

Outcome of KPH UGIH Score in Kamphaeng Phet Hospital

Sompeng Chokchalermwong, M.D.*

Abstract

Objective : To compare the outcome of KPH UGIH Score applied to patient with upper gastrointestinal hemorrhage between the traditional process and the adjusted one

Research Design : Interrupted time design research

Method : The samples were the patients with upper gastrointestinal hemorrhage of Kamphaengphet Hospital. The study population were 1,292 UGIH patients who were treated prior to use of KPH UGIH Score (FY 2013 - 2014) compared with 1,083 UGIH patients who were treated after the use of KPH UGIH Score (FY 2015 - 2016). The baseline data were sex, age, co-morbidity, laboratory findings. Clinical outcome data include Esophagogastroduodenoscopy procedures, re-bleeding and death. The descriptive statistic; number, percentage and standard deviation was calculated for baseline data while Chi-square or Fischer's exact test was used for comparison between two groups.

Result : The study revealed no significantly different of baseline data between the two groups. The clinical outcome; Esophagogastroduodenoscopy procedures, re-bleeding and death after using KPH UGIH Score were statistically different ($p < 0.05$) compared to before using this score.

Recommendation : KPH UGIH Score help to classify the severity of UGIH patients resulting in appropriate time to Esophagogastroduodenoscopy, decreased re-bleeding and death. This should be implemented in general hospital with limited resource and man power.

Key words : KPH UGIH Score, Upper gastrointestinal hemorrhage

* Medical Doctor, Professional Level, Department of Surgery, Kamphaeng Phet Hospital

ผลการใช้ KPH UGIH Score ในการรักษาผู้ป่วยเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น ในโรงพยาบาลกำแพงเพชร

สมเพ็ง โชคเฉลิมวงศ์, พ.บ.*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลของการใช้คะแนน KPH UGIH Score ในโรงพยาบาลกำแพงเพชรในด้านของการรักษา โดยการส่องกล้อง การทำหัตถการทางกล้อง การผ่าตัด ผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ การเกิดภาวะเลือดออกซ้ำ และการเสียชีวิต

การออกแบบวิจัย : การวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่มแยกตามช่วงเวลา(Interrupted time design)

วิธีการดำเนินการวิจัย : ตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นในโรงพยาบาลกำแพงเพชร แบ่งออกเป็นสองกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มก่อนการใช้ KPH UGIH Score (ปีงบประมาณ 2556 - 2557) จำนวน 1,292 ราย เปรียบเทียบกับกลุ่มหลังการใช้ KPH UGIH Score (ปีงบประมาณ 2558 – 2559) จำนวน 1,083 ราย เก็บข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ อาการแสดง โรคร่วม ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และข้อมูลผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ การทำหัตถการ การเกิดภาวะเลือดออกซ้ำ และการเสียชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานด้วยสถิติเชิงพรรณนาเป็นจำนวน ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบข้อมูลความแตกต่างระหว่าง 2 กลุ่ม ด้วยสถิติ Chi-square หรือ Fischer's exact test

ผลการวิจัย : ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน ผลลัพธ์ทางคลินิก พบว่า ภายหลังการใช้ KPH UGIH Score ผู้ป่วยได้รับการส่องกล้องและการทำหัตถการทางกล้องมากขึ้น การเกิดภาวะเลือดออกซ้ำและการเสียชีวิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ข้อเสนอแนะ : การใช้ KPH UGIH Score ในการประเมินผู้ป่วยเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการส่องกล้อง และการทำหัตถการทางกล้อง ลดการเกิดภาวะเลือดออกซ้ำและการเสียชีวิต จึงเหมาะสมในนำมาวางระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นโรงพยาบาลทั่วไปที่มีทรัพยากร และบุคลากรจำกัด

คำสำคัญ : KPH UGIH Score, ภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น

บทนำ

ภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น (Upper gastrointestinal hemorrhage หรือ UGIH) หมายถึง ภาวะเลือดออกเหนือต่อ Ligament of Treitz ได้แก่ หลอดอาหาร กระเพาะอาหาร และลำไส้เล็กส่วนต้น โรคนี้เป็นภาวะฉุกเฉินที่สำคัญและพบได้บ่อย ต้องการการดูแลรักษาเร่งด่วน เพื่อหาสาเหตุของเลือดออกและรักษาให้เลือดหยุดอย่างทันที่ อุบัติการณ์ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบผู้ป่วย 160 คนต่อประชากร 100,000 คน อัตราการเสียชีวิตร้อยละ 5-10 สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจาก Non-variceal bleeding ร้อยละ 80-90¹ ในประเทศไทยพบอุบัติการณ์ 36 - 102 คนต่อประชากร 100,000 คน อัตราเสียชีวิตร้อยละ 7-14 ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ เพศชายมากกว่าเพศหญิงในอัตรา 2:1 สาเหตุจากแผลเพ็ปติก (peptic ulcer) ร้อยละ 40-50 จากการอักเสบของลำไส้เล็ก (duodenitis) หรือกระเพาะอาหารอักเสบชนิดเยื่อบุกร่อน (erosive gastritis) ร้อยละ 20-35 จากหลอดเลือดในหลอดอาหารโป่งพอง (esophageal varice) ร้อยละ 8-15 จากกลุ่มอาการฉีกขาดของเยื่อชั้นใน ท่ออาหาร (Mallory - Weiss syndrome) ร้อยละ 8-15 และส่วนน้อยจากการอักเสบของหลอดอาหาร (esophagitis) และเนื้องอกทางเดินอาหาร (tumor)²

การรักษาเบื้องต้นที่สำคัญ ได้แก่ การให้สารน้ำ เลือดหรือพลาสมาทดแทน เพื่อรักษาความดันโลหิต และการไหลเวียนของโลหิตให้คงที่ รวมถึงการใช้ยาที่ยับยั้งการหลั่งกรดในกระเพาะอาหาร (Proton pump inhibitor) พบว่าสามารถลดอัตราการเกิดเลือดออกซ้ำได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ³ นอกจากนั้นแล้ว การตรวจหาสาเหตุของเลือดออกเพื่อทำการรักษาให้เลือดหยุดอย่างทันที่เป็นการลดอัตราการเสียชีวิตที่สำคัญ วิธีการที่ได้ผลมากที่สุดในปัจจุบัน คือ การส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น (Esophagogastroduodenoscopy หรือ EGD) พบว่า สามารถวินิจฉัย (diagnosis) ตำแหน่งที่เลือดออก และรักษาให้เลือดหยุดได้ (therapeutic) ถึงร้อยละ 80-100⁴ หากการรักษาด้วยกล้องไม่สัมฤทธิ์ผลต้องทำการผ่าตัดต่อไป

แม้ว่าการรักษาด้วยการส่องกล้อง และการใช้ยาจะได้ผลดี แต่อัตราการเสียชีวิตยังคงสูงอยู่เนื่องจากปัจจัยจากตัวผู้ป่วย ได้แก่ โรคประจำตัว โรคร่วม และปัจจัยจากระยะเวลาในการส่องกล้องที่ควรกระทำภายใน 24 ชั่วโมงหลังจากผู้ป่วยได้รับการรักษาและฟื้นภาวะช็อกแล้ว เพราะสามารถวินิจฉัยสาเหตุของ UGIH ได้แม่นยำถึง 97.5%⁵ อีกทั้งทำนายการเกิดเลือดออกซ้ำได้ ช่วยแยกผู้ป่วยตามความเสี่ยงของตำแหน่งเลือดออกได้ การทำหัตถการทางกล้องช่วยลดการเกิดเลือดออกซ้ำ ลดการผ่าตัด ระยะเวลารักษาในโรงพยาบาล และการเสียชีวิตในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงได้ การประเมินผู้ป่วยในขั้นต้นด้วยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และตรวจห้องปฏิบัติการ จะช่วยให้แพทย์ทราบปัจจัยเสี่ยงในการทำนายความรุนแรงดังกล่าวที่ผ่านการใช้คะแนนต่างๆมาช่วยในการประเมิน เช่น Blatchford⁶ หรือ Rockall⁷ โดย Blatchford score เป็นคะแนนประเมินจากอาการและผลทางห้องปฏิบัติการเพื่อคาดการณ์ความรุนแรงในการส่องกล้อง พบว่าค่า sensitivity สูง 99-100% แต่มี specificity ต่ำเพียง 13%^{8,9} ส่วน Rockall score เป็นคะแนนประเมินความเสี่ยงในการเกิดภาวะเลือดออกซ้ำ และการเสียชีวิต พบว่า การจัดกลุ่มแยกระดับความรุนแรงมีการประเมินระดับความรุนแรงที่สูงเกินจริง^{10,11}

โรงพยาบาลกำแพงเพชรเป็นโรงพยาบาลทั่วไป ขนาด 410 เตียง จากรายงานประจำปีของโรงพยาบาล¹² พบว่าจำนวนและอัตราตายของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นมีแนวโน้มสูงขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554, 2555, 2556 พบจำนวนผู้ป่วย 812 ราย, 848 ราย, 984 ราย และเสียชีวิตจำนวน 36 ราย (ร้อยละ 4.43), 36 ราย (ร้อยละ 4.24), 32 ราย (ร้อยละ 3.25) ตามลำดับ โรงพยาบาลกำแพงเพชรไม่สามารถทำการส่องกล้องได้ภายใน 24 ชั่วโมงหลังจากผู้ป่วยได้รับการรักษาและฟื้นภาวะช็อกแล้ว เนื่องจากปัญหาการขาดแคลนบุคลากร และทรัพยากร ตลอดจนจำนวนผู้ป่วยผ่าตัดฉุกเฉินนอกเวลาจากสาเหตุอื่น ๆ มีจำนวนมาก ผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นส่วนใหญ่มีความเสี่ยงต่อการเลือดออกซ้ำ การส่องกล้องเร็วไม่เปลี่ยนแปลงอัตราตาย และไม่ค่อยมีการทำหัตถการ เช่น heater probe, hemoclip, rubber band, adrenaline injection ทำให้สิ้นเปลืองทรัพยากร และแรงงานมาก หากต้องส่องกล้องผู้ป่วยทุกราย ดังนั้นการเลือกส่องกล้องในผู้ป่วยที่เหมาะสมเฉพาะรายจึงเป็นสิ่งจำเป็น อีกประการหนึ่ง การส่องกล้องที่ช้าเกินไปในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเลือดออกซ้ำ ส่งผลให้ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลนานขึ้นต้องให้เลือดมากขึ้น เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกซ้ำมากขึ้น และอัตราตายสูงขึ้นได้ ในปี 2557 จึงมีการพัฒนา KPH UGIH Score ประกอบด้วย 7 ตัวแปร ได้แก่ อายุ ชีพจร ค่าความดันโลหิต Systolic ค่า Hemoglobin, BUN, โรคร่วม Cirrhosis และภาวะ Hepatic failure โดยแบ่งคะแนนเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มไม่รุนแรง คะแนน ≤ 4 จะได้รับการส่องกล้องภายใน 96 ชั่วโมง - 10 วัน กลุ่มปานกลาง คะแนน 4 -16 คะแนน จะได้รับการ

ส่องกล้องตั้งแต่ 24-96 ชั่วโมง และกลุ่มรุนแรง คะแนน>16 คะแนน จะได้รับการส่องกล้องแบบฉุกเฉินภายใน 24 ชั่วโมง การศึกษาที่ผ่านมา พบว่า KPH UGIH Score มี sensitivity เทียบเท่าแต่มี specificity มากกว่า Blatchford score และมีความถูกต้องแม่นยำดีกว่า Rockall score ในทุกข้อ^{13,14} จึงได้นำ KPH UGIH Score มาใช้ในโรงพยาบาลกำแพงเพชร ตั้งแต่นั้นมา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของการใช้คะแนน KPH UGIH Score ในโรงพยาบาลกำแพงเพชร ในด้านของการรักษาโดยการส่องกล้อง การทำหัตถการทางกล้อง การผ่าตัด ผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ การเกิดภาวะเลือดออกซ้ำ และการเสียชีวิต เพื่อนำมาเป็นแนวทางการรักษาผู้ป่วย UGIH ต่อไป

ประชากรและวิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบข้อมูลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกำแพงเพชรระหว่างเดือนตุลาคม 2555 ถึงเดือนกันยายน 2559 จำนวน 2,375 ราย รับการรักษาจำนวน 2,646 ครั้ง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม แยกตามช่วงเวลาในรูปแบบ Interrupted time design ได้แก่ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นก่อนการใช้ KPH UGIH Score (ปีงบประมาณ 2556-2557) จำนวน 1,292 ราย รับการรักษาจำนวน 1,385 ครั้ง เปรียบเทียบกับหลังการใช้ KPH UGIH Score (ปีงบประมาณ 2558-2559) จำนวน 1,083 ราย รับการรักษาจำนวน 1,261 ครั้ง เก็บข้อมูลผู้ป่วยเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ อาการแสดง โรคร่วม ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Hemoglobin และ BUN วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา เป็นจำนวน ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ส่วนที่ 2 ข้อมูลผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ การทำหัตถการ การเกิดภาวะเลือดออกซ้ำ และการเสียชีวิต วิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่มด้วย Chi-square หรือ Fischer's exact test

การคำนวณขนาดศึกษาภายใต้สมมติฐานว่า หลังการใช้ KPH UGIH Score ภาวะเลือดออกซ้ำลดลงจาก ร้อยละ 10 เหลือร้อยละ 5 และอัตราการตายลดลงจากร้อยละ 5 เหลือร้อยละ 2.5 ต้องการระดับนัยสำคัญที่ 0.05 อำนาจทางสถิติเท่ากับ 0.80 ทดสอบสองทาง สัดส่วนผู้ป่วย UGIH สองกลุ่มเท่าๆกัน จำนวนได้ขนาดตัวอย่าง กลุ่มละ 474 ราย และ 984 ราย ดังนั้นการศึกษานี้จึงใช้ข้อมูลผู้ป่วย UGIH ก่อนและหลังการใช้ KPH UGIH Score อย่างน้อยกลุ่มละ 984 ราย

การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลกำแพงเพชรแล้ว

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นก่อนการใช้ KPH UGIH Score (ปีงบประมาณ 2556-2557) จำนวน 1,292 ราย และหลังการใช้ KPH UGIH Score (ปีงบประมาณ 2558-2559) จำนวน 1,083 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ประมาณร้อยละ 60) อายุเฉลี่ยใกล้เคียงกันคือ 60 ปี อาการส่วนใหญ่ที่มาพบแพทย์ได้แก่ อาเจียนเป็นเลือด ส่วนมากมีโรคร่วมทางตับและไต โดยข้อมูลพื้นฐานทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น

ข้อมูล	ก่อนการใช้		หลังการใช้		p-value
	KPH UGIH Score		KPH UGIH Score		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					
ชาย	781	60.5	689	63.6	0.121
หญิง	511	39.5	394	36.4	
อายุ					
ปี (±SD)	60.6	(±15.5)	58.8	(±17.1)	0.177
อาการแสดง					
Hematemesis	532	38.4	506	40.1	0.194
Coffee ground	97	7.0	93	7.4	0.384
Hematochezia	76	5.5	78	6.2	0.247
Melena	384	27.7	356	28.2	0.403
Syncope	55	4.0	42	3.3	0.220
โรคร่วม					
Cirrhosis	239	17.3	208	16.5	0.319
Hepatic failure	49	3.5	37	2.9	0.222
Cardiac failure	40	2.9	36	2.8	0.425
Renal failure	194	14.0	163	12.9	0.335
ผลเลือด (Mean,±SD)					
Hemoglobin(g/dL)	8.5	(±2.8)	8.6	(±2.8)	0.149
BUN(mmol/L)	35.3	(±26.4)	35.1	(±25.1)	0.829

ผลลัพธ์ทางคลินิก พบว่า ภายหลังการใช้ KPH UGIH Score ประเมิน และรักษาผู้ป่วยภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น ผู้ป่วยได้รับการส่องกล้อง และการทำหัตถการทางกล้องมากขึ้น ในขณะที่การผ่าตัดมีแนวโน้มลดลงแต่ไม่ต่างกันทางสถิติ การเกิดภาวะเลือดออกซ้ำลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ จากร้อยละ 9.8 เหลือร้อยละ 4.9 (p< 0.05) และการเสียชีวิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ จากร้อยละ 4.2 เหลือร้อยละ 2.5 (p< 0.05) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น

ข้อมูล	ก่อนการใช้		หลังการใช้		p-value
	KPH UGIH Score		KPH UGIH Score		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
หัตถการ					
EGD	796	57.5	806	63.9	<0.001
EGD+Procedure	170	12.3	255	20.2	<0.001
Surgery	7	0.5	4	0.3	0.329
ผลการรักษา					
Rebleeding	136	9.8	62	4.9	<0.001
Dead	59	4.2	31	2.5	0.007

วิจารณ์

การดูแลผู้ป่วยภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น ได้แก่ การให้สารน้ำอย่างเพียงพอ การรักษา สัญญาณชีพให้คงที่ การให้เลือดเมื่อผู้ป่วยมีภาวะช็อค การให้ยา การตรวจหาสาเหตุของเลือดออกโดยการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น และการรักษาให้เลือดหยุด การส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้นจะสามารถช่วยลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลและลดจำนวนการให้เลือดได้ จึงแนะนำให้ส่องกล้องภายใน 72 ชั่วโมง¹⁵ และในกลุ่มที่เสี่ยงสูงแนะนำให้ส่องกล้องภายใน 24 ชั่วโมงหลังแก้ไขภาวะช็อคแล้ว¹⁶

ในสถานการณ์ของโรงพยาบาลที่มีผู้มารับการรักษาจำนวนมากขึ้น ประกอบกับปัญหาการขาดแคลนด้านบุคลากรและทรัพยากร ตลอดจนจำนวนผู้ป่วยผ่าตัดฉุกเฉินนอกเวลามีจำนวนมาก ผู้ป่วยโรคเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นส่วนใหญ่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่ำ การส่องกล้องเร็วไม่เปลี่ยนแปลงอัตราการตาย จากการศึกษาในประเทศสหราชอาณาจักร พบว่าโรงพยาบาลสามารถทำการส่องกล้องนอกเวลาเพียง ร้อยละ 52 จากจำนวนผู้ป่วย 6750 ราย พบว่า มีการส่องกล้องภายใน 24 ชั่วโมง เพียงร้อยละ 50 เท่านั้น¹⁷

การประเมินผู้ป่วยด้วยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และส่งผลทางห้องปฏิบัติการช่วยให้แพทย์ทราบระดับความเสี่ยง มีการสร้างคะแนนต่าง ๆ มาช่วยในการประเมิน ได้แก่ Blatchford หรือ Rockall โดยทั้งสองรูปแบบ การประเมินจะมีกลุ่มไม่รุนแรงอยู่จำนวนน้อยที่เหลือจะเป็นกลุ่มรุนแรง ทำให้ไม่เหมาะกับการประเมินในโรงพยาบาลในประเทศไทย โรงพยาบาลกำแพงเพชรจึงได้มีการพัฒนา KPH UGIH Score จากบริบทที่แท้จริงของโรงพยาบาลเพื่อช่วยประเมินระดับความรุนแรงและระยะเวลาที่เหมาะสมในการส่องกล้อง โดยช่วยจำแนกระดับความรุนแรงออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มไม่รุนแรง กลุ่มปานกลางและกลุ่มรุนแรง

จากการศึกษานี้มีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น โดยมีการประเมินระดับความรุนแรงที่ชัดเจนจากการใช้ KPH UGIH Score และมีแนวทางการรักษาตามกลุ่มระดับความรุนแรง กลุ่มไม่รุนแรงสามารถนัดมาส่องกล้องแบบผู้ป่วยนอกได้ กลุ่มปานกลาง และรุนแรงได้รับการส่องกล้อง และหัตถการทางกล้องมากขึ้นแตกต่างจากก่อนการประเมินด้วย KPH UGIH Score อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ในการผ่าตัดไม่แตกต่างกัน อาจมาจากในกลุ่มศึกษามีกลุ่มผู้ป่วยที่มีความรุนแรงสูงพอๆกัน จึงยังไม่เห็นความแตกต่างจากการคัดแยกด้วย KPH UGIH Score ผลลัพธ์ทางคลินิกพบว่า การเกิดภาวะเลือดออกซ้ำ และการเสียชีวิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าการกำหนดระยะเวลาการส่องกล้องจากคะแนนความรุนแรงมีความเหมาะสม สอดคล้องกับรายงานของ Sara Monteiro และคณะ¹⁸ และการศึกษาของ Rangson Chaikitamnuaychok และคณะ¹⁹ ที่นำระบบประเมินความรุนแรงโรคทางเดินอาหารส่วนต้นจะช่วยในการกำหนดระยะเวลาส่องกล้องได้เหมาะสมยิ่งขึ้น

ดังนั้นการใช้ KPH UGIH Score ในการประเมินเพื่อจำแนกความรุนแรงผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น นำไปสู่การส่องกล้อง และหัตถการทางกล้องได้ตามเวลาที่เหมาะสม ลดการเกิดภาวะเลือดออกซ้ำ และการเสียชีวิต จึงช่วยเพิ่มคุณภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วยเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นได้ สามารถนำไปใช้ในโรงพยาบาลที่มีปัญหาทรัพยากรและบุคลากรจำกัดได้

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

การประเมิน KPH UGIH Score เป็นส่วนสำคัญในการวางระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นด้วย นำไปสู่แนวทางการดูแลที่ชัดเจน เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลทั่วไปที่มีทรัพยากร และบุคลากรจำกัด

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. อาจนำไปศึกษาต่อเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลอื่น ๆ ที่มีมาตรฐานระดับเดียวกัน
2. อาจวิเคราะห์เพิ่มเติมของผลลัพธ์ทางคลินิกในกลุ่มย่อยของผู้ป่วยที่มีความรุนแรงตามคะแนนประเมิน

KPH UGIH Score

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ พญ. รจนา ขอนทอง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกำแพงเพชร ศ.ดร.นพ.ชยันตร์ธร ปทุมานนท์ ภาควิชาโรคพยาธิวิทยาคลินิก และสถิติศาสตร์คลินิก คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พญ.ตรุณี พุทธารี หัวหน้าหน่วยวิจัยไวรัสวิทยากำแพงเพชร คุณยุคลธร จิตรเกื้อกุล ที่ได้ให้คำแนะนำ การเตรียมโครงร่างการศึกษา วิเคราะห์ข้อมูล และทบทวนนิพนธ์ต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลกำแพงเพชรทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Ian M. Gralnek, Alan N.Barkun, Marc Bardou. Management of acute bleeding from a peptic ulcer. N Engl J Med 2008;359:928-37.
2. ภาณุวัฒน์ เลิศสิทธิชัย.ภาวะเลือดออกจากทางเดินอาหารส่วนต้น : ศัลยกรรม. ใน : โสภณ จิรสิริธรรม, บรรณาธิการ. ตำราศัลยศาสตร์ฉุกเฉินหลักการและแนวปฏิบัติ. กรุงเทพมหานคร:กรุงเทพเวชสาร;2549. หน้า 55-67
3. Leontiadis GI,Sharma VK,Howden CW.Proton pump inhibitor treatment for acute peptic ulcer bleeding.Cochrane Database Syst Rev 2006;1:CD002094
4. สถาพร มนัสสถิต. Clinical practice in gastroenterology. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร:กรุงเทพเวชสาร;2553.
5. วิธนา วงศ์พานิช. Endoscopic Study of Upper Gastrointestinal Bleeding ประสิทธิภาพจากโรงพยาบาลราชวิถี. ใน วีระศักดิ์ ว่องไพฑูรย์, เกรียงไกร อัครวงษ์, ทองดี ชัยพานิช, บรรณาธิการ. หนังสือวิวัฒนาการในระบบทางเดินอาหาร เล่ม 6. กรุงเทพมหานคร:สมาคมโรคระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย;2533. หน้า 37 - 42.
6. Blatchford O, Murray WR, Blatchford M. A risk score to predict need for treatment for upper-gastrointestinal haemorrhage. Lancet. 2000 ; 356(9238):1318-21.
7. Rockall TA, Logan RF, Devlin HB, Northfield TC. Selection of patients for early discharge or outpatient care after acute upper gastrointestinal haemorrhage. National Audit of Acute Upper Gastrointestinal Haemorrhage.Lancet 1996; 347(9009):1138-40.
8. Masaoka T, Suzuki H, Hori S, Aikawa N, Hibi T. Blatchford scoring system is a useful scoring system for detecting patients with upper gastrointestinal bleeding who do not need endoscopic intervention. J Gastroenterol Hepatol 2007;22(9):1404-8.
9. Stanley AJ, Ashley D, Dalton HR, Mowat C, Gaya DR,Thompson E, Warshow U et al. Outpatient management of patients with low-risk upper-gastrointestinal haemorrhage:multicentre validation and prospective evaluation.Lancet 2009;373(9657):42-7.
- 10.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(7):774-9.
- 11.Atkinson RJ, Hurlstone DP. Usefulness of prognostic indices in upper gastrointestinal bleeding. Best Pract Res Clin Gastroenterol. 2008;22(2):233-42.
- 12.โรงพยาบาลกำแพงเพชร. รายงานประจำปี 2554-2556. กำแพงเพชร:โรงพยาบาลกำแพงเพชร;2557.
- 13.Rangson Chaikitamnuaychok, Jayanton Patumanond. Upper Gastrointestinal Hemorrhage : Development of severity score. Gastroenterology Research. 2012;5(6):219-26.
- 14.Rangson Chaikitamnuaychok, Jayanton Patumanond. Gastrointestinal hemorrhage severity triage: Locally derived score may outperform existing scoring systems. Gastroenterology Research 2015;8(2):186-92.
- 15.Barkun A,Bardou M,Marshall JK.Consensus recommendations for managing patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding.Ann Intern Med 2003;139:843-57.

16. Gralnek IM, Jean MD, Ernst JK. Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage : European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. *Endoscopy* 2015;47:a1-a46.
17. Hearnshaw SA, Logan RF, Lowe D, Travis SP, Murphy MF, Palmer KR. Use of endoscopy for management of acute upper gastrointestinal bleeding in the UK: results of a nationwide audit. *Gut* 2010;59:1022-9.
18. Sara Monteiro, Tiago CG, Joana M. Upper gastrointestinal bleeding risk scores: Who, when and why?. *World Journal of Gastrointestinal Pathophysiology* 2016;7(1):86-96.
19. Rangson Chaikitamnuaychok, Jayanton Patumanond. Upper Gastrointestinal Hemorrhage : Validation of the Severity Score. *Gastroenterology Research*. 2013;6(2):56-62.