



ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิต ของผู้ป่วยแผลเป็บติคทะเลในโรงพยาบาลเลย จังหวัดเลย

วิเชียร มลอยู่พะเนา พ.บ. (ว.ว.ศัลยศาสตร์)*

บทคัดย่อ

แผลเป็บติคทะเลเป็นภาวะแทรกซ้อนของโรคแผลเป็บติคที่พบได้บ่อยและมีแนวโน้มสูงขึ้นและพบว่ามีอัตราการเสียชีวิตและการเกิดภาวะแทรกซ้อนสูง การรักษาส่วนใหญ่ต้องการการผ่าตัด ศัลยแพทย์ต้องมีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสมเพื่อให้การรักษาผู้ป่วยได้ผลดี ลดอัตราตายและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน

วัตถุประสงค์ : เพื่อหาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตในผู้ป่วยแผลเป็บติคทะเล

วิธีการวิจัย : ศึกษาแบบย้อนหลังในผู้ป่วยแผลเป็บติคทะเลที่ได้รับการผ่าตัดที่โรงพยาบาลเลย จากปี พ.ศ. 2559 ถึงปี พ.ศ. 2562 โดยเก็บข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย ชนิดของแผลทะเล ระยะเวลา รอคอยผ่าตัด ชนิดการผ่าตัด ผลการรักษาและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติ

ผลการวิจัย : มีผู้ป่วยทั้งหมด 302 คนที่ได้รับการผ่าตัดในช่วงเวลาดังกล่าวเป็นเพศชาย 267 คน (88%) เพศหญิง 35 คน (12%) ผู้ป่วยมีอายุตั้งแต่ 17 ปี ถึง 95 ปี (เฉลี่ย 58 ± 14 ปี) มีผู้ป่วยเสียชีวิตหลังการผ่าตัด 12 คน (4%) พบมีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด 29 คน (10%) จากการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติพบว่า การมีโรคร่วมและการรอคอยผ่าตัดนานกว่า 24 ชั่วโมง เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัด

สรุปผล : แผลเป็บติคทะเลถือเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของโรคแผลเป็บติคโดยยังพบว่ามีภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิตสูง การให้การวินิจฉัยที่ถูกต้องรวดเร็ว การให้การรักษาก่อนผ่าตัดที่เหมาะสม และการผ่าตัดรักษาที่รวดเร็วจะช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้

คำสำคัญ : ผู้ป่วยแผลเป็บติคทะเล, ปัจจัยเสี่ยงหลังการผ่าตัด, ภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิต

*กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลเลย



Risk factors for morbidity and mortality of operated perforated peptic ulcer patients in Loei Hospital

Wichian Molyoopanao, M.D., (Thai board of surgery)*

Abstract

Perforated peptic ulcer is a common complication of peptic ulcer disease. The morbidity and mortality still high. Surgical management is essential in almost patients. Optimal surgical management and proper perioperative care may reduce the morbidity and mortality of these patients.

Objective : To find out the risk factors for morbidity and mortality of operated perforated peptic ulcer patients.

Material and method : Retrospective study of 302 patients who operated for perforated peptic ulcer at Loei Hospital from 2016 to 2019. The patients characteristic, type of ulcer, time from perforation to operation, type of operation, result of treatment, and complication were analyzed .

Result : 302 patients were included in this study. 267 patients were male (88%) and 35 patients were female (12%). The mean age \pm 14 years (range 17-95 years). 12 patients were die (4%) and 29 patients have post-operative complication (10%). On multivariable logistic regression analysis show that associated medical illness and time from perforation to operation more than 24 hours (perforation-operation time interval) were significantly associated with high morbidity and mortality of operated perforated peptic ulcer patients.

Conclusion : Perforated peptic ulcer patients still have high morbidity and mortality. Early diagnosis, adequate resuscitation, and timely operation may improve outcome of patients especially in high risk patients.

Keywords : patient with peptic ulcer perforation, risk factor of postoperative, morbidity and mortality.

*Division of surgery, Loei hospital, Loei province



บทนำ

โรคแผลเป็บติก (Peptic ulcer disease, PUD) เป็นโรคในระบบทางเดินอาหารที่พบบ่อยที่สุดโรคหนึ่งทั่วโลกมีมากถึง 4 ล้านคนโดยประมาณ อุบัติการณ์ผู้ป่วยใหม่ (Incidence rate) ร้อยละ 1.5-3.0 ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของโรคนี้คือการทะลุของแผลเป็บติก ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วย อัตราชุกของการเกิดแผลเป็บติกทะลุ (Prevalence rate) ร้อยละ 5 เมื่อมีการดำเนินโรคต่อไปจะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตร้อยละ 1.3-20⁽¹⁾ ในสหรัฐอเมริกาพบว่ามี ความชุกของโรคประมาณร้อยละ 2 ของประชากร และทำให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจถึงปีละ 8,000 ล้านดอลลาร์⁽²⁾ พบว่าอัตราการนอนโรงพยาบาลและอัตราการผ่าตัดเพื่อรักษาแผลเป็บติก แบบที่ไม่ใช่ภาวะเร่งด่วน มีปริมาณลดลงอย่างเห็นได้ชัดซึ่งเกิดจากการค้นพบยา H₂receptor block และ ยา proton pumpinhibitor อย่างไรก็ตามอัตราการผ่าตัดแบบเร่งด่วนเพื่อรักษาภาวะแทรกซ้อนของแผลเป็บติกและอัตราการตายไม่มีแนวโน้มลดลงแต่กลับพบว่าอัตราการนอนโรงพยาบาลและอัตราการตายที่เกี่ยวข้องกับภาวะแทรกซ้อนของการมีเลือดออกและการแตกทะลุของแผลเป็บติกมีแนวโน้มสูงขึ้น^(1,2)

การรักษาแผลเป็บติกทะลุส่วนใหญ่เป็นการผ่าตัดรักษาในบางกรณีอาจรักษาโดยไม่ผ่าตัด สามารถทำได้ หากผู้ป่วยมีความเสี่ยงจากการผ่าตัดสูง ร่วมกับมีหลักฐานจากการตรวจทางรังสีวิทยาพบว่ามี การปิดของแผลที่ทะลุ การทะลุของแผลเป็บติกพบว่า สามารถมีการปิดได้เองพบได้ร้อยละ 40-80⁽³⁾ สาเหตุสำคัญของการเกิดโรครดดังกล่าวเกิดจากการรับประทานยา กลุ่ม NSAIDs และการติดเชื้อ Helicobacter pylori⁽²⁾ ดังนั้นการรักษาในปัจจุบัน ศัลยแพทย์จึงนิยมผ่าตัดโดยวิธี Simple closure with/without omental patch และหลังการผ่าตัดจะมีการให้ยา กลุ่ม proton pump inhibitor ต่อร่วมกับการให้ยากำจัดเชื้อ H. pylori (H. pylori eradication) แต่ยังคงพบภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดมากถึงร้อยละ 30 และพบอัตราการตายร้อยละ 6-10⁽⁴⁾

จากบททวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิต หลังการผ่าตัดมีปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องแบ่งเป็น 3 ปัจจัยหลักประกอบด้วย 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ โรคร่วม ประวัติการใช้ยา NSAIDs และการดื่มสุรา 2) ปัจจัยจากพยาธิสภาพของโรค ได้แก่ ชนิดของแผลเป็บติก ตำแหน่งแผล ขนาดของแผล และความรุนแรงของอาการเมื่อแรกเริ่ม 3) ปัจจัยด้านบริการสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาการผ่าตัด ชนิดของการผ่าตัด และระยะเวลาในการผ่าตัด⁽¹⁻⁴⁾

การวิจัยนี้มุ่งเน้นศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตตั้งแต่ผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระทั่งจำหน่ายจากหอผู้ป่วยโดยเฉลี่ย 7 วัน โดยมีการควบคุมปัจจัยเสี่ยงจากการดื่มสุราและยา กลุ่ม NSAIDs ด้วยการคัดออก รวมทั้งให้การรักษาโดยการผ่าตัดแบบ Simple closure with/without omental patch ร่วมกับการให้ยา กลุ่ม proton pump inhibitor และยากำจัดเชื้อ H. pylori ผู้ป่วยทุกคน ในการผ่าตัดแต่ละครั้งใช้เวลาเฉลี่ย 60 นาทีต่อคน ดังนั้นจึงให้ความสำคัญกับปัจจัยด้านอายุ เพศ โรคร่วม ชนิดของแผลเป็บติก ระยะเวลาการผ่าตัด ชนิดการผ่าตัด อุบัติการณ์เกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิต

ข้อมูลจากเวชระเบียนย้อนหลัง 4 ปี (พ.ศ. 2558-2562) พบว่า ผู้ป่วยแผลเป็บติกทะลุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก 143, 185, 194 และ 185 คน ตามลำดับเกิดภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 10.68, 17.05, 17.40 และ 13.80 ตามลำดับ และเสียชีวิตร้อยละ 2.10, 5.95, 5.67 และ 2.70 เนื่องจากแผลเป็บติกทะลุเป็นภาวะฉุกเฉินทางศัลยกรรมต้องมีข้อมูลในการตัดสินใจทางการรักษา และวางแผนจัดการความเสี่ยงในหน่วยงาน จึงมีความจำเป็นต้องศึกษาถึงปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยแผลเป็บติกทะลุที่ได้รับการผ่าตัดที่โรงพยาบาลเลย ซึ่งเมื่อได้ข้อมูลสรุปจากงานวิจัยนี้สามารถนำไปพัฒนาการวินิจฉัยการรักษา การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยต่อไป



วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการเสียชีวิตของผู้ป่วยแผลเป็บติคทะเลในโรงพยาบาลเลย จังหวัดเลย

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการศึกษาย้อนหลังกลุ่มเปรียบเทียบ (Case-control retrospective design) ศึกษาในผู้ป่วยแผลเป็บติคทะเลที่ได้รับการผ่าตัดที่โรงพยาบาลเลย จากปี พ.ศ. 2559-2562 กลุ่มประชากรทั้งหมด 706 คน เกณฑ์คัดเข้า เป็นผู้ที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาลเลย ได้รับการผ่าตัดเพื่อวินิจฉัยโรคแผลเป็บติคทะเล และประวัติเวชระเบียนมีความสมบูรณ์ตามหัวข้อที่กำหนด เข้าเกณฑ์ 302 คน

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง จากการเก็บข้อมูลเบื้องต้น (Pilot study) กลุ่มทดลอง 10 คน และกลุ่มควบคุม 10 คน รวมทั้งทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตได้แก่ เพศ อายุ ชนิดแผล โรคร่วม ระยะเวลาผ่าตัด และวิธีผ่าตัด ตัวแปรที่มีขนาดกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด คือ ชนิดแผล (กลุ่มทดลองพบร้อยละ 60 และกลุ่มทดลองพบร้อยละ 30) เมื่อใช้โปรแกรมสำเร็จ ทดสอบ Two-sample comparison of proportion จำนวน 2 กลุ่ม แบบ Two-side test โดยกำหนด Significance level (Alpha) 0.05, power of test 80% และ Ratio of sample size 0.1 สามารถกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 278 คน ประกอบด้วย กลุ่มทดลอง 26 คน และกลุ่มควบคุม 252 คน ซึ่งในการศึกษาคั้งนี้สามารถรวบรวมข้อมูลกลุ่มทดลอง 29 คน และกลุ่มควบคุม 273 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การเปรียบเทียบข้อมูลแบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 กลุ่มที่เกิดภาวะแทรกซ้อนและกลุ่มที่ปกติ และ

ส่วนที่ 2 กลุ่มที่เสียชีวิตและกลุ่มปกติ โดยเก็บข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยชนิดของแผลทะเล ระยะเวลาการรอคอยผ่าตัด ชนิดการผ่าตัด ผลการรักษาและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น นำข้อมูล

ที่ได้มาวิเคราะห์สถิติในการวิเคราะห์ประกอบด้วย 1) วิเคราะห์เปรียบเทียบ proportions ด้วย exact probability test 2) วิเคราะห์ความเสี่ยงด้วย Odd ratio ช่วงความเชื่อมั่น 95% และทดสอบนัยสำคัญด้วย Odd ratio ด้วย exact probability test และ 3) วิเคราะห์ตัวแปรต้นหลายตัวที่มีผลต่อตัวแปรตามด้วย Univariable logistic regression analysis และ Multivariable logistic regression analysis

ผลการวิจัย

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยทั้งหมด 302 คน เพศชาย 267 คน (88%) เพศหญิง 35 คน (12%) อายุ 17 ถึง 95 ปี (อายุเฉลี่ย 58 ± 14 ปี) มีโรคร่วม 35 คน (12%) ในจำนวนนี้แบ่งเป็นผู้มีโรคร่วมเพียงหนึ่งโรค 28 คน (9%) และมีโรคร่วมมากกว่า 2 โรค 7 คน (3%) โรคที่พบบรรวประกอบด้วย ความดันโลหิตสูง (5%) โรคเบาหวาน (2%) โรคไตเรื้อรัง (1%) โรคตับ (1%) และโรคอื่น ๆ (6%) ประวัติการรักษา ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคเป็นแผลเป็บติคที่กระเพาะอาหาร 36 คน (12%) เป็นแผลเป็บติคที่ลำไส้เล็กส่วนดูโอดินัม 266 คน (88%) ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มปวดท้องจนถึงได้รับการผ่าตัดใช้เวลารอคอย 2 ถึง 144 ชั่วโมง (เวลาเฉลี่ย 17 ± 16 ชั่วโมง) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการผ่าตัดแบบ Simple closure 204 คน (68%) และผ่าตัดแบบ Simple closure with omental patch 98 คน (32%) หลังการผ่าตัดพบภาวะแทรกซ้อน 29 คน (10%) ประกอบด้วย Acute kidney injury (5%) sepsis (5%) wound infection (2%) wound dehiscence (1%) และ GI leakage (0.3%) และพบอุบัติการณ์เสียชีวิต 12 คน (4%) ระยะเวลาในการนอนรักษาที่โรงพยาบาล 1 ถึง 25 วัน (เฉลี่ย 7 ± 3 วัน)

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลกลุ่มที่เกิดภาวะแทรกซ้อนและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน พบว่าทั้ง 2 กลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในเรื่องการมีโรคร่วม ระยะเวลาการผ่าตัด และการเสียชีวิต ในส่วนของอายุ เพศ ชนิดของแผลและวิธีการผ่าตัด ไม่มีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มปกติและกลุ่มที่เกิดภาวะแทรกซ้อนด้วย Chi-square test/Fisher's exact test

ข้อมูลทั่วไป	Uncomplicated group (n=273)		Complicated group (n=29)		p-value	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
1. อายุ	อายุ < 60 ปี	149	93.71	10	6.29	0.050
	อายุ ≥ 60 ปี	124	86.71	19	13.29	
2. เพศ	ชาย	245	91.76	22	8.24	0.059
	หญิง	28	80.00	7	20.00	
3. ชนิดแผล	Gastric ulcer perforation	32	88.89	4	11.11	0.762
	Duodenal ulcer perforation	241	90.60	25	9.40	
4. โรคร่วม	ไม่มีโรคร่วม	248	92.88	19	7.12	0.001
	มีโรคร่วม	25	71.43	10	28.57	
5. ระยะเวลารอผ่าตัด	เวลา ≤ 24 ชั่วโมง	241	94.14	15	5.86	<0.001
	เวลา > 24 ชั่วโมง	32	69.57	14	30.43	
6. วิธีการผ่าตัด	Simple closure	182	89.22	22	10.78	0.406
	Simple closure with omental patch	91	92.86	7	7.14	
7. วันนอน (Mean ± SD) วัน		7.17	± 2.67	8.17	± 3.36	0.063
8. การเสียชีวิต		3	25.00	9	75.00	<0.001

การคัดเลือกปัจจัยเสี่ยงร่วมต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบียดิกทะเล ผู้วิจัยคัดเลือกมาทั้งหมด 6 ปัจจัย โดยมีข้อสนับสนุนดังต่อไปนี้ 1) การทดสอบคู่เสี่ยงด้วยสถิติ Univariable logistic regression analysis พบปัจจัยเสี่ยงที่มีนัยสำคัญทางสถิติต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน 2 ปัจจัย ได้แก่ โรคร่วม (OR 5.22; 95% CI 1.93-13.31, $p < 0.001$) และระยะรอผ่าตัดที่มากกว่า 24 ชั่วโมง (OR 7.03; 95% CI 2.83-17.13, $p < 0.001$) 2) การทบทวนวรรณกรรมพบปัจจัยเสี่ยงที่มีรายงานวิจัยสนับสนุนว่ามีความสำคัญต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบียดิกทะเล แม้ว่าทดสอบแล้วไม่พบความแตกต่าง

ทางสถิติ 4 ปัจจัยได้แก่ อายุ เพศ ชนิดของแผล และวิธีการผ่าตัด

เมื่อทดสอบปัจจัยเสี่ยงทั้ง 6 ปัจจัยด้วยสถิติ Multivariable logistic regression analysis พบว่า มีอย่างน้อย 1 ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ ระยะรอผ่าตัดมากกว่า 24 ชั่วโมง และการมีโรคร่วม ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่พบความแตกต่างทางสถิติ ได้แก่ อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เพศหญิง ชนิดของแผล Gastric ulcer perforation และชนิดการผ่าตัด Simple closure (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงร่วมต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนวิเคราะห์ด้วย Multivariable logistic regression analysis

ปัจจัยเสี่ยงร่วม	OR	95% CI of OR	p-value
1. อายุ \geq 60 ปี	1.93	0.65-5.78	0.239
2. เพศหญิง	1.46	0.59-3.59	0.413
3. ชนิดของแผล Gastric ulcer perforation	1.99	0.58-6.76	0.271
4. โรคร่วม	6.37	2.27-17.85	< 0.001
5. ระยะเวลารอผ่าตัด \geq 24 ชั่วโมง	7.65	3.18-18.41	< 0.001
6. ผ่าตัด Simple closure	2.76	0.90-8.43	0.075

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลกลุ่มปกติและกลุ่มที่เสียชีวิต พบว่าทั้ง 2 กลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในเรื่อง การมีโรคร่วม ระยะเวลา รอผ่าตัด และการเกิดภาวะแทรกซ้อน ในส่วนของอายุ เพศ ชนิดของแผลและวิธีการผ่าตัด ไม่มีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มปกติและกลุ่มที่เสียชีวิตด้วย Chi-square test/Fisher's exact test

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มปกติ (n=290)		กลุ่มที่เสียชีวิต (n=12)		p-value	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
1. อายุ	อายุ < 60 ปี	156	98.11	3	1.89	0.074
	อายุ \geq 60 ปี	134	93.71	9	6.29	
2. เพศ	ชาย	258	96.63	9	3.37	0.151
	หญิง	32	91.43	3	8.57	
3. ชนิดของแผล	Gastric ulcer perforation	34	94.44	2	5.56	0.642
	Duodenal ulcer perforation	256	96.24	10	3.76	
4. โรคร่วม	ไม่มีโรคร่วม	260	97.38	7	2.62	0.007
	มีโรคร่วม	30	85.71	5	14.29	
5. ระยะเวลารอผ่าตัด	เวลา \leq 24 ชั่วโมง	25.1	98.05	5	1.95	0.001
	เวลา > 24 ชั่วโมง	39	84.78	7	15.22	
6. วิธีการผ่าตัด	Simple suture	96	97.96	2	2.04	0.349
	Simple suture with omental patch	194	95.10	10	4.90	
7. ภาวะแทรกซ้อน	ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน	270	98.90	3	1.10	< 0.001
	เกิดภาวะแทรกซ้อน	30	68.97	9	31.03	

การคัดเลือกปัจจัยเสี่ยงร่วมต่อการเสียชีวิต ในผู้ป่วยโรคเป็บติคทะเลล ผู้วิจัยคัดเลือกมาทั้งหมด 6 ปัจจัย โดยมีข้อมูลสนับสนุนดังต่อไปนี้ 1) การทดสอบ คู่เสี่ยงด้วยสถิติ Univariable logistic regression analysis พบปัจจัยเสี่ยงที่มีนัยสำคัญทางสถิติต่อการเสียชีวิต 3 ปัจจัย ได้แก่ โรคร่วม (OR 6.19; 95% CI 1.44-24.07, $p = 0.007$) ระยะรอกผ่าตัดที่มากกว่า 24 ชั่วโมง (OR 9.01; 95% CI 2.30-37.44, $p < 0.001$) และภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด (OR 40.50; 95% CI 8.91-242.74, $p < 0.001$) และ 2) การทบทวนวรรณกรรม พบปัจจัยเสี่ยงที่มีรายงานวิจัยสนับสนุนว่ามีความสำคัญต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคเป็บติคทะเลล

แม้ว่าทดสอบแล้วไม่พบความแตกต่างทางสถิติ 3 ปัจจัย ได้แก่ อายุ เพศ และการวินิจฉัย

เมื่อทดสอบปัจจัยเสี่ยงร่วมทั้งหมด 6 ปัจจัย ด้วยสถิติ Multivariable logistic regression analysis พบว่า มีอย่างน้อย 1 ปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พบในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหลังมีอาการมากกว่า 24 ชั่วโมง ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมและการเกิดภาวะแทรกซ้อน ส่วนผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เพศหญิง และแผลแบบ Gastric ulcer perforation มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต แต่ไม่พบความแตกต่างทางสถิติ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ปัจจัยเสี่ยงร่วมต่อการเสียชีวิตวิเคราะห์ด้วย Multivariable logistic regression analysis

ปัจจัยเสี่ยงร่วม	OR	95% CI of OR	p-value
1. อายุ ≥ 60 ปี	2.69	0.56-12.79	0.214
2. เพศหญิง	1.28	0.21-7.67	0.786
3. วินิจฉัย Gastric ulcer perforation	4.60	0.57-36.96	0.151
4. ผู้ป่วยมีโรคร่วม	12.91	1.50-111.22	0.020
5. ระยะเวลาผ่าตัดมากกว่า 24 ชั่วโมง	6.57	1.08-39.90	0.041
6. การเกิดภาวะแทรกซ้อน	18.87	4.08-87.25	< 0.001

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้ป่วยแผลเป็บติคทะเลล จำนวน 302 คน เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดร้อยละ 10 เมื่อทบทวนย้อนหลัง 4 ปี เปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด พบว่าระยะเวลา รอกผ่าตัดมากกว่า 24 ชั่วโมงมีความเสี่ยง 7.65 เท่า ($p < 0.001$) และผู้ป่วยที่มีโรคร่วมมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน 6.37 เท่า ($p < 0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Boey⁽⁵⁾, Marietta⁽³⁾ และ Ilhan⁽⁶⁾ ระบุว่าระยะเวลารอกผ่าตัดนานมากกว่า 24 ชั่วโมง และการมีโรคร่วมส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนั้นผลการศึกษายังพบว่าปัจจัยด้านอื่นที่ส่งผลต่อภาวะดังกล่าว แต่ไม่พบความแตกต่างทางสถิติ ได้แก่ อายุ เพศ ชนิดของแผลเป็บติคทะเลล และชนิดของการผ่าตัด

ปัจจัยด้านอายุและเพศจากการศึกษาพบว่า กลุ่มอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปมีความเสี่ยง 1.93 เท่า แต่ไม่พบความแตกต่างสถิติ ($p = 0.239$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Kim และคณะ⁽⁷⁾ เรื่องอายุ ไม่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Dakubo⁽⁸⁾, Marietta⁽³⁾ และ Ilhan⁽⁶⁾ ระบุว่าอายุที่เป็นความเสี่ยงคือ 60 ปีขึ้นไป ขณะที่การศึกษาของ Kujath⁽⁹⁾ และ Bas⁽¹⁰⁾ พบความเสี่ยงที่อายุ 65 ปีขึ้นไป ปัจจัยด้านเพศจากการศึกษาพบว่าเพศหญิงเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนมากกว่าเพศชาย 1.46 เท่า ($p = 0.413$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Ciftci⁽¹¹⁾ รายงานว่ามีอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 20 และ 11.7) แต่ไม่พบความแตกต่างทางสถิติ

ปัจจัยด้านชนิดของแผลเป็บติคที่ทะลุจากการศึกษาพบว่าแผล Gastric ulcer perforation มีความเสี่ยง 1.99 เท่า ($p = 0.271$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Gona และคณะ⁽¹²⁾ พบภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดจากการทะลุของแผลที่ Gastric (ร้อยละ 52) มากกว่า Duodenum (ร้อยละ 48) แต่ไม่มีความแตกต่างทางสถิติ ($p = 0.300$) และการศึกษาของ Ciftci⁽¹¹⁾ ระบุว่าพบภาวะแทรกซ้อนจากแผลทะลุที่ Gastric (ร้อยละ 19) มากกว่า Duodenum (ร้อยละ 11) ซึ่งทั้งสองรายงานไม่พบความแตกต่างทางสถิติเช่นกัน

ปัจจัยด้านชนิดการผ่าตัด พบว่า การเย็บแบบ Simple closure มีความเสี่ยง 2.76 เท่า ($p = 0.075$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Pan และคณะ⁽¹³⁾ ระบุว่า การเย็บแบบ Simple closure เกิดภาวะแทรกซ้อน (ร้อยละ 20) มากกว่าการเย็บแบบ Omental patch (ร้อยละ 10.2) ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Ellatif⁽¹⁴⁾ ระบุว่ามีการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเย็บแบบ Omental patch (ร้อยละ 15.7) มากกว่าการเย็บแบบ Simple closure (ร้อยละ 11.3) สาเหตุอาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่เย็บแบบ Omental patch ส่วนใหญ่มีแผลขนาดมากกว่า 10 มิลลิเมตร ทั้งสองรายงานไม่พบความแตกต่างทางสถิติ

ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติประกอบด้วย การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดมีความเสี่ยง 18.87 เท่า (< 0.001) การมีโรคร่วมเสี่ยง 12.9 เท่า ($p = 0.020$) และระยะเวลารอผ่าตัดมากกว่า 24 ชั่วโมง เสี่ยง 6.57 เท่า ($p = 0.041$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Kenneth⁽¹⁵⁾ และ Ilhan⁽⁶⁾ ระบุว่า การรอผ่าตัดนานมากกว่า 24 ชั่วโมง และการมีโรคร่วม เช่น โรคมะเร็ง โรคระบบไหลเวียน และโรคระบบทางเดินหายใจ ผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวเสียชีวิตหลังการผ่าตัดร้อยละ 16-18 และสอดคล้องกับการศึกษาของ Mario⁽³⁾ ระบุว่าผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดที่ช่องท้องและแผลผ่าตัดเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนปัจจัยเสี่ยงด้านอื่นที่ส่งผลต่อการเสียชีวิตหลังการผ่าตัด แต่ไม่พบความแตกต่างทางสถิติ เช่น อายุ 60 ปีขึ้นไป เพศหญิง และตำแหน่งแผล Gastric ulcer perforation รายละเอียดดังนี้ 1) ปัจจัยด้านอายุจากการศึกษาพบว่าอายุ 60 ปีขึ้นไปมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตหลังการผ่าตัด 2.69 เท่า ($p = 0.214$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Boey⁽⁵⁾ ระบุว่าอายุผู้ป่วยไม่มีผลต่อการเสียชีวิต ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Kenneth⁽¹⁵⁾ ระบุว่าอายุ 60 ปีขึ้นไปพบการเสียชีวิตหลังผ่าตัดร้อยละ 16 และการศึกษาของ Silakivi⁽¹⁶⁾ ระบุว่าอายุ 65 ปีขึ้นไปพบการเสียชีวิตร้อยละ 5.6 ทั้งสองรายงานพบความแตกต่างทางสถิติ 2) ปัจจัยด้านเพศ จากการศึกษพบว่าเพศหญิงมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตหลังการผ่าตัด 1.28 เท่า ($p = 0.786$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Chalya และคณะ⁽¹⁷⁾ ระบุว่าเพศไม่ส่งผลต่อการเสียชีวิตหลังการผ่าตัด แต่พบการเสียชีวิตในเพศชาย (ร้อยละ 12.5) มากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 8.3) ส่วนหนึ่งเป็นผลจากกลุ่มตัวอย่างเพศชาย มีจำนวนผู้ติดเชื้อ HIV มากกว่า 3) ปัจจัยตำแหน่งแผลทะลุ จากการศึกษาพบว่าตำแหน่งแผลทะลุที่ Gastric มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตหลังการผ่าตัด 4.60 เท่า ($p = 0.151$) ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Chalya และคณะ⁽¹⁷⁾ ระบุว่าตำแหน่งแผลทะลุมีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตหลังการผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.005$) แต่พบแนวโน้มการเสียชีวิตสอดคล้องกัน ร้อยละผู้เสียชีวิตหลังผ่าตัดจากแผลทะลุที่ Gastric (ร้อยละ 66.7) มากกว่าแผลทะลุที่ Duodenum (ร้อยละ 6.6)

สรุปผลการวิจัย

แผลเป็บติคทะลุเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคแผลเป็บติคและพบว่ามีอัตราการเสียชีวิตและอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนสูง ศัลยแพทย์ผู้ทำการรักษาผู้ป่วยจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจในพยาธิสภาพของโรครวมทั้งปัจจัยที่มีต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิต ซึ่งในการวิจัยฉบับนี้พบว่า การมีโรคร่วมและการ



รอกอยผ่าตัดที่นานกว่า 24 ชั่วโมงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิต ศัลยแพทย์ผู้ทำการรักษาควรให้ความสำคัญในกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวโดยการวินิจฉัยให้รวดเร็ว การวางแผนการรักษาที่เหมาะสมทั้งในช่วงก่อนการผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และการดูแลรักษาหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยและได้รับผลการรักษาที่ดีต่อไป

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

เกิดแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลรักษา และการเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยแผลเป็นตึกทะลุรวมทั้งเป็นแนวทางในการลดขั้นตอน และระยะเวลาการรอกอยผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลเลย นายแพทย์ชুমณุม วิทยานันท์ ที่ให้การสนับสนุน งานวิจัยผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือ และให้ข้อเสนอแนะ นายพิชัย บุญมาศรี และนางสาว ระพีพรรณ นันทะนา ที่ให้คำปรึกษาการวิเคราะห์ ข้อมูลในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Chung TK, Shelat GV. (2017). **Perforated peptic ulcer-an update.** World J Gastrointest Surg, 9(1):1-12.
2. Dempsey DT, Kitagawa Y, Stomach, Anderson DK, Timothy R, Dunn DL, et al. (2015). **Stomach.Schwartz's principle of surgery.** New York: The McGraw-Hill Companies.
3. Marietta JE, Bertleff, Johan F. (2010). Lange. **Perforated Peptic Ulcer Disease: A Review of History and Treatment.** Dig Surg, 27(1):161-9.
4. Ruangsak Nusree. (2005). **Conservative Management of Perforated PepticUlcer.** The THAI Journal of SURGERY, 26(1):5-8.
5. Boey J, Wong J, Ong BG. (1982). **A prospective study of operative risk factors in perforated duodenal ulcers.** Ann. Surg, 195(3):265-9.
6. Ilhan T, Burak VU, AkinO, Murat K, Zubeyir B. (2015). **Risk factors influencing morbidity and mortality in perforated peptic ulcer disease.** Ulusal Cer Derg, 31(1):20-5.
7. Kim JM, Jeong SH, Lee YJ, ParkST, ChoiSK, Hong SC, et al. (2012). **Analysis of Risk Factors for Postoperative Morbidity in Perforated Peptic Ulcer.** J Gastric Cancer, 12(1):26-35.
8. Dakubo J, Naaeder SB, CleggLampsey JN. (2009). **Gastro-duodenal peptic ulcer perforation.** East African Medical Journal, 86(3):1-5.
9. Kujath P, Schwandner O, Bruch HP. (2002). **Morbidity and mortality of perforated pepticgastroduodenal ulcer following emergency surgery.** Langenbecks Arch Surg, 387(1) : 298-302.
10. Bas G, Eryilmaz R, Okan I, SahinI. (2008). **Risk Factors of Morbidity and Mortality in Patients with Perforated Peptic Ulcer.** Acta Chir Belg, 108(1):424-7.
11. Ciftci F, Eroozen F. (2018). **Patients With Perforated Peptic Ulcers: Risk Factors for Morbidity and Mortality.** International Surgery, 103(11):578-84.



12. Gona SK, Alassan MK, Marcellin KG, Henriette KY, Adama C, Toussaint A, et al. (2016). **Postoperative Morbidity and Mortality of Perforated Peptic Ulcer: Retrospective Cohort Study of Risk Factors among Black Africans in Cote d'Ivoire.** Gastroenterol Res Rract, 2016 (1):1-7.
13. Pan CW, Liou LR, Mong FY, Tsao MJ, Lioa GS. (2020). **Simple laparoscopic repair of perforated peptic ulcer without omental patch.** Asian Journal of Surgery, 43(1): 311-4.
14. EllatifMEA, Salama AF, Elezaby AF, ElKaffas HF, Hassan A, Magdy A, et al. (2013). **Laparoscopic repair of perforated peptic ulcer: Patch versus simple closure.** International Journal of Surgery, 11(9): 948-51.
15. Kenneth T, Soreide JA, SoreideK. (2014). **What Is the Best Predictor of Mortality in Perforated Peptic Ulcer Disease? A Population-Based, Multivariable Regression Analysis Including Three Clinical Scoring Systems.** J Gastrointest Surg, 18(1):1261-8.
16. Sillakivi T, Lang A, Tein A, Peesula A. (2000). **Evaluation of risk factors for mortality in surgically treated perforated peptic ulcer.** Hepato-gastroenterology, 47(36): 1765-8.
17. Chalya LP, Mabula BJ, Koy M, Mchembe DM, Jaka MH, Kabangila R, et al. (2011). **Clinical profile and outcome of surgical treatment of perforated peptic ulcers in North western Tanzania: A tertiary hospital experience.** World Journal of Emergency Surgery, 6(31):1-10.