

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

ผลลัพธ์จากการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น ระหว่างกันยายน พ.ศ.2560
ถึงกันยายน พ.ศ.2563 ในโรงพยาบาลแก่งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ
Results of Esophagogastroduodenoscopy from September 2017
to September 2020 in KaengKhro Hospital, Chaiyaphum Province

เรืองเดช แสงโคตร, พ.บ.*

ทศพร เจริญจิต, พ.บ.*

Rueangdet Saenkote, M.D.*

Dhosaporn Charoenjit, M.D.*

*กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลแก่งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ ประเทศไทย 36150

*Department of Medicine, KaengKhroHospital, Chaiyaphum Province, Thailand, 36150

Corresponding author E-mail address: drdhosaporn@gmail.com

Received: 01 Feb 2021. Revised: 03 Feb 2021. Accepted: 26 Mar 2021

บทคัดย่อ

- หลักการและเหตุผล** : โรงพยาบาลแก่งคร้อเริ่มให้บริการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้น เมื่อวันที่ 15 กันยายน พ.ศ. 2560 การศึกษานี้รวบรวมผลลัพธ์ของบริการส่องกล้อง เพื่อทราบถึง วินิจฉัยโรค ข้อมูลการติดเชื้อเฮลิโคแบคทีเรียไพโลไร และอุบัติการณ์มะเร็งทางเดินอาหาร ส่วนต้นในพื้นที่
- วิธีการศึกษา** : ศึกษาการศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา เก็บข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับการส่องกล้อง 358 ราย ระหว่าง 15 กันยายน พ.ศ.2560 ถึง 30 กันยายน พ.ศ.2563 จากการสัมภาษณ์ และ ฐานข้อมูลโรงพยาบาลแก่งคร้อ
- ผลการศึกษา** : โรคที่พบบ่อยที่สุดในพื้นที่คือการติดเชื้อเฮลิโคแบคทีเรียไพโลไร 123 ราย (ร้อยละ 34) พบร่วมกับกระเพาะอาหารอักเสบร้อยละ 67 การติดเชื้อเพิ่มการเกิดกระเพาะอาหาร หรือลำไส้ใหญ่อักเสบมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ติดเชื้อ อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) และ สัมพันธ์กับผลตรวจพยาธิวิทยาผิดปกติ คือ กระเพาะอาหารอักเสบรุนแรง กระเพาะ อาหารอักเสบเลือดออกและเยื่อเยื่อกระเพาะอาหารเปลี่ยนเป็นเยื่อลำไส้อย่างมีนัยสำคัญ อันดับสองคือ Functional dyspepsia 89 ราย (ร้อยละ 24) และอันดับสามกระเพาะ อาหารอักเสบ 47 ราย (ร้อยละ 13) อุบัติการณ์มะเร็งหลอดอาหาร 2 ราย (2.6:100,000 ประชากร) อุบัติการณ์มะเร็งกระเพาะอาหาร 5 ราย (6.6:100,000 ประชากร) อุบัติการณ์มะเร็งทั้ง 2 ชนิดน้อยกว่าประชากรไทยทั่วไป แต่การศึกษานี้จำนวนประชากร น้อย ไม่พบผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่อักเสบ ในพื้นที่เนื่องจากเป็นมะเร็งที่มีอุบัติการณ์ต่ำ
- สรุป** : โรคที่พบบ่อยที่สุดในพื้นที่คือการติดเชื้อเฮลิโคแบคทีเรียไพโลไร Functional dyspepsia และกระเพาะอาหารอักเสบ อุบัติการณ์มะเร็งหลอดอาหาร 2.6:100,000 ประชากร อุบัติการณ์มะเร็งกระเพาะอาหาร 6.6:100,000 ประชากร
- คำสำคัญ** : การส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น เฮลิโคแบคทีเรียไพโลไร มะเร็งทางเดินอาหาร ส่วนต้น แก่งคร้อ

ABSTRACT

- Background** : KaengKhro hospital has been providing established diagnostic esophagogastroduodenoscopy (EGD) services since September 2017. The objective was to assimilate all the results including *Helicobacter pylori* infection and calculate the incidence of and upper gastrointestinal tract cancer in KaengKhro district.
- Methods** : This is a descriptive retrospective study aimed to provide outcomes gathered from EGD services between September 15th, 2017 to September 30nd, 2020.
- Results** : The three most commonly diagnosed diseases were *H. pylori* infection in 123 patients (34%), functional dyspepsia in 89 (24%), and gastritis in 47 (13%). *H. pylori* infection has associated with gastritis or duodenitis from endoscopic view significantly ($p < 0.001$). Furthermore this bacteria has associated with abnormal microscopic examination which are marked gastritis, hemorrhagic gastritis and intestinal metaplasia significantly. The incidence of esophageal malignancy was noted in two patients (2.6:100,000 population). Gastric malignancy was observed in five patients (6.6:100,000), both cancer incidence was lesser than general Thai population. This study had the limitation of including a small sample size. No duodenal malignancy was found owing to its nature of low incidence.
- Conclusion** : The three most commonly diagnosed diseases were *H. pylori* infection, functional dyspepsia and gastritis. The incidence of esophageal malignancy was 2.6:100,000 population and gastric malignancy was 6.6:100,000 population.
- Keywords** : Esophagogastroduodenoscopy, *Helicobacter pylori*, Upper gastrointestinal tract cancer, KaengKhro.

หลักการและเหตุผล

การส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น (Esophagogastroduodenoscopy: EGD) คือ การใช้กล้องที่มีลักษณะเป็นท่อขนาดเล็ก เส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 1 เซนติเมตร ปรับโค้งงอได้ที่ปลายกล้องมีเลนส์ขยายภาพ ซึ่งจะส่งภาพมายังจอรับภาพ (end-view scope)⁽¹⁾ ส่องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้นตั้งแต่หลอดอาหารถึงลำไส้ส่วนดูโอดินัม ตัวกล้องมี 2 ชนิด คือ ชนิดที่ใช้วินิจฉัยเพียงอย่างเดียว (Diagnostic scope) มีช่องสำหรับดูดน้ำและตัดชิ้นเนื้อเพื่อส่งตรวจทางพยาธิวิทยา และชนิดที่ทำหัตถการเพื่อรักษาโรคได้ (Therapeutic scope) ซึ่งจะมีอุปกรณ์ในการรักษาเพิ่มขึ้น⁽²⁾

ประโยชน์ของการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น คือ ตรวจวินิจฉัยรอยโรคได้อย่างรวดเร็วโรคที่พบบ่อย เช่น Functional dyspepsia⁽³⁾ ซึ่งไม่ใช่โรคอันตราย แต่ส่งผลต่อความสุขสบายของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อน⁽⁴⁾ โรคเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น⁽⁵⁾ โรคมะเร็งทางเดินอาหารส่วนต้นทุกชนิดโดยมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของประชากรไทย⁽⁶⁾ อัตราเสียชีวิตของมะเร็งโดยรวม คือ 128:100,000 ประชากร มะเร็งหลอดอาหาร อัตราเสียชีวิต 3:100,000 ประชากร และมะเร็งกระเพาะอาหาร อัตราเสียชีวิต 3.3:100,000 ประชากร นอกจากนี้ยังสามารถตรวจหาเชื้อเฮลิโคแบคเตอร์ไพโลไรซึ่งเป็นแบคทีเรียแกรมลบรูปร่างเกลียวที่ทำให้เกิดการอักเสบ

หรือแผลบนเยื่อและเพิ่มความเสี่ยงต่อมะเร็งกระเพาะอาหารหรือลำไส้ใหญ่(7) ด้วยการตรวจหาเอนไซม์ยูรีเอส (Urease) หลักการคือเฮลิโคแบคเตอร์ไพโลไรสามารถผลิตเอนไซม์ยูรีเอสเพื่อย่อยสลายยูเรียให้กลายเป็นแอมโมเนียและก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ส่งผลให้สถานะแวดล้อมรอบเชื้อแบคทีเรียเป็นด่าง เชื้อจึงมีชีวิตอยู่ในกระเพาะอาหารที่มีความเป็นกรดได้ยาวนาน ผลบวกเมื่อแถบตรวจเปลี่ยนเป็นสีที่แสดงความเป็นด่างหรือสูงขึ้นเมื่อตรวจทางพยาธิวิทยา

การส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้นเป็นหัตถการปลอดภัยสูง มีรายงานการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ความรุนแรงน้อยในอัตรา 1:200 หรือ 1:10,000 ต่อการส่องกล้อง อัตราการเสียชีวิตจากการส่องกล้องประมาณ 0-1:2,000 ต่อการส่องกล้อง⁽⁸⁾ ผู้เข้ารับการส่องกล้องไม่จำเป็นต้องได้รับการวางยาสลบในบางรายอาจใช้ยากล่อมประสาทเพื่อลดความกังวลหรือความเจ็บปวดภายใต้การเฝ้าระวังอย่างเหมาะสม⁽⁹⁾ โรงพยาบาลแก้งคร้อเริ่มให้บริการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้นชนิดที่ใช้วินิจฉัยเพียงอย่างเดียวเมื่อวันที่ 15 กันยายน พ.ศ.2560 การศึกษานี้จะศึกษาผลลัพธ์หลังการให้บริการดังกล่าว

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อทราบถึงการวินิจฉัยโรคของผู้เข้ารับบริการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้นใน โรงพยาบาลแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ

วัตถุประสงค์รอง

1. เพื่อประเมินจำนวนผู้ป่วยที่ติดเชื้อเฮลิโคแบคเตอร์ไพโลไร (*Helicobacter pylori*) ในพื้นที่และลักษณะทางคลินิก
2. เพื่อประเมินอุบัติการณ์ของมะเร็งทางเดินอาหารส่วนต้นในพื้นที่

นิยามศัพท์

การส่องกล้อง คือ การส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้นชนิดที่ใช้วินิจฉัยเพียงอย่างเดียว ในโรงพยาบาลแก้งคร้อ การติดเชื้อ คือ การติดเชื้อเฮลิโคแบคเตอร์ไพโลไร ตรวจพบจากการตรวจยูรีเอสหรือผลตรวจพยาธิวิทยา

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาแบบ Descriptive retrospective study เก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์ และฐานข้อมูลโรงพยาบาลแก้งคร้อในผู้ป่วยที่เข้ารับการส่องกล้อง 358 ราย ระหว่าง 15 กันยายน พ.ศ.2560 ถึง 30 กันยายน พ.ศ.2563 สืบค้นจากรหัส ICD-9 45.16 หรือ Esophagogastroduodenoscopy with closed biopsy ข้อมูลที่เก็บประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและข้อมูลทางคลินิก ประกอบด้วยผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลส่องกล้อง ผลตรวจทางพยาธิวิทยา การวินิจฉัยภาวะแทรกซ้อนขณะส่องกล้อง

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการศึกษา

ข้อมูลพื้นฐานและข้อมูลการรักษาของผู้ป่วยจะถูกวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยข้อมูลแจกแจงใช้ความถี่และร้อยละ ข้อมูลต่อเนื่องใช้ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation: S.D.) การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการติดเชื้อเฮลิโคแบคเตอร์ไพโลไรกับรอยโรคจากการส่องกล้องและผลตรวจทางพยาธิวิทยาใช้สถิติ Logistic regression กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรม SPSS เวอร์ชัน 27 อัตราอุบัติการณ์ (Crude incidence rate) ของมะเร็งทางเดินอาหารส่วนต้นในพื้นที่คำนวณจากสูตร

$$\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยที่พบในการศึกษา} \times 100,000}{\text{จำนวนประชากรอำเภอแก้งคร้อ กลางปี พ.ศ.2561 ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 15 ปี}}$$

เพื่อเปรียบเทียบอุบัติการณ์จากรายงาน The Global Cancer Observatory พ.ศ. 2561⁽¹⁰⁾ การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการ
 จำนวนประชากรกลางปี แก่งคร้อ ที่อายุมากกว่า 15 ปี จริยธรรมศึกษา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ
 จำนวน 75,038 คน อ้างอิงจากข้อมูลสำนักงานสถิติ เลขที่ 64/2563
 จังหวัดชัยภูมิ⁽¹¹⁾

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่เข้ารับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น จำนวน 358 ราย

ข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)
เพศหญิง	237(66%)
อายุเฉลี่ย (ปี)	55(±14)
ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย (กิโลกรัม/ตารางเมตร)	22(±4)
ภูมิลาเนาในพื้นที่อำเภอแก่งคร้อ	322(90%)
ภูมิลาเนานอกพื้นที่อำเภอแก่งคร้อ	36(10%)
ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	31(9%)
สูบบุหรี่	30(8%)
ประวัติครอบครัวเป็นมะเร็งทางเดินอาหารส่วนต้น	0
การใช้ยา	19(5%)
ยาต้านการอักเสบชนิดไม่ใช้สเตียรอยด์	19(5%)
แอสไพริน	3(0.8%)
วาร์ฟาริน	
โรคประจำตัว	95(26%)
ความดันโลหิตสูง	60(16%)
เบาหวาน	55(15%)
โรคไตกึ่งวาล	31(8%)
โรคไขมันในเลือดสูง	27(7%)
ไตเสื่อมเรื้อรัง	11(3%)
โรคหลอดเลือดสมองตีบ	11(3%)
ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี	10(3%)
โรคแพนิค	8(2%)
โรคตับแข็ง	8(2%)
ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี	7(2%)
โรคเกรฟส์	3(1%)
โรคหัวใจเต้นพลิ้ว	

ตารางที่ 2 ข้อบ่งชี้ในการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น

ข้อบ่งชี้	จำนวน (ร้อยละ)
ภาวะ Dyspepsia ที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา	228(63%)
ภาวะ Dyspepsia ที่มีอาการเตือน	
- เริ่มมีอาการอายุมากกว่า 50 ปี	11(3%)
- ซีด	5(2%)
- น้ำหนักลด	6(2%)
ภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น	49(13%)
ภาวะกรดไหลย้อนที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา	30(8%)
ภาวะกลืนลำบาก	15(4%)
ภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็ก	12(4%)
ตรวจพบเม็ดเลือดแดงจากอุจจาระ	2(1%)

ข้อบ่งชี้ที่พบมากที่สุด คือ ผู้ป่วย dyspepsia ที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา จำนวน 228 ราย (ร้อยละ 63) คล้ายคลึงกับการศึกษาที่ผ่านมาโดย dyspepsia เรื้อรังเป็นข้อบ่งชี้ที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่เข้ารับการส่องกล้อง

ตารางที่ 3 ผลตรวจจากการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น

สิ่งที่ตรวจพบ	ติดเชื้อเฮลิโคแบคเตอร์ไพโลไร ราย (ร้อยละ)	ไม่ติดเชื้อเฮลิโคแบคเตอร์ไพโลไร ราย (ร้อยละ)	OR	95%CI	p-value
ปกติ	60 (32.3%)	128 (67.7%)	1.72	0.61-4.85	0.308
กระเพาะอาหารหรือลำไส้	42 (64.4%)	23 (35.4%)	10.87	3.73-31.74	<0.001*
ดูโอเดนิมอักเสบ					
แผลเป็บติกในกระเพาะอาหาร	16 (25.0%)	48 (75.0%)	2.63	0.83-8.37	0.102
หรือลำไส้ดูโอเดนิม					
ไส้เลื่อนกระบังลม	9 (24.3%)	28 (75.7%)	0.72	0.244-2.21	0.723
ก้อน	2 (28.6%)	5 (71.4%)	0.94	0.13-6.90	0.951

การติดเชื้อเฮลิโคแบคเตอร์ไพโลไรเพิ่มการเกิดกระเพาะอาหารหรือลำไส้ดูโอเดนิมอักเสบมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ติดเชื้อ 10 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลตรวจอื่นๆ พบภาวะกรดไหลย้อนในผู้ป่วย 6 ราย (ร้อยละ 1.6) ตั้งเนื้อในกระเพาะอาหาร 6 ราย หลอด

เลือดดำโป่งพอง 4 ราย (ร้อยละ 1.1) และหลอดอาหารอักเสบ 1 ราย (ร้อยละ 0.2) ผู้ป่วยจำนวน 348 ราย (ร้อยละ 97) ได้รับการตรวจจุลทรรศน์ ผลบวก 86 ราย (ร้อยละ 25) ผลลบ 262 ราย (ร้อยละ 75) ไม่พบภาวะแทรกซ้อนระหว่างส่องกล้องทางเดินอาหารเลย

ตารางที่ 4 ผลการตรวจทางพยาธิวิทยา จำนวน 317 ราย (ร้อยละ 88 ของผู้ป่วยทั้งหมด)

สิ่งที่ตรวจพบ	ติดเชื้อเฮลิโคแบคเตอร์ไพโลไร ราย (ร้อยละ)	ไม่ติดเชื้อเฮลิโคแบคเตอร์ไพโลไร ราย (ร้อยละ)	OR	95%CI	p-value
ปกติ	2(1.7%)	119(98.3%)	-	-	-
กระเพาะอาหารอักเสบ					
- รุนแรงน้อย (mildly active)	14(51.9%)	13(48.1%)	0.72	0.10-5.00	0.738
- รุนแรงปานกลาง (moderately active)	18(81.8%)	4(18.2%)	3	0.37-24.30	0.303
- รุนแรงมาก (marked active)	23(95.8%)	1(4.2%)	15.33	1.05-224.78	0.046*
- ไม่ระบุความรุนแรง	35	58	-	-	-
กระเพาะอาหารอักเสบเลือดออก	13(59.1%)	9(40.9%)	2.52	1.04-6.12	0.040*
ภาวะเยื่อกระเพาะอาหารเปลี่ยนเป็นเยื่อบุลำไส้ (Intestinal metaplasia)	9(64.3%)	5(35.7%)	3.10	1.01-9.48	0.048*

ตามผลตรวจพยาธิวิทยาไม่ได้ 12 ราย ไม่ได้เก็บชิ้นเนื้อส่งตรวจพยาธิวิทยา 41 ราย ผลพยาธิวิทยาที่พบมากที่สุดคือ ปกติ 121 ราย (ร้อยละ 41) ตรวจพบกระเพาะอาหารอักเสบ 166 ราย เป็นผู้ป่วยติดเชื้อเฮลิโคแบคเตอร์ไพโลไร 107 ราย และไม่ติดเชื้อ 59 ราย การติดเชื้อสัมพันธ์กับกระเพาะอาหารอักเสบรุนแรง กระเพาะอาหารอักเสบเลือดออกและภาวะเยื่อ

กระเพาะอาหารเปลี่ยนเป็นเยื่อบุลำไส้อย่างมีนัยสำคัญ การอักเสบที่ไม่ระบุความรุนแรง 69 ราย ไม่ได้นำมารวมเพื่อคำนวณหาความสัมพันธ์ ในผู้ป่วยติดเชื้อเฮลิโคแบคเตอร์ไพโลไร มี 1 รายที่ตรวจพบ coccoid form ซึ่งเป็นการปรับตัวของเชื้อเมื่ออาศัยในสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม เช่น ออกซิเจนสูง เพื่อดำรงชีวิตแต่ไม่สามารถเจริญเติบโตได้⁽¹⁵⁾

ตารางที่ 5 ผลการวินิจฉัยสุดท้ายผู้ป่วยทั้งหมด 358 ราย

วินิจฉัย	จำนวน (ร้อยละ)
ติดเชื้อเฮลิโคแบคเตอร์ไพโลไร	123 (34%)
ร่วมกับ กระเพาะอาหารอักเสบ	83
แผลเปปติกในกระเพาะอาหาร	10
แผลเปปติกในลำไส้เล็กส่วนต้น	6
ลำไส้เล็กส่วนต้นอักเสบ	1
ไม่พบรอยโรค	89 (24%)
Functional dyspepsia	47 (13%)
กระเพาะอาหารอักเสบ	36 (10%)
แผลเปปติกในกระเพาะอาหาร	15 (4%)
ภาวะไส้เลื่อนกระบังลม	14(3.9%)
แผลเปปติกในลำไส้เล็กส่วนต้น	10 (3%)
โรคกรดไหลย้อน	5(1.3%)
มะเร็งกระเพาะอาหาร	4 (1.1%)
ลำไส้เล็กส่วนต้นอักเสบ	2(0.5%)
มะเร็งหลอดอาหาร	2(0.5%)
ภาวะหลอดเลือดดำโป่งพอง	2(0.5%)
โรคกลืนลำบากในระยะช่องปากหรือคอกอ	2(0.5%)
ติ่งเนื้อในกระเพาะอาหาร	1(0.2%)
หลอดอาหารอักเสบ	

ข้อมูลผู้ป่วยติดเชื้อเฮลิโคแบคทีเรียไพโลไรจำนวน 123 ราย (ร้อยละ 34 ของผู้ป่วยทั้งหมด) เป็นเพศหญิง 86 ราย (ร้อยละ 69) อายุเฉลี่ย $55 (\pm 11)$ ปี ผลส่องกล้องในผู้ป่วยกลุ่มนี้ พบว่าปกติ 61 ราย (ร้อยละ 49) กระเพาะอาหารอักเสบ 38 ราย (ร้อยละ 31) แผลเปptic ในกระเพาะอาหาร 10 ราย แผลเปptic ในลำไส้เล็ก 6 ราย ลำไส้เล็กอักเสบ 4 ราย ตึงเนื้อในกระเพาะอาหาร 2 ราย ลำไส้เล็กอักเสบ 1 ราย และก้อนในกระเพาะอาหาร 1 ราย ผู้ป่วยทุกรายได้รับการรักษาด้วย Standard PPI-based Triple therapy 14 วัน ประกอบด้วย อะม็อกซิซิลลิน คลาริโดรมัยซิน หรือเมโทรนิดาโซล และ ยาลดการหลั่งกรดชนิดโปรตอนปั๊มอินฮิบิเตอร์

กลุ่มผู้ป่วย Functional dyspepsia พบ 89 ราย (ร้อยละ 24 ของผู้ป่วยทั้งหมด) เป็นเพศหญิง 63 ราย (ร้อยละ 71) อายุเฉลี่ย $53 (\pm 13)$ ปี ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย $22 (\pm 3)$ กิโลกรัม/ตารางเมตร มีภาวะอ้วน (ดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กิโลกรัม/ตารางเมตร) 26 ราย (ร้อยละ 29) เป็นโรควิตกกังวล 25 ราย (ร้อยละ 28)

ผู้ป่วยเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นจำนวน 49 ราย (ร้อยละ 13 ของผู้ป่วยทั้งหมด) ผลส่องกล้องพบแผลเปptic ในกระเพาะอาหาร 19 ราย (ร้อยละ 39) แผลเปptic ในลำไส้เล็ก 11 ราย (ร้อยละ 22) ผู้ป่วย 4 ราย มีประวัติไข้ดำตามอักเสบนิดไม่ไข้สเดียรอยด์ พบการติดเชื้อเฮลิโคแบคทีเรียไพโลไร 10 ราย (ร้อยละ 20) กระเพาะอาหารอักเสบเลือดออก 5 ราย (ร้อยละ 8) หลอดเลือดดำโป่งพอง 2 ราย (ร้อยละ 4) Eosinophilic gastritis, มะเร็งกระเพาะอาหารและลำไส้เล็ก 1 ราย อักเสบเลือดออก โรคละ 1 ราย พบตึงเนื้อในกระเพาะอาหาร 2 ราย ผลพยาธิวิทยารายงานเป็นตึงเนื้อชนิด Adenomatous 1 ราย และตึงเนื้อจากกระเพาะอาหารอักเสบ 1 ราย การวินิจฉัยในผู้ป่วยอีก 6 ราย คือ ตับอักเสบ 2 ราย ซิตจากไตเสื่อมเรื้อรัง เลือดออกทางเดินอาหารส่วนปลาย มะเร็งทางเดินน้ำดี และ Necrotizing autoimmune myopathy โรคละ 1 ราย

วิจารณ์

จากวัตถุประสงค์หลักของการศึกษา คือ เพื่อทราบถึงการวินิจฉัยโรคของผู้เข้ารับบริการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้น ในโรงพยาบาลแก่งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ โรคที่พบมากที่สุด คือ การติดเชื้อเฮลิโคแบคทีเรียไพโลไร ร้อยละ 34 ซึ่งสอดคล้องกับการ

ศึกษาที่ผ่านมาคือพบอัตราการติดเชื้อในผู้ป่วย dyspepsia ร้อยละ 23-39⁽¹²⁾ จากการศึกษาในโรงพยาบาลรามารัตติ มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 19 ที่พบรอยโรคจากการส่องกล้อง แต่ตรวจพบเชื้อเฮลิโคแบคทีเรียไพโลไรจากการตรวจทางพยาธิวิทยา ร้อยละ 23⁽¹³⁾ และ การศึกษาในโรงพยาบาลสงฆ์พบการติดเชื้อโดยรวม ร้อยละ 39 พบมากขึ้น เล็กน้อยในกลุ่มผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 40 ปี⁽¹⁴⁾ โดยทั่วไปคาดว่า การติดเชื้อเฮลิโคแบคทีเรียไพโลไรมีถึงร้อยละ 50 ของประชากรโลก⁽¹⁵⁾ พบมากในประเทศกำลังพัฒนา ปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ คือ เชื้อชาติแอฟริกาและฮิสปานิก ภาวะด้อยทางเศรษฐกิจและสังคม มีบิดาหรือมารดาติดเชื้อ และบริโภคน้ำดื่มที่ปนเปื้อนเชื้อ⁽¹⁶⁾

โรคที่พบเป็นอันดับสอง คือ Functional dyspepsia (FD) ร้อยละ 24 ผู้ป่วย 26 ราย (ร้อยละ 29) มีภาวะอ้วน (ค่าดัชนีมวลกาย 25-29.9 กิโลกรัม/ตารางเมตร) ค่าดัชนีมวลกายที่เหมาะสมของประชากรไทย คือ 18.5-24 กิโลกรัม/ตารางเมตร ภาวะอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงหนึ่งของ dyspepsia เนื่องจากทำให้การเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารลดลง ระยะเวลาในการย่อยอาหารช้าลง ส่งผลให้มีอาหารเหลือค้างในกระเพาะอาหารมากขึ้น ผู้ป่วยจึงรู้สึกแน่นท้องบริเวณลิ้นปี่⁽¹⁷⁾ ผู้ป่วย 25 ราย (ร้อยละ 28) เป็นโรควิตกกังวล (Anxiety disorder) ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงหนึ่งของภาวะ dyspepsia สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งคาดว่า มีผู้ป่วย FD ประมาณ ร้อยละ 24 ที่เป็นโรควิตกกังวล⁽¹⁸⁾ มีการศึกษาที่ตรวจ Gastric sensorimotor function ในผู้ป่วย FD⁽¹⁹⁾ ผลการศึกษาพบว่า ความวิตกกังวลทำให้การคลายตัวของกระเพาะอาหารส่วนต้นหลังรับประทานอาหารทำได้ น้อยกว่าปกติ (Impaired gastric accommodation) ระยะเวลาที่ใช้ในการบีบตัวของกระเพาะอาหารเพื่อดันอาหารลงสู่ลำไส้เล็กนานกว่าปกติ (Delay gastric emptying time) ซึ่งอธิบายอาการไม่สุขสบายบริเวณช่องท้องส่วนบนของผู้ป่วย dyspepsia นอกจากนี้ยังมีการศึกษาการทำงานของสมองของผู้ป่วย FD ด้วยเครื่อง PET/CT (Positron emission tomography/Computed Tomography) เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่สุขภาพแข็งแรง⁽²⁰⁾ ผลการศึกษาพบว่าสมองของผู้ป่วย FD มีการทำงานมากขึ้นเทียบกับกลุ่มควบคุม และแม้ว่าการ dyspepsia หายไปแล้ว สมอง 4 ส่วนซึ่งมีผลต่ออารมณ์ เศร้าและความกังวล คือ กลีบอินซูลา, ส่วนหน้าของ

เปลือกสมองส่วน cingulate cortex (anterior cingulate cortex : ACC), ส่วนกลางของเปลือกสมองส่วน cingulate cortex (middle cingulate cortex:MCC) และ middle frontal cortex (midFC) ยังทำงานอยู่ ทำให้อธิบายได้ว่าความกังวลและความเศร้าที่มีผลจากการทำงานของสมองสัมพันธ์กับภาวะ FD อันดับสาม โรคกระเพาะอาหารอักเสบที่ไม่ได้เกิดจากการติดเชื้อเฮลิโคแบคทีเรียไพโลไรพบร้อยละ 11 การส่องกล้องพบ erythema mucosa, mucosal erosions, absence of rugal folds หรือ presence of visible vessels ซึ่งแสดงถึงการอักเสบแต่ไม่จำเพาะต่อสาเหตุ การหาสาเหตุของการอักเสบทำได้โดยตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจทางพยาธิวิทยาแต่ผู้ป่วยกระเพาะอาหารอักเสบที่ไม่ได้เกิดจากการติดเชื้อเฮลิโคแบคทีเรียไพโลไรในการศึกษานี้ไม่พบสาเหตุชัดเจน

จากวัตถุประสงค์รองของการศึกษาข้อ 1 คือ เพื่อประเมินจำนวนผู้ป่วยที่ติดเชื้อเฮลิโคแบคทีเรียไพโลไรในพื้นที่พบผู้ป่วยจำนวน 123 ราย ตรวจพบจากการตรวจหาแอนติบอดี IgG 86 ราย และจากการตรวจทางพยาธิวิทยา 79 ราย ตรวจพบทั้ง 2 วิธี 38 ราย สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา คือ การตรวจหาเชื้อโดยการตรวจหาแอนติบอดี IgG อย่างเดียวจะพบการติดเชื้อน้อยกว่าการตรวจทั้งแอนติบอดี IgG และส่งชิ้นเนื้อตรวจทางพยาธิวิทยาควบคู่กันอย่างมีนัยสำคัญ⁽²¹⁾

การติดเชื้อเฮลิโคแบคทีเรียไพโลไรเพิ่มการเกิดกระเพาะอาหารหรือลำไส้ติ่งอักเสบมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ติดเชื้อ 10 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาคือพบว่าการติดเชื้อสัมพันธ์กับแผลเป็บติคทั้งในกระเพาะอาหารและลำไส้ติ่งแต่ไม่สัมพันธ์กับกระเพาะอาหารหรือลำไส้ติ่งอักเสบ⁽¹⁴⁾ เนื่องจากการศึกษานี้พบสัดส่วนรอยโรคของการอักเสบในกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อมากกว่าแผลเป็บติคทั้งในกระเพาะอาหารและลำไส้ติ่งติ่ง นอกจากนี้การติดเชื้อสัมพันธ์กับกระเพาะอาหารอักเสบรุนแรงและกระเพาะอาหารอักเสบเลือดออกจากการตรวจทางพยาธิวิทยาอย่างมีนัยสำคัญ (p 0.046) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาคือการศึกษาความสัมพันธ์กับเซลล์กระเพาะอาหารอักเสบ⁽²²⁾ ผู้ป่วย 9 ราย พบภาวะเยื่อหุ้มกระเพาะอาหารเปลี่ยนเป็นเยื่อลำไส้ซึ่งเป็นรอยโรคที่อาจกลายเป็นมะเร็งกระเพาะอาหารในอนาคต ความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งขึ้นกับเชื้อชาติ เช่น เกาหลี มองโกเลีย ญี่ปุ่น หรือ

ประวัตินะเร็งกระเพาะอาหารในครอบครัว⁽²³⁾ ซึ่งทั้ง 9 ราย ไม่มีความเสี่ยงดังกล่าว การกำจัดเชื้อเฮลิโคแบคทีเรียไพโลไรไม่ทำให้เซลล์กลับเป็นปกติ แต่จะทำให้เซลล์ที่ผิดปกติเจริญเติบโตช้าลง⁽²⁴⁾ หลังผู้ป่วยได้ Standard PPI-based Triple therapy 14 วันแล้ว จะได้รับการนัดส่องกล้องติดตามรอยโรคอีกครั้ง

วัตถุประสงค์รองของการศึกษาข้อ 2 คือ เพื่อประเมินอุบัติการณ์ของมะเร็งทางเดินอาหารส่วนต้นในพื้นที่ พบว่าอุบัติการณ์ของมะเร็งหลอดอาหาร 2 ราย (2.6:100,000 ประชากร) เป็นเพศชายทั้ง 2 ราย ผลพยาธิวิทยา รายงานเป็น Squamous cell carcinoma 1 ราย และเซลล์หลอดอาหารแบ่งตัวผิดปกติ 1 ราย น้อยกว่าข้อมูลของ The Global Cancer Observatory พ.ศ.2561⁽²⁵⁾ รายงานอุบัติการณ์มะเร็งหลอดอาหาร 6.6:100,000 ประชากร ความชุกมะเร็งหลอดอาหารของประเทศไทยสะสม 5 ปี 4.71:100,000 ประชากร เป็นมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับที่ 13 ของไทย พบผู้ป่วยเพศชายมากกว่าเพศหญิง⁽²⁶⁾ พบชนิด Squamous cell carcinoma มากกว่า Adenocarcinoma อุบัติการณ์ของมะเร็งกระเพาะอาหาร 5 ราย (6.6:100,000 ประชากร) น้อยกว่าอุบัติการณ์ในประเทศไทย ข้อมูลของ The Global Cancer Observatory พ.ศ.2561 รายงานอุบัติการณ์มะเร็งกระเพาะอาหาร 7.4:100,000 ประชากร ความชุกมะเร็งกระเพาะอาหารของประเทศไทยสะสม 5 ปี 7.72:100,000 ประชากร เป็นมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับที่ 12⁽⁴⁾ ไม่พบผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ติ่งติ่งในพื้นที่ เนื่องจากเป็นมะเร็งที่พบได้น้อย แม้ว่าลำไส้เล็กจะมีพื้นที่ถึงร้อยละ 90 ของลำไส้ทั้งหมด แต่มะเร็งลำไส้เล็กพบได้เพียงร้อยละ 3 ของมะเร็งทางเดินอาหารทุกชนิด หรือเพียงร้อยละ 0.6 ของมะเร็งทั้งหมดในประเทศสหรัฐอเมริกา⁽²⁷⁾ โดยในประเทศไทยไม่มีรายงานอุบัติการณ์มะเร็งลำไส้ติ่งติ่งที่ชัดเจน ไม่มีรายงานอัตราการเสียชีวิตของมะเร็งลำไส้ติ่งติ่งจากสถิติสาธารณสุข พ.ศ.2562 เป็นการรายงานอัตราการเสียชีวิตร่วมกับมะเร็งชนิดอื่นๆ จากผู้ป่วยเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น 49 ราย ผู้ป่วย 4 รายมีประวัติใช้ยาต้านอักเสบชนิดไม่ใช้สเตียรอยด์ ทั้ง 4 รายไม่มีประวัติแผลเป็บติคหรือเลือดออกทางเดินอาหารมาก่อน แต่มีปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงคืออายุมากกว่า 60 ปี ผู้ป่วย 1 ราย กินแอสไพรินเพื่อป้องกันภาวะหลอดเลือดอุดตัน ปฐมภูมิเนื่องจากเป็นเบาหวาน ผู้ป่วย 10 ราย (ร้อยละ 20)

ติดเชื้อเฮลิโคแบคเตอร์ไพโลไรร่วมด้วยซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาที่ผ่านมาคือพบการติดเชื้อในผู้ป่วยเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นได้ร้อยละ 25-30⁽²⁸⁾

สรุป

โรคที่พบบ่อยมาจากการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้นในโรงพยาบาลแก้งคร้อ คือ การติดเชื้อเฮลิโคแบคเตอร์ไพโลไร Functional dyspepsia และกระเพาะอาหารอักเสบ อุบัติการณ์ของมะเร็งทางเดินอาหารส่วนต้นในพื้นที่อำเภอแก้งคร้อ คือ มะเร็งหลอดอาหาร 2.6:100,000 อุบัติการณ์ของมะเร็งกระเพาะอาหาร 6.6:100,000 ประชากร น้อยกว่าประชากรไทยทั่วไป ไม่พบผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ดูโอเดนิม

เอกสารอ้างอิง

1. Early DS, Ben-Menachem T, Decker GA, Evans JA, Fanelli RD, Fisher DA, et al. Appropriate use of GI endoscopy. *Gastrointest Endosc* 2012;75(6):1127-31.
2. Cotton PB, Williams CB. *Endoscopy The Fundamentals*. 5th ed. Blackwell Publishing Ltd; 2003.
3. Pittayanon R, Vilaichone RK, Rojborwonwitaya J, Treeprasertsuk S, Mairiang P, Chirnakorn S, et al. Thailand dyspepsia guidelines: 2018. *J Neurogastroenterol Motil* 2019;25(1):15-26.
4. สมาคมประสาททางเดินอาหารและการเคลื่อนไหว. แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนในประเทศไทย พ.ศ.2563 (Thailand GERD guideline 2020). กรุงเทพฯ: พรินท์เอเบิล; 2563.
5. Lau JYW, Yu Y, Tang RSY, Chan HCH, Yip H-C, Chan SM, et al. Timing of Endoscopy for Acute Upper Gastrointestinal Bleeding. *N Engl J Med* 2020;382(14):1299-308.
6. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2562. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2019.
7. Saleem N, Howden CW. Update on the Management of Helicobacter pylori Infection. *Curr Treat Options Gastroenterol* 2020;18(3):476-87.
8. Ben-Menachem T, Decker GA, Early DS, Evans J, Fanelli RD, Fisher DA, et al. Adverse events of upper GI endoscopy. *Gastrointest Endosc* 2012;76(4):707-18.
9. Early DS, Lightdale JR, Vargo JJ, Acosta RD, Chandrasekhara V, Chathadi K V., et al. Guidelines for sedation and anesthesia in GI endoscopy. *Gastrointest Endosc* 2018;87(2):327-37.
10. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin* 2018;68(6):394-424.
11. สำนักงานสถิติจังหวัดชัยภูมิ. ข้อมูลประชากรจากทะเบียน จำแนกตามหมวดอายุ เป็นรายอำเภอ. [อินเทอร์เน็ต]. 2561. [สืบค้นเมื่อ 18 กุมภาพันธ์ 2564]. สืบค้นได้จาก:URL: <http://chaiyaphum.nso.go.th/>
12. Bumpenboon W, Wasuthit Y, Euanorasetr C, Sumritpradit P, Suwanthunma W, Lertsithichai P. Upper Gastrointestinal Endoscopy Findings in Patients Presenting with Dyspepsia. *THAI J Surg* 2010;(31):7-12.
13. Kasemthamakhun S, Chaiyarek P. Endoscopic Findings and the Prevalence of Helicobacter Pylori in Dyspeptic Monks at the Priest Hospital. *THAI J Surg* 2012;52-5.
14. Pounder RE, Ng D. The prevalence of Helicobacter pylori infection in different countries. *Aliment Pharmacol Ther* 1995;9:33-9.
15. Chey WD, Leontiadis GI, Howden CW, Moss SF. ACG Clinical Guideline: Treatment of Helicobacter pylori Infection. *Am J Gastroenterol* 2017;112(2):212-38.

16. Emerenziani S, Pier Luca Guarino M, Trillo Asensio L, Altomare A, Ribolsi M, Balestrieri P, et al. Role of Overweight and Obesity in Gastrointestinal Disease. *Nutrients* 2019;12(1):111.
17. Mak ADP, Wu JCY, Chan Y, Chan FKL, Sung JJY, Lee S. Dyspepsia is strongly associated with major depression and generalised anxiety disorder - A community study. *Aliment Pharmacol Ther* 2012;36(8):800-10.
18. Ly HG, Weltens N, Tack J, Van Oudenhove L. Acute Anxiety and Anxiety Disorders Are Associated With Impaired Gastric Accommodation in Patients With Functional Dyspepsia. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2015;13(9):1584-91.e3.
19. Nan J, Liu J, Mu J, Dun W, Zhang M, Gong Q, et al. Brain-based correlations between psychological factors and functional dyspepsia. *J Neurogastroenterol Motil* 2015;21(1):103-10.
20. Pankongngam C. Increasing detection rate of *Helicobacter pylori* infection in nonvariceal upper gastrointestinal bleeding patients by adding histology to the rapid urease test : An experience from Lampang Hospital. *Chang Mai Med J* 2017;56(4):117-92.
21. ชัยพจน์ สวัสดิ์กลิ่น. สาเหตุของการปวดแน่นท้องเรื้อรังของผู้ป่วยในโรงพยาบาลนครปฐม. *วารสารแพทยเขต 7* 1995;(4):299-305.
22. อภิชัย ไพยารมณ. การตรวจ Gastroscope ในโรงพยาบาลจอมทอง. *วารสารสาธารณสุขล้านนา* 2005;1(2):119-26.
23. Altayar O, Davitkov P, Shah SC, Gawron AJ, Morgan DR, Turner K, et al. AGA Technical Review on Gastric Intestinal Metaplasia- Epidemiology and Risk Factors. *Gastroenterology* 2020;158(3):732-44.
24. Dinis-Ribeiro M, Areia M, de Vries AC, Marcos-Pinto R, Monteiro-Soares M, O' Connor A, et al. Management of precancerous conditions and lesions in the stomach (MAPS): guideline from the European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE), European Helicobacter Study Group (EHS), European Society of Pathology (ESP), and the Sociedade Portuguesa . *Endoscopy* 2012;44(1):74-94.
25. World Health Organization. The Global Cancer Observatory-Thailand. 2021. [Internet]. [cited 2021 February 18]. Available from:URL: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/764-thailand-fact-sheets.pdf>
26. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2020. *CA Cancer J Clin* 2020;70(1): 7-30.
27. สำนักงานมะเร็งแห่งชาติ. ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ.2562. กรุงเทพฯ: นิเวศรรมาการพิมพ์ (ประเทศไทย); 2019.
28. Suchartlikitwong S, Lapumnuaypol K, Rerknimitr R, Werawatganon D. Epidemiology of upper gastrointestinal bleeding and *Helicobacter pylori* infection: Review of 3,488 Thai patients. *Asian Biomed* 2015;9(1):87-93.