

ความสัมพันธ์ของ Glasgow Blatchford Score กับผลลัพธ์ของผู้ป่วยภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบน ในโรงพยาบาลเพชรบูรณ์

ชัยชนะ จันทระคิด, พ.บ.

กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลเพชรบูรณ์

บทคัดย่อ Glasgow Blatchford score สามารถใช้จำแนกผู้ป่วยภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบนออกเป็นกลุ่มความเสี่ยงต่ำ และกลุ่มความเสี่ยงสูงเพื่อช่วยในการรักษาที่เหมาะสม การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อดูความสัมพันธ์ของคะแนน Glasgow Blatchford score กับผลลัพธ์ของภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบนในโรงพยาบาลเพชรบูรณ์ โดยทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบนที่ได้รับการรักษาในแผนกอายุรกรรมและศัลยกรรม ในช่วงวันที่ 1 มกราคม ถึง 31 ธันวาคม 2553 นำมาคำนวณ risk score ผลการศึกษาพบว่า มีผู้ป่วยรวมทั้งสิ้น 631 ราย ค่าคะแนน Glasgow Blatchford score มีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันกับผลลัพธ์ในเรื่องภาวะเลือดออกซ้ำ (Pearson r 0.650, $p=0.005$) การได้รับการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารหรือการได้รับการทำหัตถการทางศัลยกรรม (Pearson r 0.517, $p=0.034$) และการเสียชีวิต (Pearson r 0.822, $p=0.000$) และในการศึกษานี้พบว่าค่าคะแนน Glasgow Blatchford score ที่มากกว่า 6 สามารถจำแนกผู้ป่วยเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงได้ และจำนวนผู้ป่วยที่จะต้องได้รับการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารหรือการได้รับการทำหัตถการทางศัลยกรรมในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงมีจำนวนสูงกว่ากลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำอย่างมีนัยสำคัญ (Pearson chi-square 15.675, $p<0.05$) ดังนั้น Glasgow Blatchford score น่าจะสามารถนำมาช่วยใช้ในการจำแนกผู้ป่วยเพื่อประโยชน์กับการดูแลรักษาที่เหมาะสมต่อไปในโรงพยาบาลเพชรบูรณ์

คำสำคัญ: Glasgow Blatchford score, ภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบน, โรงพยาบาลเพชรบูรณ์

บทนำ

ภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบนเป็นภาวะฉุกเฉินทางเดินอาหารที่พบบ่อยที่สุด⁽¹⁾ โดยพบประมาณ 50-160 รายต่อประชากร 100,000 รายต่อปี⁽¹⁻³⁾ อัตราการเสียชีวิตจะเพิ่มขึ้นในกลุ่มประชากรที่มีเลือดออกซ้ำในโรงพยาบาล⁽⁴⁾ ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาได้มีความพยายามจำแนกผู้ป่วยเป็นกลุ่มตามความเสี่ยงที่จะเกิดเลือดออกซ้ำและการเสียชีวิตสูง⁽⁵⁻⁶⁾ เพื่อที่จะได้ให้การรักษาดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมต่อไป

ปัจจุบันมีระบบการให้คะแนน (scoring system) ที่ใช้จำแนกผู้ป่วยภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบน

ออกเป็นกลุ่มความเสี่ยงสูงและกลุ่มความเสี่ยงต่ำ โดยส่วนใหญ่ใช้ลักษณะทางคลินิกพร้อมกับผลการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารประกอบกัน โดยระบบการให้คะแนนที่ใช้กันแพร่หลายในปัจจุบันคือ Rockall risk scoring system และ Glasgow Blatchford score ซึ่ง Rockall risk scoring system ได้รับการคิดค้นขึ้นเมื่อปี 1996⁽⁷⁾ ซึ่งใช้ลักษณะทางคลินิกพร้อมกับผลการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารจำแนกผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่ำและกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง จากข้อมูลดังกล่าวพบว่า Rockall risk scoring system ยังสามารถนำมาใช้คาดคะเนภาวะเลือดออกซ้ำและการเสียชีวิตได้

Vreeburg และคณะ⁽⁸⁾ และ Robert A Enns และคณะ⁽³⁾ ได้ศึกษาการนำ Rockall scoring system มาใช้ คาดคะเนผลลัพธ์ของผู้ป่วยเลือดออกทางเดินอาหาร ส่วนบนในกลุ่มผู้ป่วยในยุโรปและแคนาดา ตามลำดับ ได้ผลการศึกษาไม่ต่างกัน โดยพบว่า Rockall scoring system สามารถนำมาใช้คาดคะเนการเสียชีวิต แต่ไม่สามารถนำมาใช้คาดคะเนผลลัพธ์เกี่ยวกับภาวะเลือดออกซ้ำ และการทำหัตถการเกี่ยวกับทางศัลยกรรมได้ ต่อมา มีการศึกษาของ Oliver Blatchford และคณะ⁽⁹⁾ โดยการนำ scoring system ที่คิดค้นขึ้นมาประเมินผู้ป่วยเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบนต่อมาภายหลังคือ Glasgow Blatchford score โดยใช้อาการทางคลินิก ในครั้งแรกที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาล จากการศึกษาพบว่า Glasgow Blatchford score สามารถนำมาใช้จำแนกผู้ป่วยเพื่อประเมินว่าผู้ป่วยรายใดที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยการให้เลือด การส่องกล้องตรวจทางเดินอาหาร หรือการผ่าตัดได้ดีกว่า Rockall scoring system และได้มีการเปรียบเทียบการนำ Glasgow Blatchford score กับ Rockall scoring system มาคาดคะเนผลลัพธ์ของผู้ป่วยภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบน โดยการเก็บข้อมูลจากหลายสถาบันโดย AJ Stanley และคณะ⁽¹⁰⁾ พบว่า Glasgow Blatchford score ไม่ต่างกับ Rockall scoring system ในการคาดคะเนการเสียชีวิต แต่ Glasgow Blatchford score เหนือกว่า Rockall scoring system ในการคาดคะเนการได้รับเลือด และเหนือกว่า Admission Rockall score ในการคาดคะเนผู้ป่วยที่ต้องได้รับการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนบน หรือจะต้องได้รับการผ่าตัด

สำหรับในประเทศไทยได้มีการศึกษาเปรียบเทียบระบบการให้คะแนนเพื่อที่จะจำแนกผู้ป่วยภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบนเป็นกลุ่มความเสี่ยงต่ำและกลุ่มความเสี่ยงสูง โดยการเปรียบเทียบระหว่าง Glasgow Blatchford score กับ Rockall scoring system ในการทำนายผลและจำแนกผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกซ้ำและอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยที่รับ

การรักษาที่ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ โดยการศึกษานี้ของ วิจิต วิริยะโรจน์⁽¹¹⁾ พบว่า Glasgow Blatchford score สามารถจำแนกผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดเลือดออกซ้ำและการเสียชีวิตได้ดีกว่าการใช้ Clinical Rockall score และสามารถใช้ Glasgow Blatchford score ที่มากกว่า 5 คะแนนในการจำแนกกลุ่มผู้ป่วยความเสี่ยงสูงที่จะเกิดเลือดออกซ้ำหรือการเสียชีวิตได้โดยมีความไวร้อยละ 93 และมีความจำเพาะร้อยละ 50 ซึ่งข้อมูลจากการศึกษาในต่างประเทศพบว่า เมื่อใช้ค่าคะแนน Glasgow Blatchford score ที่มากกว่า 0 จะมีความไวร้อยละ 99.6 แต่มีความจำเพาะเพียงร้อยละ 25⁽¹²⁾ ดังนั้นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่ำอาจไม่ต้องได้รับการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารอย่างเร่งด่วน สามารถนัดมาทำการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารได้

จากข้อมูลที่ผ่านมาพบว่า Glasgow Blatchford score สามารถนำมาใช้ทำนายผลลัพธ์ของผู้ป่วยเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบนได้ดีกว่า Rockall scoring system ซึ่งปัจจุบันโรงพยาบาลเพชรบูรณ์ใช้วิธีการคัดแยกกลุ่มผู้ป่วยภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบนที่ห้องฉุกเฉินโดยประเมินจากน้ำล้างกระเพาะอาหาร (gastric lavage) ถ้าเป็นเลือดสดจะได้รับการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนบน หรือได้รับการเข้าพักรักษาที่แผนกศัลยกรรมเพื่อที่จะได้รับการทำหัตถการทางศัลยกรรมได้รวดเร็วซึ่งจะมีผู้ป่วยบางส่วนที่น้ำล้างกระเพาะอาหารไม่ได้เป็นเลือดสดแต่มีความเสี่ยงสูงตามระบบการให้คะแนน ได้รับการดูแลรักษาไม่ทันท่วงที

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความสัมพันธ์ระหว่างค่าคะแนน Glasgow Blatchford score กับผลลัพธ์ของภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบนในเรื่องของภาวะเลือดออกซ้ำ การได้รับการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารหรือการได้รับการทำหัตถการทางศัลยกรรม และการเสียชีวิตในโรงพยาบาลเพชรบูรณ์ และเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างผู้ป่วยกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงและกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาประกอบการใช้ในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัยเป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง โดยใช้ข้อมูลจากการบันทึกเวชระเบียนของผู้ป่วยซึ่งได้รับการวินิจฉัยหลักเป็นเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบนที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรมและศัลยกรรม โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ในช่วงมกราคมถึงธันวาคม 2553 โดยสืบค้นผู้ป่วยที่ได้รับการลงทะเบียน ICD-10 ที่ลงวินิจฉัยในหมวด K25.0 ถึง K29.0, K92, K92.0, K92.1, K92.2, I98.3, I85.0, I86.4 (Principle) ร่วมกับ K92.0 หรือ K92.1 (Comorbid) จากนั้นนำข้อมูลของผู้ป่วยที่ได้ในช่วงแรกรับเข้าในโรงพยาบาล ได้แก่ ระดับ BUN, hemoglobin, systolic blood pressure, pulse, melena, syncope, hepatic disease, heart failure มาคำนวณ Glasgow Blatchford score (ตารางที่ 1) แล้วศึกษาผลลัพธ์ในเรื่องของความสัมพันธ์ระหว่าง Glasgow Blatchford score กับภาวะเลือดออกซ้ำ ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารหรือได้รับการทำหัตถการทางศัลยกรรม เช่น การผ่าตัดหรือการเสียชีวิตภายใน 30 วันหลังจากเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล วิเคราะห์โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson correlation) และศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงกับกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำโดยใช้สถิติ chi-square test ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยหลักเป็นภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบนตามรหัส ICD-10 และได้เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมและหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ ระหว่างเดือนมกราคมถึงธันวาคม 2553 มีจำนวนทั้งหมด 735 ราย แต่สามารถนำมาเข้าการศึกษาได้จำนวน 631 ราย เนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยปัญหาอื่นไม่ได้เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบนเป็นปัญหาหลักจริงๆ จำนวน 42 ราย ข้อมูลในเวชระเบียนไม่ครบถ้วนไม่สามารถนำมาวิเคราะห์ข้อมูลได้ 36 ราย ปฏิเสธการรักษา 19 ราย

ตารางที่ 1 The Glasgow Blatchford score

Admission risk markers	Score value
Serum urea (mg/dL)	
18.2-<22.4	2
22.4-<28.0	3
28.0-<70.0	4
≥70.0	6
Hemoglobin for men (g/dL)	
<10	6
10-<12	3
12-<13	1
Hemoglobin for women (g/dL)	
<10	6
10-12	1
Systolic blood pressure (mmHg)	
<90	3
90-99	2
100-109	1
Other markers	
Pulse ≥ 100/min	1
Presentation with melena	1
Presentation with syncope	2
Hepatic disease	2
Heart failure	2

เป็นภาวะเลือดออกซ้ำภายใน 30 วันของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งแรก 6 ราย เป็นผู้ป่วยเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี 1 ราย

จากข้อมูลพื้นฐานประชากรจำนวน 631 รายที่เข้ารับการศึกษาพบว่าเป็นเพศชาย 455 ราย เพศหญิง 176 ราย เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม 116 ราย หอผู้ป่วยศัลยกรรม 515 ราย อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยที่เข้าการศึกษา 57.07 ปี จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนบน หรือได้รับการผ่าตัดมีจำนวน 488 ราย (ร้อยละ 77.34) โดยแบ่งเป็นผู้ป่วยอายุรกรรมที่ได้รับการส่องกล้องตรวจทางเดิน-

อาหารส่วนบนหรือได้รับการผ่าตัดจำนวน 46 ราย และเป็นผู้ป่วยศัลยกรรมที่ได้รับการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนบนหรือได้รับการผ่าตัดจำนวน 442 ราย ซึ่งสาเหตุของภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบนพบว่าเป็นภาวะเลือดออกชนิด varice 219 ราย และ non-varice 269 ราย (ตารางที่ 2) และมีจำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกซ้ำ 41 ราย ผู้ป่วยเสียชีวิต 51 ราย ระยะเวลาในการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเฉลี่ย 4.76 วัน เมื่อศึกษาข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่าง Glasgow Blatchford score กับภาวะเลือดออกซ้ำ ความจำเป็นต่อการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารหรือการได้รับการทำหัตถการทางศัลยกรรมและการเสียชีวิต พบว่า มีความสัมพันธ์กันและมีความสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกัน ($p < 0.05$) (ตารางที่ 3) และจากข้อมูลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า Glasgow Blatchford score สามารถนำมาใช้จำแนกผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงที่จะต้องได้รับการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหาร หรือการได้รับการทำหัตถการทางศัลยกรรมได้ เพื่อช่วยในการตัดสินใจการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงให้เหมาะสม ดังนั้นจึงศึกษาความไวและความจำเพาะของ Glasgow Blatchford score ในการจำแนกผู้ป่วยความเสี่ยงสูงที่จะต้องได้รับการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารหรือได้รับการทำหัตถการทางศัลยกรรม (ตารางที่ 4) พบว่าค่า Glasgow

Blatchford score ที่มากกว่า 6 มีความไวร้อยละ 87.7 และมีความจำเพาะร้อยละ 25.9 ดังนั้นในการศึกษานี้จึงใช้ค่าคะแนนที่มากกว่า 6 ในการจำแนกเป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง แล้วศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์เกี่ยวกับภาวะเลือดออกซ้ำ ความจำเป็นต่อการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารหรือการได้รับการทำหัตถการทางศัลยกรรมและการเสียชีวิต ซึ่งพบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำและกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง (Pearson chi-square 15.675, $p < 0.05$) สำหรับผลลัพธ์ในเรื่องของภาวะเลือดออกซ้ำและการเสียชีวิตพบว่าไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่ม ($p > 0.05$) (ตารางที่ 5)

วิจารณ์

ปัจจุบัน ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลเพชรบูรณ์ยังไม่มีเครื่องมือที่มีมาตรฐานที่ใช้จำแนกผู้ป่วยภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบนเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงที่อาจจะต้องได้รับการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารหรือได้รับการทำหัตถการทางศัลยกรรม หรือกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำที่อาจจะนัดผู้ป่วยมาทำการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารในภายหลังจากการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแล้ว มีเพียงแต่ข้อบ่งชี้ของการให้ผู้ป่วยเข้าพักรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมที่มีอยู่เดิมโดยการดูเพียงว่าผู้ป่วย

ตารางที่ 2 ข้อมูลพื้นฐานทางคลินิกของผู้ป่วย (n = 631 คน)

ข้อมูลทางคลินิก	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนผู้ป่วย	631	100.00
เพศชาย	455	72.11
เพศหญิง	176	27.89
ผู้ป่วยอายุรกรรม	116	100.00
ได้รับการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารหรือผ่าตัด	46	39.66
ผู้ป่วยศัลยกรรม	515	100.00
ได้รับการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารหรือผ่าตัด	442	85.82
สาเหตุของภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบน		
Non varice	269	42.63
Varice	219	34.71

ตารางที่ 3 แสดงผลลัพธ์ของภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบนกับค่าคะแนน Glasgow Blatchford score (n = 631 คน)

Blatchford score	Distribution of subjects	Interventions	Rebleeding	Death	Length of stay
	N	n	n	n	(Mean)
0	13	5	0	0	2.31
1	8	4	0	0	3.88
2	3	3	0	0	4.33
3	11	5	0	0	2.82
4	8	6	1	2	7.25
5	12	9	0	0	3.17
6	42	28	2	2	5.02
7	27	23	1	0	4.41
8	33	26	4	3	5.48
9	51	40	5	6	5.22
10	105	84	4	4	4.95
11	86	77	7	4	5.42
12	96	76	5	9	4.45
13	53	39	3	3	4.62
14	34	29	5	4	4.94
15	29	22	3	6	3.97
≥16	20	12	1	8	4.15
Total	631	488	41	51	4.76
Pearson r		0.517	0.650	0.822	
p value		0.034	0.005	0.000	

ตารางที่ 4 ความไวและความจำเพาะของ Glasgow Blatchford score ในการจำแนกผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง ที่จะต้องได้รับการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารหรือได้รับการทำหัตถการทางศัลยกรรม (n = 631 คน)

Glasgow Blatchford score	Sensitivity	Specificity	PPV*	NPV**
0	99.0	5.6	78.2	61.5
1	98.2	8.4	78.5	57.1
2	97.5	8.4	78.4	50.0
3	96.5	12.6	79.0	51.4
4	95.3	14.0	79.1	46.5
5	93.4	16.1	79.2	41.8
6	87.7	25.9	80.1	38.1
7	83.0	28.7	79.9	33.1

*PPV: positive predictive value, **NPV: negative predictive value

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบผลลัพธ์ของภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบนจำแนกตามกลุ่มความเสี่ยง(n = 631 คน)

กลุ่มความเสี่ยง	จำนวน	Interventions (n)	Rebleeding (n)	Death (n)
กลุ่มความเสี่ยงต่ำ (คะแนน ≤ 6)	97	60	3	4
กลุ่มความเสี่ยงสูง (คะแนน > 6)	534	428	38	47
รวม	631	488	41	51
Pearson chi-square		15.675	2.187	2.418
p value		0.000	0.139	0.120

รายใดมีน้ำล้างกระเพาะอาหาร (gastric lavage) เป็นเลือดสดซึ่งในบางครั้งทำให้ผู้ป่วยบางรายที่ไม่ได้มี gastric lavage เป็นเลือดสดที่ห้องฉุกเฉิน แต่มีประวัติและอาการที่เข้าได้กับกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงที่จะมีภาวะเลือดออกซ้ำ หรือภาวะที่ต้องได้รับการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารได้รับการดูแลรักษาล่าช้าไม่ทันท่วงที เนื่องจากปัจจุบันแผนกอายุรกรรมยังไม่มีศักยภาพในการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารได้เอง ดังนั้นจึงควรมีเครื่องมือในการจำแนกผู้ป่วยและจากการศึกษานี้พบว่า Glasgow Blatchford score มีความสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกันกับผลลัพธ์ของภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบน ภาวะเลือดออกซ้ำ ความจำเป็นต้องได้รับการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหาร หรือรับการทำการหัตถการทางศัลยกรรมและการเสียชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าสามารถนำ Glasgow Blatchford score มาช่วยจำแนกผู้ป่วยเพื่อให้มีการดูแลรักษาที่เหมาะสม

จากการศึกษาที่ผ่านมา^(6,10) มีจุดมุ่งหมายเพื่อจำแนกผู้ป่วยเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงและกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำ โดยประเมินจากผลลัพธ์ในเรื่องของภาวะเลือดออกซ้ำและการเสียชีวิตเพื่อจำแนกผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาที่เหมาะสมเช่นสามารถรักษาเป็นผู้ป่วยนอกหรือจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแต่ในการศึกษานี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อจำแนกผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงที่จะได้รับการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารหรือได้รับการทำการหัตถการทางศัลยกรรม เพื่อช่วยในการตัดสินใจในการรับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นผู้ป่วยอายุรกรรม

หรือศัลยกรรม ดังนั้นจากข้อมูลที่ได้พบว่าถ้าใช้ค่า Glasgow Blatchford score ที่มากกว่า 0 ในการจำแนกผู้ป่วยเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงที่จะต้องได้รับการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารหรือได้รับการทำการหัตถการทางศัลยกรรมจะมีความไวร้อยละ 99.0 และมีความจำเพาะร้อยละ 5.6 แต่ถ้าใช้ค่า Glasgow Blatchford score ที่มากกว่า 6 จะมีความไวร้อยละ 87.7 และมีความจำเพาะร้อยละ 25.9 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ Chen IC และคณะ⁽¹²⁾ พบว่าค่าคะแนนที่มากกว่า 0 จะมีความจำเพาะที่ร้อยละ 25.0 มาช่วยจำแนกผู้ป่วยเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงได้ ดังนั้นในการศึกษานี้จึงเลือกใช้ค่า Glasgow Blatchford score ที่มากกว่า 6 ในการจำแนกผู้ป่วยเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงซึ่งค่าคะแนน Glasgow Blatchford score ที่แตกต่างกันอาจเป็นได้จากจุดมุ่งหมายในการใช้ค่า Glasgow Blatchford score ในการจำแนกผู้ป่วยเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงหรือกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำในการประเมินผลลัพธ์ของภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบนต่างกันในศักยภาพในการให้การดูแลรักษาในสถานที่ที่ต่างกันหรืออาจเกิดจากแนวทางการตัดสินใจในการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนบนหรือการทำการหัตถการทางศัลยกรรมของศัลยแพทย์มีความแตกต่างกัน ซึ่งในโรงพยาบาลเพชรบูรณ์ยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจน ขึ้นกับดุลยพินิจของแพทย์เป็นหลัก จากการทบทวนเวชระเบียนยังพบว่าบางครั้งผู้ป่วยที่มีคะแนน Glasgow Blatchford score ต่ำและมีอาการทางคลินิกก็ได้รับการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนบนทันทีหรือใน

ผู้ป่วยบางรายที่มีคะแนน Glasgow Blatchford score สูงแต่ไม่ได้รับการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารโดยไม่ได้มีบันทึกเวชระเบียนว่าเพราะสาเหตุใด และมีบางช่วงเวลาที่มีปัญหาเครื่องมืออุปกรณ์เสีย จึงทำให้ข้อมูลที่น่ามาวิเคราะห์อาจมีความคลาดเคลื่อนไปได้

สำหรับการเปรียบเทียบผลลัพธ์ในเรื่องของภาวะเลือดออกซ้ำและการเสียชีวิตระหว่างกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงและกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำพบว่าไม่มีความแตกต่างกันนั้น เมื่อใช้ค่าคะแนน Glasgow Blatchford score ที่มากกว่า 6 เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง ดังนั้นค่าคะแนน Glasgow Blatchford score ที่มากกว่า 6 ในการศึกษาจะ สามารถใช้จำแนกผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบนในโรงพยาบาลเพชรบูรณ์ที่มีความเสี่ยงสูงที่จะต้องได้รับการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนบนหรือทำหัตถการทางศัลยกรรมได้เท่านั้น ซึ่งมีความสำคัญในการจำแนกผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉินในการตัดสินใจในการให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรมหรือศัลยกรรม

สรุป

จากการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกซ้ำ ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องได้รับการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารหรือได้รับการทำหัตถการทางศัลยกรรม และการเสียชีวิต กับค่าคะแนน Glasgow Blatchford score มีความสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกัน และพบว่าค่าคะแนนที่มากกว่า 6 สามารถใช้ในการจำแนกผู้ป่วยเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงที่จะได้รับการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารหรือรับการทำการหัตถการทางศัลยกรรมโดยมีความไวร้อยละ 87.7 และมีความจำเพาะร้อยละ 25.9 ซึ่งพบว่ากลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงมีจำนวนผู้ป่วยแตกต่างจากกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำอย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้น Glasgow Blatchford score น่าจะสามารถนำมาช่วยใช้ในการจำแนกผู้ป่วยเพื่อประโยชน์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบนให้ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมต่อไปในโรงพยาบาลเพชรบูรณ์

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นพ.รังสันต์ ชัยกิจอำนวยโชค หัวหน้ากลุ่มภารกิจพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โรงพยาบาลกำแพงเพชร ให้คำปรึกษาแนะนำในการทำวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. Palmer KR. Non-variceal upper gastrointestinal haemorrhage: guidelines. Gut 2002;51:1-6.
2. Barkun AN, Bardou M, Kuipers EJ, Sung J, Hunt RH, Martel M, et al. International consensus recommendations on the management of patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. Ann Intern Med 2010; 152:101-13.
3. Enns RA, Gagnon YM, Barkun AN, Armstrong D, Gregor JC, Fedorak RN, et al. Validation of the Rockall scoring system for outcomes from non-variceal upper gastrointestinal bleeding in a Canadian setting. World J Gastroenterol 2006;12:7779-85.
4. Chasawat J, Prachayakul V, Pongprasobchai S. Upper gastrointestinal bleeding score for differentiating variceal and nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. Thai J Gastroenterol 2007;8:44-50.
5. Tham TCK, James C, Kelly M. Predicting outcome of acute non-variceal upper gastrointestinal haemorrhage without endoscopy using the clinical Rockall score. Postgrad Med J 2006;82:757-9.
6. Jansen L, Leffers P, Hermans M, Stassen P, Masclee A, Keulemans Y. Identification of patients with upper gastrointestinal bleeding who do not need immediate treatment. Netherlands The Journal of Medicine 2011;69:384-8.
7. Rockall TA, Logan RFA, Devlin HB, Northfield TC. Risk assessment after acute upper gastrointestinal haemorrhage. Gut 1996;38:316-21.
8. Vreeburg EM, Terwee CB, Snel P, Rauws EA, Bartelsman JF, Meulen JH, et al. Validation of the Rockall risk scoring system in upper gastrointestinal bleeding. Gut 1999 ;44:331-5.
9. Blatchford O, Murray WR, Blatchford M. A risk score to predict need for treatment for upper gastrointestinal haemorrhage. Lancet 2000;356:1318-21.

10. Stanley AJ, Dalton HR, Blatchford O, Ashley D, Mowat C, Cahill A, et al. Multicentre comparison of the Glasgow Blatchford and Rockall scores in the prediction of clinical end-points after upper gastrointestinal haemorrhage. *Aliment Pharmacol Ther* 2011;34:470-5.
11. Viriyaroj V. Predicting outcome of upper gastrointestinal bleeding without endoscopy using the clinical Rockall score and Blatchford score. *Journal of Medicine and Health Sciences* 2011;18:127-36.
12. Chen IC, Hung MS, Chiu TF, Chen JC, Hsiao CT. Risk scoring systems to predict need for clinical intervention for patients with nonvariceal upper gastrointestinal tract bleeding. *Am J Emerg Med* 2007;25:774-9.

Abstract: Correlation Between the Glasgow Blatchford score and Outcomes of Acute Upper Gastrointestinal Bleeding in Phetchabun Hospital

Chaichana Chantharakhit, M.D.

Department of Medicine, Phetchabun Hospital

Journal of Health Science 2014;23:305-12.

The Glasgow Blatchford score can be used to classify patients with upper gastrointestinal bleeding as low risk or high risk for appropriate management. The objective of this study was to assess the relation between the Glasgow Blatchford score and outcomes of upper gastrointestinal bleeding in Phetchabun hospital. Data were collected from medical records of patients with upper gastrointestinal bleeding in medical ward and surgical ward between January to December 2010. Risk scores were calculated and used to classify patients. The Glasgow Blatchford score and outcomes of upper gastrointestinal bleeding such as re-bleeding, upper gastrointestinal endoscopy or surgical intervention and death showed significant positive linear relationship ($p < 0.05$). In this study Blatchford score greater than 6 could be used to identify high risk patients; and the proportion of patients requiring endoscopy or surgical intervention was significantly higher in the high risk group ($p < 0.05$). Thus, the Glasgow Blatchford score could be a useful tool to categorize patients as high risk and low risk in order to provide appropriate medical services to individual patients in Phetchabun hospital.

Key words: Glasgow Blatchford score, upper gastrointestinal bleeding, Phetchabun hospital