

ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตในผู้ป่วยแผลเป็บติคทะลุใน
โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

Risk factors for morbidity and mortality of operated perforated peptic ulcer patients
at King Narai Hospital.

(Received: October 21,2024 ; Revised: October 25,2024 ; Accepted: October 26,2024)

พงษ์เดช จาารุ่งฤทธิ์¹

Phongsadet Chaowrungrit¹

บทคัดย่อ

การศึกษาย้อนหลังในผู้ป่วยแผลเป็บติคทะลุ ที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชระหว่างเดือน ตุลาคม 2562 ถึง กันยายน 2566 จำนวน 186 คน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตในผู้ป่วยแผลเป็บติคทะลุในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช โดยเก็บข้อมูล ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยเกี่ยวกับการตรวจร่างกาย ปัจจัยทางคลินิกและการผ่าตัด ปัจจัยด้านการรักษา

ผลการวิจัย: จากจำนวนผู้ป่วย 186 คน พบผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด 22 คน (11.83%) เสียชีวิต 6 คน (3.23%) ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ได้แก่ อายุ>60 ปี, ภาวะ shock ก่อนการผ่าตัด, Pulse rate>100/min, ระยะเวลาการผ่าตัด

คำสำคัญ: แผลเป็บติคทะลุ, ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

Abstract

This retrospective study was conducted involving 186 patients diagnosed and treated for perforated peptic ulcers at Phra Narai Maharat Hospital from October 2019 to September 2023. Aimed to investigate the risk factors associated with complications and mortality in patients with perforated peptic ulcers at Phra Narai Maharat Hospital. Data were collected on demographic factors, risk factors, clinical examination findings, surgical factors, and treatment aspects.

Results: Among the 186 patients, 22 experienced postoperative complications (11.83%), and 6 died (3.23%). Statistically significant risk factors for complications and mortality ($p<0.05$) included age over 60 years, preoperative shock, a pulse rate greater than 100 beats per minute, and prolonged waiting time for surgery.

Keywords: Perforated peptic ulcer, postoperative complications

บทนำ

โรคแผลเป็บติค (Peptic ulcer disease) เป็นโรคในระบบทางเดินอาหารที่พบบ่อยที่สุดโรคหนึ่งทั่วโลก มีมากถึง 4 ล้านคนโดยประมาณ อุบัติการณ์ผู้ป่วยใหม่ ร้อยละ 1.5-3.0 ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของโรคนี้ คือ การทะลุของแผลเป็บติค ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วย อัตราชุกของการเกิดแผลเป็บติคทะลุร้อยละ 5 เมื่อมีการดำเนินโรคต่อไปจะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตร้อยละ 1.3-2.0 จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศของสหรัฐอเมริกา พบว่า มี

ความชุกของโรคประมาณร้อยละ 2 ของประชากร และทำให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจถึงปีละ 8,000 ล้านดอลลาร์¹ (Dempsey DT, Kitagawa Y, 2015) ขณะที่ข้อมูลในประเทศไทย พบว่า มีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 10-15 และสูงขึ้นเป็นร้อยละ 35 ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีโรคทางอายุรกรรมอื่นๆ ร่วมด้วย โดยมักเสียชีวิตในช่วงแรกที่มาโรงพยาบาล (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2565)²

¹ กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

ปัจจุบันพบว่าอัตราการนอนโรงพยาบาล และอัตราการผ่าตัดเพื่อรักษาแผลเป็บติคแบบไม่ใช้ภาวะเร่งด่วนมีจำนวนลดลงอย่างเห็นได้ชัด ซึ่งเกิดจากการใช้ยา H2 receptor block และยา proton pump inhibitor อย่างไรก็ตามอัตราการผ่าตัดแบบเร่งด่วนเพื่อรักษาภาวะแทรกซ้อนของแผลเป็บติคยังมีแนวโน้มลดลง และอัตราการแทรกซ้อนของการมีเลือดออกและการแตกทะลุของแผลเป็บติคกลับมีแนวโน้มที่สูงขึ้น ภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว ได้แก่ Acute kidney injury, sepsis, wound infection, wound dehiscence, GI leakage³ (Chung TK, Shelat GV, 2017) ซึ่งจากข้อมูลย้อนหลัง ปี 2562-2565 ของโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช พบว่าผู้ป่วยแผลเป็บติคทะลุจำนวน 78 คน, 53 คน และ 70 คน ตามลำดับ เกิดภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 10.75, 13.94 และ 13.81 ตามลำดับ⁴

จากการทบทวนวรรณกรรม พบปัจจัยเสี่ยงจากหลายการศึกษาที่สนับสนุนว่ามีความสำคัญต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยแผลเป็บติคทะลุ ได้แก่ อายุ เพศ ชนิดของแผล วิธีการผ่าตัด⁵ และแต่ละการศึกษาพบปัจจัยเสี่ยงที่แตกต่างกันไปอีก ได้แก่ การติดเชื้อ H.Pylori เพิ่มความเสี่ยง 1.6-18.1 เท่า 3-8 การใช้ยาในกลุ่ม NSAIDs เพิ่มความเสี่ยง 2.8-3.6 เท่า อายุที่มากขึ้นเพิ่มความเสี่ยง 1.7-1.8 เท่า และการสูบบุหรี่เพิ่มความเสี่ยง 1.8-3.8 เท่า^{6,7,8} เนื่องจากแผลเป็บติคเป็นภาวะฉุกเฉินทางศัลยกรรม ต้องมีข้อมูลในการตัดสินใจทางการรักษา และวางแผนจัดการความเสี่ยงในหน่วยงาน จึงมีความจำเป็นที่ต้องศึกษาถึงปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิต เพื่อนำไปจัดทำมาตรการป้องกันและลดอุบัติการณ์ดังกล่าว ให้เกิดประสิทธิภาพในการดำเนินงานยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตในผู้ป่วยแผลเป็บติคทะลุในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ แผลเป็บติคทะลุ ที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ระหว่างเดือนตุลาคม 2562 ถึง กันยายน 2566 จำนวน 358 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ แผลเป็บติคทะลุ ที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ระหว่างเดือนตุลาคม 2562 ถึง กันยายน 2566 คัดเลือกตามเกณฑ์คุณสมบัติ

เกณฑ์การคัดเข้า 1) อายุตั้งแต่ 15 ปี เพศชาย และเพศหญิง 2) ได้รับการวินิจฉัยแผลเป็บติคทะลุ เข้ารับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัดในโรงพยาบาลพระนารายณ์ 4) การลงบันทึกในเวชระเบียน ครบถ้วนสมบูรณ์

เกณฑ์การคัดออก 1) เคยได้รับการผ่าตัดในช่องท้อง 2) วินิจฉัยการเสียชีวิตโดยภาวะแทรกซ้อนร่วมอื่น เช่น กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของเครจซี่และมอร์แกน ที่ใช้การประมาณค่าที่ทราบจำนวนของประชากร และกำหนดให้จำนวนของลักษณะที่สนใจในประชากรที่ศึกษา เท่ากับ 0.5 ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5% และระดับความเชื่อมั่น 95% ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 186 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบบันทึกข้อมูล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ ประวัติการสูบบุหรี่

ส่วนที่ 2 ปัจจัยเสี่ยง ประกอบด้วย การใช้ยา กลุ่ม NSAIDs, aspirin, steroid และ anticoagulant ประวัติเลือดออกทางเดินอาหาร

ส่วนที่ 3 ปัจจัยเกี่ยวกับการตรวจร่างกาย ได้แก่ การตรวจพบ guarding, rigidity และภาวะ shock ก่อนการผ่าตัด

ส่วนที่ 4 ปัจจัยทางคลินิกและการผ่าตัด ประกอบด้วย chest X-ray, CT scan การวินิจฉัย peritonitis สัญญาณชีพ (SBP, DBP, Pulse rate, RR, O₂ sat) ปริมาณการให้สารน้ำ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ชนิดแผล ขนาดของแผล ระยะเวลาการผ่าตัด วิธีการผ่าตัด

ส่วนที่ 5 ผลการรักษา ประกอบด้วย ภาวะแทรกซ้อน สถานะการจำหน่าย จำนวนวันนอน และค่ารักษาพยาบาล

การสร้างและหาคุณภาพของเครื่องมือ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเอง โดยผ่านการตรวจสอบของผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) ได้เท่ากับ 0.87 และความเชื่อมั่นโดยวิธีวิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟา (alpha-coefficient) ของครอนบาคเท่ากับ 0.91

การวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้ในการวิจัย
ข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยเกี่ยวกับการตรวจร่างกาย ปัจจัยทางคลินิกและการผ่าตัด ผลการรักษา ใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) และค่าร้อยละ (Percentage) ใช้อธิบายลักษณะข้อมูล ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ปัจจัยทางคลินิก การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มปกติกับกลุ่มมีภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิต ข้อมูลเชิงปริมาณต่อเนื่อง ที่มีการแจกแจงปกติใช้ independent t-test ข้อมูลแจกแจงนับทดสอบโดย Chi-square, Fisher exact test การวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิตในผู้ป่วยแผลเป็บติคทะเลอ สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ได้แก่ สถิติที่

ใช้สำหรับการวิเคราะห์เพื่อทดสอบสมมติฐานของการวิจัย โดยใช้สถิติวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (correlation) เพื่อทดสอบความอิสระต่อกันของตัวแปร จากนั้นหาค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยพหุคูณ (Multiple logistic regression)

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตในผู้ป่วยแผลเป็บติคทะเลอในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ได้รับการรับรองจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

ผลการวิจัย

ลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยผู้ป่วยกลุ่มปกติและกลุ่มมีภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิต ส่วนใหญ่ไม่มีความแตกต่างกัน สิ่งที่แตกต่างกัน ได้แก่ เพศ โรครวม การสูบบุหรี่ อายุ ซึ่งกลุ่มมีภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิตมีอายุเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มปกติ (ตารางที่ 1) เมื่อเปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิตในผู้ป่วยแผลเป็บติคทะเลอมีความสัมพันธ์กับการใช้ยา NSAIDs steroid Aspirin และมีประวัติเลือดออกทางเดินอาหาร (ตารางที่ 2) เมื่อเปรียบเทียบปัจจัยเกี่ยวกับการตรวจร่างกายที่พบปัจจัยทางคลินิกและผลการผ่าตัด ทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกัน (ตารางที่ 3,4,5) โดยเฉพาะผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ จำนวนวันนอนเฉลี่ย ค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ย สาเหตุการเสียชีวิตในผู้ป่วยแผลเป็บติคทะเลอเกิดจากภาวะ Sepsis (ตารางที่ 6) ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ อายุ > 60 ปี, ภาวะ shock ก่อนการผ่าตัด, Pulse rate $> 100/\text{min}$, ระยะเวลาการผ่าตัด > 24 ชั่วโมง

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างผู้ป่วยกลุ่มปกติและกลุ่มมีภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิต

ข้อมูลส่วนบุคคล		Group without morbidity (N=158)		Group with morbidity mortality (N=28)		p-value
เพศ	ชาย	85	53.8	17	60.7	0.034*

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างผู้ป่วยกลุ่มปกติและกลุ่มมีภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิต

ข้อมูลส่วนบุคคล		Group without morbidity (N=158)		Group with morbidity mortality (N=28)		p-value
หญิง		73	46.2	11	39.3	
อายุ	< 60 ปี	54	34.2	8	28.6	0.256
	60-69 ปี	79	50.0	13	46.4	0.049*
	70-79 ปี	16	10.1	4	14.3	0.018*
	≥ 80 ปี	9	5.7	3	10.7	0.367
อายุเฉลี่ย		58.9		64.3		0.027*
Min-max		34-80		43-85		
การศึกษา	ไม่ได้เรียน	6	3.8	1	3.6	0.743
	ชั้นประถมศึกษา	33	20.9	12	42.9	
	ชั้นมัธยมศึกษา	62	39.2	9	32.1	
	อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	43	27.2	4	14.3	
	ปริญญาตรี	14	8.9	2	7.1	
อาชีพ	เกษตรกร	28	17.7	4	14.3	0.392
	รับจ้าง	74	46.9	13	46.4	
	ค้าขาย	34	21.5	6	21.4	
	รับราชการ	10	7.6	2	7.1	
	ไม่มีอาชีพ	12	6.3	3	10.7	
โรคร่วม	เบาหวาน	18	11.4	4	14.3	0.037*
	ความดันโลหิตสูง	22	13.9	6	21.4	0.048*
	ไตวายเรื้อรัง	2	1.3	1	3.6	0.004*
	โรคตับ	1	0.6	1	3.6	0.001*
	โรคมะเร็ง	3	1.9	1	3.6	0.007*
การดื่มสุรา	ดื่ม	48	30.4	12	42.9	0.081
	ไม่ดื่ม	110	69.6	16	57.1	
การสูบบุหรี่	สูบ	26	16.5	9	32.1	0.042*
	ไม่สูบ	132	83.5	19	67.9	

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิตในผู้ป่วยแผลเป็บติคทะเล

ข้อมูลส่วนบุคคล		Group without morbidity		Group with morbidity mortality		p-value
ยา NSAIDs	ใช้	24	15.2	8	28.6	0.003*
	ไม่ใช้	134	84.8	20	71.4	
ยา steroid	ใช้	12	7.6	4	14.3	0.001*
	ไม่ใช้	146	92.4	24	85.7	
ยา Aspirin	ใช้	74	46.3	18	64.3	0.049*
	ไม่ใช้	84	53.7	10	35.7	
ประวัติเลือดออกทางเดินอาหาร						
	มี	10	8.3	3	10.7	0.000*

ข้อมูลส่วนบุคคล	Group without morbidity		Group with morbidity mortality		p-value
ไม่มี	148	93.7	25	89.3	

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบปัจจัยเกี่ยวกับการตรวจร่างกายที่พบ

ข้อมูลส่วนบุคคล	Group without morbidity		Group with morbidity mortality		p-value
guarding มี	43	27.2	16	57.1	0.032*
ไม่มี	115	72.8	12	42.9	
rigidity มี	60	38.0	22	78.6	0.001*
ไม่มี	98	62.0	6	21.4	
ภาวะ shock ก่อนการผ่าตัด					
มี	24	15.2	17	60.7	0.000*
ไม่มี	134	84.8	11	39.3	

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบปัจจัยทางคลินิกและผลการผ่าตัด

ปัจจัยทางคลินิกและผลการผ่าตัด	Group without morbidity		Group with morbidity mortality		p-value
การวินิจฉัย ยืนยันด้วย chest X-ray	100	63.3	19	67.8	0.371
ยืนยันด้วย CT scan	34	21.5	6	21.4	
วินิจฉัย peritonitis	24	15.2	3	10.8	
ชนิดแผล Gastric ulcer	85	53.8	18	64.3	0.002*
Duodenal ulcer	73	46.2	10	35.7	
การปนเปื้อน Grade 0	16	10.1	4	14.4	0.036*
Grade I	60	37.9	10	35.7	
Grade II	48	30.6	10	35.7	
Grade III	26	16.5	2	7.1	
Grade IV	8	4.9	2	7.1	
ผ่าตัด Simple suture	90	56.9	10	35.7	0.082
ผ่าตัด Simple suture with omental patch	68	43.0	18	64.3	
Systolic BP (mmHg)	128.3±9.4		102.7±3.8		0.004*
Diastolic BP (mmHg)	92.6±8.6		84.3±3.5		0.001*
Pulse rate (beats/min)	98.7±9.3		62.9±3.7		0.003*
Respiratory rate (beats/min)	20.3±6.8		23.7±3.2		0.038*
Oxygen saturation (beats/min)	99.6±3.4		99.1±2.8		0.361*
Total fluid resuscitation	1,200.4±8.7		1,350.8±3.8		0.896
white blood cell (x10 ⁹ cell per liter)	11,200.3±4.3		13,800.7±2.9		0.027*
Hemoglobin (g/dL)	11.8±3.8		9.4±2.6		0.032*
Serum creatinine (mg/dL)	0.98±6.2		1.12±3.4		0.008*
ขนาดของแผล (mm)	4.3±8.4		5.2±3.8		0.054*
ระยะเวลาการผ่าตัด (ชั่วโมง)	19.6±9.4		21.3±3.9		0.005*

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบผลการรักษาระหว่างผู้ป่วยกลุ่มปกติและกลุ่มมีภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิต

ปัจจัยทางคลินิกและผลการผ่าตัด		Group without morbidity		Group with morbidity mortality		p-value
ภาวะแทรกซ้อน	ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน	158	84.9	28	15.1	
	Acute kidney injury	-	-	2		
	Wound dehiscence	-	-	3		
	GI leakage	-	-	1		
	Wound infection	-	-	6		
	รอยต่อบริเวณผ่าตัดรั่ว	-	-	1		
	ติดเชื้อทางเดินหายใจ	-	-	3		
	ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ	-	-	1		
สถานะการจำหน่าย	กลับบ้าน	152		20		
	Refer back	6		2		
	เสียชีวิต	0		6		
จำนวนวันนอนเฉลี่ย (วัน)		5.8±3.6		9.8±2.3		0.002*
ค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ย (บาท)		9820.8±6.2		23,890.3±2.1		0.000*

ตารางที่ 6 แสดงสาเหตุการเสียชีวิตในผู้ป่วยแผลเปิดกึ่งหกล

สาเหตุ	จำนวน	ร้อยละ
1. Sepsis	3	50.0
2. รอยต่อบริเวณผ่าตัดรั่ว	1	16.6
3. มีติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะหลังการจำหน่าย	1	16.6
4. การติดเชื้อทางเดินหายใจ (VAP)	2	16.8

ตารางที่ 7 แสดงปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตในผู้ป่วยแผลเปิดกึ่งหกล

ปัจจัยเสี่ยงร่วม	OR	95% CI of OR	p-value
อายุ>60 ปี	3.49	1.54-13.25	0.041*
เพศชาย	1.78	0.98-8.32	0.547
ภาวะ shock ก่อนการผ่าตัด	4.90	2.96-27.82	0.002*
Pulse rate>100/min	2.47	1.08-11.28	0.032*
ระยะเวลาการผ่าตัด > 24 ชั่วโมง	2.92	1.18-13.46	0.001*

P<0.05*

สรุปและอภิปรายผล

อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดจากการศึกษานี้พบ 22 คน คิดเป็นร้อยละ 11.83 เสียชีวิต 6 คน คิดเป็นร้อยละ 3.23 ไม่แตกต่างกับการศึกษาในประเทศไทยของ วิเชียร มลอยู่พะเนา⁵ ซึ่งพบอัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 4 พบภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

ร้อยละ 12 การศึกษาของปรามิโทย์ โคตรพันธุ์กุล¹⁰ พบอัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 5 พบภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ร้อยละ 15 แตกต่างจากการศึกษาในต่างประเทศที่มีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิตสูงกว่า เช่น การศึกษาของ İlhan Tas. Et, al¹¹ ที่ศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน

การเสียชีวิตในผู้ป่วยแผลเป็บติกระลอกมหาวิทยาลัยดียวาร์บักร์ ประเทศตุรกี พบอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 18.2 พบภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ร้อยละ 20.3 อาจเนื่องจากลักษณะบุคคลที่นำมาศึกษา ช่วงเวลาในการศึกษา ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม ปัจจัยทางการศึกษารวมถึงการเข้าถึงการรับบริการทางการแพทย์ที่แตกต่างกัน

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตในผู้ป่วยแผลเป็บติกระลอก จากการศึกษานี้พบว่า อายุ > 60 ปี ภาวะ shock ก่อนการผ่าตัด Pulse rate > 100/min ระยะเวลาการผ่าตัด > 12 ชั่วโมง นอกจากนั้นผลการศึกษายังพบว่า ปัจจัยด้านอื่นๆ ที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตแต่ไม่พบความแตกต่างทางสถิติ ได้แก่ เพศชาย โรคร่วม ประวัติเลือดออกทางเดินอาหาร

ปัจจัยด้านอายุ เพศของผู้ป่วย จากการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตในผู้ป่วยแผลเป็บติกระลอก 3.49 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของ İlhan Tas. Et, al¹¹ Ciftci. F, Eroztgen. F¹² พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิต 6.28 เท่า และ 5.99 เท่า ตามลำดับ ขณะที่การศึกษาของ Kim JM Et, al¹³ ปัจจัยด้านอายุไม่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ปัจจัยด้านเพศ จากการศึกษานี้พบว่าเพศชายมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตมากกว่าเพศหญิง 1.78 เท่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Seyoum.N.et, al¹³ พบว่าการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตในเพศชายมากกว่าเพศหญิง 0.39 แต่ไม่พบความแตกต่างทางสถิติ

ภาวะ shock ก่อนการผ่าตัดจากการศึกษานี้พบว่า มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการ

เสียชีวิตในผู้ป่วยแผลเป็บติกระลอก 4.90 เท่า ซึ่งเป็นผู้ที่ Pulse rate > 100/min และยังเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ Nan-Hua Chou. et, al¹⁴ โดยภาวะ shock ก่อนการผ่าตัด เป็นปัจจัยร่วมทำนายการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตในผู้ป่วยแผลเป็บติกระลอกที่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ระยะเวลาการผ่าตัด > 24 ชั่วโมง มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตในผู้ป่วยแผลเป็บติกระลอก 2.92 เท่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kenneth T¹⁵ İlhan Tas. Et, al¹¹ พบว่าการผ่าตัดนานกว่า 24 ชั่วโมง เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิต

ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตในผู้ป่วยแผลเป็บติกระลอก คือ อายุ > 60 ปี ภาวะ shock ก่อนการผ่าตัด Pulse rate > 100/min ระยะเวลาการผ่าตัด > 24 ชั่วโมง

ข้อเสนอแนะและข้อจำกัด

จากการศึกษานี้ควรจัดทำแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยแผลเป็บติกระลอก และให้ความรู้แก่แพทย์ที่ให้การดูแลรักษาโดยเฉพาะแพทย์เพิ่มพูนทักษะโรงพยาบาลชุมชน ให้สามารถส่งผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาในเวลาที่เหมาะสม รวมถึงจัดให้มีการปรึกษาศัลยแพทย์ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อลดอัตราการเสียชีวิต

หากมีการทำการศึกษาวิจัยในอนาคตควรศึกษาไปข้างหน้าแยกผู้ป่วยเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิต และภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มระยะเวลาการศึกษาให้เห็นผลที่ชัดเจนยิ่งขึ้น

ข้อจำกัดของการศึกษานี้คือผู้ป่วยในกลุ่มที่เสียชีวิตควรเก็บข้อมูล เช่น อัตราการเสียชีวิตใน 30 หรือ 60 วัน ซึ่งอาจทำให้ได้ข้อมูลในการศึกษามากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Dempsey DT, Kitagawa Y, Stomach, Anderson DK, Timothy R, Dunn DL, et al. (2015). Stomach. Schwartzus principle of surgery. The McGraw-Hill Companies.
2. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2565). สถิติและตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข. กระทรวงสาธารณสุข.

3. Chung TK, Shelat GV. (2017). Perforated peptic ulcer-an update. *World J Gastro intest Surg*, 9(1):1-12.
4. หน่วยงานสารสนเทศ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช. (2566). สถิติโรคศัลยกรรม กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช. โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช.
5. วิเชียร มนอยู่พะเนา. (2563). ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตในผู้ป่วยแผลเป็นติ่งทะเลในจังหวัดเลย. *ชัยภูมิเวชสาร*, 40(1): 24-33.
6. Archampong TN, Asmah RH, Wiredu EK, Gyasi RK, Nkrumah KN. (2016). Factors associated with gastro-duodenal disease in patients undergoing upper GI endoscopy at the Korle-Bu Teaching Hospital, Accra, Ghana. *Afr Health Sc*, 16: 611-9.
7. Chung TK, Shelat GV. (2017). Perforated peptic ulcer-an update. *World J Gastro intest Surg*, 9(1):1-12.
8. Ciftci F, Eroztgen F. (2018). Patients With Perforated Peptic Ulcers: Risk Factors for Morbidity and Mortality. *International Surgery*, 103(11):578-84.
9. Suriya C, Kasatpibal N, Kunaviktikul W, and Kayee T. (2014). Prognostic Factors and Complications in Patients With Operational Peptic Ulcer Perforation in Northern Thailand *Gastroenterology Res*, 7(1): 5–11
10. ปราโมทย์ โคตรพันธุ์กุล. (2561). รายงานผลการรักษาและปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดแผลกระเพาะอาหารทะเลในโรงพยาบาลเลย. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี*, 26(2): 178-188.
11. İlhan Tas, Burak Veli İger, Akin nder, Murat Kapan, Zbeyir Bozdag. (2015). Risk factors influencing morbidity and mortality in perforated peptic ulcer disease. *Ulusal Cer Derg*, 31: 20-5
12. Ciftci. F, Eroztgen. F. (2018). Patients With Perforated Peptic Ulcers: Risk Factors for Morbidity and Mortality. *Int Surg*, 103: 578–584
13. Kim JM, Jeong SH, Lee YJ, Park ST, Choi SK, Hong SC, et al. (2012). Analysis of Risk Factors for Postoperative Morbidity in Perforated Peptic Ulcer. *J Gastric Cancer*, 12(1):26-35.
14. Nan-Hua Chou. et, al. (2000). Risk Factors of Mortality in Perforated Peptic Ulcer. *Eur J Surg*, 166: 149–153
15. Kenneth T, Soreide JA, Soreide K. (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.