

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การศึกษาเปรียบเทียบการผ่าตัดรักษาแผลปลายกระเพาะ อาหารทะลุแบบเฉียบพลัน โดยวิธี Truncal Vagotomy ร่วมกับ Pyloroplasty และ Simple Closure ร่วมกับการให้ ยา H₂-receptor Antagonist

A Comparative Study of Truncal Vagotomy with Pyloroplasty and Simple Closure with H₂- Receptor Antagonist in the Treatment of Acute Pyloro-Duodenal Ulcer Perforation.

พรศักดิ์ อมรศรี พ.บ.

กลุ่มงานศัลยกรรม

โรงพยาบาลมะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี

Pornsak Amornsri M.D.

Cert. Board in General Surgery

Department of Surgery Makarak Hospital,
Kanchanaburi Province.

บทคัดย่อ

การศึกษาเปรียบเทียบผลการผ่าตัดรักษาด้วยวิธี Truncal vagotomy + Pyloroplasty และ Simple closure + H₂-receptor antagonist ในผู้ป่วยที่จำเป็นต้องรับการผ่าตัดแผลเฉียบพลันที่ปลายกระเพาะอาหารทะลุ ระหว่างเดือน มกราคม 2539 - ธันวาคม 2544 จำนวน 106 ราย โดยติดตามผลการรักษาหลังผ่าตัด 2-6 ปี พบว่าการผ่าตัด Simple closure + H₂-receptor antagonist มีข้อดีที่ใช้เวลาในการผ่าตัดน้อย ไม่เกิดอาการ dumping syndrome และ postvagotomy diarrhea ในขณะที่วันนอนโรงพยาบาลหลังผ่าตัด และอัตราการกลับเป็นซ้ำของอาการ dyspepsia ใกล้เคียงกับการรักษาด้วยวิธี definitive surgery การผ่าตัดรักษาแผลปลายกระเพาะอาหารทะลุด้วยวิธี Simple closure + H₂-receptor antagonist จึงนับว่าเป็นวิธีการที่เหมาะสม

ABSTRACT

A comparative study between truncal vagotomy with pyloroplasty and simple closure with H₂-receptor antagonist was performed in 106 cases of acute pyloro-duodenal ulcer perforation at Makarak General Hospital during January 1996-December 2001. After 2-6 years of follow up it was found that there was no

statistical difference in mean hospital stay, late relapsing symptoms, but the result of shorter operative time in simple closure was superior to the latter, with less problems of dumping syndrome and postvagotomy diarrhea. The results indicate that simple closure followed by drug therapy is acceptable treatment for perforated pyloro-duodenal ulcer.

บทนำ

โรคแผลปลายกระเพาะอาหาร (pyloro-duodenal ulcer) เป็นโรคที่พบบ่อยในประเทศไทย โดยมีภาวะแทรกซ้อนที่ต้องผ่าตัดฉุกเฉินบ่อยที่สุดคือ แผลปลายกระเพาะอาหารทะลุ^{1,2} การรักษามีวิธีการผ่าตัดได้ 2 แบบ ซึ่งการเลือกวิธีใดนั้น จะขึ้นอยู่กับสภาพผู้ป่วย ชนิดของแผล และประสบการณ์ของศัลยแพทย์ simple closure เหมาะกับผู้ป่วยที่มีอาการหนัก แผลประเภท acute และมีประวัติกินยาแก้ปวด วิธีนี้สามารถทำได้ง่ายและรวดเร็ว แต่ไม่ได้ลดกรดถาวร ดังนั้นแผลกระเพาะอาหารมีโอกาสกำเริบขึ้นอีก ส่วน definitive surgery เช่น truncal vagotomy + pyloroplasty จะลดกรดได้ถาวร เหมาะกับผู้ป่วยที่มีสภาพดี ช่องท้องไม่เปรอะเปื้อนมาก ไม่มีหนอง แผลเป็นแบบ chronic แผลทะลุที่มีเลือดออก หรือมีการตีบตันของปลายกระเพาะร่วมด้วย แต่ก็มีข้อเสียที่พบภาวะ dumping syndrome, postvagotomy diarrhea ได้บ่อย และใช้เวลาผ่าตัดนาน

ในปัจจุบันนี้ ได้จัดให้โรคแผลปลายกระเพาะอาหารเป็นโรคทางอายุรกรรม (medical disease) เนื่องจากเป็นโรคที่เกี่ยวกับการมีกรดเกลือสูงเกิน¹ การรักษาด้วยยาได้ผลดี ไม่ว่าจะเป็นยาในกลุ่ม H₂-receptor antagonist หรือ proton-pump inhibitor ซึ่งมีประสิทธิภาพสูงในการลดการหลั่งกรดจาก parietal cell¹ และถ้าให้ยาลดกรดภายหลังผ่าตัดในผู้ป่วยแผลปลายกระเพาะอาหารทะลุ จะช่วยลดอัตราการเกิดซ้ำของแผลปลายกระเพาะอาหารได้ เช่น การศึกษาของ Kulkarni SH³, Singh K⁴ ซึ่งได้ให้ยา H₂-receptor antagonist ภายหลังการผ่าตัด simple closure ในผู้ป่วย duodenal ulcer perforation พบว่าผู้ป่วย

90.1%, 93.4% ไม่มีการกลับมามีอาการอีก และไม่พบผลข้างเคียงของการผ่าตัด คือ postvagotomy diarrhea, dumping syndrome ซึ่งเป็นวิธีที่เหมาะสมกับผู้ป่วยในกลุ่มนี้ ซึ่งส่วนมากจะเป็นผู้ป่วยสูงอายุและอยู่ในสภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ มากกว่าปกติ ดังนั้นการทำ simple closure + H₂-receptor antagonist น่าจะเป็นทางเลือกที่ดีกว่า TV+P เพราะใช้เวลาน้อยกว่า ไม่เกิด dumping syndrome หรือ diarrhea และสามารถลดอัตราการเกิดซ้ำของแผลด้วยการให้ยา H₂-receptor antagonist

ผู้รายงานจึงได้ศึกษาเปรียบเทียบการผ่าตัด simple closure ร่วมกับการให้ยา H₂-receptor antagonist และ truncal vagotomy ร่วมกับ pyloroplasty ในแง่ต่าง ๆ เพื่อหาวิธีการผ่าตัดที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่ต้องรับการผ่าตัดแผลปลายกระเพาะอาหารทะลุ

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลการผ่าตัดโดยวิธี truncal vagotomy ร่วมกับ pyloroplasty (TV+P) และ simple closure ร่วมกับการให้ยา H₂-receptor antagonist ภายหลังผ่าตัด โดยเปรียบเทียบ

- เวลาเฉลี่ยในการผ่าตัด
- ระยะเวลานอนในโรงพยาบาล
- ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด
- อุบัติการณ์การเกิดภาวะ dumping syndrome, postvagotomy diarrhea ภายหลังผ่าตัด
- อัตราการเกิดอาการปวดท้องจากแผลปลายกระเพาะอาหาร (organic dyspepsia)

วัสดุและวิธีการศึกษา

1. ได้ทำการศึกษาผู้ป่วยย้อนหลังตั้งแต่เดือน มกราคม 2539 ถึง ธันวาคม 2544 ที่ได้รับการผ่าตัดแผลเฉียบพลันที่ปลายกระเพาะอาหารทะลุ (acute pyloro - duodenal ulcer perforation) ศึกษาทุกรายที่สามารถติดตามผลหลังผ่าตัด 2-6 ปี ซึ่งมีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด TV+P จำนวน 76 ราย ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด simple closure จำนวน 30 ราย

2. การเลือกวิธีผ่าตัด ตามสภาพของผู้ป่วย และลักษณะของแผล โดยตัวผู้ป่วยมีอาการหนัก ลักษณะแผลเป็นแบบ acute จะเลือกวิธี simple closure ร่วมกับการให้ยา H₂-receptor antagonist เป็นเวลาประมาณ 2 เดือน ภายหลังผ่าตัด ถ้าผู้ป่วยอาการไม่หนัก อยู่ในสภาพดี ช่องท้องไม่เปื้อนอะไรมาก แผลเป็นแบบ chronic จะเลือกใช้วิธี TV+P

3. ในกรณีที่มีภาวะแทรกซ้อนที่ไม่เกี่ยวข้องกับ การผ่าตัดหรือโรคอย่างอื่นที่อาจมีผลต่อการแปลผลภายหลังการผ่าตัด หรือรายที่ไม่สามารถทำ pyloroplasty ได้ เช่นรายที่ต้องทำ gastro-jejunostomy หรือ gastrectomy จะไม่นำมาศึกษาเปรียบเทียบ การติดตามผลหลังผ่าตัดทำโดยจากการสัมภาษณ์ในระยะพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล และตามผลเป็นระยะ โดยนัดผู้ป่วยมาตรวจ 1, 3, 6 เดือน ติดตามผลหลังผ่าตัด 2-6 ปี

4. การจัดแบ่งสภาพของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด โดยใช้วิธี American Society of Anesthesiologists (ASA)

5. การทำ pyloroplasty ใช้วิธีของ Heineke - Mikulicz และ Weinberg's modification of Heineke - Mikulicz

6. การจัดแบ่งระดับของลักษณะการขับถ่ายหลังการผ่าตัดเพื่อป้องกันภาวะ postvagotomy diarrhea

- ปกติ คือ ถ่ายอุจจาระปกติ หรือมีอาการอุจจาระร่วงแต่ไม่เกิน 2 ครั้งต่อเดือน

- อุจจาระร่วงแบบไม่รุนแรง คือ มีภาวะอุจจาระร่วงเกิดขึ้นเป็นครั้งคราว ผู้ป่วยสามารถควบคุมได้และไม่

รบกวนต่อการทำงานหรือการดำเนินชีวิตตามปกติสุข

- อุจจาระร่วงอย่างรุนแรง คือ มีภาวะอุจจาระร่วงเกิดบ่อยครั้งจนทำให้ผู้ป่วยไม่มีความสุขและรบกวนต่อการดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข

7. การจัดแบ่งระดับของภาวะ dumping syndrome (late dumping)

- ปกติ คือ ไม่มีอาการของ dumping

- ไม่รุนแรง คือ มีอาการของ dumping syndrome เป็นบางครั้ง ผู้ป่วยสามารถหลีกเลี่ยงหรือควบคุมได้และไม่รบกวนต่อการทำงานหรือการดำเนินชีวิตตามปกติสุข

- รุนแรง คือ มีอาการของ dumping syndrome อย่างรุนแรง ไม่สามารถควบคุมได้ จนรบกวนต่อการดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข

8. การจัดแบ่งระดับของภาวะ dyspepsia

- ปกติ คือ ไม่มีอาการของ dyspepsia

- ไม่รุนแรง คือ มีอาการปวดจุกเสียดลิ้นปี่หรือชายโครงขวาเป็นครั้งคราว สามารถควบคุมอาการโดยการกินยาลดกรดในกระเพาะอาหาร

- รุนแรง คือ มีอาการปวดท้อง จุกเสียดลิ้นปี่หรือชายโครงขวาอย่างรุนแรง ต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล

สถิติที่ใช้

1. สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) เพื่อหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)

2. T-test, Chi-square ใช้ในการทดสอบนัยสำคัญของความแตกต่างระหว่างค่าสถิติของกลุ่ม

3. กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา

ผู้ป่วย ที่ได้รับการผ่าตัด TV+ P มีจำนวนทั้งสิ้น 76 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 88.16 อายุเฉลี่ย

47.66 ปี ได้รับการวินิจฉัยเป็น duodenal ulcer perforation จำนวน 70 คน คิดเป็นร้อยละ 92.11 เป็น prepyloric ulcer perforation จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 7.89 ส่วนการผ่าตัด simple closure มีจำนวนทั้งสิ้น 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 86.7 อายุเฉลี่ย 53.97 ปี เป็น prepyloric ulcer perforation จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 50 เป็น duodenal ulcer perforation จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 50 (ตารางที่ 1)

สภาพของผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเมื่อจำแนกตาม ASA (American Society of Anesthesiologists) พบว่าผู้ป่วยในกลุ่มที่ทำ TV+ P ส่วนใหญ่มีสภาพดี จัดอยู่ใน class I ร้อยละ 71.1 รองลงมาเป็น class II ร้อยละ 22.4 ตามลำดับ ในขณะที่กลุ่มที่ทำ simple closure พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็น class II ร้อยละ 66.33 รองลงมาเป็น class I ร้อยละ 16.67 class III ร้อยละ 13.33 และ class IV ร้อยละ 6.67 ตามลำดับ ซึ่งสภาพของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มนี้มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) (ตารางที่ 2)

นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยในกลุ่มที่ทำ TV+P มีภาวะช็อกเมื่อแรกรับ 1 คน คิดเป็นร้อยละ 1.31 มีแผลแตกทะลุมากกว่า 24 ชั่วโมง จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 5.26 และ สำหรับผู้ป่วยที่ทำ simple closure มีภาวะช็อกเมื่อแรกรับ จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 16.67 มีแผลแตกทะลุมากกว่า 24 ชม. จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 26.66 โดยรวมแล้วผู้ป่วยที่ทำ simple closure จะมีอาการหนักกว่า และมีสภาพที่แย่กว่าในกลุ่มผู้ป่วยที่ทำ TV+P ซึ่งสอดคล้องกับ ASA Classification ส่วนระยะเวลาดังแต่มีอัตราการปวดท้องรุนแรงจนถึงเวลาได้รับการผ่าตัดเฉลี่ย ในกลุ่ม simple closure มากกว่า ในกลุ่ม TV+P คือ 14.90 ชม. และ 10.30 ชม. (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน SD = 6.16 และ 6.33) ตามลำดับ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) (ตารางที่ 3)

เมื่อเปรียบเทียบเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการทำผ่าตัด

ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัดวิธี TV+P มากกว่าการผ่าตัดวิธี simple closure คือ 91.71 นาที และ 58 นาที (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน SD = 19.74 และ 24.02) ตามลำดับ ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) วันนอนเฉลี่ยในโรงพยาบาลในกลุ่ม TV+P 9.05 วัน (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน SD = 3.60) ในกลุ่ม Simple closure 10.13 วัน (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน SD = 4.42) ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) (ตารางที่ 4)

ภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัด พบว่าในกลุ่ม simple closure มีภาวะแทรกซ้อนที่มากกว่า ทั้งนี้เพราะมีแผลแตกทะลุอยู่นาน หรือมีภาวะช็อกเมื่อแรกรับ โดยมีภาวะแทรกซ้อนดังนี้ wound infection 1 คน pneumonia 1 คน renal failure 1 คน (ผู้ป่วยมีภาวะช็อก) pleural effusion 1 คน (ผู้ป่วยมีภาวะช็อก steroid abuse) ผู้ป่วยทั้ง 4 รายมีแผลแตกทะลุมากกว่า 24 ชั่วโมง และอายุมากกว่า 60 ปี สำหรับในกลุ่ม TV+ P พบภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่า เพราะการเลือกผู้ป่วยเข้ากลุ่มนี้ จะเลือกผู้ป่วยที่มีสภาพดี และสามารถทนต่อการผ่าตัดได้นาน โดยพบ wound infection 1 คน renal failure 1 คน (ผู้ป่วยมีภาวะช็อก) ทั้ง 2 รายมีแผลแตกนานกว่า 24 ชั่วโมงและอายุมากกว่า 60 ปี พบ splenic injury บริเวณ hilum ในขณะที่ทำ vagotomy 1 คน (ตารางที่ 5)

ภาวะ dumping syndrome, postvagotomy diarrhea พบได้ในกลุ่ม TV+P โดยพบ dumping จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 13.16 ทุกรายมีอาการไม่มาก และสามารถควบคุมได้โดยการแนะนำของแพทย์ และจำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 17.11 มีอาการ diarrhea แต่มีอาการอยู่ชั่วคราว ไม่รุนแรง และสามารถควบคุมได้ด้วยยา ซึ่งทั้งสองอาการนี้ไม่พบในกลุ่มที่ทำ simple closure การกลับมามีอาการจุกเสียดแน่นลิ้นปี่ ชายโครงขวา (dyspepsia) ในทั้งสองกลุ่ม ผู้ป่วยมีอาการไม่รุนแรง สามารถควบคุมได้โดยการให้ยา H₂-receptor antagonist และส่วนใหญ่จะกลับมามีอาการภายใน 7-24 เดือนหลังผ่าตัด

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลผู้ป่วย เพศ ค่าเฉลี่ยของอายุ และการวินิจฉัย

	TV+P (n = 76)	Simple + H ₂ blocker (n = 30)
เพศ		
ชาย / คน (ร้อยละ)	67 (88.16%)	26 (86.7%)
หญิง/ คน (ร้อยละ)	9 (11.84%)	4 (13.3%)
อายุเฉลี่ย / ปี (mean ± SD)	47.66 ± 17.16	53.97 ± 17.68
prepyloric ulcer perforation /คน (ร้อยละ)	6 (7.89%)	15 (50%)
duodenal ulcer perforation /คน (ร้อยละ)	70 (92.11%)	15 (50%)

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละสภาพของผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัด จำแนกตาม ASA (American Society of Anesthesiologists)

	TV+P (n = 76)		Simple + H ₂ blocker (n = 30)	
ASA	n	%	n	%
class I	54	71.1	5	16.67
class II	17	22.4	19	63.33
class III	3	3.9	4	13.33
class IV	2	2.6	2	6.67

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่มีอาการ shock เมื่อแรกรับ แผลแตกทะลุมากกว่า 24 ชั่วโมง และระยะเวลาตั้งแต่มีอาการจนถึงได้รับการผ่าตัด

	TV+P (n = 76)		Simple + H ₂ blocker (n = 30)	
	n	%	n	%
ภาวะช็อกเมื่อแรกรับ / คน (ร้อยละ)	1	1.31	5	16.67
แผลแตกทะลุมากกว่า 24 ชั่วโมง / คน (ร้อยละ)	4	5.26	8	26.66
ระยะเวลาดังแต่มีอาการจนถึงได้รับการผ่าตัด / ชม. (mean ± SD)	10.30 ± 6.33		14.90 ± 6.16	

ตารางที่ 4 แสดงเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการผ่าตัด และวันนอนในโรงพยาบาล

	TV+P (n = 76)	Simple + H ₂ blocker (n = 30)
เวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการผ่าตัด / นาที (mean ± SD)	91.71 ± 19.74	58 ± 24.02
วันนอนเฉลี่ยในโรงพยาบาล / วัน (mean ± SD)	9.05 ± 3.60	10.13 ± 4.42

ตารางที่ 5 ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

Postoperative Complication	TV+P (n = 76)	Simple + H ₂ blocker (n = 30)
wound infection	1	1
pneumonia	-	1
renal failure	1	1
pleural effusion	-	1
splenic injury	1	-

ตารางที่ 6 แสดงจำนวนและร้อยละผู้ป่วยที่เกิดภาวะ dumping, diarrhea และ dyspepsia

	TV+P (n = 76)		Simple + H ₂ blocker (n = 30)	
	n	%	n	%
dumping				
- mild, occasional or moderate	10	13.16	-	-
- severe	-	-	-	-
diarrhea				
- mild, occasional or moderate	13	17.11	-	-
- severe	-	-	-	-
dyspepsia				
- mild, occasional or moderate	15	19.74	6	20.00
- severe	-	-	-	-

โดยในกลุ่ม TV+P มีอาการ 15 คน คิดเป็นร้อยละ 19.74 ในกลุ่ม simple กลับมามีอาการ 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 20.00 ซึ่งแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value > 0.05) (ตารางที่ 6)

วิจารณ์

ผลการศึกษาพบว่า ภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดสัมพันธ์กับสภาพของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด เช่น สูงอายุ ภาวะช็อก แผลแตกทะลุมากกว่า 24 ชั่วโมง การมีโรคร่วม (ASA status)⁵⁻⁸ วิธีการผ่าตัด simple closure + H₂-receptor antagonist เป็นวิธีการผ่าตัดที่ดี เพราะใช้เวลาในการผ่าตัดน้อย วันนอนในโรงพยาบาลและอัตราการกลับมามีอาการของแผลใกล้เคียงกัน และไม่มีปัญหา postvagotomy diarrhea, dumping syndrome เมื่อเทียบกับ TV+P ผลการศึกษารังนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Kulkarni SH³, Singh K⁴ ซึ่งได้ให้ยา H₂-receptor antagonist ภายหลังผ่าตัด simple closure พบว่าผู้ป่วยมีอัตราการกลับมามีอาการของแผล ร้อยละ 9.9 และ 6.6 ตามลำดับ ในระยะหลังได้มีการตรวจพบเชื้อ Helicobacter pylori ในผู้ป่วย duodenal ulcer perforation จากรายงานต่าง ๆ ดังนี้

จะเกิดมากในกลุ่มที่มีการติดเชื้อ H.pylori จากการศึกษาของ NgEK¹¹ และ Kasetsuwan P.¹³ ซึ่งได้ทำ simple closure ร่วมกับ H.pylori eradication เมื่อเปรียบเทียบกับ simple closure ร่วมกับ omeprazole อย่างเดียว พบอัตราการเกิดซ้ำของแผล เมื่อ 1 ปี ดังนี้

	Ulcer recurrence	
	H.pylori eradication (ร้อยละ)	Omeprazole alone (ร้อยละ)
Ng EK ¹¹	4.8	38.1
Kasetsuwan P ¹³	5.0	38.8

สรุป

การผ่าตัด simple closure ร่วมกับการให้ยาลดกรด หรือ definitive surgery (TV+P) เป็นวิธีการที่ปลอดภัยในการรักษา peptic ulcer perforation และมีการกลับมามีอาการของ peptic ulcer disease และภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดไม่แตกต่างกัน โดยวิธี simple closure ใช้เวลาการผ่าตัดน้อยกว่าภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดไม่แตกต่างกัน และไม่เกิดอาการ dumping syndrome, postvagotomy diarrhea การกลับมามีอาการของ peptic ulcer disease หลังผ่าตัดรักษา

ข้อเสนอแนะ

1. การทำผ่าตัดวิธี simple closure เป็นวิธีที่เหมาะสมและเพียงพอในการรักษาผู้ป่วยแผลเปปติกทะลุที่กระเพาะอาหารส่วนปลายแบบเฉียบพลัน โดยหลังผ่าตัด ให้ยาลดการหลั่งกรดรวมด้วย เช่น H₂-Receptor Antagonist
2. ควรส่งตรวจ H.pylori และให้การรักษา H.pylori eradication เมื่อผู้ป่วยติดเชื้อ H.pylori จริง
3. การทำผ่าตัด definitive surgery ควรทำเฉพาะ

		พบ H.pylori (ร้อยละ)
Metzger J ⁹	Switzerland	73.3
Kreissler - Haag D ¹⁰	Germany	77.0
NgEK ¹¹	Hong Kong	81.0
Mihmannli M ¹²	Turkey	88.8
Kasetsuwan P ¹³	Thailand	92.8
Tran TT ¹⁴	Viet Nam	96.0

จากการศึกษาของ Kate V¹⁵, Chu KM¹⁶ พบว่า อัตราการเกิดซ้ำของแผลภายหลังผ่าตัด simple closure

ในรายที่ไม่สามารถจะทำ simple closure ได้ เช่น มี obstruction, bleeding หรือ carcinoma เพราะผลการผ่าตัดรักษาไม่แตกต่างกับวิธี simple closure

เอกสารอ้างอิง

1. Debas Ht, Mulvihill SI. Complications of peptic ulcer. In : Zinner MI, Schwartz SI, Ellis H, eds. Maingot's abdominal operation. 10th ed. London : Prentice Hall International Inc, 1997 : 981-88.
2. Kuremu RT. Surgical management of peptic ulcer disease. East Afr Med J. 2002 Sep ; 79(9) : 454-6.
3. Kulkarni SH, Kshirsager AY. Simple closure of perforated duodenal ulcer. J indian Med Assoc. 1998 Oct ; 96(10) : 309-11.
4. Singh K, Chhina RS, Ghosh A, Kaura R. Impact of ranitidine on prognosis after simple closure of perforated duodenal ulcer. Trop gastroenterol. 1999 Apr-Jun ; 20(2) : 90-2.
5. Kujath P, Schwandner O, Bruch HP. Morbidity and mortality of perforated peptic gastroduodenal ulcer follow emergency surgery. Langenbecks Arch Surg. 2002 Nov ; 387(7-8) : 298-302.
6. Deus Fombellida J, Gil Romea I, Moreno Mirallas MJ, Urieta Carpi A. Risk factor in the surgical management of perforated duodeno-pyloric ulcer. Rev Esp Enferm Dig. 1998 Jul ; 90(7) : 503-13.
7. Boey J, Choi SK, Poon A, Alagaratnam TT. Risk stratification in perforated duodenal ulcer. A prospective validation of predictive factors. Ann Surg. 1987 Jan ; 205(1) : 22-6.
8. Boey J, Wong J, Ong GB. A prospectie study of operative risk factors inperforated duodenal ulcers. Ann Surg 1982 ; 195 : 265-69.
9. Mertzger J. Styger S, Sieber C, Von Flue M, Vogelbach P, Harder F. Prevalence of Helicobacter pylori infection in peptic ulcer perforations. Swiss Med Wkly. 2001 Feb 24 ; 131(7-8) : 99-103.
10. Kriessler-Haag D, Schilling MK, Maurer CA. Surgery of complicated gastroduodenal ulcer : outcome at the millennium. Zentralbal Chir. 2002 Dec ; 127(12) : 1078-82.
11. Ng EK, Lam YH, Yung MY. Eradication of Helicobacter pylori prevents recurrence of ulcer after simple closure of duodenal ulcer perforation : randomized contolled trial. Ann Surg. 2000 Feb ; 231(2) : 153-8.
12. Mihmannli M, Isgor A, Kabukcuoglu F, Turkey B. The effect of H.pylori in perforation of duodenal ulcer. Hepatogastroenterology. 1998 Sep-Oct ; 45(23) : 1610-2.
13. ประพันธ์ กิตติสิน, บรรณานิการ. An impact of Helicobacter pylori eradication after simple closure of perforated peptic ulcer : A prospective randomized trial. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 25 ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย ; 14-17 กรกฎาคม 2543 ; ณ โรงแรมรอยัล คลิฟ บีช รีสอร์ท พัทยา. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2543.
14. Tran TT, Quandalle P. Treatment of perforated gastroduodenal ulcer by simple : closure followed by Helicobacter pylori eradication. Ann Chir. 2002 Jan ; 127(1) : 32-4.
15. Kate V, Ananthakrishnan N, Badrinath S. Effect of Helicobacter pylori eradication on the ulcer recurrence rate after simple closure of perforated duodenal ulcer. Br J Surg. 2001 Aug ; 88(8) : 1054-8.
16. Chu KM, Kwok KF, Law SY, Tuen HH. Helicobacter pylori status and endoscopy follow-up of patients having a history of perforated duodenal ulcer. Gastrointest endosc. 1999 Jul ; 50(1) : 58-62.