

การผ่าตัดรักษาแผลเป็บติคทะลุใน โรงพยาบาลสมุทรสงคราม

ประเสริฐ สุวรรณพานิช

Abstract : This study assessed the result of surgical treatment of peptic ulcer with perforation in Samuthsongkram Hospital. From 1986-1987, 32 patients had been treated by simple closure with omental patch, the recurrent rate about 60 %. During 1988-1990, 48 patients with perforated peptic ulcer had been treated surgically in Samuthsongkram Hospital. The thirty five patients had been treated by simple closure with omental patch, and follow with ulcerogenic medication. The remainder had been treated by definitive surgery, including vagotomy with drainage, vagotomy with antrectomy. two to four years follow up, the first group had a low recurrent rate (about 10%) ,and the second group had a better scores.

Surgical treatment of peptic ulcer with perforation in Samuthsongkram Hospital.
Suwanpanich P.

Department of Surgery, Samuthsongkram Hospital.
Region 7 Medical Journal 1993 : 1 : 1-11

บทคัดย่อ การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลการรักษาของผู้ป่วยแผลเป็บติคทะลุ ซึ่งได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดวิธี simple closure with omental patch และรักษาตามด้วยยา H_2 receptor antagonist กับการรักษาแบบ simple closure with omental patch อย่างเดียวและเปรียบเทียบกับการรักษาโดยการผ่าตัดวิธี definitive surgery จากการศึกษาย้อนหลัง การรักษาผู้ป่วยแผลเป็บติคทะลุ 32 ราย (ปี 1986-1987) ในโรงพยาบาลสมุทรสงคราม ซึ่งได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด simple closure with omental patch อย่างเดียว พบว่ามีอาการของ recurrent ulcer 60 % และได้ทำการศึกษาต่อในผู้ป่วยอีกกลุ่มหนึ่ง 48 ราย (1988-1990) โดยแบ่งเป็น กลุ่มแรก 35 ราย ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด closure with omental patch รักษาตามด้วยยาพวก H_2 receptor antagonist กลุ่มที่ 2 13 ราย รักษาโดยการผ่าตัด definitive surgery จากการติดตามผล 2 - 4 ปี กลุ่มแรกพบมีอาการของ recurrent ulcer น้อย ประมาณ 10 % กลุ่มที่สองให้ผลดีกว่ากลุ่มแรก ยังไม่พบผู้ป่วยมีอาการของ recurrent ulcer

บทนำ

แผลเป็บติคที่มีภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะในรายที่แผลมีรูทะลุร่วมด้วยนั้น พบได้บ่อยมากอาการและ

ความรุนแรงของโรคจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพของผู้ป่วย ระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนถึงเวลาที่ได้รับ การรักษา ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ในปัจจุบันพบ

ว่าอัตราการตายจากโรคแผลเป็บติคทะเล็ดลดต่ำลงมาก ทั้งนี้ อาจเนื่องจากการที่ผู้ป่วยมีการศึกษาดีขึ้น มาพบแพทย์เร็วขึ้น การวินิจฉัยและการรักษามีประสิทธิภาพมากขึ้น จากสถิติผู้ป่วยแผลเป็บติคทะเล็ดของโรงพยาบาลสมุทรสงคราม 48 ราย (ปี 1988-1990) พบมีอัตราการตายร้อยละ 6.25 (โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ปี 1977 - 1982 อัตราตายร้อยละ 4)

การรักษาแผลเป็บติคทะเล็ดนั้นควรมุ่งให้การ รักษาทั้ง 3 ประเด็นคือ

1. รักษาการทะลุของแผล (perforation)
2. รักษาภาวะแทรกซ้อนโดยเฉพาะที่เป็นสาเหตุการตายสำคัญ คือ เยื่อช่องท้องอักเสบมีการ ติดเชื้อภายในช่องท้อง
3. รักษาตัวของแผลเป็บติคเอง

ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันแล้วว่าการให้การ รักษา แผลเป็บติคทะเล็ดโดยวิธีผ่าตัดนั้น เป็นวิธีช่วยผู้ป่วยให้หาย และปลอดภัย ให้ผลดีที่สุด ส่วนการรักษาแบบ conservative นั้น อาจทำเฉพาะในรายที่จำเป็น เช่น สภาพ ผู้ป่วยไม่สามารถรับการผ่าตัดได้ มีอาการหนักเกินไป หรือในรายที่สามารถพิสูจน์ได้ว่าผู้ป่วยที่เป็นแผลเป็บติค ทะเล็ด รุทะลุนั้นได้ปิดเรียบร้อยแล้วและอาการผู้ป่วยดีขึ้น

การผ่าตัดที่ใช้ในการรักษา แบ่งออกเป็น 2 วิธี

วิธีที่ 1 simple closure with omental patch¹ วิธีนี้ทำง่าย รวดเร็วได้ผลดีในการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า แต่จากการติดตามผลในระยะยาว พบว่ามีอาการของ recurrent ulcer ค่อนข้างสูง พบได้ถึง 60 % (George RL² รายงานพบถึง 77 % ในการติดตามผล 5-10 ปี) และ เนื่องจากสาเหตุที่

1. ภาวะ Recurrent ulcer หลังผ่าตัดค่อนข้าง สูง
2. ยาที่ใช้ในการรักษาแผลเป็บติคในปัจจุบัน มี ประสิทธิภาพดีขึ้น โดยเฉพาะยา H_2 receptor antagonist
3. เพื่อเป็นการรักษาตัวของแผลเป็บติคเอง หลัง

จากได้รับการอาการ perforation และภาวะแทรกซ้อนแล้ว

ผู้รายงานจึงได้ทำการศึกษาต่อไป โดยใช้การผ่าตัดรักษาแผลเป็บติคทะเล็ด โดยวิธี simple closure with omental patch แล้วให้ยา H_2 receptor antagonist ต่อ ผลของการศึกษาจะได้รายงานต่อไป

วิธีที่ 2 การผ่าตัดแบบ definitive surgery วิธีนี้ ให้ผลดีมาก เป็นการรักษาแผลเป็บติคทะเล็ดแล้วยังแก้ ปัญหาของ ulcer diathesis ไปในตัว แต่ทั้งนี้ผู้ป่วยต้อง อยู่ในสภาพเหมาะสม และแพทย์ควรมีประสบการณ์ พอสมควร

ผู้ป่วยและวิธีการ

การรักษาผู้ป่วยที่เป็นแผลเป็บติคทะเล็ดโดยใช้ การผ่าตัด ผู้รายงานได้มุ่งศึกษาในประเด็นใหญ่ 3 ประเด็น คือ

1. ศึกษาและวิเคราะห์ถึงวิธีการรักษา ภาวะแทรกซ้อน ผลการรักษา โดยนำมาเปรียบเทียบกับข้อดี ข้อเสีย ของทั้ง 2 วิธีการ
2. ศึกษาด้านระบาดวิทยา ถึงสาเหตุ ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อโรค ความชุกของโรค ความรุนแรงของโรค
3. ศึกษาหาแนวทางการรักษาที่ควรพัฒนา หรือปรับปรุงให้เหมาะกับสภาพของแต่ละโรงพยาบาล (โดยเฉพาะในโรงพยาบาลชุมชน)

วิธีการที่ศึกษามีดังนี้

กลุ่ม A ผู้ป่วยแผลเป็บติคทะเล็ด 32 ราย (การ ศึกษาย้อนหลัง ปี 1986-1987) ได้รับการรักษาโดยการ ผ่าตัด simple closure with omental patch ตามด้วยการรักษาตามอาการ เมื่อผู้ป่วยหายและกลับบ้านไป หลังจากนั้น 2-4 ปี ติดตามผลของ recurrent ulcer

กลุ่ม B จำนวนผู้ป่วย 48 ราย ผู้รายงานได้ทำ การศึกษาในปี 1988-1990 เป็น prospective study ได้แบ่งผู้ป่วยโดยอาศัยพยาธิสภาพของผู้ป่วย (รวมถึง สภาพขณะกำลังทำผ่าตัดด้วย) ออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ได้แก่

1.1 ผู้ป่วยที่มีอายุค่อนข้างมาก อาการทั่วไปไม่ค่อยดีนัก อาจมีอาการของช็อค หรือในรายที่มีการทะลุของแผลนานกว่า 24-48 ชม. มีการเปราะเปื้อนมากในช่องท้อง หรือมีภาวะของ peritonitis แล้ว เป็นต้น

1.2 ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยเป็น acute ulcer perforation ซึ่งพวกนี้ประวัติการป่วยค่อนข้างสั้น แผลที่ทะลุเป็นแผลแบบ acute ulcer

กลุ่มที่ 2 ได้แก่

2.1 ผู้ป่วยที่มีประวัติเป็น chronic ulcer มีประวัติการป่วยของแผลเป็บติคนานกว่า 3 เดือน หรือในรายที่พบว่าแผลมี fibrosis แล้ว มีร่างกายสภาพแข็งแรงพอสมควร ไม่มีโรคแทรกซ้อนอย่างอื่น ไม่อยู่ในสภาพช็อค ในช่องท้องไม่ติดเชื้ออักเสบและเปราะเปื้อนมากนัก

2.2 ผู้ป่วยที่เคยมีประวัติ peptic ulcer perforation มาแล้ว หรือในรายที่เปิดเข้าไปพบแผลมีขนาดใหญ่ หรือในรายที่มี obstruction หรือ hemorrhage ร่วมด้วยจากผู้ป่วย 2 กลุ่มนี้ ได้ให้การรักษาแตกต่างกันดังนี้

กลุ่มที่ 1 ใช้การผ่าตัด simple closure with omental patch¹ การผ่าตัดไม่ยุ่งยากมากนัก เป็นการประทุษโดยใช้ omentum เป็นวิธีที่ทำได้ง่าย รวดเร็ว ได้ผลดีในการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า (ซึ่งสามารถใช้ได้ดีในโรงพยาบาลชุมชนทั่วไป) แพทย์บางรายใช้ simple closure อย่างเดียวในราย acute ulcer ซึ่งผลก็ไม่ได้แตกต่างกันมากนัก จากนั้นล้างช่องท้องให้สะอาด หลังผ่าตัดเมื่อผู้ป่วยฟื้นตัวดีแล้ว ให้การรักษาต่อโดยใช้ยาพวก H₂ receptor antagonist ยาที่ใช้ได้แก่ cimetidine ขนาด 800-1000 มก.ต่อวัน นาน 4-6 สัปดาห์ จากนั้นติดตามผู้ป่วยโดยนัดมา follow up ที่ OPD และบางรายใช้วิธีส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ โดยเน้นถึงอาการของ recurrent ulcer ที่จะเกิดตามมา

วิธีการผ่าตัด อาจแยกออกได้เป็น 3 วิธี

1.1 การผ่าตัด simple closure อย่างเดียว ซึ่งการผ่าตัดก็ตรงไปตรงมา แพทย์บางรายนิยมใช้มากในผู้ป่วยพวก acute ulcer ขอบแผลของพวกนี้มักจะนุ่ม ในช่องท้องก็ไม่เปราะเปื้อนมากนัก

1.2 Closure with omental patch วิธีนี้ใช้ในรายแผลพวก chronic ขอบแผลค่อนข้างเปื้อน วิธีการ คือ หมุน omentum ขึ้นมาประทุษ ซึ่งให้ผลดีพอสมควร โอกาสที่รูจะรั่วสามารถพบได้

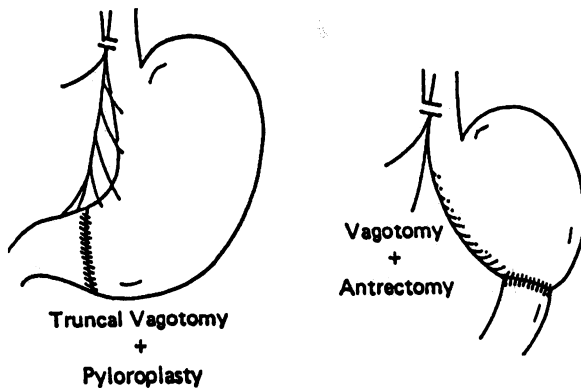
1.3 Simple closure with omental patch วิธีนี้ดัดแปลงจากวิธีที่ 1 และ 2 โดยเราเย็บชั้นแรกเสีย 1 ชั้นก่อน จากนั้นค่อย swing เอา Omentum ขึ้นมาประทุษแล้วเย็บปิดอีกชั้นหนึ่ง ผู้รายงานได้ศึกษาวิธีนี้ดูได้ผลดี ยังไม่พบมีรูรั่วต้องผ่าตัดครั้งที่สองเลย

กลุ่มที่ 2 ใช้การผ่าตัดแบบ definitive surgery³ ซึ่งการรักษาเป็นการรักษาแผลเป็บติคทะเลงพร้อมกับแก้ปัญหา ulcer diathesis ร่วมไปด้วย วิธีที่ใช้ vagotomy with drainage (V+D) , vagotomy with antrectomy (V+A) การผ่าตัดวิธีนี้อาจยุ่งยากกว่า และใช้เวลามากกว่ากลุ่มแรก จากนั้นก็ติดตามผลการรักษาของ recurrent ulcer เหมือนกับกลุ่มแรก

วิธีการผ่าตัด

Vagotomy with drainage⁴ ที่ใช้เป็นวิธี truncal vagotomy เป็นการทำ total gastric vagotomy เพราะทั้งกระเพาะอาหารขาดการควบคุมจากประสาท vagus วิธี drainage ที่นิยมทำกัน คือ pyloroplasty แบบ Heineke-Mikulicz Kennedy F.⁵ รายงานการทำ pyloroplasty พบมีอาการ bilious vomiting น้อย สรีรวิทยาเปลี่ยนแปลงน้อย อาหารและกรดผ่านเข้าดูโอดีนัมเพื่อผสมกับน้ำย่อยและกระตุ้นฮอริโมนตามปกติ

Vagotomy with antrectomy⁶ ที่ใช้เป็นวิธี truncal vagotomy แล้วตัดส่วนของ antrum ออกประมาณ 25-30 % (Palumbo LT⁷ รายงาน พบว่าให้ผลเท่าเทียมกับการตัดกระเพาะ 60-70 %) การต่อกระเพาะ



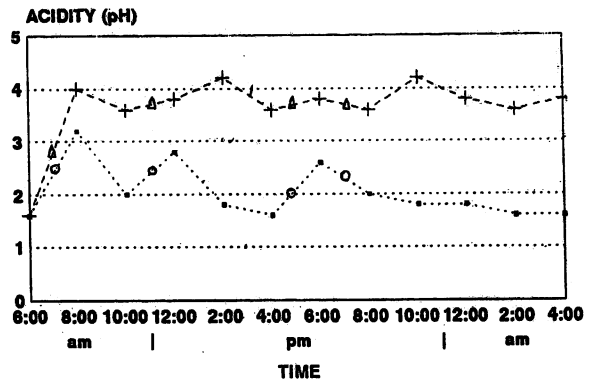
อาหาร ทำแบบ Billroth I

Supportive treatment

นอกจากการรักษาโดยการผ่าตัด ตลอดจนการให้ยา พวก H_2 receptor antagonist แล้ว การให้ supportive treatment ยังคงให้ความสำคัญอยู่เป็นต้นว่า การพักผ่อน มากพอสมควร อาหาร ควรรับประทานเป็นเวลาไม่ปล่อยให้ท้องว่างเป็นเวลานาน ๆ อาหารที่รับประทานควรเป็นประเภทที่ย่อยง่าย รสไม่จัดนัก เหล้า บุหรี่ กาแฟ และยาที่สามารถทำลาย mucosal defense barrier ควรงด เหล่านี้ เป็นต้น

H_2 receptor antagonistฤทธิ์ของยาดังนี้จะไป block histamine H_2 receptor ซึ่งมีอยู่ใน parietal cell ของกระเพาะอาหาร ทำให้สามารถลดการหลั่งของกรดจาก parietal cell ยาที่ใช้กันแพร่หลายขณะนี้ คือ Cimetidine และ Ranitidine

ยาทั้งสองนี้ให้ผลการรักษาใกล้เคียงกัน⁸ จากการศึกษาพบว่ายานี้ใช้รักษาแผลเป็บติคหายถึง 85%⁹ ยา



ที่ใช้ในการศึกษานี้ คือ Cimetidine ขนาด 800-1000 มก./วัน นาน 4-6 สัปดาห์ ทั้งนี้เพราะราคาไม่แพงนัก หาได้ง่าย

ผู้รายงานได้ศึกษาถึงผลของยา Cimetidine ในผู้ป่วย peptic ulcer with perforation โดยเน้นถึง acidity (pH) ของ gastric content ตามรายงานข้างล่างนี้จากกราฟแสดงให้เห็นว่าผลของยา H_2 receptor antagonist ต่อภาวะการเป็นกรดในกระเพาะอาหาร ซึ่งมีผลต่อการหายของแผลเป็บติคด้วย

ผลการศึกษา จากผู้ป่วยแผลเป็บติคทะลุ 80 ราย ที่ได้ รับการรักษาโดยการผ่าตัด จำแนกได้ ตามตารางต่าง ๆ ดังนี้

ตารางที่ 1 เพศและอายุ กลุ่ม A ผู้ป่วย 32 ราย (retrospective study)

อายุ	เพศชาย	จำนวนร้อยละ	เพศหญิง	จำนวนร้อยละ
20-30	2	6.2	-	-
31-39	3	9.3	-	-
40-59	13	40.6	3	9.3
60 ปีขึ้นไป	9	28.1	2	6.2
รวม	27	84.4	5	15.5

กลุ่ม B ผู้ป่วย 48 ราย (prospective study)

อายุ	เพศชาย	จำนวนร้อยละ	เพศหญิง	จำนวนร้อยละ
20-30	6	12.5	-	-
31-39	8	16.6	-	-
40-59	15	31.25	3	6.25
60 ปีขึ้นไป	12	25	4	8.3
รวม	41	85.4	7	14.6

อายุน้อยที่สุด 23 ปี อายุมากที่สุด 80 ปี

เพศชาย : เพศหญิง 6:1

กลุ่ม B จำนวนผู้ป่วย 48 ราย

ตารางที่ 2 อาชีพและพฤติกรรมที่มีส่วนการเกิด
แผลเป็นคิซ

กลุ่ม A จำนวนผู้ป่วย 32 ราย

อาชีพและพฤติกรรมบางอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
ทำน้ำตาลมะพร้าว*	16	50
รับจ้าง	8	25
ชาวสวน	7	21.8
งานบ้าน	1	3.1
สูบบุหรี่	22	68.7
กินยาแก้ปวดเป็นประจำ	15	46.8

อาชีพและพฤติกรรมบางอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
ทำน้ำตาลมะพร้าว*	25	52
รับจ้าง	13	27
ชาวสวน	8	21
งานบ้าน	2	4
สูบบุหรี่	31	64.5
กินยาแก้ปวดเป็นประจำ	22	45.8

*อาชีพทำน้ำตาลมะพร้าว ประชาชนกลุ่มนี้
ต้องขึ้นต้นมะพร้าววันละประมาณ 100-200 ต้นความ
สูง 10-15 เมตร ทุกวัน อาการปวดตามกล้ามเนื้อและ
ข้อต่าง ๆ มักเป็นโรคประจำตัว สิ่งในกลุ่มนี้ใช้กันเป็น
ประจำ คือยาแก้ปวด

ตารางที่ 3 อาการและอาการแสดงที่มาโรงพยาบาล กลุ่ม A จำนวนผู้ป่วย 32 ราย

อาการและอาการแสดง	จำนวน	ร้อยละ
อาการปวดแน่นท้อง	32	100
อาการปวดท้องและมีอาการทันที(ประวัติค่อนข้างสั้น)	7	21.8
อาการปวดท้องเรื้อรังเป็นนานกว่า 3 เดือน	25	78.1
อาการอาเจียนเป็นเลือดหรือถ่ายอุจจาระดำร่วมด้วย	3	9.3
อาการของเยื่อช่องท้องอักเสบ (peritonitis)	28	87.55

กลุ่ม B จำนวนผู้ป่วย 48 ราย

อาการและอาการแสดง	จำนวน	ร้อยละ
อาการปวดแน่นท้อง	48	100
อาการปวดท้องและมีอาการทันที(ประวัติค่อนข้างสั้น)	8	16.6
อาการปวดท้องเรื้อรังเป็นนานกว่า 3 เดือน	40	83.3
อาการอาเจียนเป็นเลือดหรือถ่ายอุจจาระดำร่วมด้วย	5	10.4
อาการของเยื่อช่องท้องอักเสบ (peritonitis)	39	81.25

อาการและอาการแสดง มีตั้งแต่ปวดแน่นท้อง ต่อมาจะมีอาการปวดท้องรุนแรงมากขึ้นมีคลื่นไส้ อาเจียน มีอาการของเยื่อช่องท้องอักเสบ ซึ่งถ้าไม่ได้รับการรักษา อาการจะมากขึ้น จนถึง Sepsis และ Hypovolemic shock

ตารางที่ 4 ระยะเวลาที่เกิดอาการปวดท้องรุนแรงถึงเวลาที่ได้รับการผ่าตัดและวิธีผ่าตัดที่ใช้

กลุ่ม B จำนวนผู้ป่วย 48 ราย

เวลา	Simple clousure with omental patch (ราย)	Definitive surgery	
		TV+D	TV+A
6 ชม.	5	-	-
6-24 ชม.	26	9	4
24-48 ชม.	4	-	-

ตารางที่ 5 ตำแหน่งของแผลเปิดตัก

กลุ่ม B จำนวนผู้ป่วย 48 ราย

ตำแหน่ง	จำนวน	ร้อยละ
Gastric ulcer	7	14.58
Prepyloric ulcer	19	39.58
Duodenal ulcer	22	45.83

ตารางที่ 6 อัตราการตาย กลุ่ม B จำนวนผู้ป่วย 48 ราย

พบมี 3 ราย (6.25%) เนื่องจากผู้ป่วยอายุมาก (62,75,80 ปี) มาพบแพทย์เกินกว่า 24 ชม. มีภาวะแทรกซ้อน peritonitis และอยู่ในภาวะ hypovolemic shock การผ่าตัดที่ใช้ closure with patch ทั้ง 3 ราย สาเหตุการตาย sepsis และ shock

ตารางที่ 7 การติดตามผล กลุ่ม A จำนวนผู้ป่วย 32 ราย

จำนวน	Recurrent ulcer		
	1 ปี	2 ปี	4 ปี
Simple closure with omental patch			
Acute ulcer 4 ราย	-	-	-
Chronic ulcer 21 ราย	-	5	10

- หมายเหตุ
- 1 จำนวนผู้ป่วย 32 ราย ติดตามได้ 25 ราย มีอาการของ recurrent ulcer 15 ราย (60 %)
 - 2 ผู้ป่วย 15 ราย ที่มีอาการของ recurrent ulcer ยังไม่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
 - 2.1 11 ราย ยังคงใช้ยาแก้ปวดอยู่
 - 2.2 13 ราย ยังสูบบุหรี่
 - 2.3 15 ราย ประกอบอาชีพค่อนข้างหนักความเครียดสูง (อาชีพขึ้นต้นมะพร้าว กรรมกรรับจ้าง)
 - 2.4 อาหาร ยังไม่สามารถควบคุมได้ ทั้งชนิดและเวลาที่บริโภค
 - 3 ผู้ป่วย 25 ราย ใช้ยา antacid อยู่บ้างแต่เวลาและขนาดไม่แน่นอน

กลุ่ม B จำนวนผู้ป่วย 48 ราย

จำนวน	Recurrent ulcer		
	1 ปี	2 ปี	4 ปี
Simple closure with omental patch & ulcerogenic medication			
Acute ulcer 5 ราย	-	-	-
Chronic ulcer 25 ราย	-	2	1
Definitive surgery			
TV with D 9 ราย	-	-	-
TV with A 4 ราย	-	-	-

- หมายเหตุ 1 ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา 48 ราย ติดตามได้ 43 ราย
- 2 ผู้ป่วยที่มีอาการของ recurrent ulcer 3 ราย (10 %)
- 3 ผู้ป่วย 3 ราย ยังไม่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม คือทำงานหนัก, ความเครียดสูง ยังใช้ยาแก้ปวด และสูบบุหรี่เป็นประจำ
- 4 ผู้ป่วย 40 ราย (ที่ไม่มีอาการ recurrent ulcer) พฤติกรรมต่าง ๆ เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น

วิจารณ์

ตาราง 1-2 จากการศึกษาพบว่า

1. จำนวนผู้ป่วยต่อปีประมาณ 16 ราย (รพ. จุฬาลงกรณ์ ประมาณ 18 รายต่อปี)
2. ผู้ชายโอกาสที่จะป่วยเป็นโรคนี้มากกว่าผู้หญิง 6:1 (Amed W.¹⁰ และคณะ สถิติผู้ชายต่อผู้หญิง 7.8:1)
3. อายุพบตั้งแต่อายุน้อยที่สุด 23 ปี มากที่สุด 80 ปี
4. อาชีพที่ทำส่วนใหญ่จะเป็นพวกทำงานหนัก ความเครียดสูง อาการปวดตามกล้ามเนื้อ และข้อมักเป็นโรคประจำตัว กลุ่มนี้มักจะมี

ประวัติกินยาแก้ปวดเป็นประจำทุกวัน

5. พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่ทำให้โอกาสเป็นแผลเป็บติคทะลุสูงขึ้น ซึ่งอาจเป็นเพราะ nicotine ในบุหรี่ไปลดการหลั่งของน้ำดีและน้ำย่อยจากตับอ่อน ทำให้การ neutralization ของกรดในกระเพาะลดลง (Smedley F¹¹ และคณะ รายงานผู้ป่วยแผลเป็บติคทะลุ มีประวัติสูบบุหรี่ 86%) จากสถิติของโรงพยาบาลสมุทรสงครามผู้ป่วยที่แผลเป็บติคทะลุมีประวัติการสูบบุหรี่ 64.5 %

6. พฤติกรรมกินยาแก้ปวด พวกยาแก้ปวดโดยเฉพาะพวก salicylate เชื่อว่าสามารถทำลาย mucosal defense barrier และ mucus ทำให้เกิดแผลในกระเพาะอาหารได้ 12 ส่วนพวก N-SAID ก็ทำให้เกิด acute gastric erosion ได้เช่นกัน และเนื่องจากจังหวัดสมุทรสงครามอาชีพสำคัญอันหนึ่งของประชาชน คือ อาชีพทำน้ำตาลมะพร้าว ประชาชนกลุ่มนี้มักใช้ยาแก้ปวดเป็นประจำ จากสถิติพบว่าผู้ป่วยเป็น แผลเป็บติคทะลุของโรงพยาบาลสมุทรสงครามประวัติกินยาแก้ปวดเป็นประจำ 45.8%

ตารางที่ 3 อาการและอาการแสดงต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลจะพบว่า อาการปวดแน่นท้องอันดับแรก ถึง 100 % พวกประวัติสั้น ๆ เป็นพวก acute ulcer 16.6% พวกประวัติเป็นเกิน 3 เดือน chronic ulcer 83.3 % อาการของเยื่อช่องท้องอักเสบ พบได้ถึง 81.25 % ซึ่งค่อนข้างมากเป็นเพราะผู้ป่วยในต่างจังหวัดการคมนาคมไม่สะดวกนัก ทำให้มาพบแพทย์ช้าไปบ้าง (Gunshefski L¹³ และพวก รายงานผู้ป่วยจะมีอาการปวดท้อง 94% มาด้วยอาการของ peritonitis 49%) ในผู้ป่วยที่มีแผลเป็บติคทะลุของโรงพยาบาลสมุทรสงคราม มีประวัติของอาการเลือดออกจากแผลร่วมด้วยประมาณ 10 %

ตารางที่ 4-5 ระยะเวลาที่มีอาการรุนแรงจนถึงได้รับการผ่าตัด รวมทั้งวิธีที่ใช้สำหรับผ่าตัดนั้น การชักประวัติและการตรวจร่างกายที่ดี จะเป็นข้อชี้นำในการรักษาได้ ดังนี้

1. ในรายที่ผู้ป่วยที่มีประวัติ perforation ไม่นานเวลาระยะสั้น เช่น ไม่เกิน 6 ชม. พวกนี้พบว่าโอกาสที่จะมี contamination ในช่องท้องคงมีน้อยอยู่
2. ในรายที่มีประวัติ perforation 6-24 ชม. กลุ่มนี้ มักจะมีอาการของ peritonitis ร่วมด้วย
3. กลุ่มนานเกินกว่า 24-48 ชม. กลุ่มนี้จะมีอาการของ peritonitis ชัดเจน รวมทั้งภาวะของ shock ร่วมด้วยเสมอ

ซึ่งการรักษาที่ใช้อาจแตกต่างกันไปตามความเหมาะสมและสภาพของผู้ป่วย

ตารางที่ 7 วิธีการรักษาและติดตามผล

กลุ่ม A ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด simple closure with omental patch อย่างเดียว และยังไม่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่าง ๆ เป็นต้นว่า ทำงานหนัก ความเครียดสูง ยังใช้ยาแก้ปวดและสูบบุหรี่ ทำให้มีเปอร์เซ็นต์ของ recurrent ulcer ค่อนข้างสูงนั้น มีสาเหตุที่น่าสนใจอีกสิ่งหนึ่ง ซึ่งน่าจะเป็นส่วนร่วมของ recurrent ulcer คือ ได้มีผู้ทำการศึกษพบว่า *Helicobacter pylori* ซึ่งเป็น bacteria ชนิดหนึ่ง (gram negative curve rod form) มีแนวโน้มว่าจะเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิด recurrent ulcer สูง¹⁴⁻¹⁶ เชื้อตัวนี้ลักษณะพิเศษ คือ ตัวมันหลัง urease บัองกันตัว จึงสามารถซ่อนตัวอยู่ได้ในกระเพาะอาหาร เพราะ urease ทำ acid pH สูง จึงต้านกรด เท่ากับเป็นเกราะบังตัว จึงฝังตัวลึกในชั้น gastric mucosa โดยกรดไม่อาจทำอันตรายได้ ผู้ป่วยที่เป็น duodenal ulcer ร้อยละ 95 พบมีเชื้อ *H pylori*¹⁷ ความสัมพันธ์

ของอัตราการเกิด recurrent กับเชื้อ *H pylori* รายงานโดย Coghlan JG และคณะ¹⁸ ว่า ถ้าสามารถกำจัดเชื้อ *H pylori* ได้หมดใน D.U. จะทำให้ recurrent rate ลดจาก 80% มาเป็น 11%

กลุ่ม B ที่ศึกษาผู้รายงานมีความเห็นดังนี้

1. Simple closure with omental patch ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น วิธีการทำได้ง่ายใช้เวลาไม่นานนัก (เฉลี่ย 30-45 นาที) ปลอดภัย ใช้แก้ปัญหาเฉพาะหน้าได้ โดยเฉพาะในโรงพยาบาลชุมชน (ศัลยแพทย์บางกลุ่มแนะนำให้ทำ simple closure ส่วน definitive surgery ให้ทำภายหลังเมื่อมีความจำเป็น¹⁹) ผู้รายงานได้ศึกษาต่อไปโดยใช้ยา H_2 receptor antagonist ต่อ 4-6 สัปดาห์ หลังผ่าตัด simple closure with omental patch จากการติดตามผล 2-4 ปี (ระยะเวลาอาจสั้นไป) จากผู้ป่วย 35 ราย (ตาย 3 ราย) เหลือ 32 ราย ติดตามได้ 30 ราย พบมี recurrent ulcer 3 ราย (10 %) (ในรายงานของ George RL²⁰ และคณะ ได้ทำการรักษาเช่นเดียวกันติดตามผล มี recurrent ulcer 7%) (Stringer MD.²¹ และคณะ ได้ศึกษาศัลยแพทย์บางกลุ่มนิยมใช้การรักษาเช่นเดียวกันนี้ ในรายที่เป็น acute duodenal ulcer perforation) นอกจากจะให้ยาพวก H_2 receptor antagonist การให้ supportive treatment รวมทั้งแนะนำให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบางสิ่งบางอย่างร่วมด้วย เช่น การพักผ่อน ควบคุมอาหาร งดเหล้า บุหรี่ รวมทั้งยาพวกที่ทำลาย mucosal defense barrier ซึ่งจะให้ผลดีโดยเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยกลุ่ม A จะเห็นว่าสามารถลดภาวะ recurrent rate ลงได้มากพอสมควร

2. การทำการรักษาโดยใช้ definitive surgery ใช้กับผู้ป่วย 13 ราย ซึ่งแต่ละรายมีประวัติ chronic ulcer สภาพแข็งแรงดี ไม่มีโรคแทรกซ้อนอื่นใด ภายในช่องท้องก็ไม่เปราะเปื้อนมากนัก การทำผ่าตัดใช้ TV + D และ TV + A เวลาที่ใช้ประมาณ 60-120 นาที

การทำ TV+D ทำทั้งหมด 9 ราย ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็น chronic ulcer perforation วิธีที่ใช้ คือ truncal

vagotomy with pyloroplasty (แบบ Heineke- Mikulicz) วิธีนี้เชื่อว่าเป็นวิธีที่ลดกรดโดยตัด cephalic phase และลดความไวของ parietal cells ต่อ gastrin หลังผ่าตัด maximal acid output (MAO) จะลด 60-70% และ serum gastrin จะสูงขึ้นเล็กน้อย²² พบว่า 85-95 % ของ D.U.หายได้

การทำ TV+A ทำทั้งหมด 4 ราย ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็น gastric ulcer perforation แผลอยู่ไม่สูงมากนัก การรักษาแบบนี้เป็นารตัดทั้ง cephalic และ gastric phase ของการหลั่ง MAO และ serum gastrin ลดได้ถึง 90 %²²

จากการติดตามผลผู้ป่วย 13 ราย ที่ผ่าตัด definitive surgery ระยะเวลา 2-4 ปีของโรงพยาบาลสมุทรสงคราม ยังไม่พบมี recurrent ulcer (เวลาติดตามผลอาจสั้นไป) Sawyers²³ และคณะ รายงานการทำ TV+A พบมี recurrent ulcer 0.6% ส่วน TV+D Jordan²⁴ และคณะ ได้รายงาน พบมี recurrent ulcer 8.3 % (ติดตามผล 5-8 ปี)

การทำ definitive surgery นั้นให้ผลดี แต่ผู้ป่วยต้องอยู่ในสภาพพร้อม และศัลยแพทย์ต้องมีประสบการณ์ดีพอสมควร ข้อเสียคือ อาการแทรกซ้อนอันไม่พึงประสงค์ (sequelae) อาจจะมีติดตามมาได้

3. ข้อสังเกต ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดโดย simple closure หรือ TV + D หรือ TV + A ในกรณีที่ดีแผลออกและทำการผ่าตัดต่อ อาจเป็นการเย็บแผล หรือทำ pyloroplasty หรือ antrectomy ก็ตาม เท่ากับเป็นการกำจัด source of infection ของ H. pylori ไปแล้ว อาการ recurrent ที่เกิดขึ้นจึงพบได้น้อย โดยเฉพาะในรายที่ทำ antrectomy นั้น recurrent rate ต่ำมากการศึกษาที่ควรทำต่อเพื่อให้ได้สาเหตุที่แท้จริง คือ ศึกษาถึง histological biopsy study หาเชื้อ H.pylori จากแผล หรือ culture หาเชื้อ H.pylori (ซึ่งในปัจจุบันศักยภาพของโรงพยาบาลสมุทรสงคราม ยังไม่สามารถทำได้)

จากผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด simple closure 11 ราย TV+D และ TV+A 13 รายได้รับการตัดแผลออก ผล

ผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังไม่มีอาการ recurrent ulcer เลย

สรุป

การรักษาแผลเป็บติคทะเลโดยใช้การผ่าตัดเป็นวิธีที่ดีที่สุดที่ยอมรับกันในขณะนี้ จากการศึกษารายงานนี้อาจจะยังไม่ใช่ข้อสรุป แต่เป็นแนวทางเพื่อการศึกษาต่อ ดังนี้

1. การรักษาโดยผ่าตัดแบบ simple closure with omental patch แล้วตามด้วยยาพวก H2 receptor antagonist และ supportive treatment ซึ่งก็ให้ผลดี มี recurrent ulcer ต่ำพอสมควรในโรงพยาบาลชุมชนสามารถนำข้อมูลไปศึกษาต่อ จะเป็นผลดีแก่ผู้ป่วยในโอกาสต่อไป

2. Definitive surgery ให้ผลดีมาก เหมาะสำหรับในโรงพยาบาลที่ศัลยแพทย์มีประสบการณ์ดี โดยเฉพาะ TV+A นั้น recurrent ulcer ต่ำมาก

3. แนวโน้มในการรักษาแผลเป็บติค ในอนาคตเพื่อป้องกันการเกิด recurrent ulcer การกำจัด bacteria H.pylori ซึ่งมีอยู่ในกระเพาะอาหารจะเป็น factor สำคัญยิ่งอันหนึ่งซึ่งต้องศึกษาและติดตามต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้รายงานขอขอบคุณนายแพทย์นิยม พลัฒา, นายแพทย์ธวัชชัย วงศ์คงสวัสดิ์และเจ้าหน้าที่ห้องชันสูตรโรค ที่ได้ให้คำปรึกษาและแนะนำ ทำให้รายงานนี้สมบูรณ์ขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Playforth MJ, et al. The Indications for simple closure of perforated duodenal ulcers. Br.J Surg 1978 ; 65 : 699-701.
2. George RL. et al. Long-term result after omental patch repair in patients with perforated duodenal ulcer : a 5-

- 10 year follow up study. *Can-J-Surg* 1991 ; 34(5): 447-9.
3. Gay JG, et al. Definitive emergency treatment of perforated duodenal Ulcer. *Surg Gynecol Obstet* 1976 ; 143 : 890-4.
4. Madden JL, et al. Transabdominal resection of the vagus nerves, pyloroplasty (Heineke-Mikulicz). *Atlas of technics in surgery*. New York : Appleton-Century-Crofts, 1958 : 232-239.
5. Kennedy F, et al. Truncal vagotomy and drainage for chronic duodenal ulcer disease. *Br Med J* 1981; 282 : 1495-6.
6. Maingot R, et al. Vagotomy and antrectomy abdominal operation ; 6th ed New York : Appleton-Century-Crofts, 1974 ; P.281-306.
7. Palumbo LT. Distal antrectomy with vagotomy. In: Nyhus LM, Wastell C. (eds.) *Surgery of the stomach and duodenum*. 3rd ed. Boston : Little Brown and Co, 1977 ; 365-8.
8. สมหมาย วีไลรัตน์ และคณะ Comparison of ranitidin and cimetidine in patients with active duodenal ulcer. Abstract presented in the International Symposium, Matsuyama, Japan. November 1985 : 9.
9. วีระศักดิ์ วงศ์ไพฑูรย์ และคณะ. Cimetidine qid and bid in the short term treatment of duodenal ulcer disease. *Ramathibodi Med J* 1983 ; 6 : 6-10.
10. Ahmed W. et al. Perforated duodenal ulcer, a long term follow up. *JPMMA J Pak Med Assoc* 1990 ; 40(11) : 258-9.
11. Smedley F. et al. Perforated duodenal ulcer and cigarette smoking. *J R Soc Med* ; 1988 ; 81(2) : 92-5.
12. Menguy R, et al. Effects of Aspirin on gastric mucous secretion. *Surg Gynecol Obstet* 1965 ; 120 : 92-8.
13. Gunshefski L. et al. Changing patterns in perforated peptic ulcer disease, *Am Surg*; 1990 ; 56(4) : p270-4.
14. Peterson WL. Helicobacter pylori and peptic ulcer *N Engl J Med* 1991 ; 324 : 1043-8.
15. Rauws EA, et al. Cure of duodenal ulcer associated with eradication of Helicobacter pylori. *Lancet* 1990 ; 335 : 1233-5.
16. Graham DY, et al. Effect of Treatment of Helicobacter pylori Infection on the Long-term Recurrence of Gastric or Duodenal Ulcer. *Ann Intern Med* 1992 ; 116 (9) : 705-708.
17. Stephen Colley. Modern management of peptic Ulcer. *Post Graduate Medicine Thailand* 1993 ; 1 : 29-34.
18. Coghlan JG, et al. Campylobacter pylori and recurrence of duodenal ulcers. *Lancet* 1987 ; 2 : 1109-11.
19. Baekgaard N, et al. Simple closure or definitive surgery for perforated duodenal ulcer. *Scand Gastroenterol* 1979 ; 14 : 17-20.
20. George RL, et al. Long-term result after omental patch repair in patients with perforated duodenal ulcer : a 5-10 year follow up study. *Can-J-Surg* ; 1991 ; 34(5) : 447-9.
21. Stringer MD, et al. Surgeons' attitudes to the operative management of duodenal ulcer perforation and hemorrhage ; *Am J Surg* 1988 ; 70(4) : 220-3.
22. McGuigan JE. et al. Serum gastrin levels before and after vagotomy and pyloroplasty or vagotomy and antrectomy. *N Engl J Med* 1972 ; 286 : 184-8.
23. Sawyers JL, et al. Vagotomy and antrectomy. In: Nyhus LM, Wastell eds. *Surgery of the stomach and duodenum*. 3rd ed. Boston : Little Brown and Co, 1977 : 343-65.
24. Jordan PH. A follow up report of a prospective of vagotomy evaluation of vagotomy-pyloroplasty and vagotomy-antrectomy for treatment of duodenal ulcer.

Ann Surg 1974 ; 180 : 259-64.

treatment of peptic ulcer. ศัลยศาสตร์วิวัฒน์. กรุงเทพฯ :

25. ชาญวิทย์ ดันดีพิพัฒน์. Current concepts in the surgical

สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร, 1985 : 212-254.

อภินันทนาการ

จาก

ร้านวรรณภัทร เอ็ด ชัพพลาย

ผู้จัดจำหน่ายเครื่องเวชภัณฑ์ช่วยคนพิการและผู้สูงอายุชนิดต่างๆ

ในราคาย่อมเยา

๑๘๒/๒ ถนนเพชรเกษม ซอย ๓๐

เขตภาษีเจริญ กรุงเทพฯ ๑๐๑๖๐

โทร ๔๖๗ ๐๖๕๒, ๔๕๗ ๓๔๓๕