

การวินิจฉัยสาเหตุของการอาเจียน และถ่ายเป็นเลือดในระยะแรก

พินิจ กุลละวณิช*

ผู้ป่วยที่อาเจียนและถ่ายเป็นเลือด (Haematemesis และ melaena) พบได้บ่อย แม้การตรวจเพื่อวินิจฉัยโรคและการรักษาจะก้าวหน้าไปมากแล้ว⁸ ผู้ป่วยก็ยังคงอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ ฉะนั้นจึงยังถือว่าเป็นอาการฉุกเฉินทางการแพทย์อยู่

ปัจจุบันความคิดเห็นในการวิเคราะห์สาเหตุของการอาเจียนและถ่ายเป็นเลือดในระยะแรกเริ่มยังไม่ยุติ แพทย์ที่เห็นว่าไม่จำเป็นมีเหตุผลว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เลือดจะหยุดหลังการรักษาทางยา มีเพียง 1 ใน 3 ของผู้ป่วยที่เป็น peptic ulcer เท่านั้นที่เลือดกลับออกอีกภายหลังที่หยุดออกแล้ว⁵ และการตรวจหาสาเหตุแบบฉุกเฉินไม่ว่าจะเป็นด้วยวิธีถ่ายภาพรังสีหรือส่องกล้อง (endoscopy) ได้ผลไม่ดีเท่าที่ควร และเป็นการเสียเวลาโดยไม่สมควร โดยเฉพาะในรายที่เลือดออกมากและอาการรุนแรง แพทย์บางท่านแนะนำให้ผ่าตัดทันทีแทนที่จะตรวจหาสาเหตุเสียก่อน ส่วนแพทย์ที่มีความเห็นว่าสมควรตรวจหาสาเหตุก่อน มีเหตุผลว่า การทราบสาเหตุที่แน่นอนช่วยให้

ความมั่นใจต่อแพทย์และผู้ป่วยว่าการรักษาจะถูกต้อง ซึ่งจะช่วยให้หายเร็วและไม่สิ้นเปลืองมาก

สาเหตุของการอาเจียนและถ่ายเป็นเลือดคล้ายคลึงกันทั่วโลก คือส่วนใหญ่เกิดจาก peptic ulcer ชนิดเรื้อรัง แผลที่เป็นอย่างเฉียบพลัน hemorrhagic gastritis และ oesophageal varices รายงานการศึกษาในประเทศอังกฤษจากผู้ป่วย 3856 ราย ปรากฏว่าอาการเลือดออกมีสาเหตุจาก oesophageal varices เพียงร้อยละ 2.7 จากสาเหตุต่าง ๆ ที่พบ⁶

การวินิจฉัยสาเหตุการอาเจียนและถ่ายเป็นเลือด ส่วนใหญ่อาศัยข้อมูลจากประวัติและการตรวจพิเศษต่าง ๆ โดยเฉพาะการถ่ายภาพรังสีกระเพาะอาหารภายหลังรับประทาน barium และส่องกล้องตรวจ

วิธีตรวจวินิจฉัยและรักษาในหน่วยระบบทางเดินอาหาร คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ดำเนินตามลำดับดังนี้ รักษาอาการทั่วไปก่อนโดยให้โลหิตถ้าผู้ป่วยมีเลือดออกมาก

* แผนกอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใส่ท่ออย่างเข้ากระเพาะอาหารดูดเลือดออกและล้างด้วยน้ำเย็น เมื่อเลือดหยุดแล้วตรวจโดยถ่ายภาพรังสีกระเพาะอาหารภายหลังรับประทาน barium โดยทั่วไปการถ่ายภาพรังสีวิธีนี้จะพบแผลได้ร้อยละ 85² แต่ถ้าตรวจในผู้ป่วยที่มีอาเจียนและถ่ายเป็นเลือดในระยะเริ่มแรกโอกาสที่จะพบความผิดปกติควรจะน้อยกว่านี้

การตรวจด้วยวิธีส่องกล้องปฏิบัติภายหลังการถ่ายภาพรังสี ตรวจทุกรายที่เป็นแผลในกระเพาะอาหารทั้งที่พบและไม่พบความผิดปกติจากภาพรังสี ถ้าพบหรือสงสัยว่ามีความผิดปกติในภาพรังสีก็มุ่งส่องกล้องดูที่ตำแหน่งนั้นเป็นพิเศษ แผลในกระเพาะอาหารที่ตรวจไม่พบจากการถ่ายภาพรังสีอาจจะเห็นได้ด้วยวิธีส่องกล้องซึ่งจะสามารถบ่งชี้ได้ด้วยว่าเป็นแผลชนิดเกิดเฉียบพลันหรือเป็นแผลเรื้อรัง นอกจากนี้ยังสามารถช่วยวินิจฉัยว่าแผลเกิดจากมะเร็งหรือไม่ (อุบัติการณ์ของมะเร็งมีได้ร้อยละ 5—10) การส่องกล้องดูกระเพาะอาหารพร้อมทั้งตัดชิ้นเนื้อและ flushing เพื่อดูเซลล์จะช่วยวิเคราะห์แยกมะเร็งได้ถึงร้อยละ 100

Cotton และคณะ³ ได้ศึกษาผลการใช้กล้องส่องวินิจฉัยสาเหตุของการอาเจียนและถ่ายเป็นเลือดระยะแรกเริ่มในผู้ป่วย 208 ราย โดยทำ Oesophago-gastro-duodenoscopy ปรากฏผลสำเร็จ 196 ราย ผู้ป่วยร้อยละ 72 ตรวจภายใน 48 ชม. ร้อยละ 20 ตรวจระหว่าง 3—7 วัน

ร้อยละ 8 ตรวจระหว่าง 8—15 วัน หลังจากที่มีเลือดออก ผู้ป่วยที่ตรวจภายใน 48 ชั่วโมงพบเลือดในกระเพาะอาหารร้อยละ 33 (กล้องที่ใช้สามารถฉีดน้ำล้างและดูดกลับได้ ช่วยให้เห็นแผลได้ดีขึ้น) ไม่สามารถเห็นแผลเพราะมีเลือดบังอยู่ ร้อยละ 3.8 เขาให้ความเห็นว่าการล้างกระเพาะก่อนดูด้วยกล้องไม่จำเป็น การล้างอาจทำให้เกิดกระเพาะอาหารอักเสบอย่างเฉียบพลันได้ และจะวินิจฉัยว่าแผลนั้นเป็นสาเหตุที่ทำให้เลือดออกต่อเมื่อเห็นชัดเจนว่าเลือดออกจากแผลหรือมีหลักฐานที่บ่งชี้แน่นอนว่ามีเลือดออก ถ้าดูผ่านกล้องเห็นว่ามี oesophageal varices แต่ไม่มีเลือดออก จะสอดกล้องดูเข้าไปจนถึง duodenum ทั้งนี้เพราะเลือดอาจจะออกจากสาเหตุอื่นก็ได้ จากการศึกษานี้เขาพบว่าผู้ป่วยที่มีแผลในกระเพาะอาหารร้อยละ 6.3 แผลใน duodenum ร้อยละ 28.1 และมี oesophageal varices ร้อยละ 36.3 นอกจากนั้นเกิดจากสาเหตุอื่น

โดยวิธีส่องกล้องนี้ Cotton วินิจฉัยสาเหตุได้แน่นอนร้อยละ 80.2 ของผู้ป่วยทั้งหมด แต่ถ้าคิดเฉพาะผู้ป่วยที่พยาวิสภาพอยู่ระหว่าง oesophagus และ duodenum จะสามารถวินิจฉัยสาเหตุได้ถึงร้อยละ 96.6

ในจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ศึกษา Cotton ได้ถ่ายภาพรังสีกระเพาะอาหารภายหลังรับประทาน

barium ด้วยในผู้ป่วย 81 ราย พบความผิดปกติในผู้ป่วย 47 ราย 34 รายซึ่งภาพรังสีไม่พบความผิดปกติ การส่องกล้องสามารถวินิจฉัยสาเหตุที่เลือดออกได้ 26 ราย ผู้ป่วย 47 รายที่ภาพรังสีพบความผิดปกตินั้น ภาพรังสีแสดงว่ามีแผล 25 ราย และการส่องกล้องช่วยยืนยันว่าเลือดออกจากแผลเหล่านั้นได้ 23 ราย ในจำนวนนี้ 2 รายภาพรังสีแสดงว่ามีแผลที่ duodenum แต่การส่องกล้องกลับพบว่าเลือดออกจากแผลซึ่งอยู่ในกระเพาะอาหาร ในจำนวน 47 รายที่ภาพรังสีพบความผิดปกตินี้มีถึง 15 ราย (ร้อยละ 22) ซึ่งเลือดไม่ได้ออกจากตำแหน่งที่เห็นความผิดปกติในภาพรังสี

ผู้ป่วย 106 รายซึ่งมีประวัติชัดเจนว่ามี peptic ulcer มีเพียง 80 ราย (ร้อยละ 75) เท่านั้นที่เลือดออกจากแผล ในทางตรงกันข้ามผู้ป่วยร้อยละ 30 เลือดออกจาก peptic ulcer แต่ไม่มีประวัติแบบ peptic ulcer เลย ผู้ป่วย 49 รายมีประวัติรับประทานยาซึ่งทำให้เกิดเลือดออกได้ แต่มี 7 รายเท่านั้นที่พิสูจน์ได้ว่าอาการเลือดออกนั้นเป็นผลจากยาที่รับประทาน

ผลเสียจากการส่องกล้องมีน้อย Cotton พบ oesophagus ทะลุ 2 รายจากการส่องกล้อง 2500 ครั้ง ทั้ง 2 รายรักษาได้ทางอายุรกรรม และพบว่า การส่องกล้องในระยะแรกเริ่มของอาการอาจมองไม่เห็นแผลเพราะมีเลือดบังได้ร้อยละ 3.8 ใน

ระยะต่อมา Bader¹ แนะนำให้ใช้ยา Metoclopramide ช่วยให้กระเพาะอาหารว่างเร็วขึ้น ส่วนข้อสงสัยว่าการส่องกล้องจะทำให้เลือดที่หยุดแล้วกลับออกใหม่อีกนั้นยังไม่มีข้อพิสูจน์ที่แน่ชัด

สรุปข้อมูลสำคัญจากผลงาน Cotton ได้คือ

1. เลือดที่ออกไม่สัมพันธ์กับสาเหตุที่พยากรณ์จากประวัติของผู้ป่วย เช่น การรับประทานยาที่อาจทำให้เกิดแผล โรคตับ หรือ peptic ulcer

2. แผลหรือความผิดปกติที่พบในภาพรังสีกระเพาะอาหารหลังรับประทาน barium อาจไม่ใช่สาเหตุที่ทำให้เลือดออก

3. การส่องกล้องตรวจหาสาเหตุในระยะแรก ที่เริ่มมีเลือดออกจะวินิจฉัยสาเหตุได้ถึงร้อยละ 96 ถ้าสาเหตุนั้นอยู่ระหว่าง oesophagus และ duodenum

ผลงานของ Northfield⁷ แสดงให้เห็นว่าการส่องกล้องตรวจควรปฏิบัติภายใน 24 ชม. หลังจากที่เกิดเลือดเริ่มออก เพราะถ้าเลือดจะออกอีกส่วนมากจะเกิดขึ้นภายใน 48 ชม. แผลที่มองเห็นโดยการส่องกล้องภายใน 48 ชม. ร้อยละ 79 จะพบหลักฐานบ่งชี้ว่ามีเลือดออกได้ ถ้าทำภายหลังระยะเวลานี้จะพบหลักฐานได้เพียง 1 ใน 21 รายเท่านั้น

Dvorakova⁴ พบว่าถ้าดูด้วยกล้องภายใน 3 วัน หลังจากที่มีเลือดออกจะพบ erosion

ได้ร้อยละ 34 ถ้าดูหลัง 3 วันจะพบได้เพียงร้อยละ 18 เท่านั้น

ผู้เขียนได้ศึกษาจากสถิติของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ระหว่างปี พ.ศ. 2511—2515 มีผู้ป่วยที่มีอาการอาเจียนและถ่ายเป็นเลือด 79 ราย แบ่งตามผลการวินิจฉัยได้เป็น 3 พวกคือ

1. สามารถวินิจฉัยสาเหตุแน่นอนจากการส่องกล้องหรือผ่าตัดได้ 11 ราย (ร้อยละ 13.92)
2. วินิจฉัยจากภาพรังสีได้ว่ามีพยาธิสภาพแต่ไม่ทราบแน่ชัดว่าเป็นสาเหตุของเลือดที่ออกหรือไม่ 23 ราย (ร้อยละ 29.11)
3. ไม่พบพยาธิสภาพทั้งจากการส่องกล้องและถ่ายภาพรังสี 45 ราย (ร้อยละ 56.97)

จะเห็นได้ว่าสถิติผู้ป่วยที่ทราบสาเหตุแท้จริงของการที่เลือดออกนั้นน้อยมาก ทั้งนี้สังเกตได้ว่า อาจจะเป็นเพราะอุปสรรคหลายอย่าง เช่น ผู้ป่วยกลับบ้านหรือถึงแก่กรรมเสียก่อนที่จะได้ศึกษาอย่างแท้จริง และอีกประการประวัติไม่ค่อยจะสมบูรณ์ บางครั้งมีการตรวจแต่ไม่ได้บันทึกไว้

จากประสบการณ์ในหน่วยระบบทางเดินอาหาร แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

รวมทั้งข้อมูลที่ได้รวบรวมมาเสนอในที่นี้ ประกอบกับสถาบันนี้เป็นโรงเรียนแพทย์ มีทั้งบุคคลและเครื่องมือครบบริบูรณ์ ผู้รายงานมีความเห็นว่า ควรจะส่งกล้องตรวจผู้ป่วยที่มีอาการอาเจียนและถ่ายเป็นเลือดทุกรายภายใน 24 ชม. ที่มาโรงพยาบาล ด้วยเหตุผลดังต่อไปนี้

1. เพื่อจะสามารถวินิจฉัยสาเหตุที่มีเลือดออกได้อย่างรวดเร็วและแน่นอน
2. ทั้งอายุรแพทย์และศัลยแพทย์จะได้ให้การรักษาได้ถูกต้อง
3. เมื่อมีความชำนาญในการส่องกล้องจริงจะช่วยลดจำนวนผู้ป่วยที่ต้องตรวจโดยถ่ายภาพรังสีภายหลังรับประทาน barium ให้ลดน้อยลงเป็นการประหยัดและลดงานของรังสีแพทย์
4. การวินิจฉัยที่ถูกต้องรวดเร็ว จะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยหายเร็ว ไม่จำเป็นต้องอยู่ในโรงพยาบาลนาน ซึ่งเป็นประโยชน์ทั้งผู้ป่วยและโรงพยาบาล
5. ผู้ป่วยที่ถ่ายเป็นเลือดถ้าส่องกล้องแล้วไม่พบสาเหตุ จะได้ศึกษาต่อได้ทันทีโดยถ่ายภาพรังสีหลัง barium enema
6. เมื่อสามารถวินิจฉัยสาเหตุได้ถูกต้องแล้วจะเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาถึงมูลเหตุ (Aetiology) ของโรคนั้นในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1. Bader E Metroclopromide and emergency endoscopy for upper gastrointestinal bleeding Lancet 1, 101, 1973
2. Colley RN Progress in Medical Science 242, 628, 1961
3. Cotton P.B., Rosenberg M.T., Waldram R.P.L., Axon A.T.R. : Early endoscopy of oesophagus, Stomach and diodenal bulb in patients with haematemesis and malaena BR. Med. J. 2, 505-9, 1973
4. Dvorakova H., Jirasek V., Setka J. Urgent Endoscopy of digestive and abdominal diseases P. 48 basel, karger 1972
5. Jones FA: Hematemesis and melena Gastroenterology 30, 166-90, 56
6. Jones F, Avery, Gummer J.W.P., Lennard-Jones, J.E., : Gastrointestinal haemorrhage. Clinal gastroenterology 2nd ED. Blackwell scientific publications p. 548 1968
7. Northfield TC : Factors predisposing to recurrent haemorrhage after acute gastrointestinal bleeding BR. Med. J. 1, 26-8, 71
8. Schiller KFR., Truelove SC., Williams D. : Haematemesis and melaena, with special reference to factors influencing the outcome Br. Med. J. 2:7-14, 70