

Original Article

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยเสี่ยง และการรักษาผู้ป่วยที่มี ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น: โรงพยาบาลมะเร็ง จังหวัดกาญจนบุรี

พรศักดิ์ อมรศรี

กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลมะเร็ง

บทคัดย่อ

การศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนาและเชิงวิเคราะห์ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงและการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น และได้รับการวินิจฉัยด้วยกล้องส่องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้นในโรงพยาบาลมะเร็งระหว่างเดือนตุลาคม 2544 ถึงกันยายน 2548 จำนวน 354 คน ซึ่งมีอายุเฉลี่ย 56.90 ปี อัตราส่วนชายต่อหญิง 2.28:1 จากข้อมูลเวชระเบียนวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สถิติทดสอบคือ การทดสอบค่าที และการทดสอบไคสแควร์ พบมีปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญคือ การใช้ยาแก้อักเสบ (NSAIDs) ร้อยละ 33.89 และการดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 26.55 ตรวจพบพยาธิสภาพที่สำคัญคือ แผลในกระเพาะอาหารหรือลำไส้เล็กส่วนต้น (แผลเปปติก) ร้อยละ 48.87 การอักเสบของกระเพาะอาหารหรือลำไส้เล็กส่วนต้น ร้อยละ 32.20 และเส้นเลือดขอดในหลอดอาหารหรือกระเพาะอาหาร ร้อยละ 12.71 เมื่อเปรียบเทียบผลการรักษาผู้ป่วยแผลเปปติกร่วมกับภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น (UGIB) ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการตรวจหาเชื้อ *H. pylori* กับกลุ่มที่ไม่ได้รับการตรวจหาเชื้อ *H. pylori* จำนวน 148 คน ถ้าผลการตรวจหาเชื้อ *H. pylori* เป็นบวกให้การรักษาด้วย Triple therapy (omeprazole + amoxicillin + metronidazole) หากผลการตรวจหาเชื้อ *H. pylori* เป็นลบ ให้การรักษาด้วย omeprazole (PP) กลุ่มที่ไม่ได้รับการตรวจหาเชื้อ *H. pylori* ให้การรักษาด้วย omeprazole โดยติดตามผลการรักษาภายหลังการวินิจฉัยด้วยกล้องส่องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้น เป็นเวลา 2-6 ปี พบว่ากลุ่มที่ได้ตรวจหาเชื้อ *H. pylori* ได้รับการวินิจฉัยและการรักษาที่เฉพาะเจาะจง ทำให้พบอัตราการมีเลือดออกซ้ำและระยะเวลาของการมีอาการของโรคกระเพาะอาหาร (dyspepsia) ภายหลังการรักษาน้อยกว่ากลุ่มซึ่งไม่ได้รับการตรวจหา *H. pylori* นอกจากนี้ ยังพบอุบัติการณ์ของการติดเชื้อแผลในลำไส้เล็กส่วนต้น (DU) ถึงร้อยละ 72.2 แผลในกระเพาะอาหาร (GU) ร้อยละ 54.0 ดังนั้น การรักษาผู้ป่วยแผลเปปติกร่วมกับภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น ต้องคำนึงถึงการติดเชื้อ *H. pylori* ด้วย จึงสามารถรักษาอย่างมีประสิทธิภาพและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้

คำสำคัญ: ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น, ปัจจัยเสี่ยง, การวินิจฉัย, ผลการรักษา, การกำจัดเชื้อ *H. pylori*

บทนำ

เลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น (upper gastrointestinal bleeding) เป็นภาวะฉุกเฉินที่พบได้บ่อย จากข้อมูลของประเทศสหรัฐอเมริกาและอังกฤษพบอุบัติการณ์ 40-150 ต่อประชากรหนึ่งแสนคนต่อปี ส่วน

ใหญ่เกิดจากโรคแผลกระเพาะอาหารร้อยละ 35-40 และมีอัตราเสียชีวิตประมาณร้อยละ 6-10^(1,2) สำหรับประเทศไทยจัดเป็นปัญหาที่สำคัญในเวชปฏิบัติที่ต้องได้รับการวินิจฉัยและการรักษาที่เฉพาะเจาะจง จากข้อมูลของโรงพยาบาลมะเร็ง อ.ท่ามะกา จ. กาญจนบุรี (พ.ศ.

2548-2550) พบอุบัติการณ์ 77-89 ต่อประชากรแสนคน ต่อปี มีอัตราเสียชีวิตร้อยละ 1-2 อัตรากลับมารักษาซ้ำในปีเดียวกัน ร้อยละ 3.8-4.4⁽³⁾ การตรวจวินิจฉัยด้วยกล้องส่องตรวจระบบทางเดินอาหารส่วนต้น (gastro-duodenal endoscopy) จะทำให้รู้พยาธิสภาพและให้การรักษาที่เฉพาะเจาะจงได้ ซึ่งส่งผลให้ลดระยะเวลาในการรักษาในโรงพยาบาลและลดค่าใช้จ่ายในการรักษา⁽⁴⁾ การรักษาโดยใช้ยาในกลุ่ม proton pump inhibitor (PPI) ซึ่งมีประสิทธิภาพสูงในการลดการสร้างกรดในกระเพาะอาหาร เป็นผลให้ลดอัตราการเกิดเลือดออกซ้ำ อัตราตาย และลดโอกาสที่ต้องทำผ่าตัดรักษา^(5,6)

ปัจจุบันความสัมพันธ์ระหว่างการติดเชื้อ *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) กับการเกิดพยาธิสภาพในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น ได้แก่ gastritis, gastric ulcer (GU), duodenal ulcer (DU) ตลอดจน gastric cancer⁽⁷⁻¹⁰⁾ ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวาง แต่ในทางศัลยกรรมยังให้ความสนใจต่อการติดเชื้อ *H. pylori* กับการเกิดโรคแผลในกระเพาะอาหารน้อย โดยเฉพาะกับการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะเลือดออกในกระเพาะอาหาร ภาวะกระเพาะทะลุ⁽¹¹⁾ ซึ่งหากให้ความสนใจต่อการติดเชื้อ *H. pylori* และให้การรักษาอย่างเหมาะสม จะช่วยให้แผลหายเร็วขึ้น การเกิดซ้ำของแผลลดลง และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน^(12,13)

ดังนั้นจึงศึกษาโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยง และเปรียบเทียบผลการรักษาของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น ที่ได้รับการตรวจหาเชื้อ *H. pylori* กับกลุ่มที่ไม่ได้รับการตรวจหาเชื้อ *H. pylori* รวมทั้งศึกษาอุบัติการณ์ของการติดเชื้อ *H. pylori* เพื่อหาแนวทางในการพิสูจน์สาเหตุของการเกิดแผลเปปติก ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งในการที่แพทย์จะตัดสินใจให้การรักษาที่เหมาะสมต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนาและเชิงวิเคราะห์

จากข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยที่มาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมะเร็งด้วยภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น (UGIB) และได้รับการตรวจวินิจฉัยด้วยการส่องกล้องดูระบบทางเดินอาหารส่วนต้น ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2544 ถึงกันยายน 2548 จำนวน 354 คน

ผู้ป่วยที่ตรวจพบเป็นแผลเปปติก (peptic ulcer) จำนวน 148 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มหนึ่งจำนวน 68 คน ได้รับการตรวจหาเชื้อ *H. pylori* โดยวิธี biopsy urease test (CLO test) โดยผู้ป่วยทุกรายต้องไม่ได้รับการรักษาด้วย antibiotic หรือยาในกลุ่ม PPI ภายใน 1 สัปดาห์ ก่อนการตรวจ biopsy urease test ถ้าผลการตรวจหาเชื้อ *H. pylori* เป็นบวก จะให้การรักษาด้วย Triple therapy (PPI + amoxicillin + metronidazole) เป็นเวลา 7 วัน แล้วตามด้วย PPI อีก 6-8 สัปดาห์ ถ้าผลการตรวจหาเชื้อ *H. pylori* เป็นลบ จะให้การรักษาด้วย PPI เป็นเวลา 6-8 สัปดาห์ ผู้ป่วยอีกกลุ่มหนึ่ง จำนวน 80 คนไม่ได้รับการตรวจหาเชื้อ *H. pylori* จะให้การรักษาด้วย PPI 6-8 สัปดาห์ (ตามแนวทางการรักษาภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น)⁽¹⁴⁾

ผู้ป่วยที่ตรวจพบเป็น gastritis หรือ duodenitis 114 คน ไม่ได้ตรวจหาเชื้อ *H. pylori* ให้การรักษาด้วย PPI 6-8 สัปดาห์

ติดตามผลหลังการตรวจวินิจฉัยและการรักษา UGIB จาก peptic ulcer และ gastroduodenitis เป็นระยะเวลา 2-6 ปี โดยศึกษาเรื่อง

- อัตราการมีเลือดออกซ้ำ (rebleeding)
- อัตราการมีเลือดออกซ้ำครั้งที่สอง
- ช่วงห่างของการมีเลือดออกซ้ำ (หลังการมีเลือดออกครั้งแรก)
- ระยะเวลาของอาการของโรคกระเพาะอาหาร (ซึ่งต้องได้รับการรักษาโดยยาลดกรดในกระเพาะอาหาร) ภายหลังจากเลือดออกครั้งแรก

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาหาค่าความถี่

ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาค่าความสัมพันธ์ทางสถิติโดยใช้การทดสอบค่าที (independent t-test) เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่าง กลุ่มทั้งสองคือ อายุเฉลี่ยของผู้ป่วย ระยะเวลาในการติดตามระยะเวลาของการมีเลือดออกซ้ำ ระยะเวลาอาการ dyspepsia ยังคงอยู่ และใช้สถิติโคสแควร์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่าง กลุ่มทั้งสองของจำนวนผู้ป่วยที่มีเลือดออกซ้ำ โดยกำหนดความเชื่อมั่นที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น ได้รับการส่งกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้นทั้งหมดจำนวน 354 คน เป็นเพศชาย 246 คน คิดเป็นอัตราส่วนชายต่อหญิง เท่ากับ 2.28 : 1 อายุตั้งแต่ 13-90 ปี อายุเฉลี่ย 56.90 ปี (± 14.65) โดยปัจจัยเสี่ยงส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยกินยาแก้ปวด (NSAIDs) 120 คน (ร้อยละ 33.89) รองลงมาเป็นผู้ป่วยดื่มแอลกอฮอล์ 94 คน (ร้อยละ 26.55) สูบบุหรี่ 70 คน (ร้อยละ 19.77) และกินสเตียรอยด์ 29 คน (ร้อยละ 8.19) (ตารางที่ 1)

สาเหตุส่วนใหญ่ของ UGIB เป็นแผลที่กระเพาะอาหารหรือลำไส้เล็กส่วนต้น 173 คน ร้อยละ 48.87 ของสาเหตุทั้งหมด รองลงมาเป็นการอักเสบของกระเพาะอาหารหรือลำไส้เล็กส่วนต้น 114 คน ร้อยละ 32.20 หลอดเลือดขาดที่หลอดอาหารหรือกระเพาะอาหาร 45 คน ร้อยละ 12.71 เป็นมะเร็งทางเดินอาหาร จำนวน 7 คน ร้อยละ 1.98 และไม่พบสาเหตุ 13 คน ร้อยละ 3.67 (ตารางที่ 2)

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นแผลเปปติก กลุ่มที่ได้รับการตรวจหาเชื้อ *H. pylori* ทั้งหมด 68 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 48 คน ร้อยละ 70.6 อายุเฉลี่ย 62.47 ปี กลุ่มที่ไม่ได้ตรวจหาเชื้อ *H. pylori* ทั้งหมด 80 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 53 คน ร้อยละ 66.3 อายุเฉลี่ย 60.23 ปี ตำแหน่งของแผลส่วนใหญ่ พบเป็น GU ทั้งสองกลุ่ม ระยะเวลาในการติดตามเฉลี่ยของกลุ่มที่ตรวจหาเชื้อ *H. pylori* กับกลุ่มที่ไม่ได้ตรวจหาเชื้อ *H. pylori* ใกล้เคียงกันคือ 34.01 และ 36.57 เดือน กลุ่มตรวจ *H. pylori* พบเกิดภาวะเลือดออกซ้ำน้อยกว่า (6 คน ร้อยละ 8.8) กลุ่มไม่ตรวจ *H. pylori* (26 คน ร้อยละ 32.5) และมี

ตารางที่ 1 ผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นแยกตามเพศ ช่วงอายุและปัจจัยเสี่ยง

ช่วงอายุ ปี	ผู้ป่วย			ดื่มแอลกอฮอล์		สูบบุหรี่		กินยาแก้ปวด		กินยาสเตียรอยด์	
	เพศ		อัตราส่วน	เพศ		เพศ		เพศ		เพศ	
	ชาย (คน)	หญิง (คน)	ชายต่อ หญิง	ชาย (คน)	หญิง (คน)	ชาย (คน)	หญิง (คน)	ชาย (คน)	หญิง (คน)	ชาย (คน)	หญิง (คน)
10-19	2	0	2:0	0	0	0	0	1	0	0	0
20-29	8	1	8:1	6	0	1	0	2	0	0	0
30-39	25	6	4.17:1	10	3	12	1	4	2	2	0
40-49	53	21	2.52:1	24	5	20	2	12	10	4	0
50-59	61	20	3.05:1	25	3	13	1	16	10	4	1
60-69	45	30	1.50:1	6	3	7	2	10	12	6	4
70-79	40	24	1.67:1	7	0	10	0	11	11	3	3
80 ปีขึ้นไป	12	6	2:1	2	0	1	0	6	1	1	1
รวม	246	108	2.28:1	80	14	64	6	62	58	20	9

ตารางที่ 2 สาเหตุของภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น

สาเหตุ	เพศชาย (คน)	เพศหญิง (คน)	รวม (คน)	ร้อยละ
ตำแหน่งของแผล	118	55	173	48.87
กระเพาะอาหาร	73	38	111	
ลำไส้เล็กส่วนต้น	43	14	57	
กระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น	2	3	5	
ตำแหน่งที่อักเสบ	88	26	114	32.20
กระเพาะอาหาร	59	24	83	
ลำไส้เล็กส่วนต้น	19	2	21	
กระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น	10	-	10	
แหล่งที่หลุดเลือดออก	28	17	45	12.71
หลุดอาหาร	28	15	43	
หลุดอาหารและกระเพาะอาหาร	-	1	1	
กระเพาะอาหาร	-	1	1	
มะเร็งของระบบทางเดินอาหาร	6	1	7	1.98
การอักเสบของหลอดอาหาร	1	-	1	0.28
แผลฉีกขาดที่หลอดอาหาร (Mallory - Weiss tear)	1	-	1	0.28
ไม่พบสาเหตุ	7	6	13	3.68

หมายเหตุ : ค่าร้อยละเปรียบเทียบกับสาเหตุทั้งหมด

ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) การมีเลือดออกซ้ำห่างจากครั้งแรกใกล้เคียงกัน (กลุ่มตรวจ *H. pylori* เฉลี่ย 18.67 เดือน กลุ่มไม่ตรวจ เฉลี่ย 15.08 เดือน) การมีเลือดออกซ้ำเป็นครั้งที่สอง ไม่พบในกลุ่มตรวจ *H. pylori* แต่พบในกลุ่มไม่ตรวจ *H. pylori* จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 2.85 (DU 2 ราย, GU 1 ราย) นอกจากนี้ อาการ dyspepsia ภายหลังจากตรวจรักษาครั้งแรก ในกลุ่มตรวจ *H. pylori* ยังคงมีอาการ dyspepsia สั้นกว่าในกลุ่มไม่ตรวจ *H. pylori* คือ 4.75 เดือน (SD. = 9.31) และ 17.63 เดือน (SD. = 16.84) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (ตารางที่ 3)

เมื่อเปรียบเทียบความชุกของ *H.pylori* ในผู้ป่วย

peptic ulcer + UGIB มีการติดเชื้อสูงถึง 40 ราย คิดเป็นร้อยละ 58.8 โดยแผลที่ลำไส้เล็กส่วนต้น (72.2%) พบมากกว่าแผลที่กระเพาะอาหาร (54%) (ตารางที่ 4)

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการอักเสบของกระเพาะอาหาร (gastritis) หรือการอักเสบของลำไส้เล็กส่วนต้น (duodenitis) มีทั้งหมด 114 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 86 คน (ร้อยละ 75.4) อายุเฉลี่ย 52.48 ปี พบตำแหน่งของการอักเสบบริเวณกระเพาะอาหาร 93 คน ร้อยละ 81.6 ระยะเวลาในการติดตามเฉลี่ย 36.74 เดือน พบภาวะเลือดออกซ้ำ ร้อยละ 33.30 (จำนวน 38 คน gastritis 34, duodenitis 4) ระยะเวลาของการมีเลือดออกซ้ำเฉลี่ย 16.79 เดือน พบการมีเลือดออกซ้ำ

ตารางที่ 3 ข้อมูลทั่วไป ระยะเวลาในการติดตาม ภาวะเลือดออกซ้ำและอาการ dyspepsia ในผู้ป่วย peptic ulcer+ UGIB

ข้อมูล/ปัจจัยเสี่ยง	ตรวจ <i>H. pylori</i> (n = 68)	ไม่ตรวจ <i>H. pylori</i> (n = 80)	p-value
เพศ			
ชาย / คน (ร้อยละ)	48 (70.6)	53 (66.3)	
หญิง / คน (ร้อยละ)	20 (29.4)	27 (33.7)	
อายุเฉลี่ย / ปี (mean±SD)	62.47 ± 13.75	60.23 ± 15.46	0.241*
ตำแหน่งของแผล			
GU	50 (73.5)	48 (60.0)	
DU	18 (26.5)	32 (40.0)	
ระยะเวลาในการติดตาม / เดือน (mean±SD)	34.01 ± 6.52	36.57 ± 15.23	0.193*
ภาวะเลือดออกซ้ำ			
จำนวน / คน (ร้อยละ)*	6 (8.8)	26 (32.5)	<0.001**
ระยะเวลาของการมีเลือดออกซ้ำ/ เดือน (mean±SD)	18.67 ± 14.41	15.08 ± 12.53	0.119*
การมีเลือดออกซ้ำครั้งที่สอง/ คน (ร้อยละ)	0	3 (2.85)	
อาการ dyspepsia ยังคงอยู่ / เดือน (mean±SD)	4.75 ± 9.31	17.63 ± 16.84	<0.001*

*การทดสอบค่าที

**การทดสอบไค-สแควร์

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความชุกของ *H. pylori* ในผู้ป่วย peptic ulcer+ UGIB

ตำแหน่งของแผล	ผลการตรวจหา <i>H. pylori</i> (n=68)	
	ผลบวก	ผลลบ
	คน (ร้อยละ)	คน (ร้อยละ)
กระเพาะอาหาร (GU)	27 (54.0)	23 (46.0)
ลำไส้เล็กส่วนต้น (DU)	13 (72.2)	5 (27.8)
รวม	40 (58.8)	28 (41.2)

ครั้งที่สองในกลุ่มผู้ป่วย gastritis 6 คน (ร้อยละ 5.26) สำหรับอาการ dyspepsia ภายหลังการตรวจรักษาครั้งแรกยังคงอยู่นานเฉลี่ย 18.06 เดือน (ตารางที่ 5)

วิจารณ์

ผู้ป่วย UGIB ของโรงพยาบาลมะการักษ์ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย การวิเคราะห์ที่เบื้องต้นพบปัจจัยเสี่ยงที่

สำคัญคือการใช้ยาแก้อักเสบ รองลงมาคือ การดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ โดยกว่าครึ่งของผู้ป่วยเพศหญิงมีปัจจัยเสี่ยงจากการใช้ยาแก้อักเสบ เพศชายประมาณหนึ่งในสามมีปัจจัยเสี่ยงจากการดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ จากการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้นพบพยาธิสภาพที่พบมากที่สุดคือแผลเปปติก รองลงมาคือ gastroduodenitis เมื่อนำข้อมูลที่ได้มาเปรียบเทียบ

ตารางที่ 5 ข้อมูลทั่วไป ระยะเวลาในการติดตาม ภาวะเลือดออกซ้ำและอาการ dyspepsia ในผู้ป่วย gastroduodenitis + UGIB

ข้อมูล	Gastroduodenitis+UGIB (n=114)
เพศ	
ชาย / คน (ร้อยละ)	86 (75.4)
หญิง / คน (ร้อยละ)	28 (24.6)
อายุ mean±SD	52.48 ± 15.66
ตำแหน่งของการอักเสบ	
Gastritis	93 (81.6)
Duodenitis	21 (18.4)
ระยะเวลาในการติดตาม / เดือน (mean±SD)	36.74 ± 12.90
ภาวะเลือดออกซ้ำ	
จำนวน (คน) (ร้อยละ)	38 (33.30)
ระยะเวลาของการมีเลือดออกซ้ำ/เดือน (mean±SD)	16.79 ± 14.09
การมีเลือดออกซ้ำครั้งที่สอง/คน (ร้อยละ)	6 (5.26)
อาการ Dyspepsia ยังคงอยู่ (เดือน) (mean±SD)	18.06 ± 16.07

กับข้อมูลผู้ป่วยที่มี UGIB ของโรงพยาบาลต่าง ๆ ในประเทศไทย พบว่าสาเหตุของการมีเลือดออกส่วนใหญ่มาจากแผลเปปติก พบได้ตั้งแต่ร้อยละ 39 ถึงร้อยละ 70⁽¹⁵⁻¹⁸⁾ โดยมีปัจจัยเสี่ยงที่คล้ายกันคือการใช้ยาแก้อักเสบและการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ในปัจจุบันเป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวางว่าเชื้อ *H. pylori* เป็นสาเหตุสำคัญของโรคริดสีดวงทวารอาหาร⁽¹⁰⁾ และมีข้อบ่งชี้ว่าควรกำจัดเชื้อ *H. pylori* ในผู้ป่วยโรคแผลในกระเพาะอาหารที่ตรวจพบเชื้อ⁽¹⁹⁻²¹⁾ อุบัติการณ์ของการติดเชื้อนี้ทั่วโลกจะแตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่และวิธีการทดสอบ ในประเทศไทยมีการศึกษาอุบัติการณ์ของการติดเชื้อ *H. pylori* ในหลายพื้นที่โดยพบอัตราการติดเชื้ออยู่ระหว่างร้อยละ 42-76⁽²²⁻²⁵⁾

จากการศึกษานี้ พบว่าผู้ป่วย UGIB จาก peptic ulcer ถึงร้อยละ 48.87 ของสาเหตุทั้งหมด พบอัตราการติดเชื้อ *H. pylori* ใน UGIB + peptic ulcer ถึงร้อยละ 58.8 และพบอัตราการติดเชื้อใน DU สูงถึงร้อยละ 72.2 ใน GU ร้อยละ 54.0 ซึ่งใกล้เคียงกับรายงานอื่น ๆ ใน

ประเทศไทย^(26,27) เมื่อให้การรักษา *H. pylori* eradication ด้วย Triple therapy ในกลุ่ม CLO test ให้ผลบวกและให้ยา PPI ในกลุ่ม CLO test ให้ผลลบ แล้วพบว่าอัตราการเกิดเลือดออกซ้ำน้อยกว่าและระยะเวลาของการมีอาการ dyspepsia สั้นกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ตรวจหาเชื้อ *H. pylori* (ซึ่งได้รับการรักษาด้วย PPI) อย่างชัดเจน ซึ่งถ้าหากในกลุ่มหลังนี้ได้รับการตรวจหาเชื้อ *H. pylori* เชื่อว่าจะพบการติดเชื้อ *H. pylori* ในระดับที่ใกล้เคียงกับกลุ่มที่ได้รับการตรวจหาเชื้อ *H. pylori* ดังนั้น จึงควรตรวจหาเชื้อ *H. pylori* ในกลุ่มผู้ป่วย UGIB+peptic ulcer ทุกรายเพื่อให้วินิจฉัยและการรักษาอย่างเฉพาะเจาะจงต่อไป

นอกจากนี้ผู้ป่วย UGIB กลุ่ม gastritis, duodenitis ซึ่งไม่ได้รับการตรวจหา *H. pylori* พบอัตราการมีเลือดออกซ้ำ ร้อยละ 33.30 ซึ่งใกล้เคียงกับกลุ่ม peptic ulcer ที่ไม่ได้ตรวจหาเชื้อ *H. pylori* ระยะเวลาของการมีอาการ dyspepsia ภายหลังการรักษาครั้งแรกอยู่นานถึง 18.06 เดือน ซึ่งใกล้เคียงกับระยะเวลาเฉลี่ย

17.63 เดือน ของกลุ่ม peptic ulcer ที่ไม่ได้ตรวจหาเชื้อ *H. pylori* ซึ่งจากรายงานการพบเชื้อในผู้ป่วย non ulcer dyspepsia ของ Kachintorn U และคณะ⁽²⁶⁾ ลิริวัฒน์ อนันตพันธ์พงศ์⁽²⁷⁾ พบสูงถึงร้อยละ 44 และร้อยละ 45 ตามลำดับ ดังนั้น จึงควรตรวจหาเชื้อ *H. pylori* ในกลุ่ม gastritis, duodenitis ด้วย เพื่อให้การวินิจฉัย และการรักษาอย่างเฉพาะเจาะจงต่อไปเช่นกัน

สรุป

การใช้ยาแก้อักเสบและการตีบแอลกอฮอล์ ยังคงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิด UGIB การให้ความรู้แก่ประชาชนเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง มีความจำเป็นอย่างยิ่งต่อการลดการเกิดภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น

การวินิจฉัยผู้ป่วย UGIB ด้วยการทำ gastroduodenal endoscopy เพื่อให้ทราบถึงพยาธิสภาพ ถือเป็น การตรวจเพื่อการวินิจฉัยที่ควรเลือกทำ มีความแม่นยำสูง ในการบอกตำแหน่งและสาเหตุของเลือดออก จากการศึกษาที่พบอุบัติการณ์ของการติดเชื้อ *H. pylori* ในกลุ่มผู้ป่วย UGIB + peptic ulcer ค่อนข้างสูง และได้ผลลัพธ์ของการรักษาที่ดี ดังนั้น ผู้ป่วย UGIB + peptic ulcer ที่ได้รับการตรวจด้วย gastroduodenal endoscopy ควรได้รับการตรวจหาเชื้อ *H. pylori* เพื่อให้ทราบสาเหตุที่แน่ชัด และให้การรักษาที่เหมาะสม เพื่อลดอัตราการเกิดเลือดออกซ้ำ และลดระยะเวลาของการมีอาการ dyspepsia ภายหลังการรักษา

เอกสารอ้างอิง

1. Gilbert DA. Epidemiology of upper gastrointestinal bleeding. *Gastrointest Endosc* 1990; 36:S8-13.
2. Rockall TA, Logan RFA, Devlin HB, Northfield TC. Incidence of and mortality from acute upper gastrointestinal haemorrhage in the United Kingdom. *BMJ* 1995; 311:222-6.
3. งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมะการักษ์. รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปี. 2548 - 2550 (เอกสารอัดสำเนา). กาญจนบุรี: โรงพยาบาลมะการักษ์; 2550.

4. Lee JG, Turnipseed S, Romano PS, Vigil H, Azari R, Melnikoff N, et al. Endoscopy-base triage significantly reduces hospitalization rates and costs of treating upper GI bleeding : a randomized controlled trial. *Gastrointest Endosc* 1999; 50(6):755-61.
5. Leontiadis GI, Sharma VK, Howden CW. Proton pump inhibitor treatment for acute peptic ulcer bleeding. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; 3:CD002094.
6. Leontiadis GI, Sreedharan A, Dorward S, Barton P, Delaney B, Howden CW, et al. Systematic reviews of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of proton pump inhibitors in acute upper gastrointestinal bleeding. *Health Technol Assess* 2007; 11(51):1-164.
7. Warren JR, Marshall BJ. Unidentified cured bacilli on gastric epithelium in active chronic gastritis. *Lancet* 1983; 1:1273-5.
8. Marshall BJ. *Helicobacter pylori*. *Am J Gastroenterol* 1994;85:S116-28.
9. Cave DR. Transmission and epidemiology of *Helicobacter pylori*. *Am J Med* 1996; 100(5A):12S-8S.
10. Peek RM, Blaster MJ. Pathophysiology of *Helicobacter pylori* induce gastritis and peptic Ulcer disease. *Am J Med* 1997; 102:200.
11. เพชร เกษตรสุวรรณ, สมชาย ธนะสิทธิชัย, วันชัย ไกรลาสศิริ. An impact of *Helicobacter pylori* eradication after simple closure of perforated peptic ulcer. *แพทยสารทหารอากาศ* 2544; 47(3):17-27.
12. Wong BC, Lam SK, Lai KC, Hu WH, Ching CK, et al. Triple therapy for *Helicobacter pylori* Eradication is more effective than long-term maintenance antisecretory treatment in the prevention of recurrence of duodenal ulcer:a prospective long-term follow-up study. *Aliment Pharmacol Ther* 1999; 13(3):303-9.
13. SI Jian-min, WU Jiao-guo, JIN Yi-yi. The relationship between ulcer recurrence and *helicobacter pylori*: a prospective one-year follow-up study in China. *J Zhejiang University Science* 2000; 1(2):227-8.
14. สุเทพ กลชาญวิทย์. แนวทางการรักษาภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น. ใน: วิทยา ศรีดามา, บรรณาธิการ. *Clinical Practice Guideline* ทางอายุรกรรม พศ. 2542-2543. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ยูนิตี้ พับลิเคชั่น; 2542. หน้า 383-5.
15. สุวิทย์ ศรีอัญญาพร, ชาญวิทย์ ดันดิพิพัฒน์, สมหมาย วิไลรัตน์. เลือดออกเฉียบพลันจากส่วนต้นของระบบทางเดินอาหาร การศึกษาย้อนหลังในผู้ป่วย 1,338 ราย. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร* 2531; 32:165-74.
16. กัทราษฎร์ ออประยูร. ภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นในโรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. *วารสารศูนย์การศึกษา*

- แพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า 2534; 8:219-25.
17. อำพน ศิริบุญมา. Upper gastrointestinal hemorrhage in Phayao Hospital. พุทธชินราชเวชสาร 2535;9:69-74.
18. วรพันธ์ เสาวรส, วัชร อุตัยเฉลิม, บุญทรง วิสกุล, วิสิทธิ์ เทียนไพฑูรย์. Causes of upper gastrointestinal bleeding in Thai patient : review of 5,000 upper gastrointestinal endoscopy. จดหมายเหตุมหาวิทยาลัย 2537; 77:561-5.
19. Graham DT, Rakel RE, Fendrick AM. Practice advice on eradicating *Helicobacter pylori* Infection. Postgrad Med 1999; 105:137-40.
20. The Maastricht Consensus Report. European *Helicobacter pylori* study group current European concepts in the management of *Helicobacter pylori* infection. Gut 1997; 41:8-13.
21. O' Conner HJ. Eradication of *Helicobacter pylori*. Eur J Gastroenterol Hepatol 1994; 6 (suppl 11):S113-9.
22. สุนทร ชินประสาศศักดิ์, จารุภรณ์ พิมพ์ดา, อารียา ใจเที่ยง. The prevalence of *Helicobacter pylori* in Maharat Nakhon Ratchasima Hospital. เวชสารโรงพยาบาลมหาสารคามราชสีมา 2536; 17(1):47-67.
23. วิบูล สุขอุทัย. *Helicobacter pylori* infection in peptic ulcer disease. พุทธชินราชเวชสาร 2539; 13(2):87-92.
24. Ravin Ravin. Prevalance of *Helicobacter pylori* in patients who underwent gastroduodenal endoscopy in Lampang regional for dyspepsia and upper GI bleeding. ลำปางเวชสาร 2539; 17(3):183-9.
25. ปราบณา เข็ยศิริกุล, นิตศน์ พิเชษฐพงษ์. Prevalence of *helicobacter pylori* infection in Suratthani Hospital. วารสารวิชาการเขต 11 2541;12(2):44-50.
26. Kachintorn U, Atisook k, Tanwadee T. *Helicobacter pylori* and peptic ulcer diseases: Prevalence and association eith antral gastritis in 210 patients. J Med Assoc Thai 1992; 75:386-92.
27. สิริวัฒน์ อนันตพันธ์พงศ์. *Helicobacter pylori* infection in patients with dyspepsia. วารสารโรงพยาบาลราชวิถี 2540 [cited 2008 Jan 10]; 10(1): [9 screens]. Available from: URL: <http://www.drug.pharmacy.psu.ac.th>

Abstract Risk Factors and Treatment of Upper Gastrointestinal Bleeding in Makarak Hospital, Changwat Kanchanaburi

Pornsak Amornsri

Department of Surgery, Makarak Hospital, Kanchanaburi

Journal of Health Science 2008; 17:SI281-9.

A retrospective descriptive and analytic study of patients with upper gastrointestinal bleeding who was admitted and revealed by endoscopic examination in Makarak Hospital during October 2001 - September 2005. Overall 354 patients with upper gastrointestinal bleeding was analyzed. The mean age was 56.90 years. The male to female ratio was 2.28 to 1. The major risk factors were NSAIDs user (33.89%), alcohol drinker (26.55%). Endoscopic exploration showed that the major causes of bleeding were gastroduodenal ulcers (48.87%) gastroduodenal erosions (32.20%) and variceal bleeding (12.71%). The outcomes of the patients undergoing gastroduodenal endoscopy with antral biopsy to detect *H.pylori* infection (CLO test) were compared with those 148 cases without. The patients with *H.pylori* infection (positive CLO test) was treated by triple therapy and the patients without *H.pylori* infection (negative CLO test) was treated by PPI as well as the other group (without CLO test). After 2-6 years of follow up it was found that the result of rebleeding rate, relapsing symptoms in the group with CLO test was superior to the group without. The incidence of *H.pylori* infection in UGIB+peptic ulcer was 58.8 percent (DU 72.2%, GU 54.0%). The result indicates that *H.pylori* infection should be considered in UGIB+peptic ulcer patients as it will lead to specific diagnosis and specific treatment to reduce rebleeding rate and relapsing symptom.

Key words: upper gastrointestinal bleeding, risk factor, diagnosis, clinical outcome, *H.pylori* eradication