

ผลลัพธ์ของการผ่าตัดผ่านกล้องในผู้ป่วยกระเพาะอาหารและลำไส้เล็ก ส่วนต้นทะเลงู โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

กิตติพร กลิ่นขจร¹

บทคัดย่อ

ปัจจุบันการผ่าตัดผ่านกล้องเป็นที่ยอมรับและได้ผลดีกว่าผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง เนื่องจากปวดแผลผ่าตัดน้อยกว่า ลดวันนอนโรงพยาบาล ผู้ป่วยฟื้นตัวเร็ว การศึกษาแบบย้อนหลังเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการผ่าตัดเย็บซ่อมรูรั่วผ่านกล้อง เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้นทะเลงูที่ได้รับการผ่าตัดผ่านกล้อง โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เดือนมกราคม 2564 ถึงธันวาคม 2566 จำนวน 20 ราย เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบบันทึกผลลัพธ์ของการผ่าตัด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ คือ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และพิสัยควอไทล์ ผลการศึกษาพบว่า ระยะเวลาผ่าตัดเฉลี่ย 81.00 ± 21.92 นาที ผ่าตัดแบบ 3 ports ร้อยละ 90 การปนเปื้อนในช่องท้องอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 55 มัธยฐานปริมาณเลือดที่เสียไปขณะผ่าตัดเท่ากับ 10 ml. (Q1-Q3 : 5.5-10) ไม่พบการผ่าตัดซ้ำ พบผู้ป่วยเกิดปอดอักเสบหลังผ่าตัดและปฏิเสธการรักษา 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 5 ใช้เครื่องช่วยหายใจหลังผ่าตัด และพักรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต 2 รายคิดเป็นร้อยละ 10 ซึ่ง 1 รายเป็นรายเดียวกันกับผู้ป่วยที่เกิดปอดอักเสบและปฏิเสธการรักษา ค่ามัธยฐานระยะเวลาที่รับรักษาในโรงพยาบาล 6 วัน (Q1-Q3 : 5.5-7) สถานะเมื่อจำหน่ายเป็นปกติร้อยละ 95 ผลการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้นหลังผ่าตัด 8 สัปดาห์ พบแผลเรื้อรังหายเข้าร้อยละ 40 และติดเชื้อ *H. Pylori* ร้อยละ 55 การเย็บซ่อมรูรั่วในกระเพาะอาหาร และลำไส้เล็กส่วนต้นทะเลงูผ่านกล้องเป็นวิธีที่ปลอดภัย สามารถดำเนินการได้ในโรงพยาบาลที่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและมีเครื่องมือพร้อม

คำสำคัญ: ผลในกระเพาะอาหาร, กระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้นทะเลงู, ผ่าตัดผ่านกล้อง

¹นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

Corresponding Author; Kittiporn Klincachorn, Email: kit.pegasus@gmail.com

Received: March 15, 2024; Revised March 17, 2024; Accepted March 19, 2024

Outcome of Laparoscopic repair of perforated peptic and duodenal ulcer, Kalasin Hospital

Kittiporn Klincachorn¹

Abstract

Owing to advancements in surgical technique, laparoscopic surgery is widely used as a substitutional treatment for conventional open surgical repair because of less postoperative pain, reduced length of hospital stay, and early recovery. This retrospective descriptive study was conducted to demonstrate the outcomes of laparoscopic repair of peptic and duodenal ulcer perforation in Kalasin Hospital from January 2021 to December 2023. There were 20 enrollment cases. Data were reviewed and recorded by medical form and analyzed using descriptive statistics including percent, average, median, and standard deviation. For the results, the average operative time was 81.00 ± 21.92 minute, the most common procedure was trocar applied 3 ports (90%), 11 cases (55%) had a moderate degree of intra-abdominal contamination and estimated blood loss was 10 ml. (Q1-Q3: 5.5-10). No one underwent re-operation. Immediate post-operative complication was found in 1 case (5%) due to pneumonia, and the patient was against advice to treat. There were 2 patients (10%) who required a ventilator and ICU stay. Length of hospital stay was 6 days (Q1-Q3: 5.5 - 7). 19 patients (95%) were discharged with approval. After operative for 8 weeks, all patients were evaluated by EGD scope and mucosal biopsy. 11 patients had H. pylori infection (55%) and 8 patients had chronic ulcer (40%). Laparoscopic repair is an effective and feasible choice of perforated peptic/duodenal ulcer treatment pragmatical in center with specialists and appropriate devices.

Key word: Peptic ulcer, Peptic ulcer perforation, Laparoscopy

¹Medical Physician, Professional Level, Surgical Department, Kalasin Hospital

บทนำ (Introduction)

โรคกระเพาะอาหาร หรือแผลในกระเพาะอาหาร (Peptic ulcer disease) คือแผลที่เกิดบริเวณชั้นเยื่อบุทางเดินอาหาร (Mucosa) ของกระเพาะอาหารหรือลำไส้เล็กส่วนต้นที่ลึกจนถึงชั้นใต้เยื่อบุทางเดินอาหาร (Submucosa)¹ พบผู้ป่วยรายใหม่สำหรับโรคนี้ทั่วโลกประมาณ 4 ล้านคนต่อปี² มีสาเหตุหลักจากการติดเชื้อแบคทีเรีย *Helicobacter pylori* (*H. pylori*)^{3,4} การใช้ยาดับการอักเสบกลุ่ม NSAID (Nonsteroidal anti-inflammatory drug)⁵ รวมถึงสาเหตุอื่น เช่น สูบบุหรี่ ยาเสพติด ความเครียด อดอาหาร ยาเคมีบำบัดบางตัว จนถึงการใช้สารสเตียรอยด์ โดยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะการทะลุของแผลในกระเพาะอาหารได้ร้อยละ 2 – 14⁶⁻⁸ ซึ่งภาวะกระเพาะอาหารทะลุ ถือเป็นภาวะฉุกเฉินที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิต หากได้รับการรักษาล่าช้า และไม่เหมาะสม และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การอักเสบของเยื่อช่องท้อง (Diffuse peritonitis) ติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) และมีโอกาสเสียชีวิตสูง⁹

อาการนำของผู้ป่วยมักมาด้วยปวดท้องบริเวณท้องด้านบนทันที และปวดอย่างรุนแรง ซึ่งไม่ได้มีอาการที่จำเพาะกับตัวโรคโดยตรง อาจมีอาการคลื่นไส้อาเจียน หรือมีไข้ เมื่อเกิดการทะลุของแผลในกระเพาะอาหารจนทำให้เกิดการรั่วของลมเศษอาหารในกระเพาะที่รับประทานเข้าไป

และน้ำย่อยในทางเดินอาหารส่วนต้นผ่านทางรูทะลุ จะทำให้เกิดการระคายเคืองของเยื่อช่องท้อง จนเกิดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ จึงทำให้มีอาการปวดท้องรุนแรงทันที มีภาวะหัวใจเต้นเร็ว ร่วมกับมีอาการเกร็งของหน้าท้อง (Abdominal rigidity)⁶

การวินิจฉัยยังจำเป็นต้องส่งตรวจเพิ่มเติม เช่น เอกซเรย์ช่องท้อง ซึ่งจะพบภาวะลมรั่วในช่องท้องใต้กระบังลม (Free air under dome diaphragm)⁶ อย่างไรก็ตาม การเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ยังมีความจำเป็นในผู้ป่วยที่ไม่สามารถวินิจฉัยได้ด้วยเอกซเรย์ช่องท้อง ซึ่งมีความแม่นยำในการวินิจฉัยได้ถึงร้อยละ 98¹⁰ การรักษาหลัก คือ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จำเป็นต้องผ่าตัด เช่น กระเพาะอาหารทะลุจากแผล เลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบน (Gastric ulcer bleeding) ทางเดินอาหารอุดตัน¹¹ โดยให้ยาลดการสร้างกรดในทางเดินอาหาร (Proton pump inhibitor) ร่วมกับการรักษาที่สาเหตุ เช่น ยารักษาการติดเชื้อ *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) การงดปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวข้างต้น พร้อมปรับพฤติกรรมผู้ป่วย (Lifestyle modification) และจึงทำให้ปัจจุบันมีการรักษาด้วยการผ่าตัดลดลง¹² อย่างไรก็ตาม การผ่าตัดยังมีความสำคัญ ในกรณีที่เกิดภาวะแทรกซ้อนของแผลในกระเพาะอาหารทะลุ ซึ่งการผ่าตัดได้หลายวิธี เช่น เย็บซ่อมรูรั่วในกระเพาะอาหาร (Simple suture) ร่วมกับการนำเนื้อเยื่อ

Omentum มาเสริม¹³ หรือผ่าตัดเพื่อลดการสร้างกรดในกระเพาะอาหาร (Vagotomy) ร่วมกับตัดต่อกระเพาะอาหารและลำไส้ โดยปัจจุบันการผ่าตัดเพื่อลดการสร้างกรดมีความนิยมลดลง เนื่องจากมียาที่มีประสิทธิภาพเทียบเท่ากับการผ่าตัดเพื่อลดการสร้างกรด จึงทำให้ปัจจุบันนิยมใช้วิธียับยั้งกรดในกระเพาะอาหารและรับประทานยาต่อเนื่อง¹⁴ นอกจากนี้ ผู้ป่วยบางคนที่ไม่เหมาะสมที่จะรักษาด้วยการผ่าตัด การรักษาด้วยวิธีไม่ผ่าตัดจึงเป็นอีกทางเลือกหนึ่ง (Non-operative management)¹⁶ ในขณะที่ปัจจุบันการผ่าตัดผ่านกล้อง (Laparoscopic surgery) เพื่อรักษาโรคทางศัลยกรรม เช่น ถุงน้ำดีอักเสบ นิ่วในถุงน้ำดี มะเร็งลำไส้ใหญ่ และไส้ติ่งได้รับความนิยมมากขึ้น แทนการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง (Laparotomy) เนื่องจากมีข้อดีคือ แผลผ่าตัดมีขนาดเล็ก เจ็บแผลน้อยกว่า และผู้ป่วยฟื้นตัวเร็วกว่าการผ่าตัดเปิดหน้าท้อง^{16,17} โดยพบรายงานการผ่าตัดรักษาแผลในกระเพาะอาหารทะลุผ่านกล้องครั้งแรกโดย Dr. P. Mouret et al. ในปี ค.ศ.1989¹⁸ อย่างไรก็ตาม มีการศึกษาพบว่า หากมีอายุการเกิน 24 ชม. หรืออายุมากกว่า 70 ปี มีภาวะความดันต่ำ ASA grade III และ IV (American Society of Anesthesiology) ถือว่ามีความเสี่ยงสูง ควรพิจารณารักษาด้วยการผ่าตัดโดยเปิดหน้าท้อง ซึ่งได้ผลลัพธ์ของการรักษาดีกว่า¹⁹

งานวิจัยนี้ เป็นการศึกษาผลลัพธ์ของการผ่าตัดผ่านกล้องในผู้ป่วยกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้นทะลุ ในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ผลจากการศึกษาครั้งนี้ สามารถนำไปพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินทางศัลยกรรม ที่เข้ารับการรักษาด้วยภาวะกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้นทะลุโดยวิธีการผ่าตัดผ่านกล้องต่อไป

วัตถุประสงค์ (Objective)

เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการผ่าตัดผ่านกล้องในผู้ป่วยกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้นทะลุ ในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย 1. ผลลัพธ์ระหว่างผ่าตัด ได้แก่ ปริมาณเลือดที่เสียไปขณะผ่าตัด ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด วิธีผ่าตัดและ ระดับการปนเปื้อนในช่องท้อง 2. ผลลัพธ์หลังผ่าตัด ได้แก่ การผ่าตัดซ้ำ ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด การใช้เครื่องช่วยหายใจหลังผ่าตัด การเข้าพักรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤติ ระยะเวลาที่รับรักษาในโรงพยาบาล สถานะเมื่อออกจากโรงพยาบาล และผลการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้น

วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

งานวิจัยนี้ เป็นการศึกษาแบบย้อนหลังเชิงพรรณนา (Retrospective descriptive study) ในประชากรที่เป็นผู้ป่วยโรคแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้นทะลุ ที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเย็บซ่อมรูรั่วผ่านกล้อง จำนวน 20 คน

ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2565 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2566 กำหนดเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) คือ ผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 15-70 ปี ระดับความรู้สึกตัวเมื่อแรกรับเป็นปกติ เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยมีประวัติได้รับการผ่าตัดเปิดหน้าท้องมาก่อน มีอาการก่อนมาถึงโรงพยาบาลเกิน 24 ชม. ความดันโลหิตเมื่อแรกรับน้อยกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท ASA grade III และ IV (American Society of Anesthesiology) เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาภาวะแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้นทะเล โดยการผ่าตัดเย็บซ่อมรูรั่วผ่านกล้องสืบค้นจากรหัสโรคแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้นทะเล (ICD-10-CM) K255, K257, K265 รหัสหัตถการ (ICD-9-CM) 4442 เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลได้แก่ แบบบันทึกผลลัพธ์ของการผ่าตัด ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์และคำนวณด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน พิสัยควอไทล์

ข้อพิจารณาทางจริยธรรม

โครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์เลขที่ COA No. 026-2023E เมื่อวันที่ 28 ธันวาคม 2566

ผลการวิจัย (Result)

1. คุณลักษณะทั่วไป และคุณลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยโรคกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้นทะเล ผู้ป่วยโรคกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้นทะเลทั้งหมดเป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 60.35 ± 11.49 ปี ส่วนใหญ่อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 60 มีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูงมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 25 รองลงมา คือ โรคตับแข็งจากการดื่มสุรา ร้อยละ 20 โรคเบาหวาน ร้อยละ 15 โรคกระเพาะอาหารอักเสบ ร้อยละ 5 และ โรคไตเรื้อรัง ร้อยละ 5 ตามลำดับ ค่ามัธยฐานของระยะเวลาที่แสดงอาการจนมาถึงโรงพยาบาล (Onset previous to hospital) เท่ากับ 6 ชั่วโมง (Q1-Q3: 4-16) มีประวัติเคยใช้ยาสเตียรอยด์หรือยาสมุนไพร (Steroid and herbal used) ร้อยละ 40 และประวัติเคยใช้ยาในกลุ่มยาต้านการอักเสบ (NSAIDs) ร้อยละ 40 2. ผลลัพธ์ระหว่างผ่าตัดผู้ป่วยโรคกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้นทะเลผ่านกล้อง พบว่า ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด (Operative time) เฉลี่ย 81.00 ± 21.92 นาที ใช้การผ่าตัดแบบ 3 ports คิดเป็นร้อยละ 90 การปนเปื้อนในช่องท้องอยู่ในระดับปานกลาง (Moderate) คิดเป็นร้อยละ 55 ค่ามัธยฐานของปริมาณเลือดที่เสียไปขณะผ่าตัด (Estimated blood loss) เท่ากับ 10 ml. (Q1-Q3: 5.5 - 10) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลลัพธ์ระหว่างผ่าตัดผู้ป่วยโรคกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้นทะลุ(n=20 คน)

ผลลัพธ์ระหว่างผ่าตัด	n	ร้อยละ
Operative procedure		
Laparoscopic	20	100.0
Operative time (min.), Mean \pm SD	81.00 \pm 21.92	
Number of port		
3 ports	18	90.0
4 ports	2	10.0
Estimated blood loss (ml.), Median (Q1-Q3)	10	(5.5 - 10)
Degree of contamination		
Mild	5	25.0
Moderate	11	55.0
Severe	4	20.0

ผลลัพธ์หลังผ่าตัดผู้ป่วยโรคกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้นทะลุ ไม่พบการผ่าตัดซ้ำ (Re-operation) และไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดใน 30 วัน (30 days post-operative complication) ถึงร้อยละ 95, พบภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด (Immediately post-operative complication) ได้แก่ ปอดอักเสบ (Pneumonia) และปฏิเสธรักษา จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 5, ใช้เครื่องช่วยหายใจหลังผ่าตัด (Post-operative ventilator use) พักรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต (Need-ICU) จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 10 ซึ่ง 1 รายเป็นรายเดียวกัน

กับผู้ป่วยที่เกิดปอดอักเสบและปฏิเสธรักษา ค่ามัธยฐานของระยะเวลาที่รับรักษาในโรงพยาบาล (Length of hospital stay) เท่ากับ 6 วัน (Q1-Q3: 5.5 - 7) สถานะเมื่อจำหน่าย (Discharge status) เป็นปกติ คิดเป็นร้อยละ 95 ผลการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้น (Esophagogastroduodenoscopy: EGD หรือ Upper Endoscopy) หลังได้รับการผ่าตัดส่องกล้องที่ 8 สัปดาห์ (Post-operative EGD 8 weeks) พบแผลเรื้อรังหายช้า (Chronic ulcer) ร้อยละ 40 และติดเชื้อ *H. Pylori* ร้อยละ 55 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลลัพธ์หลังผ่าตัดผ่านกล้อง ในผู้ป่วยโรคกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้นทะลุ (n=20 คน)

ผลลัพธ์หลังผ่าตัด	n	ร้อยละ
Re-operation	0	0.0
Immediately post-operative complication		
No	19	95.0
Pneumonia	1	5.0
30 days post-operative complication		
No	19	95.0
Against advice	1	5.0
Post-operative ventilator use	2	10.0
Need-ICU	2	10.0
Length of hospital stay (days), Median (Q1-Q3)	6	(5.5 - 7)
Status discharge		
Normal	19	95.0
Against advice	1	5.0
Post-operative EGD 8 weeks		
No EGD	1	5.0
Chronic ulcer	8	40.0
H. pylori	11	55.0

อภิปรายผลและสรุปผลการวิจัย

(Discussion and Conclusion)

ผลของการผ่าตัดผู้ป่วยเพื่อรักษาแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้นทะลุผ่านกล้องโรงพยาบาลกาฬสินธุ์จำนวน 20 ราย ภายในระยะเวลา 2 ปี ประสบความสำเร็จในด้านของการผ่าตัด ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด ซึ่งโดยทั่วไปภาวะแทรกซ้อนที่มักเกิดขึ้นหลังผ่าตัดผ่านกล้อง ได้แก่ การติดเชื้อค้างอยู่ใน

ช่องท้อง (Intra-abdominal collection) และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากพยาธิสภาพที่ปอด (Post-operative lung complication)

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้นทะลุ ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คือ ตับแข็งจากการดื่มสุราเรื้อรัง ร่วมกับการใช้ยาสมุนไพร ยาสเตียรอยด์ หรือยาในกลุ่มยาต้านการอักเสบ

โดยการผ่าตัดเย็บซ่อมรูรั่วผ่านกล้องประสบความสำเร็จทุกราย ใช้เวลาในการผ่าตัดเฉลี่ย 81 นาที ซึ่งเป็นเวลาที่เหมาะสม ปริมาณเลือดที่เสียขณะผ่าตัดเฉลี่ย 10 มิลลิลิตร ซึ่งน้อยกว่าปริมาณการเสียเลือดจากการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง หลังผ่าตัดสามารถฟื้นตัวได้เร็วกว่าปกติ รวมถึงวันนอนโรงพยาบาลลดลง นอกจากนี้ ยังพบว่าร้อยละ 95 ของผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้ตามปกติทุกราย ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากผ่าตัด เช่น การติดเชื้อในช่องท้อง หรือมีรูรั่วซ้ำ (Leakage) ภายใน 30 วันหลังจากการรักษา อย่างไรก็ตาม พบผู้ป่วย 1 รายที่ไม่สามารถถอดท่อช่วยหายใจได้หลังผ่าตัดร่วมกับพบภาวะแทรกซ้อนจากปอดอักเสบและปฏิเสธการรักษาต่อในโรงพยาบาลในระยะเวลาดังกล่าว อธิบายได้ว่าภาวะแทรกซ้อนปอดอักเสบที่เกิดขึ้นสัมพันธ์กับการเป็นผู้ป่วยสูงอายุ คือ 78 ปี ร่วมกับมีโรคประจำตัว ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไตเสื่อมระยะที่ 4 ซึ่งผู้ป่วยสูงอายุมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเมื่อเทียบกับผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ และส่งผลต่อแนวโน้มของอัตราการตายที่สูงขึ้น ทั้งนี้ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 80-99 ปีและได้รับการผ่าตัดจะมีอัตราการตายภายใน 1 ปี และอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน

ระหว่างผ่าตัดสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ 70-89 ปี²⁰ นอกจากนี้ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุยังเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมตั้งแต่ 3 โรคขึ้นไป มีโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนเป็น 8.47 เท่าของผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมน้อยกว่า 3 โรค เป็นต้น²¹ ดังนั้น ในผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวหลายโรคสูงอายุ หรือมีอาการก่อนมาโรงพยาบาลนานเกิน 24 ชม. ศัลยแพทย์อาจพิจารณาผ่าตัดโดยการรักษาแบบผ่าตัดผ่านหน้าท้องเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังการผ่าตัด⁶ สำหรับผลการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนหลังจากผ่าตัดเป็นเวลา 8 สัปดาห์ ที่ส่วนใหญ่พบการติดเชื้อแบคทีเรีย H. Pylori ถึงร้อยละ 55 ทั้งนี้เนื่องจากแผลกระเพาะอาหารส่วนใหญ่เป็นผลจากการอักเสบของเยื่อบุกระเพาะอาหารส่วน Antrum โดยการอักเสบนี้เป็นผลจากเชื้อ H. Pylori ที่อยู่ในกระเพาะอาหาร โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะกระเพาะอาหารอักเสบเรื้อรังมาก่อนจนเกิดภาวะกระเพาะทะลุ ซึ่งให้การรักษาต่อด้วยการเข้ายาปฏิชีวนะ²²

ข้อเสนอแนะ

การผ่าตัดเพื่อรักษาแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้นทะลุผ่านกล้อง เป็นการผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพ

และความปลอดภัยเทียบเท่ากับการผ่าตัด
เปิดหน้าท้อง นอกจากนี้ ข้อดีของการผ่าตัด
ผ่านกล้องยังช่วยยืนยันการวินิจฉัย ในรายที่
ยังให้การวินิจฉัยได้ไม่ชัดเจน(Uncertain
diagnosis) และพร้อมที่จะให้การรักษาโรค
ในภาวะอื่นได้ด้วย สามารถช่วยลดการผ่าตัด
เปิดหน้าท้องโดยไม่จำเป็นลงได้ จึงเป็น
ทางเลือกที่น่าสนใจของศัลยแพทย์ อย่างไรก็ตาม
ตาม อาจมีข้อจำกัดในด้านความพร้อมของ
เครื่องมือที่ใช้ในการผ่าตัดผ่านกล้อง และ
จำเป็นต้องกระทำโดยศัลยแพทย์ที่มีความ
เชี่ยวชาญ เนื่องจากการผ่าตัดในภาวะนี้มัก
เป็นกรณีฉุกเฉิน จึงยังเป็นการผ่าตัดที่ยังไม่
แพร่หลายในโรงพยาบาลต่างๆ จำนวนผู้ป่วย
ที่ได้รับการรักษาแผลในกระเพาะอาหารและ
ลำไส้เล็กส่วนต้นทะเลด้วยการผ่าตัดผ่าน
กล้องจึงมีน้อย ดังนั้น ควรสนับสนุนให้มีการ
รักษาด้วยวิธีนี้เพิ่มมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

ผู้วิจัยขอขอบคุณท่านผู้อำนวยการ
โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ แพทย์ และบุคลากร
กลุ่มงานศัลยกรรมโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ทุก
ท่าน รวมทั้งคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ที่ให้ข้อชี้แนะ ให้ความ
ร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล งานวิจัย
นี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Ramakrishnan K, Salinas RC. Peptic ulcer disease. *AmFam Physician* 2007; 76:1005-12.
2. Zelickson MS, Bronder CM, Johnson BL, et al. *Helicobacter pylori* is not the predominant etiology for peptic ulcers requiring operation. *Am Surg* 2011; 77:105.
3. Walsh JH, Peterson WL. The treatment of *Helicobacter pylori* infection in the management of peptic ulcer disease. *N Engl J Med* 1995; 333:984-91.
4. Childs S, Roberts A, Meineche-Schmidt V, de Wit N, Rubin G. The management of *Helicobacter pylori* infection in primary care: a systematic review of the literature. *Fam Pract* 2000; 17 Suppl 2:6-11.
5. McQuaid KR, Isenberg JI. Medical therapy of peptic ulcer disease. *Surg Clin North Am* 1992; 72:285-316.
6. Chung KT, Shelat VG. Perforated peptic ulcer an update. *World J Gastro-intest Surg* 2017;9:1.
7. Bertleff MJ, Lange JF. Laparoscopic correction of perforated peptic ulcer: first choice? A review of literature. *Surg Endosc* 2010; 24:1231-9.

8. Lau JY, Sung J, Hill C, et al. Systematic review of the epidemiology of complicated peptic ulcer disease: incidence, recurrence, risk factors and mortality. *Digestion* 2011; 84:102-13.
9. Bas G, Eryilmaz R, Okan I, et al. Risk Factors of Morbidity and Mortality in Patients with Perforated Peptic Ulcer. *Acta Chir Belg* 2008; 108:42.
10. Kim HC, Yang DM, Kim SW, et al. Gastrointestinal tract perforation: evaluation of MDCT according to perforation site and elapsed time. *Eur Radiol* 2014;24.
11. Ramakrishnan K, Salinas RC. Peptic ulcer disease. *AmFam Physician* 2007; 76:1005-12.
12. Siu WT, Leong HT, Law BK, Chau CH, Li AC, FungKH. Laparoscopic repair for perforated peptic ulcer: a randomized controlled trial. *Ann Surg* 2002; 235:313-9.
13. Søreide K, Thorsen K, Harrison EM, et al. Perforated peptic ulcer. *Lancet* 2015; 386:12.
14. Ng EK, Lam YH, Sung JJ, Yung MY, To KF, Chan AC. Eradication of *Helicobacter pylori* prevents re-currence of ulcer after simple closure of duodenal ulcer perforation: randomized controlled trial. *Ann Surg* 2000; 231:153-8.
15. Bucher P, Oulhaci W, Morel P, Ris F, Huber O. Results of conservative treatment for perforated gastroduodenal ulcers in patients not eligible for surgical repair. *Swiss Med Wkly* 2007; 137:337-40.
16. Dent TL. Training, credentialing, and evaluation in laparoscopic surgery. *Surg Clin North Am* 1992; 72:1003-11.
17. Soper NJ, Brunt LM, Kerbl K. Laparoscopic general surgery. *N Engl J Med* 1994; 330:409-19.
18. Mouret P, François Y, Vignal J, et al. Laparoscopic treatment of perforated peptic ulcer. *Br J Surg* 1990; 77:1006.
19. Lee FY, Leung KL, Lai BS, et al. Predicting mortality and morbidity of patients operated on for perforated peptic ulcers. *Arch Surg* 2001; 136:90-4.
20. Kitridis, D., Tsikopoulos, K., Givissis, P & Chalidis, B. Mortality and complication rates in nonagenarians and octogenarians undergoing total hip and knee arthroplasty: a systematic review and meta-analysis. *Eur Geriatr Med.* 2023; 13(3):725-733. doi: 10.1007/s41999-022-00610-y
21. มลฤดี มาลา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระบบหัวใจและหลอดเลือดระหว่างให้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยสูงอายุ. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2558; 2(3); 92-102.
22. Huang Y, Wang QL, Cheng DD, et al. Adhesion and Invasion of Gastric Mucosa Epithelial Cells by *Helicobacter pylori*. *Front Cell Infect Microbiol* 2016;6:159