

Original Article

นิพนธ์ต้นฉบับ

การดื่มแอลกอฮอล์ กับการติดเชื้อ *Helicobacter pylori* ในผู้ป่วย โรคแผลกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น

จุฑารัตน์ ปิติพุทธพงศ์*

วิบูล อุทัยแสงสุข**

ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย***

*กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลแพร์

**กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

***ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน ครอบคลุมและอาชีวเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบย้อนหลัง (retrospective study) นี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อ *Helicobacter pylori* ระหว่างเดือนมกราคม-มิถุนายน 2547 ศึกษาผู้ป่วยโรคแผลกระเพาะอาหารและลำไส้ส่วนต้น ของหน่วยโรคระบบทางเดินอาหาร กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ที่เคยส่องกล้องกระเพาะอาหารและตรวจชิ้นเนื้อโดย rapid urease test กับการติดเชื้อ *H. pylori* ตั้งแต่ปี 2544 - 2546 ศึกษาปัจจัยเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยที่ผลชิ้นเนื้อสรุปว่าพบเชื้อ *H. pylori* กับกลุ่มผู้ป่วยที่ตรวจไม่พบเชื้อ *H. pylori* ได้แก่ การดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ และดื่มกาแฟ โดยใช้แบบสอบถามประวัติการดื่มแอลกอฮอล์เป็นกรัมต่อวัน แบ่งเป็นระดับต่ำ (น้อยกว่า 10 กรัมต่อวัน), ระดับปานกลาง (10-20 กรัมต่อวัน) และระดับสูง (มากกว่า 20 กรัมต่อวัน) ประวัติการสูบบุหรี่ และการดื่มกาแฟ ผู้ป่วยทั้งหมด 457 คน พบว่าเสียชีวิต 17 คน ย้ายที่อยู่ 65 คนและแจ้งที่อยู่ไม่ตรงกับที่อยู่จริง 175 คน สามารถติดตามผู้ป่วยได้ 200 คน เป็นผู้ติดเชื้อ *H. pylori* 105 คน (อัตราติดเชื้อร้อยละ 52.5) มีประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ 98 คน (ร้อยละ 49.0) สูบบุหรี่ 60 คน (ร้อยละ 30.0) และดื่มกาแฟ 64 คน (ร้อยละ 32.0) เมื่อนำมาจับคู่ศึกษาแบบ matched-pair case control จับคู่ตามตัวแปรเพศ อายุ และระดับการศึกษา เพื่อพิสูจน์ปัจจัยเสี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ ได้กลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม 73 คู่ วิเคราะห์ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มแอลกอฮอล์กับการติดเชื้อ *H. pylori* (ค่า odds ratio 0.41, 95% CI 0.22-1.20) ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มแอลกอฮอล์ระดับสูง และการติดเชื้อ *H. pylori* (ค่า odds ratio 1.50, 95% CI 0.56-4.23) และไม่มี ความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มแอลกอฮอล์ระดับต่ำถึงระดับปานกลาง กับการติดเชื้อ *H. pylori* (ค่า odds ratio 0.69, 95% CI 0.17-1.81)

คำสำคัญ: *H. pylori*, โรคแผลกระเพาะอาหารและลำไส้ส่วนต้น, การดื่มแอลกอฮอล์

บทนำ

ผู้ป่วยโรคแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น มีการดำเนินโรคไปสู่ภาวะเรื้อรังและเกิดภาวะแทรกซ้อนจำนวนมาก⁽¹⁾ ความรู้ทางวิทยาศาสตร์อธิบายสาเหตุการเกิดแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้นว่าเกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรีย *Helicobacter pylori*⁽²⁻⁴⁾ หรือชื่อเดิมว่า *Campylobacter pylori* (*C. pylori*) การศึกษาก่อนหน้านี้พบว่า การดำเนินชีวิต (lifestyle) การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และการดื่มกาแฟมีผลต่อการติดเชื้อ *H. Pylori*⁽⁵⁻¹¹⁾ เนื่องจากสังเกตเห็นว่า ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ อย่างไรก็ตาม การศึกษาฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ต่อเชื้อ *H. pylori* ในหลอดทดลอง (in vitro) พบว่าไวน์แดงที่มีแอลกอฮอล์ระดับต่ำมีฤทธิ์ฆ่าเชื้อ (bactericidal) และการศึกษาวิจัยในสัตว์ทดลอง (in vivo) พบว่าแอลกอฮอล์ระดับต่ำมีฤทธิ์ป้องกันเยื่อบุกระเพาะอาหารจากการหลังกรดและเพิ่มการทำงานของกระเพาะอาหารและลำไส้ (acid secretion and intestinal motility)

การวิจัยนี้จึงศึกษาพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มผู้ป่วยโรคแผลกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้นที่ติดเชื้อ *H. pylori* และไม่ติดเชื้อ *H. pylori* รวมถึงศึกษาปัจจัยร่วมอื่น ๆ ที่พบบ่อย ได้แก่ การสูบบุหรี่ และการดื่มกาแฟ นอกจากนี้ ยังวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อ *H. pylori* จากการดื่มแอลกอฮอล์ ผลการศึกษาจะเป็นข้อมูลแก่แพทย์ในการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยโรคแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้นเพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ หรือการดื่มกาแฟในชีวิตประจำวันได้อย่างถูกต้อง (lifestyle modification)

วิธีการศึกษา

ศึกษาแบบย้อนหลังในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น จากหน่วยโรคระบบทางเดินอาหาร กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก และได้รับการส่ง

กล้องกระเพาะอาหาร (gastroscope) มีผล rapid urease test ตั้งแต่ปี 2544-2546 เก็บข้อมูลย้อนหลังด้วยการสัมภาษณ์กลุ่มผู้ป่วยที่มีภูมิลำเนาในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ทำการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมระหว่างเดือนมกราคมถึงมิถุนายน 2547

วิธีดำเนินการวิจัย อบรมผู้ช่วยวิจัยเพื่อทำความเข้าใจวิธีการสัมภาษณ์ผู้ป่วย (ผู้ช่วยวิจัยคือเจ้าหน้าที่พยาบาลในศูนย์สุขภาพชุมชน เขตอำเภอเมือง ซึ่งไม่ทราบผลการตรวจเชื้อ *H. pylori* ของผู้ป่วย) ทำการสัมภาษณ์ด้วยแบบสอบถามที่มีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือทั้งการหาความเที่ยงตรงและการทดสอบก่อนนำไปใช้ สัมภาษณ์ข้อมูลการดื่มแอลกอฮอล์ ชนิดและปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และการดื่มกาแฟ โดยถือว่าผู้ที่มีพฤติกรรมดังกล่าว ต้องดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ หรือดื่มกาแฟในอดีตน้อย 20 วันต่อเดือน⁽¹²⁾ ติดต่อกันจนกระทั่ง 1 ปีก่อนตรวจการติดเชื้อ *H. pylori* การสัมภาษณ์ชนิดและปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ต่อวัน โดยผู้วิจัยคำนวณปริมาณแอลกอฮอล์เป็นกรัมต่อวันในภายหลัง ปริมาณแอลกอฮอล์ที่ผู้ป่วยดื่มคิดเป็นหน่วยมาตรฐาน (standard drink)⁽¹²⁾ โดยหนึ่งหน่วยมาตรฐานเท่ากับปริมาณแอลกอฮอล์ 10 กรัม และหนึ่งหน่วยมาตรฐานเท่ากับ 0.5 ออนซ์ของ absolute alcohol เท่ากับ 5% เบียร์ 9.5 ออนซ์ เท่ากับ 12% ไวน์ 3.3 ออนซ์ หรือเท่ากับสุรา 40 ดีกรี และ 40% สุราบริสุทธิ์ 1.0 ออนซ์

วิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยด้วยสถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบการดื่มแอลกอฮอล์ ด้วยสถิติเชิงวิเคราะห์ t-test การสูบบุหรี่ การดื่มกาแฟในแต่ละเพศ ด้วยสถิติ chi-square test และกลุ่มผู้ป่วยที่ตรวจพบและไม่พบเชื้อ *H. pylori* และวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงด้วยวิธีวิจัย matched-pair case-control จับคู่ระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่ติดเชื้อ *H. pylori* (เรียกว่า กลุ่มศึกษา) และกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ติดเชื้อ *H. pylori* (กลุ่มควบคุม) โดยให้กลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมมีความเหมือนกันตามตัวแปรเพศ อายุ ระดับการศึกษา วิเคราะห์สถิติ odds

ratio และ 95% confidence interval ด้วยโปรแกรม EPIINFO

ผลการศึกษา

กลุ่มผู้ป่วยที่พบทั้งหมด

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้นที่ได้รับการส่องตรวจกระเพาะ-

อาหาร ณ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ในปี 2544 - 2546 มีภูมิลำเนาในเขตรับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชนอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 457 คน จากการสำรวจพบว่า มีผู้ป่วยที่เสียชีวิต 17 คน ย้ายที่อยู่ 65 คน และแจ้งที่อยู่ไม่ตรงกับที่อยู่จริง 175 คน จึงมีจำนวนผู้ป่วยที่สำรวจพบ 200 คน (อัตราการพบกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 44 ของผู้ป่วย 457 คน) เป็นผู้ป่วยติดเชื้อ *H. pylori* จำนวน 105 คน (อัตราติดเชื้อ

ตารางที่ 1 อัตราการพบเชื้อ *H. pylori* ในช่วงอายุต่าง ๆ ของกลุ่มตัวอย่าง

อายุ (ปี)	ชาย (คน)	หญิง (คน)	รวม	พบเชื้อ	ร้อยละที่พบเชื้อ
15 - 19	2	0	2	1	50.0
20 - 29	3	6	9	5	55.6
30 - 39	19	11	30	17	56.7
40 - 49	21	23	44	23	52.3
50 - 59	18	15	33	19	57.6
60 ขึ้นไป	37	45	82	40	48.8
รวม	100	100	200	105	52.5

ตารางที่ 2 ระดับการศึกษาและอาชีพของกลุ่มตัวอย่าง

	คน	ร้อยละ
การศึกษา		
ไม่ได้เรียน	11	5.5
ประถมศึกษา	99	49.5
มัธยมศึกษา	27	13.5
อนุปริญญา	7	3.5
ปริญญา	56	28.0
อาชีพ		
รับราชการ	50	25.0
รับจ้าง/ลูกจ้าง	47	23.5
ผู้สูงอายุ/แม่บ้าน	42	21.0
ทำไร่/ทำนา	38	19.0
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	21	10.5
นักศึกษา	2	1.0
รวม	200	100

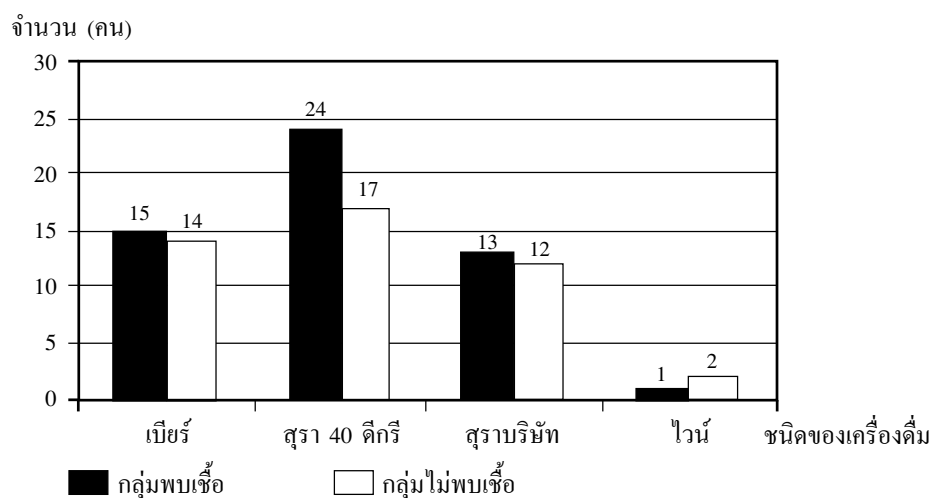
ร้อยละ 52.5 ของผู้ป่วย 200 คน) เป็นเพศชาย 63 คน และ เพศหญิง 42 คน ผู้ป่วยไม่ติดเชื้อ *H. pylori* 95 คน เป็นเพศหญิง 58 คน อัตราการติดเชื้อ *H. pylori* ในช่วงอายุต่าง ๆ ค่อนข้างใกล้เคียงกัน ดังแสดงในตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่าง มีการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุดและระดับปริญญารองลงมา คิดเป็นร้อยละ 49.5 และ 28.0 ตามลำดับ ส่วนใหญ่อาชีพรับราชการ รองลงมาคือ รับจ้าง และเป็นผู้สูงอายุรวมทั้งแม่บ้าน ร้อยละ 25.0, 23.5 และ 21.0 ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

พฤติกรรม การดื่มแอลกอฮอล์

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด เป็นผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ 98 คน (ร้อยละ 49.0) พบผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ 2 ชนิด 5 คน (ร้อยละ 2.5) ไม่พบผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ตั้งแต่ 3 ชนิดขึ้น

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ (กรัมต่อคนต่อวัน)

	ชาย	หญิง	พบเชื้อ	ไม่พบเชื้อ	รวม
จำนวนคน	68	30	53	45	98
ค่าเฉลี่ย (กรัม/คน/วัน)	40.2	11.3	35.4	26.6	31.4
ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	51.6	21.1	47.7	44.7	46.3
p - value (t-test)	0.004		0.355		

รูปที่ 1 ชนิดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ดื่มในกลุ่มผู้ป่วยที่พบและไม่พบเชื้อ *H. pylori*

ไปเป็นประจำ ในกลุ่มที่ตรวจพบเชื้อ *H. pylori* มีการดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 50.5 สูงกว่ากลุ่มไม่พบเชื้อ *H. pylori* เล็กน้อย (ร้อยละ 47.4) ค่าเฉลี่ยปริมาณแอลกอฮอล์ในกลุ่มที่ดื่มเท่ากับ 31.4 กรัมต่อคนต่อวัน กลุ่มที่พบเชื้อ *H. pylori* ดื่มแอลกอฮอล์ปริมาณเฉลี่ยต่อวันสูงกว่ากลุ่มที่ไม่พบเชื้อ *H. pylori* เล็กน้อย แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) แต่เพศชายดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ประเภทของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่กลุ่มตัวอย่างดื่มเป็นประจำ ได้แก่ สุรา 40 ดีกรี เบียร์ สุราบริษัทยี่ห้อ และไวน์ โดยชนิดของแอลกอฮอล์ที่นิยมดื่มมีลักษณะ

ใกล้เคียงกันทั้งกลุ่มตัวอย่างที่พบเชื้อและไม่พบเชื้อ *H. pylori* ดังแสดงในรูปที่ 1

การสูบบุหรี่

ผู้ป่วยที่มีประวัติสูบบุหรี่มีจำนวน 60 คน (ร้อยละ 30) โดยในกลุ่มผู้ป่วยที่พบเชื้อ *H. pylori* 105 คน มีผู้ที่สูบบุหรี่ 39 คน (ร้อยละ 37.1) ในจำนวนนี้เป็นเพศชาย 34 คน กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่พบเชื้อ *H. pylori* 95 คน มีผู้ที่สูบบุหรี่ 21 คน (ร้อยละ 22.1) ในจำนวนนี้เป็นเพศชาย 16 คน จะเห็นว่า อัตราการสูบบุหรี่ในเพศชายมากกว่าในเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) ในกลุ่มผู้ป่วยที่พบเชื้อ *H. pylori* มีจำนวนผู้สูบบุหรี่มากกว่ากลุ่ม

ตารางที่ 4 ประวัติการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง

	ชาย	หญิง	พบเชื้อ	ไม่พบเชื้อ	รวม
สูบบุหรี่	50	10	39	21	60
ไม่สูบบุหรี่	50	90	66	74	140
รวม	100	100	105	95	200
p - value (χ^2)	< 0.0		0.22		

ตารางที่ 5 จำนวนการดื่มกาแฟของกลุ่มตัวอย่าง

	ชาย	หญิง	รวม	พบเชื้อ	ไม่พบเชื้อ	รวม
ดื่มกาแฟ	36	28	64	34	31	65
ไม่ดื่มกาแฟ	64	72	136	71	64	135
รวม	100	100	200	105	95	200
p - value (χ^2)	0.289		1.000			

ที่ไม่พบเชื้อ *H. pylori* เล็กน้อยแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 4

การดื่มกาแฟ

พบผู้ที่ดื่มกาแฟ 64 คน (ร้อยละ 32.0) ในกลุ่มผู้ป่วยที่พบเชื้อ *H. pylori* 105 คน มีผู้ที่ดื่มกาแฟ 34 คน (ร้อยละ 31.4) ในจำนวนนี้เป็นเพศชาย 21 คน กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่พบเชื้อ *H. pylori* 95 คน มีผู้ที่ดื่มกาแฟ 31 คน (ร้อยละ 35.8) จำนวนนี้เป็น เพศหญิง 16 คน อัตราการดื่มกาแฟในเพศชายสูงกว่าเพศหญิงเล็กน้อยแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) และในกลุ่มผู้ป่วยที่พบเชื้อ *H. pylori* ดื่มกาแฟสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่พบเชื้อ *H. pylori* เล็กน้อยแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 5

การวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงด้วยวิธี matched-pair case-control

การวิเคราะห์ข้างต้นพบว่า เพศมีอิทธิพลอย่างยิ่ง

ต่อการดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ แต่การแบ่งผู้ป่วยเป็นกลุ่มพบเชื้อหรือไม่พบเชื้อ ไม่มีความแตกต่างของปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ จึงวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงของการดื่มแอลกอฮอล์ต่อการเป็นโรคกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้นที่มีการติดเชื้อ *H. pylori* โดยวิธีจับคู่ระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่ติดเชื้อ *H. pylori* (เรียกว่า กลุ่มศึกษา) และกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ติดเชื้อ *H. pylori* (กลุ่มควบคุม) ให้กลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมมีความเหมือนกันตามตัวแปรเพศ อายุ ระดับการศึกษา (เพิ่มตัวแปรอายุ และระดับการศึกษา เนื่องจากน่าจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับระดับการดื่มแอลกอฮอล์) ได้กลุ่มตัวอย่างที่สามารถจับคู่ได้ทั้งหมด 73 คู่ นำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติ odds ratio จัดเรียงข้อมูลเป็นคู่ matched-pair พบว่า การดื่มแอลกอฮอล์และการติดเชื้อ *H. pylori* ค่า odds ratio เท่ากับ 0.41 (95% CI 0.22-1.20)

การวิเคราะห์อิทธิพลปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ระดับต่าง ๆ กับการติดเชื้อ *H. pylori* พบว่ากลุ่มที่ดื่ม

ตารางที่ 6 อิทธิพลของการดื่มแอลกอฮอล์ต่อการติดเชื้อ *H. pylori*

การดื่มแอลกอฮอล์ (กรัมต่อวัน)	จำนวนผู้ที่ตรงกัน		odds ratio (95% CI)
	(คู่)	(ร้อยละ)	
- ดื่มแอลกอฮอล์	66	90.4	0.41 (0.22 - 1.20)
มากกว่า 20	26	35.6	1.50 (0.56 - 4.23)
10 - น้อยกว่า 20	40	54.8	0.69 (0.17 - 1.81)
- ไม่ดื่ม	7	9.6	1.00
รวม	73	100.0	

แอลกอฮอล์ปริมาณสูง (มากกว่า 20 กรัมต่อวัน) มีโอกาสติดเชื้อ *H. pylori* มากกว่ากลุ่มผู้ไม่ดื่มถึง 1.50 เท่า (95% CI 0.56-4.23) และกลุ่มที่ดื่มแอลกอฮอล์น้อยกว่า 20 กรัมต่อวัน เทียบกับผู้ที่ไม่ดื่ม ค่า odds ratio เท่ากับ 0.69 (95% CI 0.17-1.81) ดังแสดงในตารางที่ 6

วิจารณ์

การศึกษานี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ป่วยเป็นโรคแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้นมีอัตราการดื่มแอลกอฮอล์สูงถึงร้อยละ 49.0 มากกว่าอัตราที่ประเมินไว้โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติที่สำรวจอัตราการดื่มแอลกอฮอล์ประชากรไทยทั่วไป (22%)⁽¹³⁾ และพบอัตราการดื่มแอลกอฮอล์สูงทั้งกลุ่มที่พบเชื้อและกลุ่มที่ไม่พบเชื้อ *H. pylori* ซึ่งพบว่าอัตราการสูบบุหรี่และการดื่มกาแฟของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้ค่อนข้างสูงเช่นกัน

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ นิยมดื่มแอลกอฮอล์ 1 ชนิด มีเพียงร้อยละ 2.5 ที่นิยมดื่มแอลกอฮอล์ 2 ชนิด และไม่มีผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ตั้งแต่ 3 ชนิดขึ้นไป ทำให้สามารถคำนวณปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ในแต่ละวันของกลุ่มตัวอย่างได้ค่อนข้างแม่นยำ กลุ่มผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ มีปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์เฉลี่ย 31.4 กรัม/คน/วัน ซึ่งเป็นการดื่มแอลกอฮอล์ระดับสูง (มากกว่า 20 กรัม/คน/วัน) กลุ่มผู้ป่วยที่พบเชื้อและไม่พบเชื้อ

H. pylori มีการดื่มแอลกอฮอล์ในระดับสูงทั้ง 2 กลุ่ม (กลุ่มพบเชื้อ *H. pylori* 35.4 กรัม/คน/วัน กลุ่มไม่พบเชื้อ *H. pylori* 26.6 กรัม/คน/วัน) น่าจะเป็นเพราะมีการกระจายของเพศชายมากทั้งกลุ่มพบเชื้อและกลุ่มไม่พบเชื้อ และเพศชายดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าเพศหญิง (เพศชายดื่มแอลกอฮอล์ปริมาณเฉลี่ย 40.2 กรัม/คน/วัน ซึ่งเป็นการดื่มแอลกอฮอล์ระดับสูง ส่วนเพศหญิงมีปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ 11.3 กรัม/คน/วัน เป็นระดับการดื่มปานกลาง) จากข้อมูลดังกล่าว จึงน่าเป็นห่วงพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มผู้ป่วยโรคแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้นทั้งในเพศชายและเพศหญิง

ในกลุ่มผู้ป่วยโรคแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น มีการสูบบุหรี่ร้อยละ 30.0 ซึ่งสูงกว่าการสูบบุหรี่จากวิจัยเชิงสำรวจในประเทศไทยทั่วไป พ.ศ. 2544⁽¹⁴⁾ ที่มีการสูบบุหรี่ร้อยละ 18.7 และพบเพศชายมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่มากกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่พบความแตกต่างของการสูบบุหรี่ระหว่างกลุ่มที่พบเชื้อและไม่พบเชื้อ *H. pylori* การศึกษานี้ไม่ได้แบ่งระดับปริมาณการสูบบุหรี่ จึงไม่สามารถวิเคราะห์จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบบุหรี่ต่อวัน รวมทั้งไม่สามารถวิเคราะห์ปริมาณการดื่มกาแฟ ตามจำนวนแก้วต่อคนต่อวัน ซึ่งในการศึกษาของ Brenner และคณะ⁽¹⁵⁾ รายงานในปี 2540 พบว่าการดื่มกาแฟมากกว่าหรือเท่ากับ 3

แก้วกาแฟต่อวันจะเพิ่มการติดเชื้อ *H. pylori* การศึกษาครั้งนี้พบว่าในกลุ่มที่พบเชื้อ *H. pylori* ดื่มกาแฟมากกว่ากลุ่มที่ไม่พบเชื้อเล็กน้อย แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ จากข้อมูลทั้งหมดพบว่าเพศชายมีพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่มากกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนพฤติกรรมกรรมการดื่มกาแฟใกล้เคียงกันระหว่างเพศชายและเพศหญิง

มีความคลาดเคลื่อนของข้อมูลที่ได้ในการศึกษานี้ เนื่องจากข้อมูลมาจากการสัมภาษณ์ ทั้งข้อมูลเกี่ยวกับการดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และการดื่มกาแฟ อาจได้ข้อมูลด้านปริมาณที่ต่ำกว่าความเป็นจริงเพราะผู้ป่วยมักไม่กล้าพูดความจริง นอกจากนี้ การสัมภาษณ์เป็นการถามข้อมูลย้อนหลังจึงได้ข้อมูลในอดีตที่ขึ้นกับความจำของกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงโดยการจับคู่กลุ่มตัวอย่างแบบ matched-pair case control มุ่งหวังลดอิทธิพลของตัวแปรกวนที่สำคัญ ได้แก่ เพศ อายุ และระดับการศึกษา ซึ่งกระจายตัวแตกต่างกัน (เช่น กลุ่มผู้ป่วยพบเชื้อเป็นเพศชายร้อยละ 60 แต่กลุ่มไม่พบเชื้อเป็นเพศชายเพียงร้อยละ 39) อย่างไรก็ตาม การวิเคราะห์แบบนี้ ก็ไม่ให้ความเชื่อมั่นว่า การดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อ *H. pylori* อาจเนื่องจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่สามารถจับคู่ได้มีน้อยเกินไป และยิ่งเมื่อวิเคราะห์ตามระดับของการดื่มแอลกอฮอล์ ยิ่งทำให้จำนวนตัวอย่างลดลงมาก จึงพิสูจน์ไม่ได้ว่าการดื่มแอลกอฮอล์ขนาดน้อยจะมีฤทธิ์ปกป้องไม่ให้ติดเชื้อ *H. pylori* เพราะแอลกอฮอล์ระดับต่ำมีฤทธิ์ฆ่าเชื้อ หรือการดื่มแอลกอฮอล์ระดับสูงจะเป็นปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อ *H. pylori*

การนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์

ความรู้ที่ได้จากการวิจัยนี้ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการตรวจดูแลรักษาผู้ป่วยโรคแผลในกระเพาะอาหาร โดยเฉพาะกลุ่มประชากรที่มีลักษณะใกล้เคียงกับประชากรในการวิจัย คือเป็นผู้ป่วยที่มีอาการของ

โรคแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กที่กินยาแล้วอาการไม่ดีขึ้น และมีการดำเนินโรคสู่ภาวะเรื้อรัง ผู้ให้บริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชน จึงควรซักประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และการดื่มกาแฟอย่างละเอียด ทั้งข้อมูลจากผู้ป่วยและญาติ เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอัตราการดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่สูงกว่าประชากรทั่วไป โดยเฉพาะการดูแลอย่างรอบด้านในกลุ่มผู้ป่วยเพศชายที่มีอัตราการดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่มากกว่าในเพศหญิง ควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลเสียจากการดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และการดื่มกาแฟที่ทำให้การดำเนินโรคสู่ภาวะเรื้อรังและเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตราย รวมทั้งสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมมือในการรักษา โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในด้านการดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และการดื่มกาแฟ

ส่วนประเด็นการวิจัยต่อไป ควรเพิ่มความระมัดระวังในการบันทึกที่อยู่ผู้ป่วย เพื่อสามารถติดตามกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาได้มากขึ้น เมื่อจำนวนตัวอย่างมากขึ้นอาจช่วยลดความคลาดเคลื่อนทั้งที่เกิดจากอคติที่ได้ตัวอย่างไม่ครบถ้วน หรือความคลาดเคลื่อนจากกลุ่มตัวอย่างน้อยเกินไป นอกจากนี้ ควรให้ความสนใจกับระบบการเก็บข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเรื้อรัง ทั้งการดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ โดยให้ความสนใจกับการประเมินการบริโภคที่วัดในเชิงปริมาณด้วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ศาสตราจารย์แพทย์หญิงทัศนีย์ นุชประยูร ที่ให้ข้อคิดเห็นในการปรับปรุงต้นฉบับ ขอขอบคุณ สสส. ที่ให้ทุนสนับสนุนการวิจัย และอาจารย์ในหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (เวชศาสตร์ครอบครัว) คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ขอขอบคุณสำหรับการสนับสนุนการพัฒนางานวิจัยทางวิชาการเวชศาสตร์ครอบครัว จากกองทุน Burns-Manning-Pannarunothai ของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

เอกสารอ้างอิง

1. Boon NS, Chinapak O, Plengvanit U. Current management and problem of peptic ulcer in Thailand, experience of clinical trial in 285 patients. *Gastroenterol Conspectus* 1990; 1: 7-10.
2. Kachintorn U, Luengrojanakul P, Atisook K. *Helicobacter pylori* and peptic ulcer disease; prevalence and association with antral gastritis in 210 patients. *J Med Assoc Thai* 1992; 75: 386-92.
3. Vu C, Ng YY. Prevalence of *Helicobacter pylori* infection in peptic ulcer disease in a Singapore Hospital. *Singapore Med J* 2001; 4: 478-81.
4. Kuipers EJ, Thijs JC, Festen HP. The prevalence of *Helicobacter pylori* in peptic ulcer disease. *Aliment Pharmacol Ther* 1995; 9: 59-69.
5. Shintchi K, Ishii H, Imanishi K, Kono S. Relationship of cigarette smoking, alcohol use, and diet habits with *Helicobacter pylori* infection in Japanese men. *Scand J Gastroenterol*, 1997; 32: 651-5.
6. Tursi A, Cammarota G, Papa A. Effect of adequate alcohol intake, with or without cigarette smoking, on the risk of *Helicobacter pylori* infection. *Hepato-gastroenterology* 1998; 45: 1892-5.
7. Shimoyama T, Everett SM, Fukuda S, Axon ATK, Dixon MF, Crabtree JE. Influence of smoking and alcohol on gastric chemocrine mRNA expression in patients with *Helicobacter pylori* infection. *J Clin Pathol* 2001; 54: 332-4.
8. Brenner H, Berg G, Lappus N, Klibsch U, Bode G, Boeing H. Alcohol consumption and HP infection. *Epidemiology* 1999; 10: 214-8.
9. Moayyedi P, Axon AT, Feltbower R, Duffelt S, Crocombe W, Braunholtz D. Relation of adult lifestyle and socioeconomic factors to the prevalence of *Helicobacter pylori* infection. *Int J Epidemiology* 2002; 31: 646-7.
10. Brenner H, Bede G, Adler G, Hoffmeister A, Koenig W, Rothenbacher D. Alcohol as a gastric disinfection. The complex relationship between alcohol consumption and current HP infection. *Epidemiology* 2001; 12: 209-14.
11. Murray IJ, Lane AJ, Harvey IM. Increase relationship between alcohol consumption and active *Helicobacter pylori* infection: the Bristol *Helicobacter* project. *Aj J Gastroenterol* 2002; 97: 2750-5.
12. Australian Government, Department of Veterans's Affairs. Standard Drinks Guide. 2004 [cited 2007 April 2]; Available from :
URL : <http://www.therightmnix.gov.au/sdg.asp>
13. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ ปี 2547. กรุงเทพมหานคร: สำนักนายกรัฐมนตรี; 2539.
14. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. การวิจัยเชิงสำรวจในประชากรไทยทั่วไป พ.ศ. 2544. กรุงเทพมหานคร: สำนักวิจัยเอแบคโพลล์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ; 2544.
15. Brenner H, Rothenbacher D, Bode G, Adler G. Relationship of smoking and alcohol and coffee consumption to active *Helicobacter pylori* infection. *BMJ* 1997; 315: 1489-92.

**Abstract Alcohol Drinking and *Helicobacter pylori* Infection in Peptic Ulcer Patients
Jutarat Pitiputtipong*, Wiboon Uthaisaengsook**, Supasit Pannarunothai*****

*Department of Family Medicine, Phrae Hospital, **Department of Medicine, Buddhachinaraj Hospital, Phitsanulok, ***Department of Community, Family and Occupational Medicine, Faculty of Medicine, Naresuan University

Journal of Health Science 2007; 16:S69-77.

This retrospective study was to assess the relationship between alcohol consumption and *Helicobacter pylori* infection in peptic ulcer. It was carried out from January to June 2004 on peptic ulcer patients who attended the gastrointestinal unit, medicine department of Buddhachinaraj hospital during 2001-2003 and underwent gastroscopy with biopsy for rapid urease test to determine *H. pylori* infection. To determine risk effect, a matched-pair case control study was attempted. The cases were peptic ulcer patients who had positive rapid urease test for *H. pylori* infection. The controls were the peptic ulcer patients who had negative rapid urease test, matching was intended to control confounding effect of sex, age and education. Detailed data on alcohol consumption in low level (<10 gm/day), moderate level (10-20 gm/day) and high level (>20 gm/day) as well as alcohol and coffee consumption and stress were obtained by interview based on a set of questionnaire. There were 457 peptic ulcer patients; 17 died, 65 migrated and 175 registered with incorrect addresses, then 200 patients were analyzed descriptively. *H. pylori* were found in 105 patients (53 percent of the total). Ninety-eight patients reported alcohol consumption (49.0 percent of the total). Out of these 200, 73 matched pairs were used for case-control analysis to prove the effect of alcohol drinking. There was no significant relationship between alcohol consumption and *H. pylori* infection. The odds ratio was 0.41 (95% CI 0.22-1.20). The analysis on different levels of alcohol consumption showed that the odds ratio for patient who drank high and low-moderate level compared to nondrinker were 1.50, (95% CI 0.56-4.23) and 0.69 (95% CI 0.17-1.81).

Key words: *H. pylori*, peptic ulcer, alcohol drinking, risk factor