

บทที่ 2

ปริิทธิรศห์วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

เลือดออกจากทางเดินอาหารส่วนต้น คือ เลือดที่ออกจากหลอดเลือดอาหาร กระเพาะอาหารลำไส้เล็กส่วนต้นที่อยู่เหนือ ligament of Treitz ซึ่งสามารถเกิดได้อย่างเฉียบพลันหรือเสียเลือดอย่างเรื้อรัง โดยที่ผู้ป่วยไม่ทราบมาก่อน จะมาพบแพทย์ด้วยปัญหาต่าง ๆ 5 ลักษณะดังนี้

1. Hematemesis คือ อาเจียนเป็นเลือดสด หรือ coffee ground
2. Melena คือ ถ่ายเป็นสีดำ black sticky foul smell stool
3. Hematochezia คือ ถ่ายเป็นเลือดสด หรือสีเป็ลือกมั่งคุด (maroon)
4. Occult blood in stool คือ ตรวจพบเลือดได้ในอุจจาระเฉพาะเมื่อทำการตรวจทางเคมี
5. มาด้วยอาการของการเสียเลือด เช่น หน้ามืดเป็นลม เหนื่อยเพลีย

พบว่าอาการนำที่พบบ่อยที่สุดที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์คือ อาเจียนเป็นเลือด และถ่ายดำ การที่จะพบว่าถ่ายดำก็ต่อเมื่อมีเลือดออกจากทางเดินอาหารตั้งแต่ 50-100 มล. แต่ถ้าจะเห็นลักษณะของถ่ายเป็นเลือดสด ต้องมีเลือดออกมากกว่า 1,000 มล จึงจะพบได้⁽¹⁾ ในผู้ป่วยที่มาด้วยอาการถ่ายดำ อาเจียนเป็นเลือดแต่ละครั้ง ทำนายว่าจะต้องถูกผ่าตัดด่วนประมาณ 5-10% และมีอัตราการตายประมาณ 12% ต่อครั้ง⁽²⁾ การที่พบลักษณะถ่ายเป็นเลือดสด ทำให้คิดถึงเลือดออกจากทางเดินอาหารส่วนล่างมากกว่าส่วนบน ยกเว้นเลือดออกจากทางเดินอาหารอย่างมาก ๆ ได้ จึงทำให้อัตราตายเพิ่มขึ้นเป็น 29%

จุดมุ่งหมายของการรักษา คือ

1. stabilized hemodynamic
2. หยุดเลือดที่กำลังออก
3. ป้องกันการเกิดเลือดออกซ้ำหลังจากเลือดหยุดแล้ว

ดังนั้น แม้ในขณะที่ยังไม่ทราบการวินิจฉัยสาเหตุของเลือดออกแน่ชัด ก็ควรให้การรักษาเบื้องต้นและรักษาประคับประคองไปก่อน

การประเมินสภาวะของผู้ป่วย (Assessment) มีสิ่งที่จะต้องตรวจติดตามความเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยดังต่อไปนี้

- Stabilize resuscitation ให้สารน้ำก่อนอื่น
- ส่งตรวจเลือดเบื้องต้น จงเลือด matching และ cross matching
- ตรวจยืนยันเพื่อดูว่ามีเลือดออกจากทางเดินอาหารจริงด้วยการตรวจอุจจาระ การตรวจทางทวารหนัก หรือการใส่สายทางจมูก (NG aspirate)
 - ระดับความเข้มข้นเลือด (Hematocrit) ในระยะแรกของเลือดออกเฉียบพลัน อาจยังไม่ลดลงทันที หลังจาก 24-72 ชั่วโมง จึงจะเป็นลดลงชัดเจน แต่ถ้าเป็นการเสียเลือดเรื้อรัง จะพบเม็ดเลือดแดงมีลักษณะ hypochromic microcytic โดยจะพบค่า mean corpuscular volume ต่ำลง แสดงถึงการขาดธาตุเหล็ก⁽⁴⁾
 - ความดันโลหิตและ อัตราการเต้นของหัวใจ เป็นตัวบ่งชี้ถึงปริมาณและความเร็วของการเสียเลือดได้ดี
 - ควรพิจารณาให้เลือดเมื่อ เลือดออกไม่หยุด , shock , ระดับความเข้มข้นเลือดต่ำมาก (Hct < 20-25%) หรือมีอาการของเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน เช่นระดับความรู้สึกตัวลดลงส่วนการให้ส่วนประกอบของเลือด (fresh frozen plasma) หรือ เกร็ดเลือด จะให้เมื่อผู้ป่วยได้รับเลือดแล้วมากกว่า 10 ยูนิตขึ้นไป หรือมีการขาดปัจจัยในการแข็งตัวของเลือด (Clotting factor) หรือ เกร็ดเลือดต่ำอยู่ก่อนแล้ว

การวินิจฉัย

1. การส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้น (esophagogastroscopy) และการ กลืนแป้ง Barium x-ray

การตรวจโดยวิธีส่องกล้อง ดีกว่าการทำ Barium x-ray เพราะสามารถบอกตำแหน่งที่เลือดออกได้ชัดเจนกว่า สามารถตัดชิ้นเนื้อ (biopsy) ไปตรวจได้ รวมทั้งให้การรักษาเฉพาะเช่นการฉีดยาอมแพลเพื่อให้เลือดหยุด (endoscopic hemostasis)

การล้างท้อง (NG lavage) ไม่ได้ช่วยให้เลือดหยุด แต่ช่วยเป็นการล้างเศษเลือดและเศษอาหารค้างในกระเพาะก่อนการส่องกล้องตรวจ การล้างท้องด้วยน้ำเย็นหรือน้ำธรรมดาให้ผลไม่ต่างกัน การผสมยาเพิ่มการหดตัวของเส้นเลือด (vasoconstrictor) ไม่ช่วยให้เลือดหยุดต่างจากน้ำธรรมดา⁽⁵⁻⁷⁾

2. วิธี Selective mesenteric angiography

ช่วยหาบริเวณจุดเลือดออก และใช้เพื่อการรักษาด้วย เลือกลงในรายที่มีเลือดออกมาก ๆ จนไม่สามารถทำการตรวจส่องกล้องได้หรือมีข้อห้ามในการผ่าตัด

แผลในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น (Peptic ulcers)

มีประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ที่มาด้วย เลือดออกจากทางเดินอาหารส่วนต้น เกิดจากสาเหตุนี้โดยพบว่าแผลจากลำไส้เล็กส่วนต้น (duodenal ulcer) พบบ่อยกว่าสาเหตุจากแผลในกระเพาะอาหาร (gastric ulcer) ประมาณ 2 เท่าจากรายงานต่าง ๆ (3,8,9) พบว่าการใช้ยากลุ่ม Non steroidal anti inflammatory drugs (NSAIDs) เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่ทำให้เกิดเลือดออกจากแผล อัตราตายจากการมีเลือดออกจากแผลในทางเดินอาหารส่วนต้นมีประมาณ 6-10% ซึ่งลดลงบ้างในระยะหลัง⁽¹⁰⁾

แผลส่วนใหญ่เลือดจะหยุดได้เอง โดยไม่ต้องให้การรักษาเฉพาะใด ๆ มีบางกลุ่มที่มีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี การที่จะคัดเลือกผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความสำคัญ เพราะสามารถป้องกันการที่เลือดออกซ้ำได้ มีลักษณะทางคลินิก และลักษณะที่พบจากการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารบางอย่างที่ช่วยในการแยกผู้ป่วยกลุ่มนี้ออกมาได้⁽²⁰⁾ ผู้ป่วยที่มีเลือดออกรุนแรง เลือดออกไม่หยุด หรือการมีเลือดออกซ้ำ จะทำให้อัตราตายเพิ่มสูงขึ้น⁽¹¹⁾ ลักษณะทางคลินิกที่บอกว่าเลือดออกรุนแรง ได้แก่ hemodynamic instability จำนวนยูนิตของเลือดที่ได้รับ การพบเลือดแดงสดในอุจจาระหรืออาเจียนเป็นเลือดสด^(8,12) ลักษณะทางคลินิกที่บอกถึงอัตราตายจะเพิ่มขึ้นอาจเกิดจากโอกาสที่เลือดออกซ้ำสูงขึ้น เช่น อายุ มากกว่า 60 ปี มีโรคประจำตัว (concurrent illness) การพบเลือดออกในทางเดินอาหารในโรงพยาบาลขณะอยู่รักษาเนื่องจากสาเหตุอื่น หรือมีระบบการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ (coagulopathy) ร่วมด้วย^(3, 9, 13)

ลักษณะของแผลที่พบจากการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารให้ข้อมูลที่ดีในการพยากรณ์โรค โดยพบว่า ถ้าแผลใหญ่คือมากกว่า 1 ซม. จะเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการมีเลือดออกซ้ำ และเพิ่มอัตราตายเมื่อเทียบกับแผลที่เล็ก พบว่าการให้การรักษาเฉพาะด้วยวิธี endoscopic hemostasis รักษาแผลที่ใหญ่กว่า 2 ซม. ไม่ค่อยได้ผลสำเร็จ⁽¹⁴⁾ ลักษณะก้นแผล (ulcer base) เป็นตัวทำนายที่ดีในการทำนายผลลัพธ์ โดยแบ่งลักษณะที่พบเป็นดังนี้⁽¹⁵⁻¹⁸⁾

1. Active bleeding คือเห็นลักษณะเลือดไหลพุ่ง หรือไหลซึมจากแผลพบว่ามีโอกาสเลือดออกซ้ำ 52%

2. Visible vessel คือเป็น pigmented protuberance หรือ sentinel clot เห็นลักษณะของลิ่มเลือด ผิวเรียบ กลม ยกสูงขึ้นปิดอยู่ ยากต่อการล้างออก พบมีโอกาสเลือดออกซ้ำ 41%

3. Adherent clot มีโอกาสเลือดออกซ้ำ 20%

4. Flat pigmented spot มีโอกาสเลือดออกซ้ำ 7%

5. Clean base มีโอกาสเลือดออกซ้ำ 1%

นอกจากโอกาสที่เลือดออกซ้ำในแต่ละกลุ่มต่างกัน จากการศึกษาต่าง ๆ แล้ว ยังพบว่าในกลุ่มที่มีลักษณะแผล เป็น clean base , flat pigmented spot และ adherent clot มีโอกาสต้องถูกนำไปผ่าตัดด่วนน้อยมาก เมื่อเทียบกับโอกาสเสี่ยงของกลุ่มที่มีลักษณะเป็น visible vessel หรือ active bleeding

ปัจจุบันนี้มีการนำวิธีการรักษาที่เรียกว่า endoscopic hemostasis มาใช้เช่น การฉีดยาครอบแผล การใช้ความร้อนหรือไฟฟ้าเพื่อหยุดเลือดพบว่า สามารถทำให้กลุ่มที่เห็นลักษณะเป็น visible vessel 66.7% และกลุ่ม active bleeding 50% เลือดหยุดได้ด้วยวิธี นี้ ทำให้ลดอัตราการถูกนำไปผ่าตัดด่วนลงอีก

ผู้ป่วยที่มาด้วยเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น และมี hemodynamic instability ควรรับไว้ในหอผู้ป่วยหนัก (Intensive care unit หรือ ICU) เพื่อดูแลอย่างใกล้ชิดในระยะแรก ส่วนการหาสาเหตุของเลือดออกด้วยการตรวจสอบกล้องทางเดินอาหารนั้น ควรทำหลังจากที่ได้ให้การรักษาระเบียบต้น ด้วยสารน้ำ หรือเลือดจนผู้ป่วยดีขึ้นระดับหนึ่งก่อน ถ้าส่องกล้องตรวจแล้วพบว่าผลเป็นลักษณะแผล clean base สามารถให้กลับบ้านได้ ในรายที่พบเป็น flat pigmented spot หรือ adherent clot ควรรับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อดูอาการต่อในตึกสามัญได้ประมาณ 3 วัน ส่วนในรายที่เห็น active bleeding หรือ visible vessel ก็ให้การรักษาโดยวิธี endoscopic hemostasis และดูอาการต่อในหอผู้ป่วยหนัก อีกระยะหนึ่ง โดยพบว่าถ้ามีเลือดออกซ้ำ จะพบได้ภายในเวลา 3 วัน⁽¹⁹⁾

จากรายงานของ A.G Morgan⁽¹³⁾ , และคณะศึกษาในผู้ป่วยใหม่ 66 ราย ที่มารักษาในโรงพยาบาลด้วยเรื่องเลือดออกจากทางเดินอาหารส่วนต้น พบว่ามีตัวทำนาย 6 ข้อที่บอกว่าผู้ใดเป็นกลุ่มมีการพยากรณ์ที่ไม่ดี คือ

1. อายุ มากกว่า 60 ปี
2. มีประวัติโรคในอดีต ได้แก่ โรคหัวใจ โรคทางเดินหายใจ โรคตับและโรคไต
3. ไม่ดื่มเหล้า
4. ส่องกล้องทางเดินอาหารพบแผล หรือมะเร็งในกระเพาะอาหาร
5. ไม่ช้ยาประจำในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา
6. ขณะรักษาในโรงพยาบาลมีหัวใจวายร่วมด้วย

โดยพบว่าถ้ามีตัวทำนายมากกว่า 3 ข้อ ขึ้นไป มีโอกาสเลือดออกซ้ำ 52% อัตราตาย 21% เปรียบเทียบเมื่อมีตัวทำนายน้อยกว่า 3 ข้อถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงน้อยจะมีโอกาสเลือดออกซ้ำ 3% อัตราตาย 0%

การศึกษาของนายแพทย์ Schiller⁽⁸⁾ โดยรวบรวมผู้ป่วยจำนวนมากถึง 2,149 คนตั้งแต่ปี 1953 - 1967 แบบย้อนหลังเพื่อหาตัวทำนายในการบอกผลลัพธ์ของผู้ที่มาด้วยเลือดออกจากทางเดินอาหาร พบว่าตัวพยากรณ์โรคที่ไม่ดี คือ

1. อายุ มากกว่า 60 ปี โดยเฉพาะถ้าอายุ มากกว่า 80 ปี อัตราตายจะเพิ่มขึ้น เป็น 30%
2. มีโรคประจำตัว
3. มีความดันโลหิตต่ำขณะมาโรงพยาบาล โดยพบว่าถ้าความดัน systolic น้อยกว่า 80 มม.ปรอท มีอัตราตาย 32.3 %
4. ระดับความเข้มข้นเลือดขณะมาโรงพยาบาล ถ้าซีดมาก ระดับฮีโมโกลบิน ต่ำมากอัตราตายจะสูงขึ้น
5. ลักษณะของเลือดที่ออกเป็นชนิดเลือดออกต่อเนื่อง และได้เลือดทดแทนมากกว่า 5 ยูนิต

จากการศึกษาของนายแพทย์ Foster และคณะจาก St. James's Hospital⁽³⁰⁾ พบว่า stigmata of bleed เป็นตัวทำนายที่สำคัญกว่าปัจจัยอื่นในการทำนายโอกาสเลือดออกซ้ำ โดยพบว่าในผู้ที่มี stigmata of bleed ในแผลลำไส้เล็กส่วนต้น โอกาสเลือดออกซ้ำ 55.6% , โอกาสถูกผ่าตัดด่วน 63 % เทียบกับผู้ที่ไม่มี stigmata of bleed โอกาสเลือดออกซ้ำเพียง 4.8 % , โอกาสถูกผ่าตัดด่วน 4.8 % ตามลำดับ และสำหรับแผลในกระเพาะอาหาร ถ้ามี stigmata of bleed โอกาสเลือดออกซ้ำ 30.3% โอกาสถูกผ่าตัดด่วน 45.5% เทียบกับผู้ที่ไม่มี stigmata of bleed ไม่มีผู้ใดเลยที่มีเลือดออกซ้ำหรือต้องถูกผ่าตัดด่วน ซึ่งทั้งหมดนี้ให้ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ

แต่การศึกษาของนายแพทย์ Bordley⁽²⁹⁾ รายงานถึงตัวทำนายที่บอกถึงการพยากรณ์โรคที่ดี เพื่อแยกผู้ป่วยในกลุ่มเสี่ยงน้อย โดยทำการศึกษาเป็น 3 ขั้นตอน คือ

1. development phase เพื่อหาตัวทำนายที่น่าจะเป็นไปได้ โดยในขั้นตอนนี้สามารถพบ ตัวทำนายถึง 37 อย่าง ที่จะบอกถึงผลลัพธ์, การรักษา แต่จากรายงานที่ผ่านมา และประสบการณ์ของผู้ศึกษาจึงจัดรวมและคัดเลือกตัวทำนายที่ดีมาเพียง 6 อย่าง เพื่อใช้ศึกษาในขั้นต่อไป ได้แก่

- อายุ น้อยกว่า 75 ปี
 - ไม่มีโรคประจำตัว
 - ตรวจร่างกายไม่พบท้องมาน
 - ผลการตรวจเลือดพบการแข็งตัวของเลือดปกติ
 - ความดันโลหิตค่า Systolic มากกว่า 100 มม.ปรอท ภายใน 1 ชั่วโมงหลังมาโรงพยาบาล
 - ลำไส้ท้องไม่พบเลือดสดในทางเดินอาหาร ภายใน 1 ชั่วโมงหลังมาโรงพยาบาล
2. Retrospective phase พบว่าในกลุ่มเสี่ยงน้อยคือมี ครบทั้ง 6 ข้อ ผู้ป่วย

ทุกคนมีผลลัพธ์ที่ดี เทียบกับกลุ่มเสี่ยงมากมี 27 % ของผู้ป่วยที่ให้ผลลัพธ์ไม่ดี ในขั้นตอนนี้สรุปว่าตัวทำนายนี้มี ความไว (sensitivity) 63% ความจำเพาะ (specificity) 94%

3. Prospective phase เมื่อนำตัวทำนายผลดีทั้ง 6 ข้อที่ศึกษาไว้มา วิเคราะห์ในผู้ป่วยใหม่ พบว่า สามารถทำนายได้โดยมีความไว 74% และ ความจำเพาะ 71%

จากการประชุม NIH Consensus Conference 1989 ⁽¹²⁾ สัมมนาเรื่องการหาปัจจัยเสี่ยงในผู้ที่มาด้วยเลือดออกจากทางเดินอาหารเพื่อพยากรณ์โอกาสเลือดออกซ้ำหรือโอกาสถูกผ่าตัดด่วนพบว่าได้แก่

1. ลักษณะอาการแสดงทางคลินิก

- Magnitude of blood loss before initial evaluation ตัวที่บอกคือ

* Hemodynamic instability

* Gross red blood hematemesis , red stool

* Number of blood unit replace

* Persist red blood via NG aspiration

- Host factor

* Coagulopathy

* Age

* Concurrent illness

2. ลักษณะที่พบทาง Endoscopy

- Stigmata of bleeding : active , visible vessel risk > adherent clot

- Anatomic location : posterior duodenal bulb

สรุปว่าอย่างไรก็ตามการใช้ตัวทำนายด้านเดียวให้ผลไม่ดีเท่าไรหลาย ๆ ด้านรวมกัน หลังจากนั้นการศึกษาต่อมาจึงเป็นการใช้ตัวทำนายหลายด้านรวมกันโดยจัดทำเป็นระบบการให้คะแนนดังเช่น การศึกษาของนายแพทย์ W. Pimpl และคณะ ⁽²⁸⁾ ได้ศึกษาเพื่อหาตัวทำนายที่จะพยากรณ์โรค แต่มีการรวมเป็นระบบการให้คะแนนที่เรียกว่า New scoring system โดยมีตัวทำนายดังนี้

- อายุ น้อยกว่า 30 ปี	ให้คะแนน	0	คะแนน
30-40	"	1	"
40-50	"	2	"
50-60	"	3	"
60-70	"	4	"
70-80	"	5	"
> 80	"	6	"

- Source of bleeding					
Neoplasia		ให้คะแนน	1		คะแนน
Erosion		"	2		"
Chronic peptic ulcer		"	3		"
Stress ulcer		"	4		"
Dieulafoy		"	5		"
Peptic ulcer with visible vessel		"	6		"
- Site of bleeding					
Antrum		ให้คะแนน	1		คะแนน
Angulus		"	2		"
Corpus		"	3		"
Anterior duodenal wall		"	4		"
Cardia		"	5		"
Posterior duodenal wall		"	6		"
- Activity of bleeding (แบ่งตาม Forrest classification)					
Forrest	III	ให้คะแนน	1		คะแนน
	II	"	2		"
	I B	"	4		"
	I A	"	6		"
- Intensity of bleeding (วัดจากจำนวนเลือดที่ได้ (ยูนิต) ใน 24 ชั่วโมง)					
ได้เลือด 0	ยูนิต	ให้คะแนน	0		คะแนน
1		"	1		"
2		"	2		"
3		"	3		"
4		"	4		"
5		"	5		"
6		"	6		"
- Severity of associated illness					
Without ass. disease		ให้คะแนน	0		คะแนน
mild		"	1		"
metabolic disease		"	2		"
severe chronic disease		"	3		"
malignancy		"	4		"
Chronic life threatening disease		"	5		"
Acute life threatening disease		"	6		"
- Number of associated illness					
มีจำนวน	0	โรค	ให้คะแนน	0	คะแนน
	1		"	1	"

มีจำนวน	2	โรค	"	2	"
	3		"	3	"
	4		"	4	"

- Therapeutic procedure

conservative therapy	ให้คะแนน	0	คะแนน
Sclerotherapy	"	1	"
Vagotomy	"	2	"
Gastric resection	"	3	"
Gastrectomy	"	4	"

เมื่อนำ 7 อาการแสดงทางคลินิกพร้อมกับ 1 วิธีรักษา จะได้เป็นคะแนนรวมพบว่า ถ้าคะแนนน้อยกว่า 20 คะแนน อัตราตายเป็น 0% เมื่อคะแนนยิ่งมากอัตราตายจะสูงขึ้นตามลำดับ โดยเฉพาะถ้าคะแนนสูงกว่า 35 คะแนน มีอัตราตาย 83.3 % ถึง 100 %

การศึกษาในช่วงหลัง จะนิยมนำตัวทำนายหลาย ๆ ด้านมารวมกัน เพื่อบอกการพยากรณ์ของโรคได้ดีขึ้น แม่นยำขึ้นกว่าการใช้ตัวทำนายด้านเดียว ดังการศึกษาของนายแพทย์ Saeed และคณะ⁽³¹⁾ โดยแบ่งเป็น

- Pre-endoscopy score โดยใช้ตัวทำนายคือ

อายุ (ปี)	No. of illness	Severity of illness	คะแนน
< 30	0		0
30-49	1-2		1
50-59			2
60-69			3
	4	Chronic life threatening	4
≥ 70	> 5	Acute life threatening	5

- Endoscopy score

Stigmata of bleeding	Site of bleeding	คะแนน
		0
Clot		1
		2
Visible vessel		3
	Posterior wall bulb	4
Active bleeding		5

- Post endoscopy score

โดยนำคะแนนของ Pre endoscopy + Endoscopy score

ผลสรุปพบว่า ถ้า pre endoscopy score ≥ 6 คะแนน โอกาสเลือดออกซ้ำ 100 % ถ้า endoscopy score ≥ 3 คะแนน โอกาสเลือดออกซ้ำ 100 % ถ้า post endoscopy score ≥ 11 คะแนน โอกาสเลือดออกซ้ำ 100%

และการศึกษาของนายแพทย์ Hay และคณะ⁽²⁰⁾ ได้จัดทำในรูปของระบบการให้คะแนนที่เรียกว่า Cedars - Sinai - Medical Center predictive Index โดยใช้ตัวทำนาย 4 ข้อคือ

- ระยะเวลาที่เกิดอาการก่อนมาโรงพยาบาล
- Comorbidities
- Hemodynamics
- ลักษณะที่พบจากการส่องกล้องทางเดินอาหาร

โดยจัดแบ่งตามลำดับคะแนนดังนี้

Time (ชั่วโมง)	Hemodynamic	Comorbidities	Finding	คะแนน
> 48	stable	≤ 1 ข้อ	no stigmata of bleeding	0
< 48	intermediate	2	pigmented spot, adherent clot	1
in hospital	Unstable	3	visible vessel	2
		≥ 4	active bleed	3
				4

รวมคะแนนแล้วแบ่งกลุ่มดังนี้ กลุ่มเสี่ยงน้อยคะแนน ≤ 2 คะแนน กลุ่มเสี่ยงปานกลาง คะแนน 3-4 คะแนน และกลุ่มเสี่ยงมาก ≥ 5 คะแนน โดยพบว่า ในกลุ่มที่เสี่ยงน้อยสามารถให้กลับบ้านได้ภายใน 24 ชั่วโมงเป็นส่วนใหญ่ ถ้าทำตามระบบการให้คะแนนนี้ในการรักษาจะสามารถลดจำนวนวันที่อยู่โรงพยาบาล จาก 4.8 ± 2.4 วันลงเหลือ 2.7 ± 1.4 วัน ในกลุ่มเสี่ยงน้อยแต่อย่างไรก็ตามการศึกษาเหล่านี้เป็น การศึกษาย้อนหลัง คงต้องมีการศึกษากันต่อไปว่า ถ้าเป็นการศึกษาแบบ prospective study จะใช้ได้หรือไม่

มีการศึกษาเพื่อนำการตรวจด้วยคลื่นเสียง (doppler ultrasound probe) มาใช้เพื่อทำนายโอกาสที่เลือดจะออกซ้ำโดยพบว่าถ้าไม่พบสัญญาณ doppler signal จากลักษณะกันแผลโอกาสที่เลือดจะออกซ้ำมีน้อยมาก

การรักษา

1. การรักษาด้วยยา (Pharmacologic therapy) ได้แก่การใช้ยากลุ่ม H₂ receptor antagonist, proton pump inhibitor หรือการให้ยาลดกรดจำนวนมาก พบว่าไม่สามารถป้องกันเลือดออกซ้ำในระยะแรกได้

2. การรักษาด้วยวิธีการส่องกล้องทางเดินอาหาร (Endoscopic therapy)

3. การรักษาด้วยวิธี Angiography

เป็นการใส่ยาทำให้เส้นเลือดหดตัวทางเส้นเลือดแดงโดยตรง (intra arterial infusion vasopressin) หรือการอุดตันเส้นเลือดที่มีเลือดออกด้วยการใช้วัสดุ gelfoam เลือกทำในรายที่เสี่ยงมากมีเลือดออกรุนแรง ไม่สามารถหยุดเลือดได้ด้วยวิธีการส่องกล้องรักษาและไม่สามารถทำผ่าตัดได้

4. การรักษาด้วยการผ่าตัด

เลือกในรายที่เลือดออกมากรุนแรง หรือเลือดออกไม่หยุด และไม่สามารถหยุดเลือดได้ด้วยวิธีการส่องกล้องรักษา ควรทำผ่าตัดด่วนในรายที่สามารถทนต่อการผ่าตัดได้

นอกจากสาเหตุจากแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กแล้ว ยังพบว่ามีสาเหตุอื่นที่ทำให้มีเลือดออกได้อีก แต่พบว่าส่วนใหญ่เลือดจะหยุดได้เอง มีการพยากรณ์โรคที่ดีกว่าได้แก่

Mallory Weiss tears ⁽²⁵⁾

เป็นแผลฉีกขาดบริเวณช่วงเชื่อมระหว่างหลอดอาหารและกระเพาะอาหาร พบเป็นสาเหตุของเลือดออก จากทางเดินอาหารส่วนต้นได้ 5-10%

ส่วนใหญ่ 90% ของผู้ที่มีเลือดออกจากสาเหตุนี้ จะหยุดได้เองโดยไม่ต้องรักษา การมีเลือดออกซ้ำพบไม่บ่อยเพียง 2-5 % ดังนั้นการรักษาคือ การรักษาประคับประคองเป็นส่วนใหญ่

Hemorrhagic and erosive gastropathy (gastritis) ⁽³⁾

พบว่าเป็นสาเหตุของเลือดออกจากทางเดินอาหารส่วนต้นได้ จากเลือดออกในชั้นใต้เยื่อบุผิวหรือแผลตื้น ๆ ประมาณ 16-23% แต่มักไม่เกิดเป็นเลือดออกจำนวนมาก ยกเว้นมีแผลลึก ไปถึงเส้นเลือดที่อยู่ในชั้น submucosal artery ซึ่งพบได้ไม่บ่อยนัก ส่วน duodenitis มักไม่ใช่สาเหตุเลือดออกจากทางเดินอาหารส่วนต้น

สาเหตุอื่นที่พบไม่บ่อย ⁽²⁷⁾

- Neoplasm

- Hematobilia
- Aorto enteric fistula
- Vascular anomaly⁽²⁶⁾ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม

1. พบร่วมกับความผิดปกติของผิวหนัง เช่น Rendu - Osler - Weber syndrome, Pseudoxanthoma elasticum, Ehler - Danlos syndrome , CREST syndrome และ Blue - Rubber - Bleb syndrome

2. ไม่พบร่วมกับความผิดปกติของผิวหนัง

- : Vascular ectasia : angiodysplasia, watermelon stomach
- : Vascular tumor : hemangioma
- : Dieulafoy's lesion
- : True arteriovenous malformation (AVM)