

การหาค่าความแตกต่างของคะแนน Blatchford ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการทำหัตถการหยุดเลือดและ กลุ่มที่ไม่ได้ทำหัตถการเพื่อหยุดเลือด ในคนไข้ที่มีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น

ศุภกร มะลิขาว

หน่วยโรคทางเดินอาหารและตับ กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

ติดต่อผู้เขียน: ศุภกร มะลิขาว_email: suppakornmedkorat@yahoo.com

วันรับ: 24 ก.พ. 2564

วันแก้ไข: 20 มิ.ย. 2564

วันตอบรับ: 21 พ.ค. 2564

บทคัดย่อ

ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยและมีความสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิต ปัญหาที่พบคือ ยังไม่มีค่าคะแนนที่เป็นตัวชี้วัดที่ชัดเจนในการจำแนกระดับความรุนแรง เพื่อใช้ในการพิจารณาผู้ป่วยนอนในโรงพยาบาล เพื่อได้รับการส่งกลองทางเดินอาหารโดยเร่งด่วน ทำให้ต้องรับผู้ป่วยเข้านอนในโรงพยาบาลทุกราย ประกอบกับสถานการณ์ปัจจุบัน มีผู้ป่วยจำนวนมากที่ต้องนอนในโรงพยาบาลด้วยภาวะต่างๆ ทำให้อาจเกิดปัญหาเรื่องจำนวนเตียงที่ไม่เพียงพอ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหาค่าความแตกต่างของคะแนนที่เป็นตัวชี้วัด (Blatchford score) ที่ใช้ในการจำแนกระดับความรุนแรงในผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นระหว่างกลุ่มผู้ป่วยความเสี่ยงสูงที่จำเป็นต้องได้รับการทำหัตถการหยุดเลือดผ่านการส่งกลองทางเดินอาหารและกลุ่มผู้ป่วยความเสี่ยงต่ำที่ไม่จำเป็นต้องได้รับการทำหัตถการหยุดเลือดผ่านการส่งกลองทางเดินอาหาร ในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา วิธีการศึกษาดำเนินการโดยเก็บข้อมูลย้อนหลังผู้ป่วยเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นจำนวน 144 ราย โดยเก็บข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยในการส่งกลองทางเดินอาหารส่วนต้นและค่าคะแนน Blatchford มาเปรียบเทียบกับผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่จำเป็นต้องได้รับการทำหัตถการหยุดเลือดมีค่าเฉลี่ยคะแนน Blatchford score มากกว่ากลุ่มที่ไม่จำเป็นต้องได้รับการทำหัตถการหยุดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (9.9 ± 2.8 vs. 7.5 ± 3.6 , $p < 0.05$) นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการทำหัตถการหยุดเลือดนั้นมีค่าคะแนน Blatchford ตั้งแต่ 3 ขึ้นไปทุกราย จากการศึกษาพบว่า กลุ่มที่จำเป็นต้องได้รับการทำหัตถการหยุดเลือดมีค่าเฉลี่ยคะแนน Blatchford score มากกว่ากลุ่มที่ไม่จำเป็นต้องได้รับการทำหัตถการหยุดเลือด และพบว่าค่าคะแนน Blatchford score ตั้งแต่ 3 ขึ้นไป น่าจะสามารถนำมาใช้เป็นเกณฑ์พิจารณาผู้ป่วยความเสี่ยงสูงไว้นอนในโรงพยาบาลเพื่อได้รับการส่งกลองทางเดินอาหารอย่างเร่งด่วนและทำหัตถการหยุดเลือดได้

คำสำคัญ: คะแนน Blatchford; เลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น; หัตถการเพื่อหยุดเลือด

บทนำ

ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นเป็นปัญหาสำคัญในเวชปฏิบัติ⁽¹⁻⁶⁾ และเป็นสาเหตุหนึ่งของการเสียชีวิต ปัจจุบันพบอุบัติการณ์การเกิดภาวะนี้ปีละประมาณ 100 คนต่อประชากร 100,000 คน โดยพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิงประมาณ 2 เท่า ส่วนใหญ่มักพบในผู้สูงอายุร้อยละ 50.0-70.0 โดยมีอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยอยู่ที่ร้อยละ 10.0^(7,8) สำหรับข้อมูลในประเทศไทยนั้น พบว่ามีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 10.0-20.0⁽⁹⁾ โดยมักเสียชีวิตในช่วงแรกที่มาโรงพยาบาล อัตราการเสียชีวิตจะยิ่งเพิ่มสูงขึ้น ในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ และกลุ่มที่มีโรคร่วมต่าง ๆ⁽¹⁰⁾ นอกจากนี้ยังพบว่าอุบัติการณ์ของภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารในปัจจุบัน มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเนื่องด้วยปัจจัยต่างๆ เช่น การติดเชื้อแบคทีเรีย helicobacter pylori การรับประทานยาแก้ปวด NSAID และการได้รับยาต้านเกร็ดเลือดชนิดต่าง ๆ⁽¹¹⁻¹⁴⁾ เป็นต้น ทำให้ต้องมีการรับผู้ป่วยเข้านอนในโรงพยาบาลเพื่อสังเกตอาการไว้ในโรงพยาบาลเป็นจำนวนมากขึ้น ประกอบกับผู้ป่วยในโรคและภาวะต่างๆ ในปัจจุบันมีแนวโน้มสูงขึ้นเช่นกัน ทำให้อาจเกิดปัญหาเรื่องจำนวนเตียงในโรงพยาบาลหรือความแออัดของผู้ป่วยในโรงพยาบาล⁽¹⁵⁾

การประเมินระดับความรุนแรงแรกเริ่มของผู้ป่วยเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น จึงเป็นสิ่งสำคัญที่นำมาสู่การรักษาที่เหมาะสม เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตและลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลได้⁽¹⁶⁻¹⁸⁾ กล่าวคือ ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงควรได้รับการเข้านอนในโรงพยาบาลเพื่อรับการทำการหัตถการหยุดเลือดผ่านการส่องกล้องทางเดินอาหาร ในขณะที่กลุ่มผู้ป่วยความเสี่ยงต่ำสามารถให้ยารักษาชนิดรับประทานและนัดมาส่องกล้องทางเดินอาหารอีกครั้งได้เพื่อลดความแออัดของการนอนโรงพยาบาล

ปัจจุบันมีระบบการประเมินให้คะแนนต่าง ๆ (Scoring system) ที่ใช้จำแนกผู้ป่วยภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบนออกเป็นกลุ่มความเสี่ยงสูงและกลุ่มความเสี่ยงต่ำ โดยใช้ลักษณะทางคลินิก ร่วมกับผลการส่องกล้อง

ตรวจทางเดินอาหารประกอบกัน⁽¹⁹⁻²³⁾ เช่น Rockall scoring system และ Blatchford score มีการศึกษาเปรียบเทียบระบบการให้คะแนนเพื่อที่จะจำแนกผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่ำและความเสี่ยงสูง โดยการเปรียบเทียบระหว่าง Blatchford score และ Rockall scoring system ในการทำนายผลและจำแนกผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกซ้ำและอัตราการเสียชีวิตสูง พบว่า Blatchford score สามารถจำแนกผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดเลือดออกซ้ำและการเสียชีวิตได้ดีกว่าการใช้ Rockall scoring system⁽²⁴⁾

Blatchford score เป็นระบบการให้คะแนนที่ใช้กันแพร่หลายในปัจจุบัน โดยใช้อาการทางคลินิกในครั้งแรกที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลตั้งตารางที่ 1 จากการศึกษาพบว่า Blatchford score สามารถนำมาใช้จำแนกผู้ป่วยเพื่อประเมินว่าผู้ป่วยรายใดจำเป็นต้องได้รับการนอนในโรงพยาบาลเพื่อรับการส่องกล้องทางเดินอาหารเพื่อทำการหัตถการหยุดเลือดได้⁽²²⁾ ข้อมูลในต่างประเทศพบว่า Blatchford score ที่มากกว่า 0 สามารถใช้จำแนกผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดเลือดออกซ้ำหรือเสียชีวิตได้โดยมีความไว ร้อยละ 99.6 และมีความจำเพาะร้อยละ 25.0⁽²⁵⁾ ดังนั้น ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่ำอาจไม่ต้องได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารอย่างเร่งด่วน สามารถนัดมาส่องกล้องทางเดินอาหารอีกครั้งได้ อย่างไรก็ตามปัจจุบันยังไม่มีข้อมูลหลักฐานของการประเมิน Blatchford score มากนักในประเทศไทย การศึกษานี้จึงได้หาค่าความแตกต่างของคะแนน Blatchford ในผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นระหว่างกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงที่ต้องได้รับการรักษาทำการหัตถการหยุดเลือดผ่านการส่องกล้องทางเดินอาหารและกลุ่มความเสี่ยงต่ำที่ไม่ต้องได้รับการทำการหัตถการเพื่อหยุดเลือดผ่านการส่องกล้องทางเดินอาหาร

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัยในการศึกษานี้ เป็นการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง (analytic cross sectional study)

ตารางที่ 1 ค่าคะแนนตัวชี้วัดต่างๆ ของ Blatchford score

| Clinical characteristics | Score | Clinical characteristics | Score |
|------------------------------------|-------|---------------------------------|-------|
| BUN (mg/dL) | | Systolic pressure (mmHg) | |
| <18.2 | 0 | >110 | 0 |
| 18.2-22.3 | 2 | 100-109 | 1 |
| 22.4-28.0 | 3 | 90-99 | 2 |
| 28.0-70.0 | 4 | <90 | 3 |
| ≥70.0 | 6 | Other | |
| Hemoglobin (g/dL) for men | | Pulse >100 per minute | 1 |
| >13 | 0 | Melena | 1 |
| 12-13 | 1 | Syncope | 2 |
| 10-12 | 3 | Cirrhosis | 2 |
| <10 | 6 | Cardiac failure | 2 |
| Hemoglobin (g/dL) for women | | | |
| >12 | 0 | | |
| 10-12 | 1 | | |
| <10 | 6 | | |

ประชากรที่ศึกษาคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นที่ห้องฉุกเฉินและได้รับไว้ในหอรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยได้รับการรักษาส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้นภายใน 24 ชั่วโมงในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครราชสีมา ระหว่างเดือนมีนาคมถึงสิงหาคม พ.ศ. 2563 โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลเก็บข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยและข้อมูลในการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด ตามลักษณะของการกระจายข้อมูล และสถิติเชิงอนุมาน ใช้ chi-square test หรือ Fisher's test และ student T -test หรือ Mann whitney test

งานวิจัยนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครราชสีมา

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นที่ได้รับไว้ในโรงพยาบาลและได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้นในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครราชสีมา จากการเก็บข้อมูลประชากรตัวอย่างที่ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นในช่วงเดือนมีนาคมถึงสิงหาคม 2563 มีทั้งสิ้น 180 ราย มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์คัดเลือกเข้า และเกณฑ์คัดเลือกออก จำนวน 144 ราย เป็นเพศชาย 103 ราย (ร้อยละ 71.5) มีอายุเฉลี่ย 58.3 ± 13.1 ปี สำหรับข้อมูลด้านอาชีพ พบว่าประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 59.0 ประกอบอาชีพรับจ้าง และร้อยละ 33.0 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ในส่วนของโรคประจำตัว ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 70.8 ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 27.8 เบาหวานร้อยละ 22.9 และโรค-ตับแข็งร้อยละ 21.5 มีประวัติใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม NSAIDs ร้อยละ 35.4 อาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาลส่วนใหญ่คือ อาเจียนเป็นเลือด คิดเป็นร้อยละ 64.6 รองลงมาคือ ถ่ายดำ ร้อยละ 22.2 และเคยมีประวัติเลือดออก

การหาค่าความแตกต่างของคะแนน Blatchford ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการทำหัตถการและกลุ่มที่ไม่ได้ทำหัตถการเพื่อหยุดเลือด

ในทางเดินอาหารมาก่อน คิดเป็นร้อยละ 21.5

เมื่อนำข้อมูลดังกล่าวมาวิเคราะห์ พบว่า ปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มที่ได้รับการทำหัตถการหยุดเลือดมีจำนวนผู้ป่วยโรคตับแข็ง ($p < 0.05$) และผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกจากริดสีดาไปงพองในหลอดอาหาร ($p < 0.05$) จำนวนมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการทำหัตถการ รวมทั้งมีค่าความดันซิสโตลิก ($p < 0.05$) ต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ทำหัตถการหยุดเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ค่าคะแนนเฉลี่ย Blatchford ของกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการทำหัตถการหยุดเลือดผ่านการส่องกล้อง (7.5 ± 3.6) มีค่าแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการทำหัตถการหยุดเลือดผ่านการส่องกล้อง (9.9 ± 2.8) โดยค่าคะแนน Blatchford ต่ำสุดในกลุ่มที่ไม่ได้รับการทำหัตถการหยุดเลือด คือ 0 และกลุ่มที่ทำหัตถการหยุดเลือด คือ 3 ดังแสดงในตารางที่ 3 และภาพที่ 1

ตารางที่ 2 ลักษณะพื้นฐานของผู้ป่วยเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น (N=144)

| ลักษณะพื้นฐานของผู้ป่วย | ทำหัตถการ (N=72) | | ไม่ทำหัตถการ (N=72) | | รวม N (%) | | p-values |
|-------------------------|------------------|------|---------------------|------|------------|------|----------|
| | จำนวน | % | จำนวน | % | จำนวน | % | |
| Sex | | | | | | | |
| - Male | 52 | 72.2 | 51 | 70.8 | 103 | 71.5 | 0.73 |
| Mean age (year) | 58.49±13.0 | | 58.17±14.14 | | 58.33±13.1 | | 0.37 |
| Clinical presentation | | | | | | | |
| - Hematemesis | 48 | 66.7 | 45 | 62.5 | 93 | 64.6 | 0.74 |
| - Melena | 14 | 19.4 | 18 | 25.0 | 32 | 22.2 | 0.53 |
| - Syncope | 6 | 8.3 | 4 | 5.6 | 10 | 6.9 | 0.46 |
| - Hematochezia | 4 | 5.6 | 5 | 6.9 | 9 | 6.3 | 0.38 |
| Co-morbidity | | | | | | | |
| - No underlying | 11 | 15.3 | 34 | 47.2 | 45 | 31.5 | 0.01 |
| - Diabetes mellitus | 15 | 20.8 | 18 | 25.0 | 33 | 22.9 | 0.42 |
| - Hypertension | 24 | 33.3 | 16 | 22.2 | 40 | 27.8 | 0.19 |
| - Coronary disease | 1 | 1.4 | 1 | 1.4 | 2 | 1.4 | 0.97 |
| - Kidney disease | 7 | 9.7 | 3 | 4.2 | 10 | 6.9 | 0.16 |
| - Cirrhosis | 23 | 31.9 | 8 | 11.1 | 31 | 21.5 | 0.02 |
| Alcohol drinking | | | | | | | |
| - No drinking | 29 | 40.3 | 29 | 40.3 | 58 | 40.3 | 0.94 |
| - Quit drinking | 21 | 29.2 | 19 | 26.4 | 40 | 27.8 | 0.44 |
| - Currently drinking | 22 | 30.6 | 24 | 33.3 | 46 | 30.9 | 0.97 |
| History of NSAIDs use | 23 | 31.9 | 28 | 38.9 | 51 | 35.4 | 0.32 |
| Prior GI bleeding | 20 | 27.8 | 11 | 15.3 | 31 | 21.5 | 0.05 |

ตารางที่ 2 ลักษณะพื้นฐานของผู้ป่วยเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น (N=144) (ต่อ)

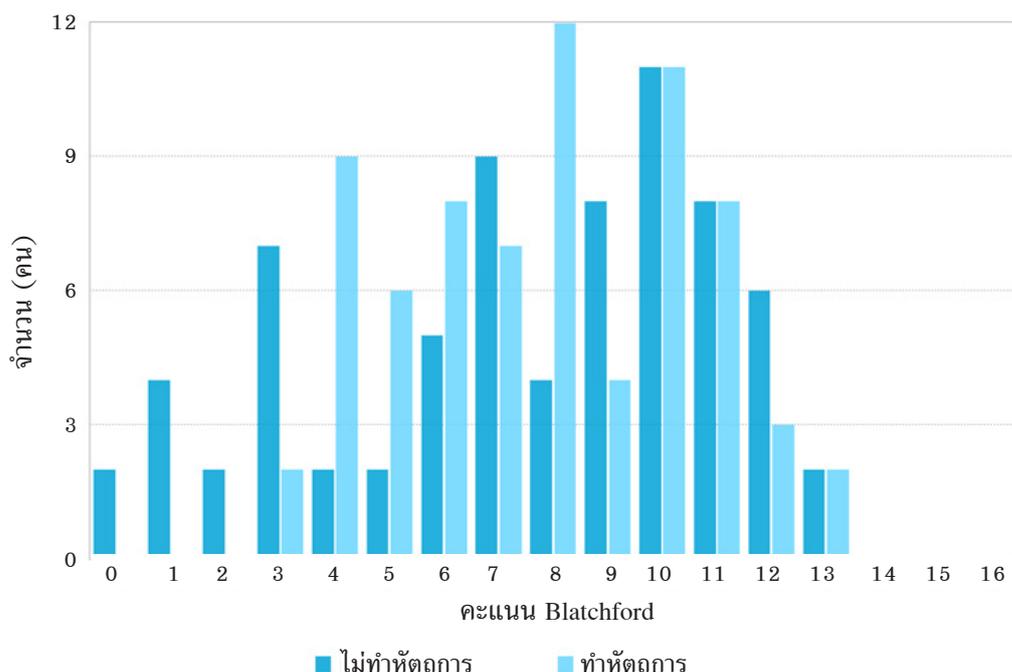
| ลักษณะพื้นฐานของผู้ป่วย | ทำหัตถการ (N=72) | | ไม่ทำหัตถการ (N=72) | | รวม N (%) | | p-values |
|-------------------------|------------------|---|---------------------|---|-----------|---|----------|
| | จำนวน | % | จำนวน | % | จำนวน | % | |
| Hemodynamics | | | | | | | |
| Pulse(/min) | 96.4±18.9 | | 90.2±16.0 | | 94.6±16.2 | | 0.31 |
| SBP (mmHg) | 120.6±20.5 | | 128±21.6 | | 124±21.0 | | 0.03 |
| Biochemistry | | | | | | | |
| Hemoglobin (g/dL) | 7.5±2.1 | | 8.6±1.5 | | 8.0±1.8 | | 0.15 |
| BUN (mg/dL) | 32.6±28.2 | | 34.8±22.6 | | 33.7±25.4 | | 0.37 |
| Esophageal varice | 37 | | 6 | | 43 | | <0.05 |

* p-value were calculated with t-test for quantitative data and Fisher exact test or Pearson Chi-Square for categorical data

ตารางที่ 3 ค่าคะแนน Blatchford ของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม

| ค่าคะแนนเฉลี่ย | N | Min | Mean | S.D | T-score | df | p-value |
|----------------|----|-----|------|------|---------|--------|---------|
| ไม่ทำหัตถการ | 72 | 0 | 7.50 | 3.65 | -1.192 | -4.004 | <0.01 |
| ทำหัตถการ | 72 | 3 | 9.88 | 2.84 | | | |

ภาพที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนคนต่อค่าคะแนน Blatchford เปรียบเทียบในกลุ่มที่ได้รับการทำหัตถการและไม่ได้ทำหัตถการหยุดเลือด



วิจารณ์

ภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น เป็นภาวะฉุกเฉินที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติและทำให้เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ การประเมินและจำแนกระดับความรุนแรงแรกเริ่มของผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญที่นำมาสู่การรักษาที่เหมาะสม เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตและลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลได้ ปัจจุบันมีการศึกษามากมาย เพื่อหาแนวทางในการรักษาและระบบคะแนนประเมินความเสี่ยง โดยใช้อาการทางคลินิกและผลการส่องกล้องทางเดินอาหาร เพื่อช่วยให้แพทย์สามารถตัดสินใจได้ว่าควรวางแผนการรักษาผู้ป่วยอย่างไร ปัจจุบันห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลมหาราชานครราชสีมาฯ ยังไม่มีเครื่องมือหรือค่าคะแนนมาตรฐานในการจำแนกผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นว่าเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงที่ควรได้รับการเข้านอนในโรงพยาบาลเพื่อรับการทำการหัตถการหยุดเลือดผ่านการส่องกล้องทางเดินอาหาร หรือความเสี่ยงต่ำที่สามารถให้ยารักษาชนิดรับประทานและนัดมาส่องกล้องทางเดินอีกครั้งได้ในภายหลัง โดยในการศึกษาครั้งนี้ เมื่อนำค่าคะแนนเฉลี่ย Blatchford ในกลุ่มที่ได้รับการทำการหัตถการหยุดเลือดผ่านการส่องกล้องมาเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้ทำการหัตถการหยุดเลือด พบว่ามีค่าคะแนนแตกต่างกัน โดยในกลุ่มที่ได้รับการทำการหัตถการจะมีค่าเฉลี่ยคะแนนที่มากกว่า

จากข้อมูลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าค่าคะแนน Blatchford สามารถนำมาช่วยในการตัดสินใจจำแนกผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงที่จะต้องได้รับการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารโดยเร่งด่วนได้ โดยข้อมูลของต่างประเทศพบว่า Blatchford score ที่มากกว่า 0 สามารถใช้จำแนกผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดเลือดออกซ้ำหรือเสียชีวิตได้โดยมีความไว ร้อยละ 99.6 และมีความจำเพาะ ร้อยละ 25.0 ในการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการทำการหัตถการหยุดเลือดมีค่าคะแนนต่ำสุดคือ 0 ในขณะที่กลุ่มที่ได้รับการทำการหัตถการหยุดเลือดมีค่าคะแนนต่ำสุดคือ 3 ดังนั้น จากการศึกษา ค่าคะแนน Blatchford ที่มีค่าตั้งแต่

3 คะแนนขึ้นไปอาจจะเป็นค่าที่เหมาะสมสำหรับโรงพยาบาลหาราชานครราชสีมา ที่จะนำมาใช้ในการจำแนกกลุ่มผู้ป่วยภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นที่ห้องฉุกเฉินว่าเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงหรือต่ำได้ เพื่อให้ได้รับการดูแลและให้การรักษาที่เหมาะสมต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- Hearnshaw SA, Logan RF, Lowe D, Travis SP, Murphy MF, Palmar KR. Acute upper gastrointestinal bleeding in the UK: patient characteristics, diagnoses and outcomes in the 2007 UK audit. *Gut* 2011; 60: 1327–35.
- Laine L, Laursen SB, Zakko L, Dalton HR, Ngu JH, Schultz M, et al. et al. Severity and outcomes of upper gastrointestinal bleeding with bloody vs coffee-ground hematemesis. *Am J Gastroenterol* 2018; 113: 358–66.
- Gralnek IM, Dumonceau JM, Kuipers EJ, Lanas A, Sanders DS, Kurien M, et al. Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. *Endoscopy* 2015; 47: a1–46.
- Sung JJ, Chiu PW, Chan FKL, Lau JY, Goh KL, Ho LH, et al. Asia-Pacific working group consensus on non-variceal upper gastrointestinal bleeding: an update 2018. *Gut* 2018; 67: 1757–68.
- 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 Journal of Medicine* 2011; 69: 384–8.
- 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: 805–22.
- Chantharakhit C. ความสัมพันธ์ของ Glasgow Blatchford Score กับผลลัพธ์ของผู้ป่วยภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบนในโรงพยาบาลเพชรบูรณ์. *วารสารวิชาการสาธารณสุข* 2557; 23: 305–12.

8. Valkhoff VE, Sturkenboom MC. Risk factors for gastrointestinal bleeding associated with low-dose aspirin. *Best Practice and Research Clinical Gastroenterology* 2012; 25: 125-40.
9. Bureau of Policy and Strategy. Public Health Statistics 2015. [Internet]. 2015 [cited 2017 Dec 8]. Available from: http://bps.moph.go.th/new_bps
10. Crooks CJ, West J, Card TR. Comorbidities affect risk of nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Gastroenterology* 2013; 144: 1384-93.
11. Lanas A, Dumonceau JM, Hunt RH, Fujishiro M, Scheiman JM, Gralnek IM, et al. Non-variceal upper gastrointestinal bleeding. *Nat Rev Dis Primers* 2018; 4: 18020.
12. Tielleman T, Bujanda D, Cryer B. Epidemiology and risk factors for upper gastrointestinal bleeding. *Gastrointest Endosc Clin N Am* 2015; 25: 415-28.
13. Oakland K. Changing epidemiology and etiology of upper and lower gastrointestinal bleeding. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2019; 42-43: 101610.
14. Busch M, Schneider A, Lankisch T, von Hahn T. Acute hemorrhage in the upper gastrointestinal tract. *Der Internist* 2017; 58: 226-32.
15. ชัญชัย บุญอยู่. การจัดระบบบริการสุขภาพและกำลังคนด้านสุขภาพ จังหวัดนครราชสีมา. การประชุมขับเคลื่อนลดความแออัดในโรงพยาบาลศูนย์เขตสุขภาพที่ 9; 17 สิงหาคม 2562; โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา, นครราชสีมา. นครราชสีมา: สำนักงานเขตสุขภาพที่ 9; 2562. หน้า 4-5.
16. Barkun AN, Almadi M, Kuipers EJ, Laine L, Sung J, Tse F Management of nonvariceal upper gastrointestinal bleeding: guideline recommendations from the International Consensus Group. *Ann Intern Med* 2019; 171: 805-22.
17. Kamboj AK, Hoversten P, Leggett CL. Upper gastrointestinal bleeding: etiologies and management. *Mayo Clin Proc* 2019; 94: 697-703.
18. Samuel R, Bilal M, Tayyem O, Guturu P. Evaluation and management of Non-variceal upper gastrointestinal bleeding. *Dis Mon* 2018; 64:333-43.
19. Stanley AJ, Laine L, Dalton HR, Ngu JH, Schultz, Abazi R, et al. International Gastrointestinal Bleeding Consortium. Comparison of risk scoring systems for patients presenting with upper gastrointestinal bleeding: international multicentre prospective study. *BMJ* 2017; 356: i6432.
20. Saltzman JR, Tabak YP, Hyett BH, Sun X, Travis AC, Johannes RS. A simple risk score accurately predicts in-hospital mortality, length of stay, and cost in acute upper GI bleeding. *Gastrointest Endosc* 2011; 74: 1215-24.
21. Yang HM, Jeon SW, Jung JT, Lee DW, Ha CY, Park KS, et al. Daegu-Gyeongbuk Gastrointestinal Study Group (DGSG). Comparison of scoring systems for nonvariceal upper gastrointestinal bleeding: a multicenter prospective cohort study. *J Gastroenterol Hepatol* 2016; 31: 119-25.
22. Laursen SB, Hansen JM, Schaffalitzky de Muckadell OB. The Glasgow Blatchford score is the most accurate assessment of patients with upper gastrointestinal hemorrhage. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2012; 10: 1130-35.
23. Ramaekers R, Mukarram M, Smith CA, Thiruganasambandamoorthy V. The predictive value of preendoscopic risk scores to predict adverse outcomes in emergency department patients with upper gastrointestinal bleeding: a systematic review. *Acad Emerg Med* 2016; 23: 1218-27.
24. Blatchford O, Murray WR, Blatchford M. A risk score to predict need for treatment for upper gastrointestinal haemorrhage. *Lancet* 2000; 356: 1318-21.
25. 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

The Differences of Blatchford Score in Upper Gastrointestinal Bleeding Patients Receiving and Not-Receiving Intervention for Controlling Bleeding

Suppakorn Malikhao

Maharat Nakhon Ratchasima Hospital, Nakhon Ratchasima Province, Thailand

Journal of Emergency Medical Services of Thailand 2021;1(1):34-41.

Upper gastrointestinal bleeding (UGIB) is a common medical emergency and relate with increased mortality. The problem commonly encountered is the lack of a tool to grade the severity in order to make judgement on hospitalization for emergency gastrointestinal endoscopy. As a result, all patients have to be admitted for observation with or without upper endoscopy. This is particularly important when there are insufficient beds to provide care of hospitalized patients. The objective of this study was to determine the difference in usig Blatchford scores for classifying severity in patients with upper gastrointestinal bleeding between high-risk patients who needed endoscopy to stop bleeding and low-risk patients that did not need to stop bleeding by endoscopy. It was conducted in Maharat Nakhon Ratchasima Hospital by collecting historical data of patients with upper gastrointestinal bleeding in the Hospital, and comparing basic information and treatment data. There were altogether 144 patients during the study period from March to August 2020. It was found that the group who needed a procedure to stopping bleeding procedure had a mean score significantly higher than those who did not require a procedure (9.9±2.8 vs. 7.5±3.6, p<0.05). In addition, the group of patient requiring a stopping bleeding procedure had the Blatchford score of 3 or higher. Moreover, it was found that a Blatchford score of 3 or higher could be used as a criterion for high-risk patients to admit in the hospital for urgent endoscopy.

Keywords: blatchford score; uppergastrointestinal bleeding; intervention for controlling bleeding

Corresponding author: Suppakorn Malikhao, email: suppakornmedkorat@yahoo.com