

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

แผลกระเพาะอาหารทะลุในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา Perforated Peptic Ulcer in Phaholpolpayuhasena Hospital

สมชัย อรุณวิวัฒน์ พ.บ.,

ว.ว. ศัลยศาสตร์ทั่วไป

กลุ่มงานศัลยกรรม

โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี

Somchai Arunruviwat M.D.,

Thai Board of General Surgery

Division of Surgery

Phaholpolpayuhasena Hospital, Kanchanaburi

บทคัดย่อ

การศึกษาแบบย้อนหลัง (retrospective study) เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ ปัจจัยเสี่ยง และการรักษาของแผลกระเพาะอาหารทะลุในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา โดยการทบทวนเวชระเบียนตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2552 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2553 พบผู้ป่วย 101 ราย มีอายุระหว่าง 15 ถึง 91 ปี อายุเฉลี่ย 53 ปี เป็นเพศชาย 82 ราย (ร้อยละ 81.19) เพศหญิง 19 ราย (ร้อยละ 18.81) มีปัจจัยเสี่ยง 1 ถึง 2 อย่าง 74 ราย (ร้อยละ 73.27) ปัจจัยเสี่ยงที่พบมากที่สุดคือการสูบบุหรี่ 67 ราย (ร้อยละ 66.34) การดื่มสุรา 29 ราย (ร้อยละ 28.71) และใช้ยา NSAID 22 ราย (ร้อยละ 21.78) มีโรคร่วมเป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคถุงลมอุดกั้น 21 ราย (ร้อยละ 20.79) ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อน 87 ราย (ร้อยละ 86.14) ภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุดเป็นการติดเชื้อในกระแสโลหิต 6 ราย (ร้อยละ 5.94) และสาเหตุของการเสียชีวิตมากที่สุดคือกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน 3 ราย ตำแหน่งของแผลกระเพาะอาหารทะลุพบมากที่สุดบริเวณ prepylorus 68 ราย (ร้อยละ 67.33) รักษาโดยการผ่าตัดตัด simple suture and omentum patch 100 ราย (ร้อยละ 99.01) ส่วนใหญ่ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลน้อยกว่า 7 วัน จำนวน 79 ราย (ร้อยละ 78.22) ผลการรักษาผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น 96 ราย (ร้อยละ 95.05) และเสียชีวิต 5 ราย (ร้อยละ 4.95)

คำสำคัญ: แผลกระเพาะอาหารทะลุ

ABSTRACT

This is a retrospective study of perforated peptic ulcer. This study aimed to find out the incidence, risk factors and management of perforated peptic ulcer. The medical records were reviewed during January 2009 to December 2010. One hundred and one patients diagnosed perforated peptic ulcer were studied with age between 15 to 91 years (average 53 years). There were 82 males and 19 females. Seventy four patients (73.27%) had 1 to 2 risk factors of perforated peptic ulcer. Smoking (66.34%) alcohol drinking (28.71%) and NSAID (21.78%) were the most common risk factors of perforated peptic ulcer, respectively. The underlying diseases of 21 patients (20.97%) were hypertension and chronic obstructive pulmonary diseases. Eighty seven

patients (86.14%) had no complications. Sepsis (5.94%) was the most common complication and acute myocardial infarction was the most common cause of death. The prepylorus (67.33%) of stomach was the most common site of perforated peptic ulcer. One hundred patients (99.01%) underwent simple suture and omentum patch. Seventy nine patients (78.22%) had length of hospital stay less than 7 days. Ninety six patients (95.05%) were improved, otherwise five patients (4.95%) were died.

Keyword: perforated peptic ulcer

บทนำ

แผลกระเพาะอาหารแบบเฉียบพลันหรือเรื้อรัง เกิดจากการขาดความสมดุลระหว่างกรดหรือการบาดเจ็บกับการป้องกันเยื่อของกระเพาะอาหาร การรักษาแผลกระเพาะอาหารส่วนใหญ่เป็นแบบผู้ป่วยนอก เนื่องจากการรักษาด้วยยา¹ การรักษาการติดเชื้อ *Helicobacter pylori*² การใช้ยากลุ่ม NSAID และการส่องกล้องทางเดินอาหารดีขึ้นมาก แต่พบว่าภาวะฉุกเฉินของแผลกระเพาะอาหารที่ต้องรักษาด้วยการผ่าตัดและอัตราตายไม่ลดลงอุบัติการณ์ของแผลกระเพาะอาหารทะลุพบบ่อยที่บริเวณ prepylorus และ duodenum มากเป็น 5 เท่าของแผลกระเพาะอาหารที่บริเวณกระเพาะอาหาร³ และพบแผล duodenum ทะลุบ่อยในผู้ป่วยอายุระหว่าง 20-40 ปี^{4,5} สำหรับในโรงพยาบาลพลพลพยุหเสนาพบอุบัติการณ์แผลกระเพาะอาหารทะลุประมาณ 50 รายต่อปี

สาเหตุของแผลกระเพาะอาหารเกิดจากการติดเชื้อ *Helicobacter pylori* และหรือการใช้ NSAID และความผิดปกติของการป้องกันเยื่อกระเพาะอาหารและการมีกรดการสูบบุหรี่^{6,7} และการใช้ NSAID⁸⁻¹⁰ เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดแผลกระเพาะอาหารทะลุ

การวินิจฉัยแผลกระเพาะอาหารทะลุอาศัยประวัติและการตรวจร่างกายซึ่งผู้ป่วยจะมีอาการที่เฉพาะคือปวดท้องบริเวณลิ้นปี่รุนแรงแบบเฉียบพลัน และต่อมาจึงปวดทั่วทั้งท้อง ระดับความรุนแรงขึ้นกับปัจจัยหลายอย่างคือขนาดของแผลที่ทะลุ จำนวนเชื้อแบคทีเรีย สารภายในกระเพาะอาหารที่ออกมาปนเปื้อนในช่องท้อง และระยะ

เวลาดังแต่ทะลุจนแสดงอาการ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะระบุงเวลาที่เกิดอาการปวดท้องได้ว่าขณะนั้นกำลังทำกิจกรรมอะไรอยู่ ถ้าเป็นมากผู้ป่วยอาจมีอาการแสดงแรกเริ่มของภาวะช็อก การตรวจเอกซเรย์ทรวงอกและช่องท้องจะพบลมใต้กะบังลมประมาณร้อยละ 80 ของผู้ป่วย

การรักษาแผลกระเพาะอาหารทะลุขึ้นกับสภาวะของผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลในขณะนั้นประกอบด้วยการรักษาแบบไม่ต้องผ่าตัดและการรักษาโดยการผ่าตัด ในการรักษาแบบไม่ต้องผ่าตัดใช้กับผู้ป่วยที่วินิจฉัยแผลกระเพาะอาหารทะลุที่แผลปิดแล้ว ขณะผู้ป่วยมาพบแพทย์ไม่มีอาการของเยื่อช่องท้องอักเสบและตรวจยืนยันด้วยการเอกซเรย์พบว่าไม่มีการไหลออกของสารที่รังสีจากแผลทะลุของกระเพาะอาหาร^{11,12} การรักษาโดยการให้สารน้ำ ยาปฏิชีวนะ ยาลดการหลั่งกรด และใส่สายสวนจมูกดูดสารคัดหลั่งออกจากกระเพาะอาหาร เมื่อผู้ป่วยเริ่มกินได้ให้ยาแก้ปวดเชื้อ *Helicobacter pylori* สำหรับการรักษาโดยการผ่าตัด แบบแรกคือการเย็บแผลที่ทะลุ (simple suture and omentum graft or patch) แบบที่สองคือการผ่าตัดรักษาเฉพาะ (definite or curative procedure) การเลือกผ่าตัดวิธีใดขึ้นกับตำแหน่งของแผลที่ทะลุสภาวะของผู้ป่วยและระยะเวลาดังแต่แผลทะลุจนถึงเวลาที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ สำหรับแผลทะลุ duodenal ulcer ทำผ่าตัด simple suture and omentum patch ก็เพียงพอแต่จะมีโอกาสเกิดซ้ำได้สูง ส่วนแผลทะลุ gastric ulcer ทางเลือกของการผ่าตัดขึ้นกับสภาวะของผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยมีสัญญาณชีพไม่คงที่ มีความเสี่ยงสูงต่อการผ่าตัดที่ซับซ้อน ควรทำผ่าตัดเพียงตัดขอบ

แผลตรวจและเย็บปิด (biopsy and suture) หรือการตัดแผล
ออกและเย็บปิด (ulcer excision and suture) หรือการตัด
ขอบแผลตรวจ เย็บปิดแผลและการผ่าตัดลดกรดเฉพาะ
(biopsy and suture and truncal vagotomy and drainage)
สำหรับผู้ป่วยที่มีสัญญาณชีพปกติและไม่มีความเสี่ยงสูง
ต่อการผ่าตัด แนะนำให้ทำผ่าตัดกระเพาะอาหารส่วนปลาย
ออก (distal gastrectomy) และตัดเส้นประสาทเวกัส (vago-
tomy) ในแผลที่เกิดจากการหลั่งกรด คือแผลกระเพาะ
อาหารแบบที่ 2 และ 3 (GU type 2, 3) แต่การผ่าตัดวิธีนี้ก็
มีผลข้างเคียงที่ตามมาหลายอย่าง คืออาการท้องเสีย
อาเจียน น้ำหนักลด dumping syndrome ส่วนการผ่าตัดแบบ
ส่องกล้อง (laparoscopic patch repair) ต้องอาศัยอุปกรณ์
เครื่องมือและความเชี่ยวชาญของศัลยแพทย์ในการทำผ่าตัด
มีข้อดีหลายประการคือลดระยะเวลาการผ่าตัด ลดอาการ
ปวดหลังผ่าตัด ลูกเดินได้เร็ว ลดการติดเชื้อระบบทางเดิน
หายใจ ลดวันนอนโรงพยาบาล และสามารถกลับไปทำงาน
ได้เร็ว

ดังนั้น ผู้นิพนธ์จึงทำการศึกษานี้ เพื่อค้นหาอุบัติ-
การณ์ ปัจจัยเสี่ยง การรักษาแผลกระเพาะอาหารทะลุ
และนำผลที่ได้ไปพัฒนาวิธีการดูแลผู้ป่วยแผลกระเพาะ

อาหารทะลุต่อไป

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (retrospective study)
จากเวชระเบียนของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา ตั้งแต่
วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2552 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2553
ซึ่งผู้ป่วยทุกรายได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด โดยใช้
โปรแกรมคอมพิวเตอร์ SPSS 13 มาใช้ในการวิเคราะห์
ข้อมูลทั่วไป ปัจจัยเสี่ยง โรคร่วม ภาวะแทรกซ้อน ตำแหน่ง
แผลกระเพาะอาหาร การผ่าตัดและผลการรักษา เจริญสติ
ในด้านจำนวนเฉลี่ย ร้อยละ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา

จากการศึกษาผู้ป่วยแผลกระเพาะอาหารทะลุ
จำนวน 101 ราย อายุ 15 ถึง 91 ปี อายุเฉลี่ย 53 ปี เป็น
เพศชาย 82 ราย อายุเฉลี่ย 50 ปี เป็นเพศหญิง 19 ราย
อายุเฉลี่ย 62 ปี มีแผลกระเพาะอาหารทะลุมากในช่วง
อายุมากกว่า 20 ปีในเพศชายและอายุมากกว่า 40 ปีใน
เพศหญิง ส่วนอายุน้อยกว่า 20 ปี พบในเพศชาย 2 ราย
และไม่พบเลยในเพศหญิง (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุและเพศกับแผลกระเพาะอาหารทะลุ

อายุ (ปี)	ชาย (ร้อยละ)	หญิง (ร้อยละ)	รวม (ร้อยละ)
0 - 20	2 (1.98)	0 (0)	2 (1.98)
21 - 40	29 (28.71)	1 (0.99)	30 (29.70)
41 - 60	29 (28.71)	7 (6.93)	36 (35.64)
> 60	22 (21.79)	11 (10.89)	33 (32.68)
รวม ราย (ร้อยละ)	82 (81.19)	19 (18.81)	101 (100.00)
พิสัย 15 - 91	15 - 84	40 - 91	
อายุเฉลี่ย 53	50	62	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 17	17	15	

ระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการปวดท้องจนมาถึงโรงพยาบาลพบมากที่สุดในช่วง 6 ถึง 24 ชั่วโมง จำนวน 42 ราย รองลงมาคือในช่วง 1 ถึง 3 ชั่วโมง พบจำนวน 21 ราย ส่วนน้อยที่ปวดท้องมาน้อยกว่า 1 ชั่วโมงหรือมากกว่า 24 ชั่วโมง โดยมีค่าเฉลี่ยของระยะเวลาปวดท้องจนมาถึงโรงพยาบาลที่ 911 นาที หรือประมาณ 15 ชั่วโมง ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดภายใน 1 ชั่วโมง 94 ราย และระยะเวลารอผ่าตัดช่วง 2 ถึง 4 ชั่วโมง ช่วง 4 ถึง 6 ชั่วโมง และมากกว่า 6 ชั่วโมง มีจำนวนผู้ป่วยเท่าๆ กัน คือ 28 ราย มีระยะเวลาการรอผ่าตัดเฉลี่ยที่ 325 นาที หรือประมาณ 5 ชั่วโมง (ตารางที่ 2)

ผู้ป่วยกระเพาะอาหารทะลุจำนวน 101 ราย ได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลโดยมีวันนอนเฉลี่ยนาน 6.3 วัน และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาเฉลี่ย 27,141 บาท พบว่ามีผู้ป่วยจำนวน 79 ราย ได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลโดยมีวันนอนนาน 1-7 วัน มีค่าใช้จ่ายในการรักษาเฉลี่ย 20,264 บาท และมีผู้ป่วยจำนวน 22 ราย ได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลโดยมีวันนอนมากกว่า 7 มีค่าใช้จ่ายในการรักษาเฉลี่ย 53,337 บาท (ตารางที่ 3)

ผู้ป่วยไม่มีปัจจัยเสี่ยง 19 ราย มีปัจจัยเสี่ยง 1 อย่าง 42 ราย มีปัจจัยเสี่ยง 2 อย่าง 32 ราย ถ้าดูตามปัจจัยเสี่ยงพบว่ามีสูบบุหรี่ 67 ราย ดื่มสุรา 29 ราย และใช้ยา NSAID 22 ราย ผู้ป่วยไม่มีโรคร่วม 75 ราย มีโรคร่วม 1 โรค 14 ราย มีโรคร่วม 2 โรค 3 ราย พบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง 21 ราย เป็นโรคถุงลมอุดกั้นเรื้อรัง 7 ราย เป็นโรคไขมันในเลือดสูงและเบาหวานอย่างละ 6 รายพบผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อน 87 ราย และพบมีภาวะแทรกซ้อน 1 อย่าง 6 ราย มีภาวะแทรกซ้อน 2 อย่าง 5 ราย พบติดเชื้อในกระแสโลหิต 6 ราย เลือดออกทางเดินอาหารและติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะอย่างละ 3 ราย กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและหัวใจล้มเหลว 2 ราย และอื่นๆ อย่างละ 1 ราย (ตารางที่ 4)

ผู้ป่วยมีแผลทะลุที่บริเวณ prepylorus 68 ราย body of stomach 31 ราย และduodenum 2 ราย รักษาโดยการ

ผ่าตัดแบบ simple suture and omentum patch จำนวน 100 ราย และที่เหลืออีก 1 รายทำผ่าตัดแบบ truncal vagotomy and pyloroplasty สำหรับผลการรักษาพบว่าผู้ป่วย 96 รายหายดี มีผู้ป่วย 5 รายเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนคือจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน 3 ราย ติดเชื้อในกระแสโลหิตและเลือดออกทางเดินอาหารอย่างละ 1 ราย (ตารางที่ 5)

วิจารณ์

จากการศึกษาพบผู้ป่วยแผลกระเพาะอาหารทะลุจำนวน 101 ราย มีอายุระหว่าง 15 ถึง 91 ปี อายุเฉลี่ย 53 ปี เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง 4.3:1 และพบบ่อยในอายุมากกว่า 20 ปี^{4,5,13} ปัจจัยเสี่ยงของแผลกระเพาะอาหารทะลุจากการศึกษาพบว่าการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และการใช้ยา NSAID เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญและพบมากที่สุด^{6-10,14} แต่ก็มีผู้ป่วยจำนวน 19 รายที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงมาก่อน และผู้ป่วยมี 1 ถึง 2 ปัจจัยเสี่ยงมากถึงร้อยละ 73.27 สำหรับโรคร่วมของผู้ป่วยพบว่ามีผู้ป่วยมากถึง 75 รายที่ไม่มีโรคร่วม 26 รายที่มีโรคร่วมพบว่าผู้ป่วยมีโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด 21 ราย ที่เหลือผู้ป่วยจะมีโรคร่วมในจำนวนที่เท่าๆ กันคือโรคถุงลมอุดกั้นเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง เส้นเลือดหัวใจตีบ และโรคไตวายเรื้อรัง ผู้ป่วยมีโรคร่วมเพียงโรคเดียวมากกว่าร้อยละ 50 ผู้ป่วยแผลกระเพาะอาหารทะลุมีภาวะแทรกซ้อนเพียงเล็กน้อยคือพบจำนวน 14 รายคิดเป็นร้อยละ 13.86 ภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุด คือการติดเชื้อในกระแสโลหิต ซึ่งพบ 9 รายคิดเป็นร้อยละ 5.94 ผู้ป่วยเมื่อมีอาการปวดท้องแล้วส่วนใหญ่จะมาถึงโรงพยาบาลภายใน 24 ชั่วโมง ส่วนน้อยจำนวน 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.89 ที่มาโรงพยาบาลเกินกว่า 24 ชั่วโมง และมีมากถึงร้อยละ 30 ที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลภายใน 3 ชั่วโมง แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีความตระหนักถึงความเจ็บป่วยของตนเอง เมื่อรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลแล้วผู้ป่วย 73 รายคิดเป็นร้อยละ 72.29 ได้รับการผ่าตัดภายใน 6 ชั่วโมงและทำผ่าตัดแบบ

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลากับแผลกระเพาะอาหารทะลุ

ระยะเวลา		จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ปวดท้องจนมาถึงโรงพยาบาล (นาที)	0 - 60	10	9.90
	61 - 180	21	20.79
	181 - 360	17	16.83
	361 - 1,440	42	41.59
	> 1,440	11	10.89
(พิสัย ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ปวดท้องจนได้รับการผ่าตัด (นาที)	30-4,320 ; 911 ; 970.7)		
	0 - 240	11	10.89
	241 - 480	17	16.83
	481 - 720	16	15.84
	721 - 1,440	17	16.83
	1,441 - 2,880	29	28.72
(พิสัย ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน รอผ่าตัด (นาที)	82-4,923 ; 1,237 ; 1,034)		
	0 - 120	17	16.84
	121 - 240	29	28.72
	241 - 360	27	26.73
	> 360	28	27.71
(พิสัย ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผ่าตัด (นาที)	14-1,336 ; 325.45 ; 264.3)		
	0 - 30	47	46.53
	31 - 60	47	46.53
	> 60	7	6.94
(พิสัย ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน นอนโรงพยาบาล (วัน)	15-90 ; 38.12 ; 15.6)		
	0 - 7	79	78.22
	> 7	22	21.78
(พิสัย ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	1-19 ; 6.3 ; 2.9)		

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนวันนอนโรงพยาบาลกับค่าใช้จ่ายในการรักษา

จำนวนวันนอนโรงพยาบาล		ค่าใช้จ่าย (บาท)
ผู้ป่วยจำนวน 79 ราย นอนโรงพยาบาล 1-7 วัน	พิสัย เฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	10,010-57,932 20,264 5699.75
ผู้ป่วยจำนวน 79 ราย นอนโรงพยาบาลมากกว่า 7 วัน	พิสัย เฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	19,729-194,873 53,337 42,015.82
ผู้ป่วยทั้งหมดจำนวน 101 ราย	พิสัย เฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	10,010-194,873 27,141 23,678.6

ตารางที่ 4 ปัจจัยเสี่ยงต่อผลการเพาะอาหารทะเล โรคร่วม และภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย

	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ปัจจัยเสี่ยง		
สูบบุหรี่	67	66.34
ดื่มสุรา	29	28.71
ใช้ยา NSAID	22	21.78
อื่นๆ	12	11.88
จำนวนปัจจัยเสี่ยงในผู้ป่วย (จำนวนปัจจัยเสี่ยง - ราย)	0 - 19	18.81
	1 - 42	41.59
	2 - 32	31.68
	> 2 - 8	7.92
โรคร่วม		
ความดันโลหิตสูง	21	20.79
ถุงลมอุดกั้นเรื้อรัง	7	6.93
ไขมันในเลือดสูง	6	5.94
เบาหวาน	6	5.94
เส้นเลือดหัวใจตีบและอื่นๆ	10	9.90
จำนวนโรคร่วมในผู้ป่วย (จำนวนโรค - ราย)	0 - 75	74.26
	1 - 14	13.86
	2 - 3	2.97
	> 2 - 9	8.91

ตารางที่ 4 (ต่อ)

	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ภาวะแทรกซ้อน		
ติดเชื้อในกระเพาะโลหิต	6	5.94
เลือดออกทางเดินอาหาร	3	2.97
ติดเชื้อทางเดินระบบปัสสาวะ	3	2.97
หัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและอื่นๆ	10	9.90
จำนวนภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย (จำนวนแทรกซ้อน - ราย)	0 - 87	86.14
	1 - 6	5.94
	2 - 5	4.95
	> 2 - 3	2.97

ตารางที่ 5 ตำแหน่งของแผลกระเพาะอาหารทะลุ การผ่าตัด ผลการรักษา และเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อน

	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ตำแหน่ง		
prepylorus	68	67.33
body of stomach	31	30.69
duodenum	2	1.98
การผ่าตัด		
simple suture and omentum patch	100	99.01
truncal vagotomy and pyloroplasty	1	0.99
ผลการรักษา		
หาย	96	95.05
เสียชีวิต	5	4.95
ชีวิตจากภาวะแทรกซ้อน		
กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน	3	2.97
ติดเชื้อในกระเพาะโลหิต	1	0.99
เลือดออกทางเดินอาหาร	1	0.99

simple suture and omentum patch¹⁵ เกือบทั้งหมด ยกเว้น 1 รายที่ทำผ่าตัดแบบ truncal vagotomy and pyloroplasty ตำแหน่งแผลกระเพาะอาหารทะลุพบที่บริเวณ prepylorus มากสุดจำนวน 66 ราย¹⁶ รองลงมาพบที่บริเวณ body of stomach จำนวน 31 ราย ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถได้รับการผ่าตัดภายในเวลา 1 ชั่วโมง จำนวน 94 รายคิดเป็น ร้อยละ 93.06 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าศัลยแพทย์ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างเหมาะสมและรวดเร็วจึงทำให้ผลการรักษาออกมาดีมากที่สุดคือผู้ป่วยมาอาการดีขึ้นจนสามารถกลับบ้านได้จำนวน 96 รายคิดเป็น ร้อยละ 95.05 และมีผู้ป่วยเสียชีวิตจำนวน 5 รายคิดเป็น ร้อยละ 4.95 จากภาวะแทรกซ้อนคือกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมากที่สุด

จะเห็นได้ว่าการผ่าตัดแบบ simple suture and omentum patch ในแผลกระเพาะอาหารทะลุมีแนวโน้มมากขึ้น เนื่องจากในปัจจุบันมีการรักษาการติดเชื้อ *Helicobacter pylori* และยาลดกรดรักษาแผลกระเพาะอาหารที่พัฒนาไปมาก เช่น ยา proton pump inhibitors

สำหรับค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยแผลกระเพาะอาหารทะลุขึ้นกับจำนวนวันที่ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลพบว่าผู้ป่วยที่มีวันนอนมากกว่า 7 วันจะมีค่าใช้จ่ายในการรักษาเฉลี่ยเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่มีวันนอน 1-7 วัน มากกว่า 2.5 เท่า และในผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลนานส่วนใหญ่มักจะมีภาวะแทรกซ้อนร่วมด้วย อย่างไรก็ตามการเตรียมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดโดยการแก้ไขภาวะที่ผิดปกติต่างๆ ก่อน เช่น ภาวะขาดน้ำ ภาวะช็อก ภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต ภาวะสารน้ำและเกลือแร่ผิดปกติ ให้ผู้ป่วยมีความพร้อมมากที่สุด จะช่วยลดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดกับผู้ป่วยได้

สรุป

แผลกระเพาะอาหารทะลุเป็นภาวะแทรกซ้อนฉุกเฉินที่อาจทำให้ผู้ป่วยมีอันตรายถึงแก่ชีวิต พบอุบัติการณ์ที่โรงพยาบาลพลพลพยุหเสนาประมาณ 50 รายต่อปี มีการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และการใช้ยา NSAID เป็นปัจจัย

เสี่ยงที่สำคัญซึ่งผู้ป่วยจะปลอดภัยและลดภาวะแทรกซ้อนต้องอาศัยการวินิจฉัยโรคนี้ให้ได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว การพิจารณาวิธีการรักษาขึ้นกับชนิดของแผลกระเพาะอาหารทะลุ สภาวะของผู้ป่วย อุปกรณ์เครื่องมือ และประสบการณ์ของศัลยแพทย์ การรักษาโดยวิธีไม่ผ่าตัดเลือกใช้ในผู้ป่วยที่มาถึงโรงพยาบาลแล้วไม่มีอาการของเยื่อช่องท้องอักเสบและพิษุนโดยการเอกซเรย์แล้วไม่พบการรั่วของสารทึบรังสีออกจากแผลแสดงว่าแผลที่ทะลุได้ปิดแล้ว

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ห้องเวชระเบียนทุกท่านที่ช่วยค้นเวชระเบียน นพ.กิติ อินทรสุขพร หัวหน้ากลุ่มงานศัลยกรรม และ นพ.สมเจตน์ เหล่าลือเกียรติ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพลพลพยุหเสนาที่สนับสนุนและอนุญาตให้เผยแพร่

เอกสารอ้างอิง

1. Malik N, Salahuddin O, Ahmad M, et al. Surgical management of peptic ulcer disease in proton pump inhibitor era. J Surg Pak. 2009;14:72-6.
2. Fischbach LA, Goodman KJ, Feldman M, et al. Sources of variation of *Helicobacter pylori* treatment success in adults worldwide: a meta-analysis. Int J Epidemiol. 2002;31(1):128-36-9.
3. Ashley SW, Evoy D, Daly JM. Stomach. In: Schwartz SI, Shires GT, Spencer FC, et al. editors. Principles of Surgery. 7th ed. New York: McGraw-Hill. 1999: p. 1191-7.
4. Svanes C, Lie RT, Kvale G, et al. Perforated peptic ulcer over 56 years: time trends in patient characteristics. Gut. 1993;34:1666-71.
5. Coggon D, Lambert P, Langman MJS. 20 years of hospital admissions for peptic ulcer in England

- and Wales. *Lancet*. 1981;1:1302-4.
6. Smedley F, Hickish T, Taube M, et al. Perforated duodenal ulcer and cigarette smoking. *J R Soc Med*. 1988;81:92-4.
7. Doll R, Peto R, Wheathly K, et al. Mortality in relation to smoking: 40 year's observation in male British doctors. *BMJ*. 1984;309:901-11.
8. Rodriguez LAG, Jick H. Risk of upper gastrointestinal bleeding and perforation individual non-steroidal anti-inflammatory drugs. *Lancet*. 1994;343:769-72.
9. Henry D, Dobson A, Turner C. Variability in the risk major gastrointestinal complications from non-steroidal anti-inflammatory drugs. *Gastroenterology*. 1993;105:1078-88.
10. Svanes C, Soreide O. Gastric ulcer bleeding and perforation. NSAID or *Helicobacter pylori*? *Scand J Gastroenterol*. 1996;31(suppl 220):128-31.
11. Noguiera C, Silva AS, Santos JN, et al. Perforated peptic ulcer: main factors of morbidity and mortality. *World J Surg*. 2003;27:782-7.
12. Makela JT, Kiviniemi H, Ohtonen P, et al. Factor that predict morbidity and mortality in patients with perforated peptic ulcers. *Eur J Surg*. 2002;168:446-51.
13. Mehboob M, Khan JA, Shafiq-ur-Rehman, et al. Peptic duodenal perforation-an audit. *J Coll Physicians Surg Pak*. 2000;10:101-3.
14. Rajesh V, Chandra SS, Smile SR. Risk factors predicting operative mortality in perforated peptic ulcer disease. *Trop Gastroenterol*. 2003;24(3):148-50.
15. Graham RR. The treatment of perforated duodenal ulcers. *Surg Gynaecol Obstet*. 1937;64:235-8.
16. Lohsiriwat V, Prapasrivorakul S, Lohsiriwat D. Perforated peptic ulcer: clinical presentation, surgical outcomes, and the accuracy of the Boey scoring system in predicting postoperative morbidity and mortality. *World J Surg*. 2009;33:80-5.