

บทที่ 5

อภิปรายผลการวิจัย

ในช่วงเวลาของการศึกษามีผู้ป่วยเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นที่เข้าร่วมโครงการทั้งหมด 52 คนที่เป็นไปตามข้อตกลง (inclusion criteria) ซึ่งยังไม่ครบตามจำนวนที่คำนวณไว้ ในช่วงระหว่างการศึกษามีความพยายามที่จะแก้ไขปัญหาในส่วนนี้โดยอาจารย์ที่ปรึกษาโครงการการวิจัย แต่ผู้วิจัยมีความเห็นว่าการศึกษานี้ตัวแปรที่สำคัญที่สุดคือ การรักษาแผลเลือดออกเป็ดติด ด้วยการส่องกล้องซึ่งขึ้นกับแพทย์ผู้ทำการรักษาเป็นอันมาก ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เองจะมีการควบคุมจากอาจารย์ประจำห้องส่องกล้องทำให้ผลการรักษาออกมาเป็นแนวทางเดียวกันแต่ถ้าเป็นการรักษาจากที่อื่นๆ จะทำให้คุมตัวแปรในจุดนี้ยาก และทำให้การวิเคราะห์ข้อมูลเป็นไปได้ด้วยความยากลำบากจึงได้ตัดสินใจที่จะไม่รวมคนไข้จากโรงพยาบาลอื่น ๆ เข้ามาในการวิจัย

เมื่อสิ้นสุดการรักษามีคนไข้ทั้งหมด 52 คน ที่เข้าร่วมโครงการวิจัยพบลักษณะแผลบริเวณกระเพาะอาหารเป็นส่วนใหญ่ร้อยละ 67.33 และแผลบริเวณลำไส้เล็กส่วนต้น ร้อยละ 32.67 และลักษณะของแผลในกลุ่มเสี่ยงสูงพบเป็น non bleeding visible vessel ร้อยละ 61.54, spurting hemorrhage ร้อยละ 19.23 และ oozing ร้อยละ 19.23 ซึ่งลักษณะดังกล่าวไม่แตกต่างจากรายงานที่มีในต่างประเทศ

สำหรับจุดประสงค์ในการศึกษานี้คือดูภาวะเลือดออกซ้ำเมื่อเวลา 72 ชั่วโมงนับจากการส่องกล้อง จะพบว่าในกลุ่ม pantoprazole ไม่มีคนไข้ที่เลือดออกซ้ำเลย จากจำนวนคนไข้ทั้งหมด 24 ราย สำหรับกลุ่ม ranitidine มีคนไข้เลือดออกซ้ำ 4 ราย จากจำนวนคนไข้ทั้งหมด 28 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.9 อย่างไรก็ตามเมื่อคำนวณทางสถิติพบว่าทั้งสองกลุ่มต่างกันแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ $P=0.075$ ลักษณะของคนไข้ทั้ง 4 รายมีดังนี้รายแรก เป็นผู้ชายอายุ 54 ปี เป็นแผลที่กระเพาะอาหาร แผลขนาด 1.5 ซม. ลักษณะของแผลเป็น spurting hemorrhage มียาที่ใช้ยู่คือ aspirin ได้รับการรักษาด้วย adrenaline และ bipolar probe coagulation รายที่สองเป็นผู้ชายอายุ 72 ปี เป็นแผลที่กระเพาะอาหารแผลขนาด 3 ซม. ลักษณะแผลเป็น non bleeding visible vessel ได้รับการรักษาด้วย adrenaline และ bipolar probe coagulation รายที่สาม เป็นผู้ชายอายุ 67 ปี เป็นแผลที่

กระเพาะอาหาร แผลขนาด 3 ซม. ลักษณะของแผล non bleeding visible vessel ได้รับการรักษาด้วย adrenaline และ bipolar probe coagulation รายที่สาม เป็นผู้ชายอายุ 67 ปี เป็นแผลที่กระเพาะอาหาร แผลขนาด 3 ซม. ลักษณะของแผลเป็น non bleeding visible vessel ได้รับการรักษาด้วย adrenaline และ bipolar probe coagulation และรายที่สี่ เป็นผู้ชายอายุ 40 ปี เป็นแผลที่ลำไส้เล็กส่วนต้น แผลขนาด 0.5 ซม. ลักษณะของแผลเป็น non bleeding visible vessel ได้รับการรักษาด้วย adrenaline และ heater probe

สำหรับข้อมูลเพิ่มเติมเมื่อติดตามคนไข้ต่อไป พบว่าในกลุ่ม pantoprazole มีเลือดออกซ้ำที่ 7 วัน หลังจากส่องกล้องคิดเป็น 2 ราย จากคนไข้ 24 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.33 กลุ่ม ranitidine เพิ่มอีก 1 ราย รวมเป็นมีเลือดออกซ้ำภายใน 7 วัน ทั้งหมด 5 ราย จากคนไข้ 28 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.86 ซึ่งทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P=0.202$ ลักษณะของคนไข้ที่มีเลือดออกซ้ำในกลุ่ม pantoprazole คนแรกเป็นผู้ชายอายุ 42 ปี เป็นแผลที่กระเพาะอาหารแผลขนาด 1.5 ซม. ลักษณะของแผลเป็น non bleeding visible vessel ได้รับการรักษาด้วย adrenaline และ heater probe คนที่สอง เป็นผู้ชาย อายุ 56 ปี เป็นแผลที่ลำไส้เล็กส่วนต้น แผลขนาด 1 ซม. ลักษณะของแผลเป็น non bleeding visible vessel ได้รับการรักษาด้วย adrenaline และ hemoclip สำหรับคนไข้ที่มีเลือดออกเพิ่มอีก 1 รายในกลุ่ม ranitidine เป็นผู้หญิงอายุ 29 ปี เป็นแผลที่กระเพาะอาหารแผลขนาด 0.5 ซม. ลักษณะของแผลเป็น non bleeding visible vessel ได้รับการรักษาด้วย bipolar probe coagulation

จากข้อมูลที่มีจะพบว่าในกลุ่มที่ได้ยา pantoprazole ในขนาดต่ำคือ 40 มก. ฉีดเข้าเส้นและหยุดต่อในขนาด 4 มก./ชม. มีแนวโน้มที่จะป้องกันการเลือดออกซ้ำได้ดีกว่าในกลุ่มที่ให้ยา ranitidine 50 มก. ฉีดเข้าเส้นและ 50 มก. ฉีดเข้าเส้นทุก 8 ชั่วโมง เมื่อเทียบกันที่ 3 วันแต่ความแตกต่างนี้ยังไม่มีความสำคัญทางสถิติ ดังนั้นถ้าจำนวนคนไข้เข้าร่วมงานวิจัยมากกว่านี้อาจจะสรุปความสัมพันธตรงนี้ได้ชัดเจนขึ้น

สำหรับคำอธิบายว่าทำไมในคนเอเชียสามารถที่จะใช้ยาในกลุ่ม PPI ขนาดต่ำกว่าประชากรทางตะวันตกนั้น จากการศึกษาของ Li และคณะ⁽⁵¹⁾ ซึ่งได้ให้ omeprazole ในขนาดต่าง ๆ กัน ในคนไข้ duodenal ulcer แล้ววัด 24 hr intragastric pH พบว่า omeprazole 8 mg / hr , omeprazole 4 mg / hr และ omeprazole 40mg q 12 hr สามารถเพิ่ม intragastric pH ขึ้นมาได้โดยไม่มีความแตกต่างกัน แต่แตกต่างกับกลุ่ม omeprazole 40 mg OD และ cimetidine 800 mg q 12 hr ซึ่งจะพบว่าขนาดของยา omeprazole 4 mg / hr เป็นขนาดครึ่งหนึ่งของยา omeprazole ที่แนะนำไว้ใน

ประชากรทางตะวันตก ซึ่งสามารถอธิบายได้จากการที่พบ maximal acid output (MAO) และ parietal cell mass (PCM) มีขนาดน้อยกว่าในประชากรเอเชียเมื่อเทียบกับประชากรทางตะวันตก