

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

ปัจจัยเสี่ยงในการผ่าตัดรักษาผู้ป่วยแผลเป็บติคทะลุ : รายงานการศึกษา 4 ปี ในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า

Risk Factors in Surgical Management of Perforated Peptic Ulcer : 4 Years Study at Somdejpraputhalertla Hospital

สุขสรวรค์ มโนชัย พ.บ.,

ว.ว. ศัลยศาสตร์

กลุ่มงานศัลยกรรม

โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า

จังหวัดสมุทรสงคราม

Suksan Manochai M.D.,

Thai Board of Surgery

Division of Surgery

Somdejpraputhalertla Hospital,

Samutsongkram Province

บทคัดย่อ

แผลเป็บติคทะลุ (Perforated Peptic Ulcer) เป็นภาวะแทรกซ้อนของโรคกระเพาะอาหารที่พบบ่อย ส่วนใหญ่ต้องได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด ยังคงเป็นปัญหาสำคัญของศัลยแพทย์อยู่เสมอ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษา morbidity, mortality และ operative risk factors ของผู้ป่วยแผลเป็บติคทะลุที่ได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า โดยวิธีศึกษาแบบเชิงวิเคราะห์ชนิดย้อนหลัง ในผู้ป่วยทั้งหมด 112 ราย ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2544 ถึง 30 กันยายน 2548 ผลการศึกษา พบว่าเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดร้อยละ 28.6 โดยส่วนใหญ่เป็นปัญหา wound complication ร้อยละ 16 และ pulmonary complication ร้อยละ 8 และมีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 9.8 โดยมีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดทั้งภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิต ได้แก่ อายุมากกว่า 60 ปี ระยะเวลาจากมีอาการจนถึงผ่าตัดมากกว่า 24 ชม. มีภาวะช็อกก่อนผ่าตัด (preoperative shock) มีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน โรคหัวใจ ฯลฯ ขณะที่เพศหญิงมีภาวะแทรกซ้อนมากกว่าเพศชาย แต่การเสียชีวิตไม่ต่างกัน ส่วนตำแหน่งแผลเป็บติคทะลุไม่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิต

สรุป : ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตที่ชัดเจน ได้แก่ อายุมากกว่า 60 ปี ระยะเวลาที่มีอาการจนถึงผ่าตัดมากกว่า 24 ชม. ภาวะช็อกก่อนผ่าตัด (preoperative shock) และมีโรคประจำตัว

ABSTRACT

Background/aims : Peptic ulcer perforation is a common complication of peptic ulcer disease, it has a major impact in health care system. Most patients need surgical management.

Objective : To evaluate the morbidity, mortality and operative risk factors in perforated peptic ulcer patients at Somdejpraputhalerta Hospital.

Patients and Methods : Retrospective analytic study was performed in 112 patients operated in Somdejpraputhalerta Hospital during October, 2001 and September, 2005.

Results : The morbidity rate was 28.6%, 16% wound complication, 8% pulmonary complication. The mortality rate was 9.8%. The age > 60 years, duration of perforation > 24 hr., coexisting medical disease and preoperative shock were significant factor associated with morbidity and mortality. Female morbidity was greater than male. There was no difference in mortality and morbidity in site of perforation.

Conclusion : Operative risk factors were age > 60 years, duration of perforation > 24 hr. preoperative shock and coexisting medical disease

Keyword : Risk factor in surgical management risk of perforated peptic ulcer retrospective study

บทนำ

แผลเป็บติค (Peptic ulcer) (gastric, duodenal และ stress ulcer) เป็นโรคที่พบบ่อยที่สุดโรคหนึ่งในระบบทางเดินอาหาร ประมาณว่าร้อยละสิบของประชากรเคยมีอาการของ Peptic ulcer ในสหรัฐอเมริกาพบว่า 3.5-7.5 ล้านคน ต้องได้รับการรักษาโรคกระเพาะ โดยสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายปีละประมาณ 4,000 ล้านดอลลาร์ และยังทำให้คุณภาพชีวิตเสียไปด้วย¹ ในช่วงเวลา 10 ปีที่ผ่านมา มีการค้นพบที่น่าสนใจเกี่ยวกับ pathogenesis ของโรคกระเพาะ โดยเฉพาะบทบาทของการติดเชื้อ Helicobacter pylori การเข้าใจเกี่ยวกับกลไกการหลังกรด ตลอดจนความก้าวหน้าของยาต่าง ๆ เช่น H₂ antagonist หรือ proton pump inhibitor และ prostaglandin E analogs ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากในการรักษาโรคกระเพาะ เช่นเดียวกับการผ่าตัด ในปัจจุบันมีบทบาทลดลงอย่างมาก² แต่การผ่าตัดแบบ emergency ยังคงมีความสำคัญและมีการเปลี่ยนแปลงบ้างเล็กน้อย เช่น การนำการผ่าตัดผ่านกล้อง (Laparoscopic technique) มาใช้ในการผ่าตัดแผลเป็บติคทะลุ ซึ่งได้ผลพอ ๆ กับวิธีผ่าตัดแบบเดิม^{3,8}

แผลเป็บติคทะลุ เป็นผลแทรกซ้อนของโรคกระเพาะอาหารที่พบบ่อยพอ ๆ กับเลือดออกในกระเพาะอาหาร

โดยพบร้อยละ 7-10 ของโรคกระเพาะทั้งหมด⁴ ในคนไทยสาเหตุมักจะเกิดจากการกินยาแก้ปวดประจำ โดยเฉพาะยา salicylate

อย่างไรก็ตาม ดูเหมือนว่าอุบัติการณ์ของแผลเป็บติคทะลุไม่ได้เปลี่ยนแปลงไปมาก บางรายงานพบว่าลดลง⁴ ขณะเดียวกันผู้ป่วยที่มีอายุมากขึ้น มีการเจ็บป่วยอื่นร่วมด้วย และมารับการรักษาช้าๆ ยังคงพบได้บ่อยในปัจจุบันทำให้ผลการรักษาออกมาไม่ค่อยดีโดยอัตราการเสียชีวิตยังคงสูงในบางรายงาน

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ที่จะศึกษา morbidity, mortality และ operative risk factor ของผู้ป่วยแผลเป็บติคทะลุ ที่ได้รับการผ่าตัดรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า

ผู้ป่วยและวิธีการ

ผู้รายงานได้ศึกษาเชิงวิเคราะห์ย้อนหลังในผู้ป่วยแผลเป็บติคทะลุ ที่ได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2544 ถึง 30 กันยายน 2548 จากเวชระเบียนผู้ป่วย จำนวน 112 ราย โดยรายงานข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเป็นร้อยละ และวิเคราะห์หาปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลาจากมีอาการ

จนถึงผ่าตัด โรคประจำตัว ตำแหน่งของแผลทะลุ และภาวะช็อกก่อนผ่าตัด ตลอดจนศึกษาภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิต วิเคราะห์ ข้อมูลโดยใช้สถิติ Chi-square และ Fisher exact test

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยจำนวน 112 คน อายุระหว่าง 19-86 ปี (เฉลี่ย 55.55 ปี) เพศชาย 90 คน (80.4%) อายุเฉลี่ย 52.52 ปี เพศหญิง 22 คน (19.6%) อายุเฉลี่ย 67.95 (ตารางที่ 1) และระยะเวลาจากมีอาการจนถึงผ่าตัดของผู้ป่วยทั้งหมด อยู่ระหว่าง 1-168 ชม. (เฉลี่ย 25.73 ชม.) โดยในเพศชายเท่ากับ 23.40 ชม. และในเพศหญิงเท่ากับ 35.27 ชม. ส่วนตำแหน่งของแผลเป็บติคทะลุ (ตารางที่ 2) พบว่าส่วนใหญ่เป็น gastric ulcer (GU + prepyloric, pyloric) ร้อยละ 78.6 และ duodenal ulcer ร้อยละ 21.4 โดยอายุเฉลี่ยในผู้ป่วย gastric ulcer พบว่าสูงกว่าคือ 55.99 ปี อายุเฉลี่ยของผู้ป่วย duodenal ulcer คือ 53.96 ปี และพบ

ว่าผู้ป่วยร้อยละ 33 มีโรคประจำตัว ซึ่งได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคปอด โรคหัวใจ ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวมีภาวะแทรกซ้อนเกิดร้อยละ 54.1 และเสียชีวิตร้อยละ 27 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการผ่าตัดแบบ definitive procedure (ร้อยละ 81.3) ในการศึกษาครั้งนี้พบมีผู้เสียชีวิตทั้งหมด 11 ราย (ร้อยละ 9.8)

ในส่วนของ operative risk factors ที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน และการเสียชีวิตได้วิเคราะห์ และแสดงไว้ในตารางที่ 5 โดยใช้ค่า P-value < 0.05 มีนัยสำคัญ พบว่าอายุมากกว่า 60 ปี ระยะเวลาจากมีอาการจนถึงผ่าตัดมากกว่า 24 ชม. (P-value < 0.001) ภาวะช็อกก่อนผ่าตัด (P-value < 0.009) มีโรคประจำตัว (P-value < 0.001) ในขณะที่เพศหญิงมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนมากกว่าเพศชาย (P-value = 0.013) อัตราการเสียชีวิตไม่แตกต่างกัน (P-value = 0.222) ส่วนตำแหน่งของแผลเป็บติคทะลุ ไม่มีความแตกต่างทั้งในเรื่องภาวะแทรกซ้อน และการเสียชีวิต

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยแผลเป็บติคทะลุ (n = 112)

Sex	Number of Patient (%)	Mean age (year)	P-value	Mean duration of perforation (hour)	F
male	90 (80.4)	52.52 ± 17.75	< 0.001	23.40 ± 31.60	0.112
female	22 (19.6)	67.95 ± 13.36		35.27 ± 29.38	

ตารางที่ 2 ชนิดของ Peptic ulcer (n =112)

Type of peptic ulcer	Number of Patient (%)	Mean age (year)	P-value	Mean duration of perforation (hour)	F
Gastric	88 (78.6)	55.99 ± 18.42	0.323	24.45 ± 27.81	0.412
Duodenal	24 (21.4)	53.96 ± 16.67		30.42 ± 42.48	

ตารางที่ 3 ชนิดและผลของการผ่าตัด (n = 112)

Operative procedure	Number of patients (%)	With complication (%)	Without complication (%)	Dead (%)
Simple suture	21 (18.2)	11 (52.4)	10 (47.6)	5 (23.8)
Definitive procedure	91 (81.8)	21 (23.1)	70 (76.9)	6 (6.6)

ตารางที่ 4 ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด (n = 112)

Complication	No. (%)*
Wound complication	18 (16.0)
Pulmonary complication	9 (8.0)
GI obstruction	3 (2.6)
GI bleeding	1 (0.9)
Hepatic coma	3 (2.6)
GI Fistula or leakage	2 (1.8)
Acute renal failure	2 (1.8)
Miscellaneous	2 (1.8)

* some patient had more than one complication

วิจารณ์

การรักษาแผลเป็บติคทะเล ยังคงเป็นเรื่องของการผ่าตัดเป็นหลัก ยกเว้นบางรายสามารถรักษาได้ด้วยการไม่ผ่าตัด⁵ การรักษาด้วยการผ่าตัด มี 2 กลุ่ม ใหญ่ ๆ คือ Simple suture with omental patch และ definitive acid reductive procedure โดยวิธีหลังสามารถลดการเกิดซ้ำของโรคได้สูงกว่า แต่ในปัจจุบัน มีการตรวจพบเชื้อ Helicobacter pylori ในแผลเป็บติคทะเล และใช้ยารักษาร่วมกับการผ่าตัด พบว่าสามารถลดการเกิดซ้ำของโรคได้^{6,7} การผ่าตัดแบบ simple suture มักจะได้รับการพิจารณาทำในผู้ป่วยที่เป็น acute ulcer หรือผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยง เช่น

ข้อก การผ่าตัดลำไส้ มีโรคประจำตัว

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการผ่าตัดแผลเป็บติคทะเล จากรายงานนี้พบร้อยละ 28.6 โดยส่วนใหญ่เป็น wound complication และ pulmonary complication จากรายงานอื่นพบมีภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 15.6-26.2⁹⁻¹¹ สำหรับอัตราการเสียชีวิต จากรายงานนี้พบร้อยละ 9.8 เมื่อเทียบกับรายงานทั้งในประเทศและต่างประเทศ ซึ่งอยู่ในช่วงระหว่างร้อยละ 4-18.9^{11-13,17}

การศึกษานี้ยังพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย แต่กลุ่มที่เกิดภาวะแทรกซ้อนกลับพบในผู้หญิงมากกว่า อาจจะเป็นเพราะในเพศหญิงมีอายุเฉลี่ยที่สูงกว่าเพศชาย

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่าง risk factor กับ Hospital morbidity and mortality

Risk factors	Morbidity with complication (%)	Morbidity without complication (%)	P-value	Dead (%)	Mortality Alive (%)	P-value
Sex - male	21 (23.3)	69 (76.7)	0.013*	7 (7.8)	83 (92.2)	0.222
- female	11 (50.0)	11 (50.0)		4 (18.2)	18 (81.8)	
Age ≤ 60 yr	8 (13.8)	50 (86.2)	< 0.001*	1 (1.7)	57 (98.3)	0.003*
> 60 yr	24 (44.4)	30 (55.6)		10 (18.5)	44 (81.5)	
Duration of perforation			< 0.001*			0.036*
≤ 24 hr.	15 (18.5)	66 (81.5)		5 (6.2)	76 (93.8)	
> 24 hr.	17 (54.8)	14 (45.2)		6 (19.4)	25 (80.6)	
Shock			0.009*			0.023*
- Present	8 (61.5)	5 (88.5)		4 (30.8)	9 (69.2)	
- absence	24 (24.2)	75 (75.8)		7 (7.1)	92 (92.9)	
Coexisting disease			< 0.001*			< 0.001*
- present	20 (54.1)	17 (45.9)		10 (27.0)	27 (73.0)	
- absence	12 (16.0)	63 (84.0)		1 (1.3)	74 (98.7)	
Type of peptic ulcer			0.344			0.619
- gastric ulcer	27 (30.7)	61 (69.3)		8 (9.1)	80 (90.9)	
- duodenal ulcer	5 (20.8)	19 (79.2)		3 (12.5)	21 (87.5)	

ค่า P < 0.05 significant

และมารักษาหรือได้รับการรักษาช้ากว่า นอกจากนี้ยังมีโรคประจำตัว ผลการรักษาจึงออกมาไม่ดี โดยจากการวิเคราะห์ข้อมูลทั่ว ๆ ไป พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่มีผลในการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการเสียชีวิตจากการผ่าตัด ประกอบไปด้วยอายุมากกว่า 60 ปี ระยะเวลาจากมีอาการจนถึงผ่าตัดนานกว่า 24 ชม. มีภาวะช็อกก่อนผ่าตัด และมีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน โรคหัวใจ โรคปอด ซึ่งสอดคล้องกับรายงานจากต่างประเทศ^{12-16,19} ส่วนตำแหน่งของแผลเป็นติดทะลุ รายงานนี้พบ gastric ulcer มากกว่า duodenal ulcer แต่รายงานในต่างประเทศส่วนใหญ่พบ duodenal ulcer มากกว่า อาจจะเนื่องมาจาก

จำนวนผู้ป่วยในรายงานนี้ไม่มากพอ แต่เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงแล้วพบว่าไม่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการเสียชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับรายงานการศึกษาอื่น ๆ^{14,17-18}

รายงานของ Rajesh V. พบว่า risk factor จากการผ่าตัดสัมพันธ์กับอายุเกิน 60 ปี มีภาวะช็อก ระยะเวลาจากมีอาการจนถึงผ่าตัดนานเกิน 24 ชม. และรูทะลุเกิน 5 มม.¹⁵

รายงานฉบับนี้ไม่ได้กล่าวถึง operative time, contamination ในช่องท้องมาเป็น risk factor เพราะมีข้อมูลไม่สมบูรณ์ และยังขึ้นอยู่กับศัลยแพทย์ผู้ผ่าตัด ซึ่ง

มีหลายคน ซึ่งอาจจะมีความแตกต่างกันในเรื่องการใช้
เวลาผ่าตัดและการบอกระดับ contamination

สรุป

จากการศึกษาผู้ป่วยแผลเป็บติคทะลุ ที่ได้รับการ
ผ่าตัดในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ระหว่างวันที่
1 ตุลาคม 2544 ถึง 30 กันยายน 2548 พบปัจจัยเสี่ยงที่
ทำให้เกิดทั้งภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตที่ชัดเจน
ได้แก่ อายุมากกว่า 60 ปี ระยะเวลาก่อนมีอาการจนถึง
ผ่าตัดมากกว่า 24 ชม. มีภาวะช็อกก่อนผ่าตัดและมีโรค
ประจำตัว ในขณะที่เพศหญิงจะเกิดภาวะแทรกซ้อนมาก
กว่าเพศชาย ส่วนตำแหน่งแผลเป็บติคทะลุ ไม่มีผลต่อ
ภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิต

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ เจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัด และเจ้าหน้าที่
เวชระเบียนและสถิติที่ช่วยค้นข้อมูลผู้ป่วย และวิเคราะห์
ข้อมูลทางสถิติ

เอกสารอ้างอิง

1. Stanley W. Ashley, Denis Evoy, John M Daly. Stomaca. In Schwartz Shire GT, Spencer, Fischer, Galloway, editors, Principle of Surgery 7th ed. New York McGraw Hill 1999 ; 1191-200.
2. ปิยะ เตียวประเสริฐ. Acid peptic disease with complication. ใน สมิต วงศ์เกียรติขจร, วิชัย วาสนสิริ, จรัสพงศ์ เกษมมงคล, สุรพงษ์ สุภาภรณ์, บรรณารักษ์. ศัลยศาสตร์ท้นยุค. กรุงเทพฯ : ไขษิตการพิมพ์, 2547 : 229-41.
3. Siu WT., Chau CH, Law BK., et al. Laparoscopic repair for perforated peptic ulcer, a randomized controlled trial. Annal of Surg. 2002, 235(3) : 313-9.
4. Sanchez. Beuni F., Marin P, Rios A, et al. Has

- the incidence of perforated peptic ulcer decreased over the last decade, Digestive Surgery 2001 ; 18(6) : 444-7.
5. Marshall C, Ramaswanmy P, Begin FG, et al. Evaluation of a protocol for the non-operative management of perforated peptic ulcer. British J. of Surgery 1999 ; 28(1) : 131-4.
 6. Metzger J, Styger S, Sicber C, et al. Prevalence of Helicobacter pylori infection in peptic ulcer perforations. Swiss Med Wkly 2001 ; 131(7-8) : 99-103.
 7. Gisbert JP, Legido J, Garcia-Sanz I, et al. Helicobacter pylori and perforated people ulcer prevalence of the infection and role of non-steroid anti-inflammatory drugs. Digestive and Liver disease 2004 ; 36(2) : 116-20.
 8. Michelet I, A gresta F. Perforated peptic ulcer : laparoscopic approach. Eur J of Surg. 2000 ; 166(5) : 405-8.
 9. Svanes C. Trends in perforated peptic ulcer : incidence, etiology, treatment and prognosis. World J of Surgery 2000 ; 24(3) : 277-83.
 10. Chou NH. Mok KT, Chang HT, et al. Risk factor of mortality in perforated peptic ulcer, Eur J Surg. 1982 ; 195 : 265-9.
 11. สายลักษณ์ พิมพ์เกาะ, ชัยวัฒน์ ปาลวัฒน์วิไชย. ปัจจัยเสี่ยงในการผ่าตัดรักษาผู้ป่วยแผลเป็บติคทะลุ : รายงานการศึกษา 2 ปี ในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา, เวชสารโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา 2545 ; 26 : 99-105.
 12. Sillakivi T, Lang A, Tein A, Peetsalu A. Evaluation of risk factors for mortality in surgically treated perforated peptic ulcer, Hepato Gastroenterology 2000 ; 47(36) : 1765-8.

13. Noguiera C., Silva AS, Santos JN, et al. Perforated peptic ulcer : main factor of morbidity, world J of Surgery 2003 ; 27(7) : 782-7.
14. Testini M., Portincasa P, Picinni G, et al. Significant factors associated with fatal outcome in emergency open surgery for perforated peptic ulcer, world J of Gastroenterology 2003 ; 9(10) : 2338-40.
15. Rajesh V, Chandra SS, Amile SR. Risk factors predicting operative mortality in perforated peptic ulcer disease. Tropical Gastroenterology 2003 ; 24(3) : 148-50.
16. Chan WH, Wong WK, Khin LW, Soo KL. Adverse operative risk factors for perforated peptic ulcer. Annals of the Academy of Medicine 2000 ; 29(2) : 164-7.
17. Uccheddu A, Floris G, ML, et al. Surgery for perforated peptic ulcer in the elderly, Evaluation of factor influencing prognosis, Hepato-Gastroenterology 2003 ; 50(54) : 1956-8.
18. Evans JP., Smith R., Predicting poor outcome of perforated peptic ulcer disease, Australia and New Zealand J. of Surg. 1997 ; 67(11) : 792-5.
19. McIntosh JH., Berman K, Holliday FM. Et al. Some factors associated with mortality in perforated peptic ulcer : a case-control study J of Gastroenterology and Hepatology 1996 ; 11(1) : 82-7.
20. Abbasakoor F., Attwood SE, Mc. Grath JP. Simple closure and Follow up H₂ receptor antagonists for perforated peptic ulcer immediate survival and symptomatic outcome, Irish Medical J. 1995 ; 88(6) : 207-10.