

รายงานผู้ป่วยแผลเป็บติคทะลุจากเชื้อรา

ยุทธพงศ์	วงษ์มหิศ	พ.บ., ว.ว. ศัลยศาสตร์*
อาคม	เสื่อสาวะถี	พ.บ.*
ศุภกานต์	เตชะพงษ์ธร	พ.บ., ว.ว. ศัลยศาสตร์, วท.ม. (พัฒนาสุขภาพ)*

บทคัดย่อ

โรคแผลเป็บติคทะลุ เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยที่สุดของโรคแผลเป็บติค การรักษาโดยการผ่าตัดถือเป็นมาตรฐานในการรักษา การพยากรณ์โรคจะดีหรือไม่ขึ้นกับอายุ โรคประจำตัวที่ผู้ป่วยมีอยู่เดิม การผ่าตัดรักษาที่ล่าช้า สภาพผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด โดยเชื้อที่มักพบรวม และต้องรักษาไปกับแผลเป็บติคเสมอคือ *Helicobacter pylori* ในรายงานนี้ นำเสนอผู้ป่วยโรคแผลเป็บติคทะลุที่เกิดจากเชื้อรา *Candida albicans* ซึ่งเป็นเชื้อที่พบได้ไม่บ่อย และมักพบในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดจากเชื้อดังกล่าวร่วมด้วย ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการผ่าตัดรักษา ได้รับยาปฏิชีวนะและยาค้านเชื้อรา แต่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงและเสียชีวิตในเวลาต่อมา

Abstract

Fungal Peptic Ulcer Perforation: a Case Report

Yuthapong Wongmahisorn MD, FICS
Arkorn Suesawatee MD
Suphakorn Techapongsatorn MD, FICS, MSc

Department of Surgery, BMA Medical College and Vajira Hospital

Peptic ulcer perforation is the most common complication of peptic ulcer disease. Surgical management is the standard treatment. The mortality and morbidity depend on age, underlying disease, delay of operation, pre-operative status. The *Helicobacter pylori* is the common organism that related to and should be treated with peptic ulcer perforation. In this report, we present the patient who had peptic ulcer perforation and septicemia from *Candida albicans*. This is an uncommon organism in peptic ulcer disease. In spite of the surgical management, appropriate antibiotics and anti-fungal agents, the patient died during post-operative period.

Key words: peptic ulcer perforation, *Candida albicans*

* ภาควิชาศัลยศาสตร์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล สำนักการแพทย์ กทม.

บทนำ

โรคแผลเป็บติค เป็นโรคที่พบบ่อยในทางคลินิก บทบาทของ ศัลยแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยโรคแผลเป็บติคมักเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากแผล เช่น แผลทะลุ (peptic ulcer perforation) ตกเลือดในทางเดินอาหาร (peptic ulcer bleeding) และภาวะ ส่วนปลายของกระเพาะอาหารอุดตันจากแผลเรื้อรัง (gastric outlet obstruction)

ภาวะแทรกซ้อนชนิดแผลเป็บติคทะลุ เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยมากที่สุด^{1,2} การรักษาโดยการผ่าตัดมักได้ผลดี มีภาวะแทรกซ้อนต่ำ ในรายงานนี้นำเสนอผู้ป่วยแผลเป็บติคทะลุจากเชื้อรา ซึ่งพบได้น้อยมาก และผลการรักษาไม่ดี ผู้นิพนธ์ได้ทบทวนกรณีผู้ป่วยและวรรณกรรมเพื่อนำเสนอแนวทางการดูแลเพื่อผู้ป่วยรายอื่น ๆ ต่อไป

รายงานผู้ป่วย

ประวัติ

ผู้ป่วยหญิงอายุ 63 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการปวดท้องทั่ว ๆ อย่างเฉียบพลันมา 4 ชั่วโมง โดย 1 สัปดาห์ก่อน มีอาการปวดแสบแน่นท้อง บริเวณใต้ลิ้นปี่ จึงซื้อยาลูกกลอนทานเอง หลังจากนั้นมีอาการท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียนเป็นน้ำสีเขียว ๆ

ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน และมีอาการปวดเข่า รักษาด้วยการทานยาในกลุ่ม NSAIDS เป็นประจำ

ตรวจร่างกาย

สัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 26 ครั้ง/นาที ความดันเลือด 90/60 มม.ปรอท

ผู้ป่วยลักษณะ ซึม ซีด ไม่เหลือียง

ผลการตรวจทรวงอก ปอด และหัวใจ ปกติ

ตรวจทางหน้าท้อง พบลักษณะ generalized voluntary guarding, rigidity, hypoactive bowel sound, loss of liver dullness

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

CBC: ฮีมาโทคริตร้อยละ 26.7 เฮโมโกลบิน 8.6 กรัม/ดล. จำนวนเม็ดเลือดขาว 10,100 เซลล์/ลบ.มม. จำนวนเกล็ดเลือด

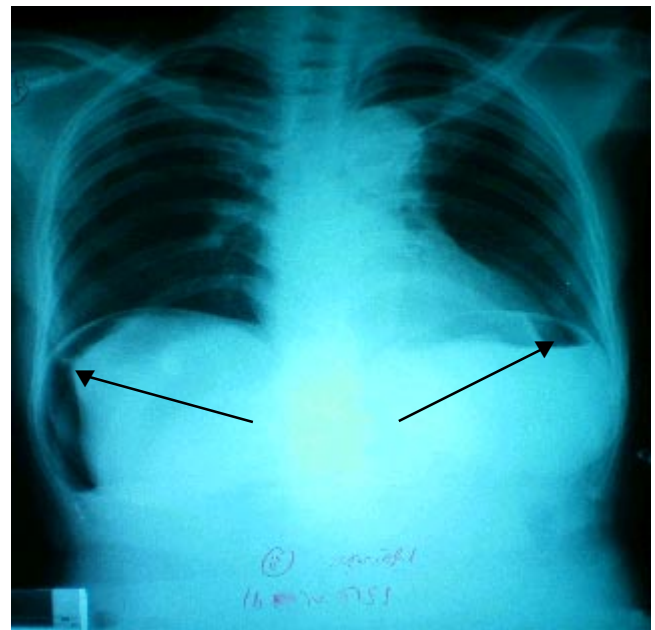
643,000 เซลล์/ลบ.มม. นิวโทรฟิลร้อยละ 41.0 ลิมโฟไซต์ร้อยละ 48.0, band form ร้อยละ 3.0

แปลผล ผู้ป่วยมีภาวะซีด มีเม็ดเลือดขาวสูงผิดปกติ และมี band form ร่วมด้วย มีเกล็ดเลือดสูงกว่าปกติ ร่วมกับอาการแสดงของผู้ป่วย บ่งชี้ว่าผู้ป่วยอยู่ในภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

ระดับน้ำตาลในเลือด 428 มก./ดล., BUN 44 มก./ดล., creatinine 2.5 มก./ดล. ระดับโซเดียมในเลือด 132 มิลลิโมล/ลิตร ระดับโปแตสเซียมในเลือด 4.8 มิลลิโมล/ลิตร ระดับไบคาร์บอเนตในเลือด 32 มิลลิโมล/ลิตร ระดับคลอไรด์ในเลือด 72 มิลลิโมล/ลิตร ระดับอัลบูมินในเลือด 3.0 กรัม/ดล.

แปลผล น้ำตาลในเลือดสูง มีภาวะไตวาย และเกลือแร่ภายในร่างกายผิดปกติ ซึ่งน่าจะเป็นผลจากโรคเบาหวานซึ่งเป็นโรคประจำตัวของผู้ป่วย และก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยทานอาหารไม่ได้ และมีอาการอาเจียน

ภาพถ่ายทางรังสี ชนิด acute abdomen series พบลมผิดปกติใต้กระบังลมทั้งสองข้าง (รูปที่ 1)



รูปที่ 1 ภาพถ่ายรังสีทรวงอก พบมีลมผิดปกติในช่องท้องบริเวณใต้กระบังลมทั้งสองข้าง (ลูกศรชี้)

การวินิจฉัยเบื้องต้น

ภาวะเชื่อกุช่องท้องอักเสบเฉียบพลันจากกระเพาะอาหารทะลุ (peritonitis due to peptic ulcer perforation)

การรักษา

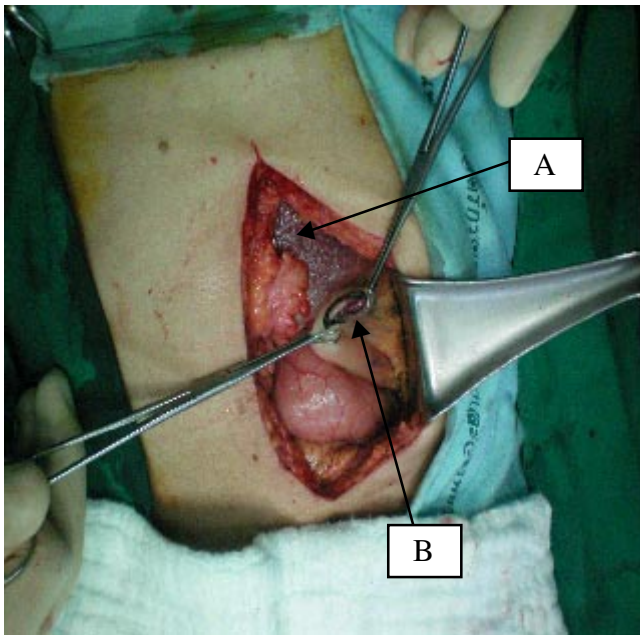
ให้ยาปฏิชีวนะชนิด Ceftriazone 2 กรัมทางหลอดเลือดดำ วันละ 1 ครั้ง Metronidazole 500 มก. ทางหลอดเลือดดำทุก 8 ชั่วโมง ให้สารน้ำทดแทนชนิด Ringer Lactate solution ทางหลอดเลือดดำ ใส่สายเข้ากระเพาะอาหาร (nasogastric tube) และใส่สายสวนกระเพาะปัสสาวะ (Foley's catheter)

ภายหลังการให้สารน้ำทดแทน เตรียมความพร้อมผู้ป่วย เพื่อผ่าตัด จึงได้นำผู้ป่วยเข้าผ่าตัด

ผลการผ่าตัด

พบน้ำในช่องท้องประมาณ 500 มล. เป็นน้ำสีเขียวปนน้ำตาล และมีเศษอาหารปน กระจายไปทั่วในช่องท้อง พบรูทะลุของกระเพาะอาหารบริเวณ fundus ขนาด 1 ซม. (Type IV Modified Csendes & Johnson classification; รูปที่ 2)

จึงได้ผ่าตัดโดยตัดขอบแผลออกจนได้เนื้อกระเพาะที่ดี และทำการปิดรูกระเพาะด้วย Graham's patch ล้างท้องจนสะอาด และปิดผนังหน้าท้อง



รูปที่ 2 ภาพการผ่าตัด A คือตับ

B คือรูทะลุของกระเพาะอาหารบริเวณ fundus

การดูแลหลังผ่าตัด

หลังผ่าตัดให้ผู้ป่วยงดน้ำงดอาหาร ให้ยาปฏิชีวนะเดิมต่อ ให้สารน้ำทดแทน ผู้ป่วยยังมีอาการของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ผู้ป่วยซึม แต่ยังตอบสนองได้ดี

สัญญาณชีพ มีไข้อยู่สูงตลอด อุณหภูมิกาย 38-40 องศาเซลเซียส หายใจเร็ว 32-36 ครั้ง/นาที ชีพจร 90-100 ครั้ง/นาที ความดันเลือดปกติ (90/60-110/70 มม.ปรอท) ปัสสาวะออกน้อย ประมาณ 10-20 มล./ชั่วโมง

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบมีระดับอัลบูมินในเลือดต่ำ 1.9 กรัม/ดล. (hypoalbuminemia)

จึงได้ให้สารน้ำทดแทน และให้ human albumin ทางหลอดเลือดเป็นระยะ ร่วมกับยาขับปัสสาวะ ทำการควบคุมน้ำตาลในกระแสเลือดด้วย human insulin ฉีดได้ผิวหนังเป็นครั้ง ๆ ควบคุมระดับสารน้ำและปริมาณปัสสาวะ

อาการผู้ป่วยคงเดิมในสภาพดังกล่าว มีอาการแสดงของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดตลอดระยะเวลาหลังผ่าตัด 3 วันแรก จึงได้เปลี่ยนยาปฏิชีวนะเป็น Tazacin 4.5 กรัม และ Ciprofloxacin 400 มก. โดยให้ยาทั้ง 2 ชนิดทางหลอดเลือดดำทุก 12 ชั่วโมง วันที่ 4 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยมีปัญหา serosanguinous ascites และมีน้ำคั่งออกทางแผลหน้าท้อง จึงให้การวินิจฉัยว่ามีรูรั่วที่กระเพาะอาหารซ้ำอีก ได้เตรียมผู้ป่วยและนำผู้ป่วยไปผ่าตัดซ้ำ ผลการผ่าตัด พบมีน้ำคั่งปนเศษอาหารประมาณ 200 มล. กระจายอยู่ทั่วช่องท้อง และพบรูทะลุของกระเพาะอาหารบริเวณ fundus ที่เดิม เนื้อเยื่อที่เย็บไว้ยุบ ทำให้ไหมที่เย็บไว้เดิมแยกออก หลังจากล้างท้องจนสะอาด และพยายามควบคุมรูทะลุที่กระเพาะอาหารโดยการเย็บซ้ำ แบบ Graham's patch เนื่องจากสภาวะของผู้ป่วยไม่คงที่ มีความดันเลือดต่ำ ปัสสาวะไม่ออก จึงไม่สามารถผ่าตัดรักษาแบบ definite surgery เช่น การทำ partial gastrectomy (antrectomy) ได้

หลังการผ่าตัด อาการผู้ป่วยคงเดิม อยู่ในภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ความดันเลือดต่ำ หายใจเร็ว ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ ให้สารน้ำทดแทน และให้ยาปฏิชีวนะอย่างต่อเนื่อง

ผลการตรวจทางพยาธิวิทยา พบเป็น perforated chronic gastric ulcer และพบมี yeast and hyphae form ที่แผลร่วมด้วย ผลเพาะเชื้อจากกระแสเลือด พบมีเชื้อ *Candida albicans* ผลเพาะเชื้อจากน้ำในช่องท้องพบมีเชื้อ *E. coli*, *Acinetobacter baumannii* และ *Candida albicans*

จึงให้ยา Amphotericin เพิ่มในขนาด 30 มก. ทางหลอดเลือดดำ วันละครั้ง

อาการผู้ป่วยไม่ดีขึ้น อยู่ในภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรง และมีภาวะไตวายเฉียบพลัน ระบบไหลเวียนเลือดล้มเหลว และเสียชีวิตในวันที่ 10 หลังการผ่าตัดครั้งที่ 2

วิจารณ์

โรคแผลเป็บติค เป็นโรคที่พบบ่อยชนิดหนึ่งในทางคลินิก ที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก โดยพบสาเหตุของคลื่น-แพทยในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคแผลเป็บติค คือการค้นหาและรักษาเชื้อ *Helicobacter pylori* และการผ่าตัดศัลยกรรมที่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคแผลเป็บติค ได้แก่ แผลเป็บติคทะลุ ตกเลือดในทางเดินอาหาร และภาวะส่วนปลายของกระเพาะอาหารอุดตันจากแผลเรื้อรัง โดยแผลเป็บติคทะลุเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุด¹⁻³

อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยแผลเป็บติคทะลุ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือกรณีผู้ป่วยอายุน้อย มักมาด้วยอาการปวดท้องอย่างเฉียบพลัน และรุนแรง การตรวจร่างกายจะพบลักษณะ peritonitis ส่วนกลุ่มผู้ป่วยอายุมาก หรือ chronic ill อาการและอาการแสดงอาจไม่มาก จนทำให้วินิจฉัยล่าช้าหลายวันหรือเป็นสัปดาห์¹⁻³ สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดแผลเป็บติคทะลุ ได้แก่ NSAIDS⁴⁻⁶, aspirin⁵ และการสูบบุหรี่⁷

การวินิจฉัย โดยประวัติและการตรวจร่างกาย การตรวจด้วยภาพทางรังสี acute abdomen series เป็นวิธีการที่ให้ประโยชน์มากที่สุดถ้าพบลมผิดปกติภายในช่องท้อง (abnormal air, free air) แต่ในกรณีที่มีวินิจฉัยยาก ไม่พบ free air หรือกรณีผู้ป่วยเจ็บป่วยเรื้อรัง การทำ Computed Axial Tomography (CT scan) ถือเป็นวิธีการตรวจสอบที่มีความไวสูงที่สุดในการวินิจฉัยโรค¹⁻³

การผ่าตัดถือเป็นการรักษามาตรฐานสำหรับภาวะแผลเป็บติคทะลุ โดยเป้าหมายของการรักษาคือ ปิดรูที่รั่วของแผลเป็บติคและเนื่องจากการที่เกิดรูรั่วและมีน้ำย่อยจากกระเพาะอาหารไหลออกผ่านรู มักทำให้เนื้อเยื่อรอบ ๆ อักเสบด้วย การเย็บปิดรูรั่วจึงแนะนำให้ใช้ omentum มาเสริมการปิดรูรั่วดังกล่าว หรือที่เรียกว่า Graham's patch แต่สิ่งที่ต้องพิจารณาเพิ่มเติมคือ กรณีแผลเป็บติคที่ลำไส้เล็กส่วนดูโอดินัม (duodenal ulcer) รวมถึงแผลเป็บติคที่กระเพาะอาหาร (gastric ulcer) ชนิด II, III การที่ผู้ป่วยมีประวัติของแผลเป็บติคมาก่อน มีลักษณะของแผลเรื้อรัง เช่น ขอบแผลแข็ง ควรพิจารณาทำผ่าตัดแบบ definitive antiulcer คือการผ่าตัดเพื่อลดการสร้างกรดร่วมกับ ยกเว้นมีข้อบ่งห้าม เช่น มีการปนเปื้อนในช่องท้องมาก (severe contamination) จากการผ่าตัดที่ล่าช้านานกว่า 48 ชั่วโมงหลังการทะลุ มีสัญญาณชีพที่ไม่คงที่ เช่น ภาวะช็อคก่อนการผ่าตัด มีการเจ็บป่วยเดิมที่รุนแรง เช่น โรคหัวใจขาดเลือด สำหรับแผลเป็บติคที่กระเพาะอาหารชนิด I, IV ซึ่งไม่เกี่ยวข้องกับภาวะ hyperacidity นั้น การผ่าตัดเพื่อลดการสร้างกรดไม่จำเป็น แต่ควรตัดขอบแผลออก (wedge resection) เพื่อ

พิจารณาส่งตรวจแยกโรคว่าเป็นมะเร็งที่กระเพาะอาหารหรือไม่¹⁻³

การพบเชื้อที่สัมพันธ์กับแผลเป็บติคทะลุ จะพบเชื้อ *Helicobacter pylori* ร่วมด้วยได้ เนื่องจากร้อยละ 95 ของผู้ป่วยแผลเป็บติคที่ลำไส้เล็กส่วนดูโอดินัม และร้อยละ 50-80 ของแผลเป็บติคที่กระเพาะอาหารมักพบเชื้อนี้อยู่ด้วย ซึ่งหากตรวจพบจะต้องให้ยาปฏิชีวนะรักษา เพื่อการกำจัดเชื้อให้หมด และลดอุบัติการณ์เป็นแผลเป็บติคซ้ำ⁸ โดยยาปฏิชีวนะที่นิยมให้คือ clarithromycin 1 กรัมต่อวัน ร่วมกับ amoxicillin ขนาด 2 กรัมต่อวัน ร่วมกับยาลดกรด ชนิด proton pump inhibitors เป็นเวลาสองสัปดาห์

ความสัมพันธ์ของแผลเป็บติคทะลุกับเชื้อรา พบมีรายงานไม่มาก แต่รายงานดังกล่าวกลับพบว่าอัตราการตรวจพบเชื้อราจากการเพาะเชื้อจากน้ำในช่องท้องในผู้ป่วยแผลเป็บติคทะลุสูง และผู้ป่วยดังกล่าวก็มีอัตราการเสียชีวิตสูง ซึ่งอาจเนื่องมาจากแพทย์ไม่ได้ให้ความสนใจกับผลการเพาะเชื้อราในผู้ป่วยดังกล่าว เช่น รายงานของ Peoples⁹ พบเชื้อ *Candida* จากผลเพาะเชื้อน้ำในช่องท้องของผู้ป่วยกระเพาะอาหารทะลุสูงถึงร้อยละ 57 และมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 18.8 การศึกษาของ Lee และคณะ¹⁰ พบเชื้อราชนิด *Candida* จากผลเพาะเชื้อน้ำในช่องท้องของผู้ป่วยกระเพาะอาหารทะลุร้อยละ 37.1 และมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 21.7 เช่นเดียวกับรายงานของ Shan และคณะ¹¹ ซึ่งรายงานพบว่าผลการเพาะเชื้อจากน้ำในช่องท้องของผู้ป่วยกระเพาะอาหารทะลุพบมีเชื้อราสูงถึงร้อยละ 43.4

ในทางคลินิกการเพาะเชื้อราในผู้ป่วยแผลเป็บติคทะลุไม่ได้ทำกันเป็นมาตรฐาน และการเพาะเชื้อรามักทำได้ยาก แต่ควรต้องทำในผู้ป่วยกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อรา ได้แก่ ผู้ป่วยสูงอายุ (มากกว่า 55 ปี) มีภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ เช่น โรคเบาหวาน มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเมื่อแรกรับ เช่น ภาวะช็อค ชีพจรเต้นเร็ว มีภาวะอวัยวะล้มเหลวก่อนการผ่าตัด (preoperative organ failure) เช่น ภาวะไตวาย ให้การรักษาซ้ำ มีค่า Mannheim Peritonitis Index (MPI) และ Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE) II scores สูง ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีอัตราการเสียชีวิตสูงด้วย⁹⁻¹⁵

ส่วนที่มาของเชื้อรา Nakamura และคณะ¹⁶ ได้ทดลองเพื่อศึกษาผลของเชื้อ *Candida albicans* ในอาหารว่ามีผลต่อการเกิดแผลเป็บติคหรือไม่ โดยการศึกษาแบบสุ่มเปรียบเทียบในหนูชนิด Wistar ที่กินน้ำที่มีและไม่มีเชื้อ *Candida albicans* พบว่าหนูที่กินน้ำที่มีเชื้อผสมอยู่เกิดโรคแผลเป็บติคสูงถึงร้อยละ 94.1 ดังนั้นเชื้อราดังกล่าวน่าจะปนเปื้อนมาจากอาหารที่รับประทาน และเมื่อภูมิคุ้มกันร่างกายต่ำ ก็เป็นเหตุให้เชื้อราแสดงอาการและทำให้ร่างกายเกิดภาวะติดเชื้อ

การรักษาจะต้องให้ยาต้านเชื้อราทางหลอดเลือด (systemic antifungal agents) อย่างเหมาะสมและทันที่ที่จะสามารถลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้⁹⁻¹¹

ในผู้ป่วยรายนี้ การวินิจฉัยจากประวัติ การตรวจร่างกาย และผลการตรวจทางรังสี เข้าได้กับแผลเป็บติคทะเล ผู้ป่วยมีประวัติการใช้ยากลุ่ม NSAIDS ประจำ และผลการผ่าตัดพบว่าเป็นแผลเป็บติคที่กระเพาะอาหารชนิด IV ทะลุ การรักษาในขั้นต้น จึงเลือกที่จะตัดขอบแผลออกและเย็บแผลปิดแบบ Graham's patch แต่หลังการรักษา ผู้ป่วยอาการไม่ดีขึ้น มีปัญหาติดเชื้อในกระแสเลือดภาวะทุโภชนาการ และผู้ป่วยเกิดภาวะรั่วของแผลที่กระเพาะอาหารอีกครั้ง ภายหลังการผ่าตัดครั้งที่สอง ผลรายงานการเพาะเชื้อทั้งจากเลือด น้ำในช่องท้อง และขอบแผล พบมีเชื้อราชนิด *Candida albicans* จึงให้ systemic antifungal agents เป็น Amphotericin แต่พบว่าผู้ป่วยมีภาวะ multiorgan failure และเสียชีวิตในวันที่ 14 หลังการผ่าตัดครั้งแรก

ฉะนั้นในกรณีผู้ป่วยแผลเป็บติคทะเล ที่พบว่าตำแหน่งที่ทะลุหรือรั่วไม่ใช่ตำแหน่งที่พบทั่วไป เช่นผู้ป่วยรายนี้เป็น Type IV มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดตั้งแต่แรกเริ่ม มีภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ เช่น มีโรคประจำตัวที่ควบคุมได้ไม่ดี โรคเบาหวาน ให้การรักษาที่เป็นมาตรฐานคือการผ่าตัด ให้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมแล้วแต่อาการยังไม่ดีขึ้นหรืออาการแย่ลงอย่างรวดเร็ว มีการรั่วของแผลที่กระเพาะอาหารซ้ำ ควรนึกถึงการติดเชื้อที่ไม่ค่อยพบในคนทั่วไป เช่น เชื้อราไว้ด้วย เพื่อให้การรักษาด้วย systemic antifungal agents อย่างทันที่

สรุป

เชื้อราที่พบในแผลกระเพาะอาหารทะลุพบได้น้อย แต่มักทำให้ผู้ป่วยมีอาการที่รุนแรง มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด มีภาวะ multiorgan failure และอาการแย่ลงอย่างรวดเร็ว ดังนั้นควรคำนึงถึงเชื้อราและให้การรักษาอย่างรวดเร็วในกรณีที่ผู้ป่วยมีตำแหน่งของรูรั่วไม่ใช่ตำแหน่งที่พบทั่วไป มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดตั้งแต่แรกเริ่ม มีภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ และอาการไม่ดีขึ้นในระยะเวลาที่เหมาะสมหรือแย่ลงอย่างรวดเร็ว

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณหัวหน้าภาควิชาศัลยศาสตร์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลที่อนุญาตให้นำรายงานผู้ป่วยรายนี้มานำเสนอ

เอกสารอ้างอิง

1. Primrose JN. Stomach and duodenum. In: Russel RCG, Williams NS, Bulstrode CJK, editors. Bailey & Love's short practice of surgery. 24th ed. London: Arnold; 2004, p. 1026-62.
2. Dempsey DT. Stomach. In: Brunicaardi FC, editors. Schwartz's principles of surgery. 8th ed. New York: The McGraw-Hill; 2005. p. 993-6.
3. Livingston EH. Stomach and duodenum. In: Norton JA, editor. Surgery basic science and clinical evidence. New York: Springer; 2000. p. 489-516.
4. Vonkeman HE, Fernandes RW, van der Palen J, van Roon EN, van de Laar MA. Proton-pump inhibitors are associated with a reduced risk for bleeding and perforated gastroduodenal ulcers attributable to non-steroidal anti-inflammatory drugs: a nested case-control study. *Arthritis Res Ther* 2007; 9: R52.
5. García Rodríguez LA, Barreales Tolosa L. Risk of upper gastrointestinal complications among users of traditional NSAIDs and COXIBs in the general population. *Gastroenterology* 2007; 132: 498-506.
6. Gutthann SP, García Rodríguez LA, Raiford DS. Individual nonsteroidal antiinflammatory drugs and other risk factors for upper gastrointestinal bleeding and perforation. *Epidemiology* 1997; 8: 18-24.
7. Di Carlo I, Toro A, Sparatore F, Primo S, Barbagallo F, Di Blasi M. Emergency gastric ulcer complications in elderly. Factors affecting the morbidity and mortality in relation to therapeutic approaches. *Minerva Chir* 2006; 61: 325-32.

8. Gisbert JP, Pajares JM. Helicobacter pylori infection and perforated peptic ulcer prevalence of the infection and role of antimicrobial treatment. *Helicobacter* 2003; 8: 159-67.
9. Peoples JB. Candida and perforated peptic ulcers. *Surgery* 1986; 100: 758-64.
10. Lee SC, Fung CP, Chen HY, Li CT, Jwo SC, Hung YB, et al. Candida peritonitis due to peptic ulcer perforation: incidence rate, risk factors, prognosis and susceptibility to fluconazole and amphotericin B. *Diagn Microbiol Infect Dis* 2002; 44: 23-7.
11. Shan YS, Hsu HP, Hsieh YH, Sy ED, Lee JC, Lin PW. Significance of intraoperative peritoneal culture of fungus in perforated peptic ulcer. *Br J Surg* 2003; 90: 1215-9.
12. Imhof M, Epstein S, Ohmann C, Röher HD. Duration of survival after peptic ulcer perforation. *World J Surg* 2008; 32: 408-12.
13. Arici C, Mesci A, Dincer D, Dinckan A, Colak T. Analysis of risk factors predicting (affecting) mortality and morbidity of peptic ulcer perforations. *Int Surg* 2007; 92: 147-54.
14. Hamby LS, Zweng TN, Strodel WE. Perforated gastric and duodenal ulcer: an analysis of prognostic factors. *Am Surg* 1993; 59: 319-23.
15. Irvin TT. Mortality and perforated peptic ulcer: a case for risk stratification in elderly patients. *Br J Surg* 1989; 76: 215-8.
16. Nakamura T, Yoshida M, Ishikawa H, Kameyama K, Wakabayashi G, Otani Y, et al. Candida albicans aggravates duodenal ulcer perforation induced by administration of cysteamine in rats. *J Gastroenterol Hepatol* 2007; 22: 749-56.