กรมควบคุมโรค
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา

E-ISSN 2673-0669

วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา

Homepage : https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ODPC9
ปีที่ 29 ฉบับที่ 3 (มิถุนายน – กันยายน 2566) หน้า [50-63]

ความชุกของการติดเชื้อเฮลิโคแบคเตอร์ไพลอไรในผู้ป่วยโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา

The prevalence of *Helicobacter pylori* infection among patients in a community hospital, Nakhon Ratchasima province

อนุชิต หมกประโคน[1], ศศิธร ชาววัลจันทึก[1], กัมปนาท ฉายชูวงษ์[2*]
Anuchit Mokprakhon[1], Sasithorn Chaowanjantuek[1], Kampanart Chaychoowong[2*]

[1]โรงพยาบาลด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา,
[2]วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

[1]Dan Khun Thot Hospital, Nakhon Ratchasima Province,
[2]Sirindhorn College of Public Health Chon Buri, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajachanok Institute

*Corresponding author: kampanart@scphc.ac.th

(Received: Mar 27, 2023 / Revised: May 08, 2023 / Accepted: May 16, 2023)

บทคัดย่อ

Helicobacter pylori (H. pylori) เป็นเชื้อแบคทีเรียแกรมลบที่พบได้ในกระเพาะอาหารของมนุษย์ ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคกระเพาะอาหารอักเสบเรื้อรัง และสามารถนำไปสู่การเป็นโรคมะเร็ง การศึกษาความชุกของการติดเชื้อ *H. pylori* ด้วยการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน และวินิจฉัยการติดเชื้อ *H. pylori* โดยวิธีการทดสอบการผลิตเอนไซม์ (Rapid urease test: CLO) ในโรงพยาบาลชุมชนของประเทศไทยมีอยู่อย่างจำกัด ดังนั้นการศึกษาพรรณนาแบบภาคตัดขวางย้อนหลังนี้ จึงต้องการศึกษาความชุกและปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อ *H. pylori* ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน โดยทำการเก็บรวมรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2562 ถึง 31 ธันวาคม 2564 ในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดนครราชสีมา ผลการศึกษากลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 ราย พบว่าเป็นเพศชาย ร้อยละ 53 ค่ามัธยฐานอายุ 61 ปี (17 – 95 ปี) ผลการวินิจฉัยด้วยการส่องกล้อง (Esophagogastroduodenoscopy, EGD) พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นโรคกระเพาะอาหารอักเสบ คิดเป็นร้อยละ 58 รองลงมาคือ โรคแผลในกระเพาะอาหาร และโรคแผลที่เยื่อบุลำไส้เล็ก คิดเป็นร้อยละ 23.25 และ 11 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบการติดเชื้อ *H. pylori* จากผลตรวจ CLO test จำนวน 85 ราย จากผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจ CLO test ทั้งหมดจำนวน 363 ราย ความชุกของการติดเชื้อ *H. pylori* ในโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 23.42 ซึ่งปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อ *H. pylori* คือ ผู้ที่ใช้ยาลูกกลอน หรือยาน้ำแผนโบราณ (OR 3.22, p = 0.015) และโรคแผลที่เยื่อบุลำไส้เล็ก (OR 2.15, p = 0.043) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย

ด้วยแผลที่ลำไส้เล็กส่วนต้น และผู้ป่วยที่ใช้ยาลูกกลอนหรือยาน้ำแผนโบราณ ควรได้รับการตรวจคัดกรองการติดเชื้อ *H.pylori* ที่รวดเร็วและเหมาะสมมากยิ่งขึ้น ซึ่งจะสามารถช่วยลดความรุนแรงของการติดเชื้อ รวมถึงลดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ โรคมะเร็งได้มากยิ่งขึ้นเช่นกัน

คำสำคัญ: การติดเชื้อ *H. pylori*, การส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน, การทดสอบการผลิตเอนไซม์

Abstract

Helicobacter pylori (H. pylori) is a gram-negative bacterium found in the human stomach, which can cause chronic gastritis and may even lead to cancer. Studies on the prevalence of *H. pylori* infection using upper gastrointestinal endoscopy and the rapid urease (CLO) test in community hospitals in Thailand are limited. Therefore, this retrospective cross-sectional descriptive study aimed to investigate the prevalence and risk factors of *H. pylori* infection among 400 cases undergoing upper gastrointestinal endoscopy at a community hospital in Nakhon Ratchasima Province. The data were collected from January 1, 2019, to December 31, 2021. The results among the 400 participants showed that there were 212 males (53.00%), with a median age of 61 years (ranging from 17 to 95 years). Diagnosis using esophagogastroduodenoscopy indicated that most of them had gastritis (58.00%), followed by gastric ulcer (23.25%), and duodenal ulcer (11.00%). Moreover, 85 out of 363 were detected with *H. pylori* through the rapid urease test (CLO). Consequently, the prevalence of *H. pylori* infection in the hospital was 23.42%. The identified risk factors were those who used bolus or liquid Thai traditional medicine (OR = 3.22, p = 0.015) and those who had duodenal ulcers (OR = 2.15, p = 0.043). Thus, the study recommends early diagnosis, particularly for people who had duodenal ulcers and used bolus or liquid Thai traditional medicine. This approach may help minimize the severity of the infection and reduce the risk of important complications, such as cancer.

Keywords: *H. pylori* infection, Esophagogastroduodenoscopy, Rapid urease (CLO) test

บทนำ

Helicobacter pylori เป็นเชื้อแบคทีเรียแกรมลบที่พบได้ในกระเพาะอาหารของมนุษย์ ซึ่งเป็นเชื้อก่อโรคกระเพาะอาหารอักเสบเรื้อรัง และสามารถนำไปสู่การเป็นโรคมะเร็งได้ โดยพบการติดเชื้อ *H. pylori* ประมาณร้อยละ 50 ในประชากรทั่วโลก และพบอัตราความชุกของการติดเชื้อในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนามากกว่าประเทศที่พัฒนาแล้ว[1] ทั้งนี้การศึกษาความชุกของการติดเชื้อ *H. pylori* ในโรงพยาบาลชุมชนในประเทศไทยมีอยู่อย่างจำกัด เนื่องจากการวินิจฉัยการติดเชื้อ *H. pylori* สามารถทำได้โดยการส่องกล้อง (esophagogastroduodenoscopy: EGD) ซึ่งเป็นระบบบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายขนาดใหญ่บางแห่ง

วิธีในการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อ *H. pylori* มีหลายวิธี อาทิ การตรวจทางภูมิคุ้มกัน (serology) ด้วยการตรวจหาแอนติบอดี้ (anti-*H. pylori* IgG antibody) การตรวจทางลมหายใจ (urea breath test) หรือการส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร (endoscope) เพื่อตัดชิ้นเนื้อเยื่อบุกระเพาะอาหารแล้วนำมาทดสอบหาเชื้อ *H. pylori* ด้วยวิธีจุลกายวิภาคศาสตร์ของเซลล์และเนื้อเยื่อ (histology) การส่งตรวจเพาะเชื้อ (culture) และการทดสอบการผลิตเอนไซม์ (rapid urease test)[2] ปัจจุบันมีการศึกษายีนส์เพื่อใช้ในการทำนายการติดเชื้อ *H. pylori* เพื่อหายีนส์ที่แสดงสายพันธ์ที่ก่อโรครุนแรงและนำไปสู่การเป็นมะเร็ง เช่น การตรวจหา Vacuolating cytotoxin A (VacA) gene, cytotoxin-associated gene A (CagA) gene[3,4] และ anti-East type CagA-specific antibody (**α** -EAS Ab) พบว่าผู้ป่วยโรคกระเพาะอาหารอักเสบมีความชุกของการติดเชื้อ H. pylori ร้อยละ 45.9 และมีอัตราการติดเชื้อสูงในภาคอีสาน ภาคกลาง และภาคเหนือ ส่วนอัตราการตรวจพบ **α**-EAS Ab ประมาณร้อยละ 10 แสดงถึงโอกาสที่ผู้ป่วยโรคกระเพาะอาหารอักเสบที่รุนแรงหรือมีโอกาสเป็นโรคมะเร็งร้อยละ 10 ดังนั้นการตรวจวินิจฉัยเพื่อให้ผู้ป่วยโรคกระเพาะอาหารได้รับการรักษาที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะสามารถช่วยลดโอกาสในการเป็นมะเร็งจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง[5]

การศึกษาในประเทศไทยพบการศึกษาเพื่อหาค่าความไว (sensitivity) ความจำเพาะ (specificity) และความถูกต้อง (accuracy) เพื่อหาวิธีการตรวจหาเชื้อ *H. pylori* ได้อย่างมีประสิทธิภาพ[6-8] โดยจากการศึกษาพบว่า การเตรียมผู้ป่วยให้หยุดการใช้ยาก่อนเข้ารับการตรวจ[9] รวมถึงมีวิธีการตรวจให้ผลการตรวจที่แตกต่างกัน โดยการตรวจที่เป็น gold standard ในการตรวจหาเชื้อ *H. pylori* ในประเทศไทย คือ การตรวจด้วยวิธีการส่งตรวจเพาะเชื้อ วิธีจุลกายวิภาคศาสตร์ของเซลล์และเนื้อเยื่อ และวิธีการทดสอบการผลิตเอนไซม์ ซึ่งแต่ละวิธีมีข้อดีและข้อจำกัดที่แตกต่างกัน อาทิ การตรวจด้วยวิธีการส่งตรวจเพาะเชื้อมีข้อดี คือ มีความจำเพาะและความถูกต้องสูง แต่มีข้อเสียคือ มีความไวต่ำ จึงจำเป็นต้องใช้การตรวจด้วยห้องจุลชีววิทยา ซึ่งมีอย่างจำกัดในโรงพยาบาลชุมชน จำเป็นต้องส่งตัวอย่างไปตรวจที่โรงพยาบาลแม่ข่ายขนาดใหญ่ เช่น โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลจังหวัด ส่วนการตรวจทางจุลกายวิภาคศาสตร์ของเซลล์และเนื้อเยื่อ มีข้อดีคือ มีความไว ความจำเพาะ และความถูกต้องสูง แต่ต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญในการอ่านผลตรวจ ซึ่งเป็นข้อจำกัดของโรงพยาบาลชุมชนเช่นกัน และการตรวจด้วยวิธีการทดสอบการผลิตเอนไซม์มีข้อดีคือ มีความจำเพาะและความถูกต้องสูง แต่ความไวมีความหลากหลายในแต่ละการศึกษา แต่สามารถตรวจได้ในโรงพยาบาลชุมชน[2]

การศึกษานี้จึงสนใจทำการศึกษาหาความชุกของการติดเชื้อ *H. pylori* ในผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจด้วยวิธีส่องกล้องทางเดินอาหารหรือการตัดชิ้นเนื้อ

เยื่อบุกระเพาะอาหารในโรงพยาบาลชุมชน ด้วยวิธีการทดสอบการผลิตเอนไซม์ (CLO test) และหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดติดเชื้อ *H. pylori* เพื่อป้องกันการติดเชื้อ รวมทั้งให้ผู้ป่วยได้รับตรวจและเข้าถึงการรักษาโรคมะเร็งได้เร็วขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกของการติดเชื้อ *H. pylori* ในผู้ป่วยโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา

2. เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการติดเชื้อ *H. pylori* ในผู้ป่วยโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาพรรณนาแบบย้อนหลัง (Retrospective descriptive study) ในผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารและการตัดชิ้นเนื้อเยื่อบุกระเพาะอาหาร ที่โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดนครราชสีมา ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2562 ถึง 31 ธันวาคม 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารและการตัดชิ้นเนื้อเยื่อบุกระเพาะอาหาร (Biopsies) แล้วทดสอบการติดเชื้อ *H. pylori* ด้วยเทคนิค CLO test ในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดนครราชสีมา และกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารและการตัดชิ้นเนื้อเยื่อบุกระเพาะอาหาร (Biopsies) ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2562 ถึง 31 ธันวาคม 2564 คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยการประมาณค่าสัดส่วนแบบที่ไม่ทราบขนาดประชากร[10] กำหนดค่าสถิติความเชื่อมั่นที่ 95% มีค่าเท่ากับ 1.96 และใช้สัดส่วนของผู้ป่วยที่ติดเชื้อ *H. pylori* ในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา เท่ากับ 0.508[1] กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่อาจเกิดขึ้นและยอมรับได้ เท่ากับ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 385 ตัวอย่าง และได้ปรับขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้เพิ่มเติมอีกร้อยละ 4[11] ทำให้ได้ขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้จำนวน 400 ตัวอย่าง ดำเนินการคัดเลือกตัวอย่างด้วยเกณฑ์การคัดเข้าคือ 1) ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดนครราชสีมา และได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารและตัดชิ้นเนื้อเยื่อบุกระเพาะอาหาร 2) อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป และ 3) มีประวัติการบันทึกข้อมูลที่ได้รับการตรวจด้วยวิธีส่องกล้องทางเดินอาหารหรือการตัดชิ้นเนื้อเยื่อบุกระเพาะอาหารในเวชระเบียนที่ครบถ้วนสมบูรณ์ และดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามช่วงเวลาที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบบันทึกข้อมูลที่พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ และโรคประจำตัว 2) ข้อมูลรายงานภายในของห้องผ่าตัด ได้แก่ วันที่เข้ารับการรักษาประเภทผู้ป่วยใน วันที่ได้รับการส่องกล้อง รหัสโรค และค่าใช้จ่ายรวม 3) ข้อมูลทะเบียนการส่องกล้องของห้องผ่าตัด ได้แก่ ข้อบ่งชี้ในการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน ระยะเวลาของอาการ ประวัติการใช้ยาในปัจจุบัน ประวัติการใช้ยาในอดีต ประวัติการเจ็บป่วยของครอบครัว สัญญาณชีพ ผลการตรวจร่างกาย ผลตรวจ CLO test และผลการส่องกล้อง 4) ข้อมูลการส่องกล้องในปัจจุบัน ได้แก่ ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น ระดับความรุนแรง คะแนนประเมินผู้ป่วยเลือดออกทางเดินอาหารมีโอกาสที่จะได้รับการหยุดเลือดระหว่างการส่องกล้อง ปัจจัยเสี่ยงและประวัติการส่องกล้องที่ผ่านมา และ 5) ข้อมูล

การส่องกล้องที่ผ่านมา ได้แก่ ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น ระดับความรุนแรง คะแนนประเมินผู้ป่วยเลือดออกทางเดินอาหารมีโอกาสที่จะได้รับการหยุดเลือดระหว่างการส่องกล้อง ปัจจัยเสี่ยง ประวัติการส่องกล้องที่ผ่านมา และข้อมูลการใช้ยา

ข้อพิจารณาทางจริยธรรม

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เลขที่โครงการ NRPH016 รับรองเมื่อวันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2565

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอน ได้แก่ 1) ทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน 2) ค้นหาเวชระเบียนจากการนำเข้าข้อมูลการบันทึกการส่องกล้อง (EGD) ในฐานข้อมูลของโรงพยาบาล (HOSxP) ข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยใน และทะเบียนการทำหัตถการของห้องผ่าตัด 3) แปลงรหัสข้อมูลประจำตัวผู้ป่วยเป็นรหัสสำหรับคณะผู้วิจัย เพื่อไม่ให้ผู้อื่นสามารถสืบค้นหรือเข้าถึงข้อมูลของผู้ป่วย และจะเก็บเป็นความลับสำหรับคณะผู้วิจัยเท่านั้น 4) ดำเนินการเก็บข้อมูลตามแบบบันทึกข้อมูลที่ได้จัดทำขึ้น และ 5) นำผลการเก็บข้อมูลมาพิจารณาตรวจสอบความสมบูรณ์ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยสถิติเชิงพรรณนา ที่ใช้ในการวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลประกอบด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด และสถิติเชิงอนุมานเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นกับตัวแปรตามประกอบด้วย การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ตัวแปรเดี่ยว เพื่อหาความสัมพันธ์ของตัวแปรทีละคู่ ด้วยสถิติ Chi-square test หรือ Fisher's exact test และการวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรเชิงซ้อน เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อ *H. pylori* ด้วยสถิติการถดถอยพหุโลจิสติก (Multiple logistic regression analysis) และวิเคราะห์ขนาดความสัมพันธ์ด้วย Odds ratio และค่าช่วงเชื่อมั่น 95% (95% Confidence Interval) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน จำนวน 400 ราย ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 53.00 อายุเฉลี่ย 59.77 ± 14.02 ปี มีโรคประจำตัว ร้อยละ 64.25 โดย 3 อันดับแรกของโรคประจำตัวที่พบในกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัวที่ได้รับการส่องกล้อง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และโลหิตจาง คิดเป็นร้อยละ 57.98, 29.57 และ 23.74 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ในการส่องกล้องคือ โรคกระเพาะอาหาร และภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น คิดเป็นร้อยละ 43.75 และ 40.00 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตาราง 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 400)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	212 (53)
หญิง	188 (47)
อายุ (ปี)	
≤ 30	12 (3)
31 – 50	91 (22.75)
91 (22.75)	200 (50)
51 – 70	97 (24.25)
≥ 71	97 (24.25)
ค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด - ค่าสูงสุด)	61 (17 – 95)
โรคประจำตัว	
ไม่มี	143 (35.75)
มี*	257 (64.25)
- ความดันเลือดสูง	149 (57.98)
- ไขมันในเลือดสูง	76 (29.57)
- โลหิตจาง	61 (23.74)
- เบาหวาน	56 (21.79)
- หลอดเลือดสมองอุดตัน	21 (8.17)
- หัวใจ	21 (8.17)
- ตับแข็ง	18 (7)
- เก๊าท์	18 (7)
- ไตวายเรื้อรัง	15 (5.83)
- ทางเดินหายใจอุดกั้น/หืดหอบ	13 (5.06)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (ร้อยละ)
ข้อบ่งชี้ในการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน	
อาการปวดแน่นท้อง (Dyspepsia)	175 (43.75)
ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น	160 (40)
กลืนลำบาก	24 (6)
โลหิตจาง	23 (5.75)
ตรวจพบเม็ดเลือดแดงในอุจจาระ	14 (3.50)
น้ำหนักลดผิดปกติ	2 (0.50)
ไส้เลื่อนกระบังลม (hiatal hernia)	1 (0.25)
อาเจียนเรื้อรัง	1 (0.25)

*กลุ่มตัวอย่างบางรายอาจมีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค

ผลการวินิจฉัยด้วยการส่องกล้องพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะกระเพาะอาหารอักเสบ คิดเป็นร้อยละ 58 รองลงมาได้แก่ แผลในกระเพาะอาหาร และแผลที่ลำไส้เล็กส่วนต้น คิดเป็นร้อยละ 23.25 และ 11 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบการติดเชื้อ *H. pylori* จากผลการตรวจ CLO test จำนวน 85 ราย จากผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการตรวจจำนวน 363 ราย คิดเป็นความชุกของการติดเชื้อ *H. pylori* ร้อยละ 23.42 ทั้งนี้พบผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นจากการส่องกล้องว่าพบความผิดปกติที่อาจเป็นมะเร็งจากการส่องกล้อง จำนวน 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.50 จึงได้ส่งตรวจทางพยาธิวิทยากายวิภาค ซึ่งผลการตรวจพบว่าเป็นมะเร็งจำนวน 10 ราย (ร้อยละ 2.50) โดยมะเร็งที่พบมากที่สุด คือ มะเร็งหลอดอาหาร จำนวน 5 ราย (ตารางที่ 2)

ตาราง 2 ผลการวินิจฉัยด้วยการส่องกล้อง (EGD) ในกลุ่มตัวอย่าง (n = 400)

ผลการวินิจฉัย	จำนวน (ร้อยละ)
โรคที่ถูกวินิจฉัย (n = 400)	
กระเพาะอาหารอักเสบ	232 (58)
แผลในกระเพาะอาหาร	93 (23.25)
แผลที่ลำไส้เล็ก	44 (11)
สงสัยเนื้องอกที่ร้ายแรงหรือมะเร็ง	14 (3.50)
เส้นเลือดขอดในหลอดอาหาร	4 (1)
หลอดอาหารเกิดการฉีกขาด	3 (0.75)
ลำไส้เล็กส่วนต้นอักเสบ	3 (0.75)
ติ่งเนื้อที่กระเพาะอาหาร	2 (0.50)
อาการปวดแน่นท้อง (Dyspepsia)	2 (0.50)
อัมพาตสายเสียง	1 (0.25)
หลอดอาหารอักเสบ	1 (0.25)
ปกติ	1 (0.25)
ผล rapid urease test (CLO test) (n = 363)	
ติดเชื้อ *H. pylori*	85 (23.42)
ไม่ติดเชื้อ *H. pylori*	278 (76.58)
ผลการส่งตรวจทางพยาธิวิทยากายวิภาค	
ไม่พบความผิดปกติร้ายแรง	8 (2)
มะเร็งหลอดอาหาร	5 (1.25)
มะเร็งกล่องเสียง	1 (0.25)
มะเร็งกระเพาะอาหาร	1 (0.25)
มะเร็งคอหอย	1 (0.25)
เนื้องอกที่กล่องเสียง (Larynx neoplasm)	1 (0.25)
เนื้องอกที่กระเพาะอาหาร (Stomach neoplasm)	1 (0.25)
ก้อนเนื้อคล้ายดอกกะหล่ำที่มีภาวะเลือดออก	1 (0.25)

ผลการวินิจฉัย	จำนวน (ร้อยละ)
หลอดอาหารเกิดการอุดตันและฉีกขาด	1 (0.25)
ติ่งเนื้อที่กระเพาะอาหาร	1 (0.25)

สำหรับการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นกับตัวแปรตามโดยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ตัวแปรเดี่ยว พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อ *H. pylori* อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ เพศ ตำแหน่งที่พบแผล และการใช้ยาลูกกลอนหรือยาน้ำแผนโบราณ โดยพบว่าเพศชายจะมีการติดเชื้อ *H. pylori* มากกว่าเพศหญิง (p = 0.009) การพบแผลที่ตำแหน่งลำไส้เล็กส่วนต้นจากการส่องกล้องจะมีการติดเชื้อ *H. pylori* มากกว่าการพบแผลที่ตำแหน่งกระเพาะอาหารและกระเพาะอาหารอักเสบ (p = 0.018) และผู้ที่ใช้ยาลูกกลอนหรือยาน้ำแผนโบราณจะมีโอกาสติดเชื้อ *H. pylori* มากกว่าผู้ไม่ใช้ยาลูกกลอนหรือยาน้ำแผนโบราณ (p = 0.019) แต่เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรเชิงซ้อนด้วยสถิติการถดถอยพหุโลจิสติก (Multiple logistic regression) พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อ *H. pylori* ของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบด้วย การพบแผลที่ตำแหน่งลำไส้เล็กส่วนต้น (OR = 2.148, p = 0.043) และยาลูกกลอนหรือยาน้ำแผนโบราณ (OR = 3.224, p = 0.015) (ตารางที่ 3 และ 4)

ตาราง 3 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างกับการติดเชื้อ *H. pylori* (n = 363)

ผลการวินิจฉัย	ผู้ป่วย		p-value
	ไม่ติดเชื้อ จำนวน (ร้อยละ)	ติดเชื้อ จำนวน (ร้อยละ)	
เพศ			
ชาย	135 (71.05)	55 (28.95)	0.009[*a]
หญิง	143 (82.66)	30 (17.34)	
อายุ (ปี)			
≤30	9 (81.81)	2 (18.19)	0.811[a]
31 - 50	62 (95.38)	23 (4.62)	
51 – 70	137 (77.84)	39 (22.16)	
≥71	70 (76.92)	21 (23.08)	

ผลการวินิจฉัย	ผู้ป่วย		p-value
	ไม่ติดเชื้อ จำนวน (ร้อยละ)	ติดเชื้อ จำนวน (ร้อยละ)	
โรคประจำตัว			
มี	180 (75.95)	57 (24.05)	0.696[a]
ไม่มี	98 (77.78)	28 (22.22)	
ข้อบ่งชี้ในการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน			
อาการปวดแน่นท้อง (Dyspepsia)	136 (80)	34 (20)	0.233[a]
ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น	109 (75.17)	36 (24.83)	
ภาวะอื่นๆ	33 (68.75)	15 (31.25)	
โรคที่ถูกวินิจฉัย (N=348)			
กระเพาะอาหารอักเสบ	171 (78.08)	48 (21.92)	0.018[*a]
แผลในกระเพาะอาหาร	67 (77.91)	19 (22.09)	
แผลที่ลำไส้เล็ก	25 (58.14)	18 (41.86)	
ผลการส่งตรวจทางพยาธิวิทยากายวิภาค (N=14)			
เป็นเนื้องอกที่ร้ายแรงหรือมะเร็ง	4 (80)	1 (20)	1.000[b]
ไม่เป็นเนื้องอกที่ร้ายแรงหรือมะเร็ง	8 (88.89)	1 (11.11)	
ประวัติดื่มแอลกอฮอล์	68 (24.5)	21 (24.7)	0.963[a]
ประวัติใช้ยาชุดแก้ปวด	52 (18.7)	14 (16.5)	0.640[a]
ประวัติใช้ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์	47 (16.9)	13 (15.3)	0.726[a]
ประวัติใช้ยาต้านเกล็ดเลือด	22 (7.9)	5 (5.9)	0.532[a]
ประวัติใช้ยาลูกกลอน/ยาน้ำแผนโบราณ	13 (4.7)	10 (11.8)	0.019[a*]
ประวัติใช้ยาสเตียรอยด์	14 (5.0)	5 (5.9)	0.759[a]

[a]Pearson Chi-Square Test, bFisher's Exact Test, *p < 0.05

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อ *H. pylori* โดยการวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติก

ปัจจัย	ผู้ป่วย		Adjust OR	95%CI		p-value
	ไม่ติดเชื้อ จำนวน (ร้อยละ)	ติดเชื้อ จำนวน (ร้อยละ)		Lower	Upper	
เพศ						
ชาย	135 (71.05)	55 (28.95)	1.680	0.974	2.899	0.062
หญิง	143 (82.66)	30 (17.34)	1			
ข้อบ่งชี้ในการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน						
อาการปวดแน่นท้อง (Dyspepsia)	136 (80)	34 (20)	0.550	0.259	1.169	0.120
ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น	109 (75.17)	36 (24.83)	0.552	0.255	1.195	0.131
ภาวะอื่นๆ	33 (68.75)	15 (31.25)	1			
โรคที่ถูกวินิจฉัย						
แผลที่ลำไส้เล็ก	171 (78.08)	48 (21.92)	**2.148**	1.023	4.511	**0.043***
แผลในกระเพาะอาหาร	67 (77.91)	19 (22.09)	0.826	0.425	1.606	0.574
กระเพาะอาหารอักเสบ	25 (58.14)	18 (41.86)	1			
ประวัติใช้ยาลูกกลอน/ยาน้ำแผนโบราณ						
ใช้	13 (56.52)	10 (43.48)	**3.224**	1.261	8.242	**0.015***
ไม่ใช้	265 (77.94)	75 (22.06)	1			

*$p < 0.05$

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้พบความชุกของการติดเชื้อ *H. pylori* ในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดนครราชสีมา ร้อยละ 23.42 ซึ่งมีความใกล้เคียงกับการศึกษาเกี่ยวกับการตรวจการติดเชื้อ *H. pylori* ด้วยวิธี rapid urease test ในผู้ป่วยที่มีอาการปวดแน่นท้อง (Dyspepsia) ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลตำรวจในประเทศไทย[12] และการศึกษาในโรงพยาบาลพะเยา[13] ที่ทำการศึกษาโดยการตรวจด้วยวิธี rapid urease test (Pro test) ซึ่งพบการติดเชื้อ *H. pylori* ในกลุ่มตัวอย่างคิดเป็นร้อยละ 19.63 และ 27.84 ตามลำดับ แต่ความชุกของการติดเชื้อ *H. pylori* จากการศึกษาครั้งนี้ต่ำกว่าการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการในระบบทางเดินอาหารในจังหวัดชลบุรี[7] ซึ่งพบการติดเชื้อ *H. pylori* ร้อยละ 58.04 นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบกับผลการตรวจการติดเชื้อ *H. pylori* ด้วยเทคนิคอื่น ๆ อาทิ การตรวจด้วยเทคนิค histochemical และ anti-East type CagA-specific antibody (**α**-EAS Ab) ในกลุ่มตัวอย่างจาก 17 จังหวัดในประเทศไทยทั้ง 4 ภาค[5] ก็พบความชุกของการติดเชื้อ *H. pylori* สูงถึงร้อยละ 45.92 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าวิธีการตรวจด้วยเทคนิคดังกล่าวนี้ สามารถตรวจจับการติดเชื้อ *H. pylori* ได้ดีกว่าการตรวจด้วยวิธี rapid urease test แต่อย่างไรก็ตามวิธีการตรวจดังกล่าวไม่ได้มีการจัดบริการในโรงพยาบาลชุมชน เนื่องจากต้องอาศัยแพทย์เฉพาะทางในการตรวจจุลกายวิภาคศาสตร์ของเซลล์และเนื้อเยื่อ (histology) และอาศัยการตรวจทางห้องปฏิบัติทางภูมิคุ้มกัน (serology)

นอกจากนี้ การวิจัยครั้งนี้พบว่าโรคที่ถูกวินิจฉัยจากการส่องกล้องสูงสุด 3 อันดับแรก คือ โรคกระเพาะอาหารอักเสบ รองลงมาได้แก่ แผลในกระเพาะอาหาร และแผลที่ลำไส้เล็กส่วนต้น โดยพบอัตราส่วนของการติดเชื้อ *H. pylori* ในภาวะกระเพาะอาหารอักเสบ ร้อยละ 21.92 (48 รายจากผู้ป่วยที่มีภาวะกระเพาะอาหารอักเสบ 219 ราย) แผลในกระเพาะอาหาร ร้อยละ 22.10 (19 รายจากผู้ป่วยที่มีแผลในกระเพาะอาหาร 86 ราย) และแผลที่ลำไส้เล็กส่วนต้น ร้อยละ 41.86 (18 รายจากผู้ป่วยที่มีแผลที่ลำไส้เล็กส่วนต้น 43 ราย) ซึ่งมีความใกล้เคียงกับการศึกษาในโรงพยาบาลพะเยา[13] ที่พบว่าผู้ป่วยมีภาวะกระเพาะอาหารอักเสบมากที่สุด (ร้อยละ 79.93) รองลงมาคือแผลในกระเพาะอาหาร (ร้อยละ 15.42) และแผลที่ลำไส้เล็กส่วนต้น (ร้อยละ 4.23) และพบการติดเชื้อ *H. pylori* ในผู้ป่วยที่มีภาวะกระเพาะอาหารอักเสบ ร้อยละ 30.34 และแผลที่ลำไส้เล็กส่วนต้น ร้อยละ 36.14

ในส่วนของผลการส่งตรวจทางพยาธิวิทยากายวิภาคพบว่า ผลการตรวจยืนยันผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.50 ซึ่งต่ำกว่าการศึกษาใน 17 จังหวัดทั่วประเทศไทย[5] ที่พบภาวะที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งกระเพาะอาหาร (gastric intestinal metaplasia) สูงถึงร้อยละ 10.44 แต่เป็นการพยากรณ์โรคว่ามีโอกาสที่จะเป็นมะเร็งโดยใช้ Operative Link on Gastritis Assessment (OLGA)(14) ในการพิจารณา atrophy score

การวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อ *H. pylori* พบว่าผู้ป่วยที่ตรวจพบว่ามีแผลที่ลำไส้เล็กส่วนต้นจะมีโอกาสติดเชื้อ *H. pylori* เป็น 2.15 เท่าของการเป็นโรคกระเพาะอาหารอักเสบ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการของโรคทางเดินอาหารในจังหวัดชลบุรี[7] ที่พบการติดเชื้อ *H. pylori* ในผู้ป่วยที่มีแผลที่ลำไส้เล็กส่วนต้น ร้อยละ 78.6 และพบการติดเชื้อ *H. pylori* ในผู้ป่วยกระเพาะอาหารอักเสบ ร้อยละ 44.1 ($p<0.05$) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อ *H. pylori* ในการ

ศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า ผู้ที่ใช้ยาลูกกลอนหรือยาน้ำแผนโบราณมีโอกาสติดเชื้อ *H. pylori* เป็น 3.22 เท่าของผู้ที่ไม่ใช้ยาลูกกลอนหรือยาน้ำแผนโบราณ ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะการใช้ยาของผู้ป่วยในประเทศไนจีเรีย[15] คือ ผู้ป่วยมีการใช้ยาสมุนไพรในสถานพยาบาลทุติยภูมิ โดยร้อยละ 38.00 เป็นการสกัดสมุนไพรจากแอลกอฮอล์ด้วยตนเอง และสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทย[16] ที่พบว่า ร้อยละ 12.97 มีการใช้ยาสมุนไพรแผนโบราณ และร้อยละ 1.62 ใช้ผลิตภัณฑ์ยาลูกกลอน ยาผงสมุนไพรไทย และยาต้มสมุนไพร

ข้อเสนอแนะ

ควรพัฒนาระบบการคัดกรองและเฝ้าระวังการติดเชื้อ *H.pylori* ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยแผลที่ลำไส้เล็กส่วนต้น และควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพรที่ถูกต้องและเหมาะสม โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ยาลูกกลอนหรือยาน้ำแผนโบราณ เนื่องจากผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มดังกล่าวมีอัตราการติดเชื้อ *H.pylori* สูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ ซึ่งหากผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวนี้ได้รับการตรวจคัดกรองการติดเชื้อ *H.pylori* ที่รวดเร็วและเหมาะสมมากยิ่งขึ้นก็จะสามารถช่วยลดความรุนแรง รวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ โรคมะเร็งได้มากยิ่งขึ้นเช่นกัน

ข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อ *H. pylori* และการเกิดมะเร็ง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผนงานควบคุมและป้องกันโรคมะเร็ง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณบุคลากรและเจ้าหน้าที่ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านของโรงพยาบาลด่านขุนทดที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. Zamani M, Ebrahimtabar F, Zamani V, et al. Systematic review with meta-analysis: the worldwide prevalence of Helicobacter pylori infection. Aliment Pharmacol Ther. 2018;47(7):868–876.
2. Prakitpunthu T. Helicobacter pylori: basic and surgical practice. Thai J Surgery. 1997;18(2):73-87.
3. Vivatvakin B, Theamboonlers A, Semakachorn N, Wongsawadi L. Prevalence of CagA and VacA genotype of Helicobacter pylori in Thai children. J Med Assoc Thai. 2004;87 (11):1327-1331.
4. Kishk RM, Soliman NM, Anani MM, et al. Genotyping of Helicobacter pylori virulence genes CagA and VacA: regional and national study. Int J Microbiol. 2021;2021:1-7.
5. Uchida T, Miftahussurur M, Pittayanon R, et al. Helicobacter pylori infection in Thailand: a nationwide study of the CagA phenotype. PLoS ONE. 2015;10(9):e0136775.
6. Kuntaraksa N. Diagnostic Test for Helicobacter Pylori infection by histology and rapid urease (CLO) test at Surin Hospital. Med J Sisaket Surin Buriram Hosp. 2009;24(3):45-54.

7. Mitipat N, Siripermpool P,Jadwattanakul T, Chaunthongkum S.The prevalence of Helicobacter pylori infection in patients with gastrointestinal symptoms in Chon Buri, Thailand. Southeast Asian J Trop Med Public Health. 2005 ;36(2):341-346.
8. Kullavanijaya P, Thong-Ngam D, Hanvivatvong O, Nunthapisud P, Tangkijvanich P, Suwanagool P. Analysis of eight different methods for the detection of Helicobacter pylori infection in patients with dyspepsia. J Gastroenterol Hepatol. 2004;19 (12):1392-1396.
9. Willems P, de Repentigny J, Hassan GM, Sidani S, Soucy G, Bouin M. The Prevalence of Helicobacter pylori infection in a quaternary hospital in Canada. J Clin Med Res. 2020;12(11) :687-692.
10. Daniel WW. Biostatistics: a foundation for analysis in the health sciences, 7th edition. New York: John Wiley and Sons Inc; 1999.
11. World Health Organization. WHO STEPS surveillance manual: the WHO STEPwise approach to chronic disease risk factor surveillance/noncommunicable diseases and mental health. Gevena: World Health Organization; 2017.
12. Changthom S, Wirachpongsanon A, Jitpratoom P, Anuwong A. Correlation between Helicobacter Pylori gastritis and gastric mucosal pattern by narrow band imaging endoscopy in police general hospital. Mahasarakham Hosp J. 2019;13(3):78-83.
13. Supina S. The Prevalence of Helicobacter Pylori infection in patients with peptic ulcer disease in Phayao hospital, Phayao, Thailand. Phichit Hosp J. 2015;4:39-46.
14. Rugge M, Meggio A, Pennelli G, et al. Gastritis staging in clinical practice: the OLGA staging system. Gut. 2007;56(5) :631–636.
15. Fakeye TO, Tijani A, Adebisi O. A survey of the use of herbs among patients attending secondary-level health care facilities in southwestern Nigeria. J Herb Pharmacother. 2007;7 (3-4):213-227.
16. Asipong S. Health product use behavior with no medical indications among patients with chronic diseases at Rasi Salai, Sisaket Province. Thai J Pharm Pract. 2015;7(2):105-113.