือดออกซ้ำ | 9 (5.3 %) | 7 (4.4 %) | 2 (16.7 %) | |
| วันเลือดออกซ้ำหลังส่องกล้อง**, วัน | 1 | 1 | 6.5 | |
| median (IQR) | (1-1) | (1-3) | (2-11) | |
| ระยะเวลาอนโรงพยาบาล**, วัน | 3.5 | 3.5 | 4 | 0.318 |
| median (IQR) | (3-5) | (2-5) | (3-6) | |

ค่าที่แสดง หมายถึง จำนวน (ร้อยละ), ค่าเฉลี่ย \pm ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน หรือค่ามัธยฐาน (ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์), * หมายถึง ค่าที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ โดยใช้หลักสถิติ Fisher's exact test ในประเภทข้อมูลไม่ต่อเนื่อง และใช้ independent Sample T test ในข้อมูลต่อเนื่องที่มีการแจกแจงปกติ หรือ Mann-Whitney U test ในข้อมูลต่อเนื่องที่มีการแจกแจงไม่ปกติ, ** เป็นข้อมูลที่มีการแจกแจงไม่ปกติ

อภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเป็นเพศชายส่วนใหญ่ ร้อยละ 70 อายุเฉลี่ย 61.46 ปี สอดคล้องกับงานวิจัยหลายการศึกษาทั้งในและต่างประเทศ^{7, 9, 11, 14-15} อายุมากกว่า 65 ปีมากถึง ร้อยละ 44.1 ใกล้เคียงกับการศึกษาของภวพล¹⁴ และ Sakolwan และคณะ¹⁶ สัดส่วน NVUGIB (ร้อยละ 92.9) มากกว่า VUGIB (ร้อยละ 7.1) ค่อนข้างมาก ซึ่งสอดคล้องกับแนวโน้มทั่วไปว่าส่วนใหญ่เป็น NVUGIB แต่ในบางโรงพยาบาล VUGIB สูงกว่านี้ เช่น การศึกษาเฉลิมรัฐและคณะ⁷ พบ VUGIB ร้อยละ 37.1 การศึกษาของสมิทธิ์และคณะ⁹ พบ VUGIB ร้อยละ 12.8 โรคร่วมมากที่สุด ได้แก่ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 35.9) รองลงมาโรคเบาหวาน (ร้อยละ 18.8) พบได้ในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่ต่างกัน ผู้วิจัยวิเคราะห์ว่าเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่อายุมาก จึงมักมีโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานร่วมด้วย ส่วนโรคตับแข็งเป็นโรคร่วมลำดับที่ 3 (ร้อยละ 17.6) โดยกลุ่ม VUGIB อัตราสูงกว่ากลุ่ม NVUGIB อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วย VUGIB เป็นตับแข็งทุกคน เช่นเดียวกับการศึกษาของเฉลิมรัฐและคณะ⁷ พบว่า VUGIB เป็นโรคตับแข็งทั้งหมด แม้ว่าการศึกษาในต่างประเทศกล่าวว่า VUGIB อาจเกิดจาก portal hypertension จากสาเหตุอื่นได้นอกจากตับแข็ง ร้อยละ 50¹⁰ ผู้ป่วยโรคตับแข็งยังสามารถเป็น NVUGIB ไม่น้อยเช่นกัน จากการศึกษายังพบว่าผู้ป่วย VUGIB เป็นโรคตับแข็ง Child Pugh score A มากกว่า B และ C ดังนั้นแม้ว่าเป็นโรคตับแข็งที่ไม่รุนแรงแต่ก็ยังมี VUGIB ได้ การทำ EGD surveillance ก่อนที่จะมีอาการจึงเป็นเรื่องสำคัญ สอดคล้องกับคำแนะนำให้ทำ EGD surveillance ในผู้ป่วยตับแข็ง แม้ว่าปัจจุบันจะมีแนวทางการให้ยาป้องกันในกลุ่มเสี่ยงแทนการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น แต่ในโรงพยาบาลนั้นต้องมีเครื่อง liver stiffness measurement¹⁷ ดังนั้นในบริบทโรงพยาบาลในสระแก้ว ยังควรต้องทำ EGD surveillance ในผู้ป่วยตับแข็งทุกรายอย่างน้อย 1 ครั้ง ปัจจุบันไม่ได้มีการทำอย่างเป็นระบบ เพราะแพทย์ที่ส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้นมีเฉพาะศัลยแพทย์ ซึ่งที่ผ่านมาแพทย์ขาดแคลน อนาคตเริ่มมีแพทย์เพิ่มขึ้น ควรทำได้มากขึ้น ประวัติเสี่ยงการใช้น้ำดื่มมีการรับประทานยาต้านการอักเสบชนิดไม่ใช้สเตียรอยด์ในกลุ่ม NVUGIB สูงถึง ร้อยละ 24.7 สูงกว่ากับการศึกษาที่ผ่านมา

มา^{7, 14} ส่วนประวัติดื่มสุราพบได้สูงทั้งกลุ่ม NVUGIB (ร้อยละ 38.0) และกลุ่ม VUGIB (ร้อยละ 58.3) สูงกว่าการศึกษาของภวพล¹⁴ ซึ่งพบประวัติดื่มสุรา ร้อยละ 28.4 ในแง่อาการมาด้วยถ่ายดำมากที่สุด (ร้อยละ 65.9) รองลงมาอาเจียนเป็นเลือด (ร้อยละ 61.2) โดยทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ชัดแจ้งการศึกษาก่อนหน้านี้^{8,10} ที่อาเจียนเป็นเลือด ลักษณะอุจจาระเป็นเลือด และการสวนล้างกระเพาะอาหารเป็น fresh blood พบใน VUGIB มากกว่า จากการศึกษาค้นคว้าลักษณะทางคลินิกของ VUGIB ที่แตกต่างจาก NVUGIB ได้แก่ เป็นโรคตับแข็ง มีน้ำในช่องท้อง สัญญาณชีพไม่คงที่ ระดับฮีโมโกลบินต่ำ ค่าการแข็งตัวของเลือดสูง ค่าแอลบูมินต่ำ ค่าบิลิรูบินทั้งหมดสูง การทำหัตถการรักษาผ่านการส่องกล้องมากกว่าและได้รับเลือดมากกว่า สอดคล้องกับกลไกของโรคของ VUGIB ซึ่งเกิดจากโรคตับแข็ง เพราะปัจจัยดังกล่าวทั้งค่าการแข็งตัวของเลือดสูง, ค่าแอลบูมินต่ำ, ค่าบิลิรูบินทั้งหมดสูงเป็นลักษณะของโรคตับแข็ง ส่วนการมีสัญญาณชีพไม่คงที่ และระดับฮีโมโกลบินต่ำ อาจบ่งบอกว่า VUGIB มีการเสียเลือดมาก รุนแรงกว่า สอดคล้องกับการเฉลิมรัฐและคณะ⁷

ผลการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้นพบว่า PUD เป็นสาเหตุหลักของ NVUGIB รองลงมากระเพาะอาหารอักเสบและลำไส้เล็กส่วนต้นอักเสบ และ MW tear สอดคล้องกับการศึกษาทั่วโลกและในประเทศไทย^{2, 5, 7-9} พบมะเร็ง ร้อยละ 5.7 ยืนยันความสำคัญของการส่องกล้องว่าต้องทำเพื่อการวินิจฉัย ลักษณะบ่งชี้การมีเลือดออกของกลุ่ม NVUGIB เป็น clean base เป็นส่วนใหญ่มีความเสี่ยงต่ำต่อการเกิดเลือดออกซ้ำ เมื่อรวมกับ hematin-covered flat spot ด้วยซึ่งมีความเสี่ยงต่ำเช่นกันได้ ร้อยละ 80 ส่วนลักษณะความเสี่ยงสูงเพียงร้อยละ 16 ยืนยันว่าผลการส่องกล้องของผู้ป่วยโดยรวมดี ในกลุ่มของ VUGIB เป็น EV เป็นส่วนใหญ่มีแนวโน้มคล้ายคลึงกับการศึกษาของเฉลิมรัฐและคณะ⁷ ส่วน GV พบเพียง 1 ราย ภาวะแทรกซ้อนในโรงพยาบาลพบในผู้ป่วยเพียง ร้อยละ 5.9 ต่ำกว่าการศึกษาของเฉลิมรัฐและคณะ⁷ ที่สูงถึง ร้อยละ 22 อัตราการเสียชีวิตกลุ่ม NVUGIB เสียชีวิต ร้อยละ 5.7 ใกล้เคียงกับการศึกษาที่ผ่านมา^{13, 15} แต่ในกลุ่ม VUGIB เสียชีวิต ร้อยละ 16.7 สูงกว่าการศึกษาที่ผ่านมา^{13, 15} อัตราการเกิดภาวะเลือดออกซ้ำ ร้อยละ

5.3 ใกล้เคียงกับการศึกษาของเฉลิมรัฐและคณะ⁷ ส่วนวันเลือดออกซ้ำหลังส่องกล้องแนวนอนกลุ่ม VUGIB นานกว่า แต่ผู้วิจัยไม่ได้คำนวณสถิติความแตกต่าง 2 กลุ่มเพราะจำนวนผู้ป่วยน้อย เช่นเดียวกับแนวนอนเสียชีวิตและเกิดภาวะเลือดออกซ้ำสูงกว่า NVUGIB แม้ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ เพราะจำนวนผู้ป่วยกลุ่ม VUGIB ของการศึกษานี้ค่อนข้างน้อยเทียบกับจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดในการศึกษา ค่ามัธยฐานระยะเวลานอนโรงพยาบาล 3.5 วัน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ 3-5 วัน ไม่แตกต่างกันใน 2 กลุ่ม ระยะเวลานอนโรงพยาบาลใกล้เคียงกับการศึกษาของภวพล¹⁴ ซึ่งเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลระดับจังหวัดเช่นกัน แต่น้อยกว่าการศึกษาของเฉลิมรัฐและคณะ⁷ ที่ค่ามัธยฐานระยะเวลานอนโรงพยาบาล 5 (3-9) วัน ผู้วิจัยวิเคราะห์ว่าเนื่องจากโรงพยาบาลที่เก็บข้อมูลเป็นโรงเรียนแพทย์อาจต้องดูแลผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลอื่นๆ ผู้ป่วยมีความซับซ้อนกว่าจึงนอนโรงพยาบาลนานกว่า และมีภาวะแทรกซ้อนมากกว่าในการศึกษานี้ ส่วนระยะนอนโรงพยาบาลจากการศึกษานี้ไม่นานแสดงถึงผลการรักษาผู้ป่วยค่อนข้างดี

ข้อจำกัดของการศึกษานี้คือเป็นการศึกษาย้อนหลังดังนี้

1. มีผู้ป่วยเข้าเกณฑ์คัดออกมากเพราะข้อมูลไม่ครบถ้วน
2. มีปัจจัยเสี่ยงบางอย่างที่อาจเกี่ยวข้องแต่ไม่ได้รวมที่งานวิจัยนี้ เช่น การสูบบุหรี่ การติดเชื้อ H. pylori ปริมาณเลือดที่อาเจียน อาการปวดท้องเรื้อรังนำมาก่อน เนื่องจากข้อมูลเหล่านี้มักไม่ได้บันทึกในเวชระเบียน ส่วนการตรวจ H. pylori ไม่ได้ทำในผู้ป่วยทุกคน
3. งานวิจัยนี้ไม่ได้รวมผู้ป่วยเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นเฉียบพลันที่ไม่ได้ส่องกล้องมาด้วย เป็นไปได้ว่าเป็นผู้ป่วยอาการรุนแรงจนไม่ได้ส่องกล้อง อาจทำให้ประเมินอัตราการเสียชีวิตหรือภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่าเป็นจริง
4. จำนวนผู้ป่วยในกลุ่ม VUGIB มีน้อยกว่ากลุ่ม NVUGIB มาก ส่งผลให้พลังของการทดสอบทางสถิติน้อย หากต้องการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิต หรือการเปรียบเทียบผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม จำเป็นต้องเพิ่มจำนวนผู้ป่วยมากขึ้นโดย

เก็บข้อมูลนานขึ้น และหากทำการศึกษาไปข้างหน้า จะทำให้สามารถเก็บข้อมูลปัจจัยเสี่ยงอื่นๆได้มากขึ้นด้วย

ในเชิงปฏิบัติ ผลลัพธ์นี้สามารถนำไปพัฒนาเป็นแนวทางคัดกรอง (screening tool) ที่อาศัยข้อมูลพื้นฐานจากอาการและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อใช้จำแนกระดับความเสี่ยงของผู้ป่วย acute upper gastrointestinal bleeding ได้อย่างรวดเร็วในบริบทที่มีทรัพยากรจำกัด เช่น โรงพยาบาลชุมชน ก่อนพิจารณาการส่งต่อเพื่อส่องกล้องในเวลาที่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางของ ACG และ AASLD ที่สนับสนุนการประเมินความเสี่ยงเบื้องต้นก่อนการส่องกล้อง ทั้งนี้ การศึกษาครั้งต่อไปควรดำเนินการในรูปแบบ prospective cohort พร้อมการวิเคราะห์ ROC curve และการกำหนด cutoff ของตัวแปรคัดกรอง เพื่อพัฒนาเครื่องมือที่สามารถนำไปใช้ได้จริงในโรงพยาบาลชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ

บทสรุป

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าผลการรักษาของผู้ป่วยเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นเฉียบพลันในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้วมีแนวโน้มค่อนข้างดี เนื่องจากสาเหตุส่วนใหญ่เป็น NVUGIB จาก peptic ulcer disease ซึ่งอยู่ในกลุ่มความเสี่ยงต่ำและไม่จำเป็นต้องได้รับหัตถการผ่านการส่องกล้อง ผู้ป่วยทั้งหมดมีเพียงร้อยละ 12.4 ที่ได้รับหัตถการรักษาผ่านการส่องกล้อง และส่วนใหญ่เป็นกลุ่ม VUGIB มากกว่าอย่างมีนัยทางสถิติ

ลักษณะทางคลินิกที่แตกต่างระหว่างสองกลุ่มได้แก่ มีประวัติโรคตับแข็ง น้ำในช่องท้อง ความดันโลหิตไม่คงที่ ระดับฮีโมโกลบินต่ำ ค่าการแข็งตัวของเลือดสูง ค่าอัลบูมินต่ำ และค่าบิลิรูบินสูง ซึ่งสอดคล้องกับพยาธิสรีรวิทยาของโรคตับแข็งและภาวะ portal hypertension ตามรายงานของ Laine และคณะ¹ และ Barkun และคณะ¹⁸

ผลลัพธ์นี้สนับสนุนแนวคิดการพัฒนา เครื่องมือคัดกรอง (screening tool) ที่ใช้ข้อมูลทางคลินิกและห้องปฏิบัติการพื้นฐาน เพื่อช่วยให้โรงพยาบาลชุมชนสามารถจำแนกระดับความเสี่ยงและจัดลำดับความเร่งด่วนของการส่องกล้องได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. Laine L, Barkun AN, Saltzman JR, Martel M, Leontiadis GI. ACG clinical guideline: upper gastrointestinal and ulcer bleeding. *Am J Gastroenterol*. 2021;116(5):899–917. doi:10.14309/ajg.0000000000001245.
2. Lau JYW, Barkun A, Fan D-M, Kuipers EJ, Yang Y-S, Chan FKL. Challenges in the management of acute peptic ulcer bleeding. *Lancet*. 2013;381(9882):2033–43. doi:10.1016/S0140-6736(13)60596-6.
3. Kiattiweerasak A, Bongkotvirawan P, Aumpan N, Yamaoka Y, Miftahussurur M, Vilaichone RK. Predictive factors and prognosis of upper gastrointestinal bleeding in gastric cancer: a large population-based study (UGIB-GC trial). *PLoS One*. 2023;18(9):e0291926. doi:10.1371/journal.pone.0291926.
4. Boonpongmanee S, Fleischer DE, Pezzullo JC, Collier K, Mayoral W, Al-Kawas F, et al. The frequency of peptic ulcer as a cause of upper-GI bleeding is exaggerated. *Gastrointest Endosc*. 2004;59(7):788–94. doi:10.1016/S0016-5107(04)00181-6.
5. Loperfido S, Baldo V, Piovesana E, Bellina L, Rossi K, Groppo M, et al. Changing trends in acute upper-GI bleeding: a population-based study. *Gastrointest Endosc*. 2009;70(2):212–24. doi:10.1016/j.gie.2008.10.051.
6. Enestvedt BK, Gralnek IM, Mattek N, Lieberman DA, Eisen G. An evaluation of endoscopic indications and findings related to nonvariceal upper-GI hemorrhage in a large multicenter consortium. *Gastrointest Endosc*. 2008;67(3):422–9. doi:10.1016/j.gie.2007.09.024.
7. Bunchorntavakul C, Yodket Y, Singhasena N. Clinical characteristics, treatment outcomes and risk assessment of patients with acute upper gastrointestinal bleeding in Rajavithi Hospital, Thailand. *J Med Assoc Thai*. 2017;100(Suppl 1):S104–15. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29927224/>
8. Lebkhao P. Retrospective study of upper gastrointestinal bleeding in Kratumbaen Hospital. *Reg 4–5 Med J*. 2011;30(1):1–8. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/reg45/article/view/130707/>
9. Kerdsin S, Laohawee P, Juthathippatai M, Dangsuwan W. Clinical risk factors of variceal or non-variceal upper gastrointestinal bleeding. *BJM*. 2019;6(2):45–56. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bjmed/article/view/23118/>
10. Garcia-Tsao G, Sanyal AJ, Grace ND, Carey W; Practice Guidelines Committee of the American Association for the Study of Liver Diseases; Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. Prevention and management of gastroesophageal varices and variceal hemorrhage in cirrhosis. *Hepatology*. 2007;46(3):922–38. doi:10.1002/hep.21907.
11. Blatchford O, Murray WR, Blatchford M. A risk score to predict need for treatment for upper gastrointestinal haemorrhage. *Lancet*. 2000;356(9238):1318–21. doi:10.1016/S0140-6736(00)02816-6.
12. Skok P. Fatal hemorrhage from a giant Mallory-Weiss tear. *Endoscopy*. 2003;35(7):635. doi:10.1055/s-2003-40214.

13. Sangchan A, Sawadpanitch K, Mairiang P, Chunlertrith K, Sukeepaisarnjaroen W, Sutra S, et al. Hospitalized incidence and outcomes of upper gastrointestinal bleeding in Thailand. *J Med Assoc Thai.* 2012;95(Suppl 2):S190–5. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23130453/>
14. Sirisunhirun P. Factors associated with mortality among patients admitted to King Narai Hospital due to acute upper gastrointestinal bleeding. *J Med Health Sci.* 2024;31(1):1–18. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jmhs/article/view/268803/>
15. Pinto C, Parra P, Magna J, Gajardo A, Berger Z, Montenegro C, et al. Variceal and non-variceal upper gastrointestinal bleeding: analysis of 249 hospitalized patients. *Rev Med Chil.* 2020;148(3):288–94. doi:10.4067/S0034-98872020000300288.
16. Suchartlikitwong S, Lapumnuaypol K, Rerknimitr R, Werawatganon D. Epidemiology of upper gastrointestinal bleeding and *Helicobacter pylori* infection: review of 3,488 Thai patients. *Asian Biomed.* 2015;9(1):87–93. doi:10.5372/1905-7415.0901.373.
17. Kaplan DE, Ripoll C, Thiele M, Fortune BE, Simonetto DA, Garcia-Tsao G, et al. AASLD practice guidance on risk stratification and management of portal hypertension and varices in cirrhosis. *Hepatology.* 2024;79(5):1180–1211. doi:10.1097/HEP.0000000000000647.
18. Barkun AN, Almadi M, Kuipers EJ, Laine L, Sung J, Tse F, et al. Management of nonvariceal upper gastrointestinal bleeding: guideline recommendations from the international consensus group. *Ann Intern Med.* 2019;171(11):805–22. doi:10.7326/M19-1795.